



Prise en charge du patient âgé atteint de la maladie d'Alzheimer et de son entourage au domicile

Audrey Boxoen

► To cite this version:

Audrey Boxoen. Prise en charge du patient âgé atteint de la maladie d'Alzheimer et de son entourage au domicile. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01998212

HAL Id: dumas-01998212

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01998212>

Submitted on 29 Jan 2019

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

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

soutenue publiquement

le 22 décembre 2017

par BOXOEN AUDREY

**PRISE EN CHARGE DU PATIENT AGE ATTEINT DE
LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE SON ENTOURAGE
AU DOMICILE**

JURY :

Présidente du jury : Mme Vilpoux Catherine, Professeur

Directeur de thèse : Mr Chillon Jean-Marc, Professeur

Membres du jury : Mme Crété Patricia, pharmacien d'Officine
Melle Chalet Pauline, pharmacien d'Officine

Thèse n°

REMERCIEMENTS :

À mon directeur de thèse, le professeur Jean-Marc Chillon ;

À ma présidente de jury, le professeur Catherine Vilpoux ;

Aux membres de mon jury, Mme Créte et Melle Chalet ;

Aux pharmaciens qui ont répondu au questionnaire. Je sais à quel point leur temps est précieux ;

Aux bénévoles de l'association France-Alzheimer Somme, au cadre de l'accueil de jour « les Magnolias » et au personnel de l'EHPAD d'Airaines pour leur temps et leurs renseignements ;

À l'équipe de la pharmacie de Oisemont qui m'a fait découvrir ce métier formidable ainsi qu'à celle de la pharmacie de Picquigny qui a participé à mon évolution, et enfin à l'équipe de la pharmacie de Montières à Amiens qui m'a fourni les outils nécessaires pour clôturer ce parcours. Elles ont contribué à ma réussite et à être le pharmacien que je suis aujourd'hui ;

À ma famille et particulièrement à mes parents qui m'ont soutenue depuis le début. Ils ont supporté ma mauvaise humeur pendant les périodes de stress et de doute. C'est grâce à eux que j'ai pu faire ces études et je leur en suis extrêmement reconnaissante ;

Aux amis, ceux qui restent présents malgré la distance et le peu de temps que je leur ai consacré durant l'élaboration de cette thèse. ;

À Pauline tout particulièrement, qui m'a beaucoup aidé et rassuré pour l'élaboration de cette thèse, ainsi que pour tous les bons moments passés à ses côtés sur les bancs de la fac ;

À Guillaume également et ses talents d'informaticien, qui m'ont été d'un grand secours lorsque mon ordinateur m'a subitement lâché en plein travail ;

À Loulou qui s'est vu sacrifier de nombreuses balades pour cette thèse ;

Une pensée à ceux qui nous ont quitté mais qui veillent sur nous de là-haut.

ABREVIATIONS :

ADL : activity of daily living

ADMR : aide à domicile en milieu rural

ALD : affection longue durée

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANAH : agence nationale pour l'amélioration de l'habitat

APA : allocation personnalisée d'autonomie

APP : amyloid precursor protein

AGGIR : autonomie gérontologie groupe iso-ressource

ASG : assistant de soin en gérontologie

AVC : accident vasculaire cérébral

CLIL : centre local d'information et de coordination

CMI : carte mobilité inclusion

CNO : compléments nutritionnels oraux

DAD : Disability Assessment for Dementia

DFT : démence fronto- temporale

DMS : diagnostic and statistical manual of mental disorders

DNF : dégénérescence neuro- fibrillaire

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ELISA : enzyme- linked immunosorbent essay

HAS : haute autorité de santé

IADL : instrumental activity of daily living

IMC : indice de masse corporelle

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

ISRSN : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et noradrénaline

LCR : liquide céphalo- rachidien

MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MAMA : maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

MMSE : mini mental state examination

MNA : mini nutritional assessment

NMDA : acide N-methyl-D-aspartique

NPI : neuropsychiatric inventory

PASA : pôle d'activité et de soins adaptés

PSP : paralysie supranucléaire progressive

SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

TAU : tubulin- associated unit

UCC : unité cognitivo- comportementale

UHR : unité d'hébergement renforcé

USLD : unité de soins de longue durée

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
I. LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	9
1.1 EPIDEMIOLOGIE	9
1.2 UN PROBLEME DE SANTE PUBLIC	9
1.3 PHYSIOPATHOLOGIE	10
1.3.1 <i>La cascade amyloïde</i>	11
1.3.2 <i>La protéine Tau</i>	12
1.3.3 <i>L'atrophie cérébrale</i>	13
1.4 SIGNES CLINIQUES DE LA PATHOLOGIE	14
1.4.1 <i>Les troubles cognitifs</i>	14
1.4.1.1 Les troubles mnésiques	14
1.4.1.2 Les troubles du langage	16
1.4.1.3 Les troubles du mouvement	16
1.4.1.4 Les troubles de la reconnaissance des objets	16
1.4.2 <i>Les troubles psychologiques</i>	17
1.4.2.1 Les manifestations dépressives	17
1.4.2.2 Les troubles affectifs.....	18
1.4.2.3 L'anxiété	18
1.4.2.4 Les troubles psychotiques	18
1.4.3 <i>Les troubles comportementaux</i>	19
1.4.3.1 Les troubles de la conduite alimentaire.....	19
1.4.3.2 Les compulsions	19
1.4.3.3 Agitation ou instabilité psychomotrice	20
1.4.3.4 Agressivité	20
1.4.3.5 Désinhibition sexuelle	20
1.4.3.6 Troubles du rythme circadien	20
1.5 EVOLUTION DE LA MALADIE	21
1.5.1 <i>Stade léger</i>	21
1.5.2 <i>Stade modéré</i>	22
1.5.3 <i>Stade sévère</i>	22
1.6 DIAGNOSTIC	22
1.6.1 <i>La première consultation</i>	23
1.6.2 <i>Les consultations mémoire</i>	23
1.6.2.1 L'évaluation fonctionnelle approfondies	23
1.6.2.1.1 Echelle Instrumental Activity of Daily Living	24
1.6.2.1.2 Echelle Activity of Daily Living	24
1.6.2.1.3 Echelle Disability Assessment of Dementia.....	24
1.6.2.2 Les examens psychiques et comportementaux.....	24
1.6.2.2.1 Critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.....	24
1.6.2.2.2 Neuropsychiatric Inventory	25
1.6.2.3 L'évaluation neuropsychologique.....	25
1.6.2.3.1 Mini Mental State Examination	25
1.6.2.3.2 Test de l'horloge	26
1.6.2.3.3 Test des cinq mots de Dubois.....	27
1.6.2.3.4 Test de fluence verbale.....	28
1.6.2.4 Les examens paracliniques	28
1.6.2.4.1 Bilan biologique.....	28
1.6.2.4.2 L'imagerie cérébrale	29
1.6.2.4.3 Analyse du Liquide céphalo- rachidien.....	29
1.6.2.4.4 Biopsie cérébrale.....	30
1.7 DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS.....	30
1.7.1 <i>Autres démences neurodégénératives fréquentes</i>	30
1.7.1.1 La démence fronto-temporale	30
1.7.1.2 La démence à corps de Lewy	31
1.7.1.3 La démence Parkinsonienne	31
1.7.2 <i>Les démences vasculaires</i>	31

1.7.3	Les démences toxiques	32
1.7.4	Les démences infectieuses	32
1.8	CONSEQUENCES DE LA MALADIE	32
1.8.1	Chutes.....	32
1.8.2	Grabatisation et escarres	33
1.8.3	Dénutrition et perte de poids.....	33
1.8.4	Incontinence urinaire et ou fécale.....	34
1.8.5	Iatrogénie.....	34
II.	PRISE EN CHARGE DU PATIENT MALADE ET DE SON ENTOURAGE	36
2.1	PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE	36
2.1.1	Anti-Alzheimer spécifiques	36
2.1.1.1	Anti- cholinestérasiques.....	37
2.1.1.1.1	Le donepezil - Aricept®.....	38
2.1.1.1.2	La galantamine- Réminyl®.....	38
2.1.1.1.3	La rivastigmine- Exelon®.....	38
2.1.1.2	Anti- glutamatergique : la mémantine- Ebixa®.....	39
2.1.2	Autres médicaments non spécifiques	41
2.1.2.1	Antidépresseurs	41
2.1.2.2	Antipsychotiques	42
2.1.2.3	Anxiolytiques.....	42
2.1.2.4	Hypnotiques.....	43
2.2	PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE	44
2.3	AIDES AU MAINTIEN A DOMICILE	46
2.3.1	Aides techniques pour les déplacements	46
2.3.2	Aménagement du lieu de vie.....	47
2.3.3	Aides à l'alimentation	50
2.3.3.1	L'enrichissement alimentaire.....	51
2.3.3.2	Les compléments nutritionnels oraux	52
2.3.3.3	Le portage de repas à domicile	54
2.3.4	Services d'aide à domicile.....	55
2.3.4.1	Services de soins infirmiers à domicile.....	55
2.3.4.2	Employés à domicile.....	56
2.3.4.3	Téléassistance	56
2.4	ACCUEILS DE REPIT	57
2.4.1	Accueil de jour thérapeutique	57
2.4.2	Hébergement temporaire.....	61
2.4.3	Unités cognitivo- comportementales.....	61
2.5	DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES AIDANTS	63
2.5.1	Associations.....	64
2.5.1.1	Exemple de l'association France-Alzheimer Somme à Amiens	64
2.5.2	Points d'informations.....	66
2.5.2.1	Le centre local d'information et de coordination	66
2.5.2.2	Plateformes d'accompagnement et de répit	67
2.5.2.3	Les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie	67
2.6	AIDES FINANCIERES	68
2.6.1	Affection longue durée	69
2.6.2	Carte mobilité inclusion	69
2.6.3	Allocation personnalisée d'autonomie à domicile	69
2.6.4	Mutuelles et caisses retraite complémentaire	70
2.6.5	L'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat	70
2.7	AIDES JURIDIQUES	70
2.8	INSTITUTIONS DEFINITIVES	71
2.8.1	Les unités Alzheimer.....	71
2.8.2	Les pôles d'activités et de soins adaptés	73
2.8.3	Unité d'hébergement renforcé.....	74
III.	LA PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS CETTE PRISE EN CHARGE.....	75
3.1	ETUDE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE	75

3.1.1	<i>Objectif</i>	75
3.1.2	<i>Matériels et méthodes</i>	76
3.1.3	<i>Résultats et discussions</i>	76
3.2	PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE	89
CONCLUSION		91
ANNEXES		92
BIBLIOGRAPHIE :		114

Introduction

La maladie d'Alzheimer porte le nom d'un psychiatre et spécialiste en neuropathologie Allemand : le docteur Aloïs Alzheimer. Ce dernier a travaillé au sein de l'institut pour les malades mentaux et épileptiques de Francfort-sur-le-Main au début des années 1900. C'est dans cet asile qu'il a rencontré une patiente démente de 51 ans : Auguste Deter. Auguste Deter présentait des troubles mnésiques, des troubles du langage et des troubles psychotiques. L'état de cette patiente s'est progressivement dégradé. Une fois la patiente décédée en 1906, Aloïs Alzheimer a réalisé une autopsie du cortex cérébral. Il a alors observé pour la première fois au microscope une atrophie cérébrale, un élargissement des sillons ainsi que des enchevêtrements neuro-fibrillaires et des plaques. Cette découverte a rendu Alois Alzheimer célèbre. (1)

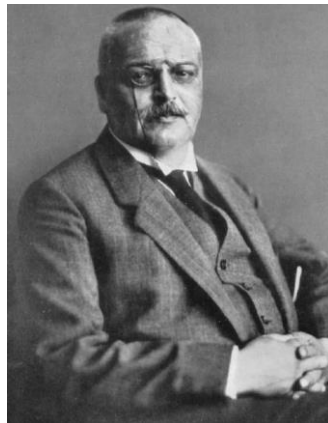


Figure 1- portrait d'Aloïs Alzheimer (2)

Actuellement, le nombre de malades ne cesse de croître. La maladie d'Alzheimer représente la première cause de démence. Sa physiopathologie complexe présente encore des zones d'ombres. L'ensemble des symptômes et la perte d'autonomie que la démence engendre effraient les Français.

La première partie de ce travail présente la maladie d'Alzheimer. Cette partie développe notamment la physiopathologie, les signes cliniques et les outils diagnostic de la maladie. La seconde partie s'attarde sur la prise en charge des malades et le soutien à l'entourage. Cette prise en charge repose sur des traitements médicamenteux, des aides techniques et humaines, et différentes structures spécifiques. Les associations ont également une place importante dans cette prise en charge que ce soit pour le patient ou son entourage. La dernière partie redéfinit le rôle du pharmacien dans cette prise en charge pluridisciplinaire.

I. La maladie d'Alzheimer

1.1 Epidémiologie

Du fait de l'espérance de vie augmentée dans les pays industrialisés, la maladie d'Alzheimer touche de plus en plus de personnes. En France, 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer dont 225 000 nouveaux cas identifiés chaque année. Les patients sont en majorité des femmes âgées de plus de 65 ans. La maladie touche 5% de la tranche d'âge 65-69 ans et 20% des personnes de plus de 85 ans. Ces chiffres sont cependant faussés par le sous-diagnostic de la maladie. En effet, il est estimé aujourd'hui qu'un patient sur deux n'est pas diagnostiqué. Pour les autres, le diagnostic est généralement tardif et n'est posé qu'une fois la démence installée. (3) (4) (5)

1.2 Un problème de santé public

L'étiologie exacte de la pathologie n'est pas connue. Le nombre de cas augmente chaque année du fait du vieillissement de la population. Or les médicaments disponibles ralentissent seulement l'évolution de la pathologie. De plus, ces traitements doivent être pris le plus tôt possible d'où la complexité de prise en charge actuelle. Sans oublier que la perte d'autonomie qu'engendre la maladie nécessite des aides au quotidien. Les aidants familiaux sont majoritairement des femmes et 47% d'entre eux ont une vie active. Ce rôle, actuellement non reconnu par la loi, a un impact important sur leur vie professionnelle et familiale. Le gouvernement, conscient de ce problème de santé publique développe depuis plusieurs années des plans stratégiques pour optimiser le système de soin autour de ces malades et leurs familles ainsi que la recherche autour de cette pathologie. Le dernier en cours est le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 qui fait suite au plan Alzheimer 2008-2012. Ce plan maladies neurodégénératives 2014-2019 ne cible plus spécifiquement la maladie d'Alzheimer. Il développe différents axes concernant principalement la prise en charge du malade, l'insertion du malade et son entourage dans la société et la recherche sur les maladies neuro- dégénératives. Le gouvernement veut par ce nouveau plan rassembler un plus grand nombre de personnes autour de ces maladies neurodégénératives qui ont de nombreux points communs comme la dégénérescence neuronale, la prise en charge multidisciplinaire ou encore pour la plupart l'absence de traitement curatif. Dans ce plan sont retrouvés notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaque. Parmi elles, la maladie d'Alzheimer reste de loin la pathologie neurodégénérative la plus rependue en France. (3) (4) (5) (6)

1.3 Physiopathologie

Dans le cerveau d'un individu sain, il est retrouvé environ 100 milliards de neurones. Ces cellules nerveuses sont composées chacune d'un corps cellulaire, de dendrites et d'un axone. Les neurones communiquent entre eux pour former un réseau dense. L'influx nerveux arrive d'abord par les synapses au niveau des dendrites. Le message est ensuite acheminé le long des dendrites jusqu'au corps cellulaire du neurone où il est traité. Finalement il repart par l'axone qui se divise en plusieurs embranchements pour transmettre l'information à plusieurs autres neurones (figure 1). Le squelette de ces neurones est constitué entre autres de microtubules en faisceau qui stabilisent la structure et assurent le passage de signal neuronal le long de l'axone. Ces microtubules sont formés de tubulines et assemblés par une protéine structurale tubulin-associated unit (tau). La protéine tau favorise un équilibre dynamique de ces microtubules et empêche leur dissociation. La transmission de l'influx dans le réseau neuronal est altérée dans la maladie d'Alzheimer. (7)

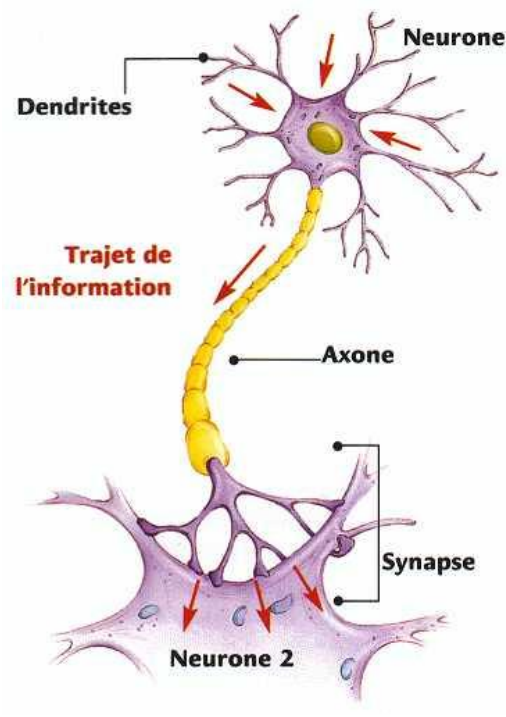


Figure 2 - Schéma simplifié d'un neurone (8)

La maladie d'Alzheimer est un trouble neurodégénératif progressif. Elle se traduit par deux types de lésions neuropathologiques : les plaques séniles et les dépôts neuro-fibrillaires. Les plaques séniles ou amyloïdes sont dues à une accumulation de dépôts β -amyloïdes à la surface des neurones. Ces plaques sont le résultat de la cascade amyloïde. Les dépôts neuro-fibrillaires

intracellulaires sont liés à une anomalie de la protéine tau. Ces lésions sont associées à un déficit synaptique, une perte neuronale et une atrophie corticale. L'apparition tardive de la démence d'Alzheimer est probablement le résultat de diverses mutations ponctuelles dans le génome nucléaire et mitochondrial que le processus de réparation de l'ADN n'est plus apte à réparer. Il est alors observé progressivement la synthèse des peptides β -amyloïdes anormaux qui deviennent toxiques pour les neurones. (9) (10)

1.3.1 La cascade amyloïde

L'Amyloid Precursor Protein (APP) est au sommet de cette cascade amyloïde (figure 2). Il s'agit d'une protéine transmembranaire de 695 à 770 acides aminés qui produit après coupage par des enzymes α , β et γ -sécrétases, une dizaine d'isoformes.

Deux voies de clivage de l'APP sont distinguées : la voie de l' α -sécrétase et la voie de la β - et γ -sécrétases. La première voie, majoritaire, fait intervenir l' α -sécrétase et forme un fragment A β court, peu hydrophobe, neuro-protecteur qui est dégradé dans la circulation générale. La seconde voie de dégradation de l'APP, dite amyloïdogénique est celle qui nous intéresse ici. Elle fait intervenir la β -sécrétase qui libère l'extrémité N-terminale puis les γ -sécrétases qui clivent l'extrémité C-terminale. Le clivage de l'APP par ces deux enzymes conduit à la formation d'un peptide A β beaucoup plus long et hydrophobe que le premier. Ce peptide de 40 à 42 acides aminés est enrichi en feuillets β -plissés. La forme à 42 acides aminés possède une plus forte capacité à s'agréger en fibrilles insolubles autour des neurones pour former les plaques amyloïdes. Ces plaques β -amyloïdes sont neurotoxiques par libération de radicaux libres.

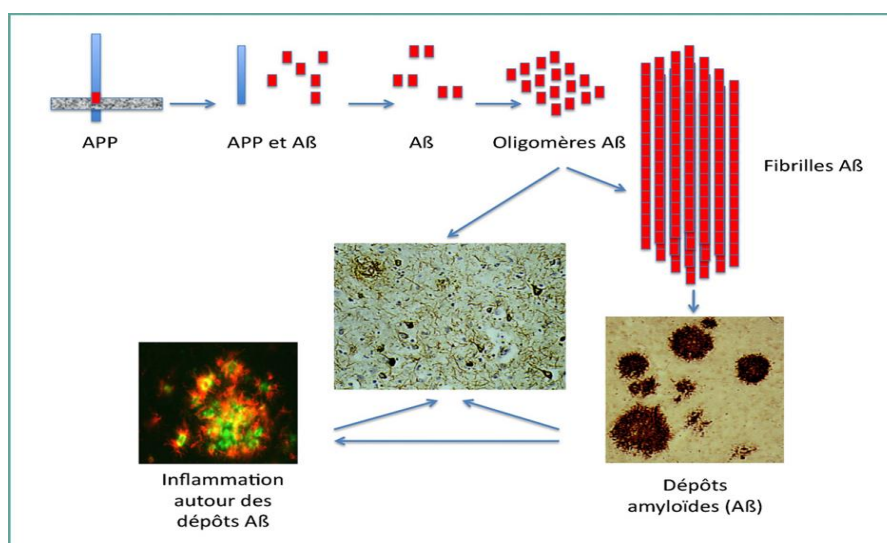


Figure 3- Hypothèse de la cascade amyloïde (11)

Ces dépôts amyloïdes extracellulaires se forment précocement dans la maladie et perturbent l'activité des mitochondries qui sont indispensables à la survie cellulaire via la production énergétique, l'homéostasie calcique et l'apoptose. Ces anomalies provoquent également une hyper-phosphorylation de la protéine Tau.

L'APP aurait également un rôle prépondérant dans la plupart des formes familiales de la maladie. Ces formes présentent des mutations situées sur les gènes préséniles PS1 et PS2. Ces gènes codent pour des protéines préséniles qui contribuent à la cascade amyloïde. Ces protéines sont associées aux γ -sécrétases et participent au clivage de l'APP en un peptide A β pathologique. (10) (7) (9) (11) (12)

Une autre protéine joue un rôle essentiel dans la physiopathologie de la maladie d'Alzheimer : la protéine tau.

1.3.2 La protéine Tau

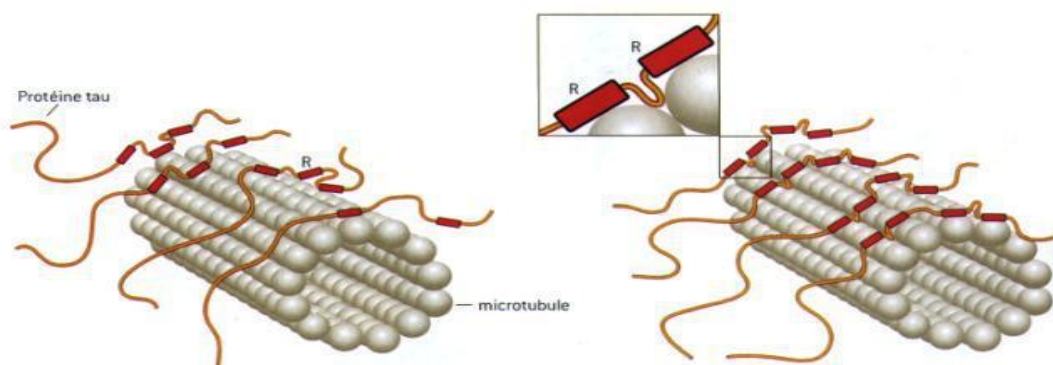


Figure 4- Schéma de la protéine Tau à R3 (gauche) et R4 (droite) ((13))

Six isoformes de la protéine tau sont retrouvées chez l'Homme. La protéine tau est fixée aux microtubules qui forment un réseau au sein du neurone, via ses segments répétitifs (R) (figure 3). Cette fixation de la protéine tau stabilise les microtubules et régule le flux axonal (avec l'aide des mitochondries). Les formes à 3 et 4 domaines répétitifs sont retrouvées dans la maladie d'Alzheimer. La protéine tau subit une phosphorylation qui permet la dépolymérisation des microtubules du cytosquelette neuronal. A l'inverse, la déphosphorylation de la protéine tau les stabilise. Dans la maladie d'Alzheimer, la protéine tau se détache des microtubules, entraînant une dissociation du squelette du neurone. De plus, cette protéine tau possède 6 à 8 molécules de phosphate contre 2 à 3 chez un individu sain. Cette hyper-phosphorylation lui permet de former des filaments en double hélice qui s'agrègent en amas dans le neurone. Cet

enchevêtrement neuro-fibrillaire interfère avec le transport axonal normal des organites et provoque leur dégénérescence et la mort neuronale.

Ces agrégats de neurofibrilles provoquent une dégénérescence neuronale dite dégénérescence neurofibrillaire (DNF). La DNF est corrélée à l'atteinte des fonctions cognitives et aux symptômes de la maladie contrairement aux plaques séniles. Il est retrouvé dans un premier temps une atteinte de l'hippocampe, puis du cortex temporal qui se prolonge aux régions frontales et pariétales pour finalement atteindre la région sous corticale et concerner tout le cerveau. Ces lésions entraînent un déséquilibre entre le système cholinergique et glutamatergique. Ce déséquilibre est la cible des traitements actuels.

La DNF n'est pas spécifique de la maladie d'Alzheimer. Elle est retrouvée dans de nombreuses pathologies nommées « Tauopathies ». Ces tauopathies regroupent entre autres la paralysie supranucléaire progressive (PSP), la maladie de Pick, certains syndromes parkinsoniens ou encore la trisomie 21. Cependant associée aux plaques séniles, la DNF est caractéristique de la maladie d'Alzheimer. Suite à ces deux anomalies, des lésions cérébrales vont progressivement apparaître. (10) (9) (11) (7) (12) (14)

1.3.3 L'atrophie cérébrale

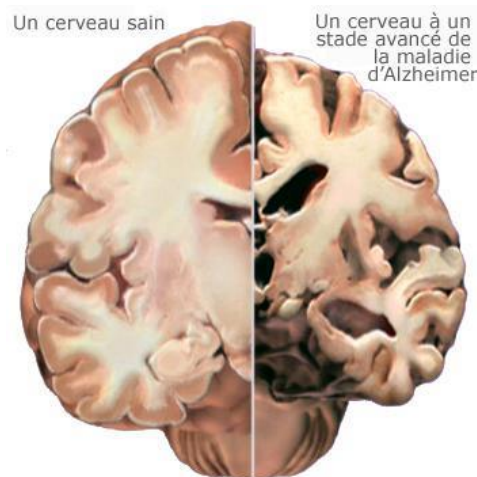


Figure 5- coupe transversale d'un cerveau normal contre un individu Alzheimer ((15)

L'atrophie cérébrale correspond à une perte de poids du cerveau (figure 4). La perte de poids est associée à une dilatation modérée des ventricules et des sillons de taille supérieure à la normale. Ces deux caractéristiques sont retrouvées dans le vieillissement normal donc non spécifiques de la maladie. Cette atrophie concerne aussi bien la substance grise que la substance

blanche et résulte de la perte neuronale vue ci-dessus. Ces lésions cérébrales sont irréversibles et entraînent donc progressivement des symptômes cliniques de plus en plus handicapants. (16)

1.4 Signes cliniques de la pathologie

La maladie d'Alzheimer se divise en deux périodes, la phase dite pré-déméntielle et la phase déméntielle. La période pré-déméntielle se déroule sur de nombreuses années. Au cours de celles-ci, les troubles cognitifs et psycho-comportementaux débutent et progressent lentement tout en restant très discrets. Ils sont souvent confondus avec des difficultés liées au vieillissement normal. Dans la deuxième période, ces troubles sont installés et continuent d'évoluer cependant ils peuvent fluctuer sur de courtes périodes. L'entourage peut avoir l'impression que le patient est mieux aujourd'hui qu'hier, ou selon la période de la journée. (17)

1.4.1 Les troubles cognitifs

La connaissance se forge grâce aux fonctions intellectuelles réparties en différentes catégories : les fonctions réceptives, la mémoire, l'apprentissage, le raisonnement et les capacités expressives. Les fonctions réceptives permettent d'obtenir les informations et de les enregistrer. La mémoire et l'apprentissage interviennent dans le rappel. Le raisonnement permet d'organiser les données alors que les fonctions expressives, quant à elles sont essentielles pour la communication. La maladie d'Alzheimer touche l'ensemble de ces fonctions. (18)

1.4.1.1 Les troubles mnésiques

Les troubles de la mémoire sont présents chez plus de 70% des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les pertes de mémoire sont des troubles fréquemment observés avec l'âge mais dans la maladie d'Alzheimer, ces pertes de mémoire touchent différents types de souvenirs et apparaissent selon un ordre précis. (17) (19)

La mémoire de travail est atteinte rapidement. C'est la mémoire dite de court terme. Cette dernière nous permet d'enregistrer momentanément des informations utiles puis de les effacer une fois la tâche accomplie. Elle se traduit par la capacité à organiser et réaliser un travail en plusieurs étapes suivant un guide. Le patient atteint de la maladie d'Alzheimer aura des difficultés à se concentrer pour retenir suffisamment longtemps l'information dont il a besoin. Par exemple pour suivre une recette de cuisine ou taper un numéro de téléphone, il va s'y

reprendre à plusieurs fois. Une fois la maladie installée, le patient ne comprend plus les longues répliques car celui-ci n'est plus en capacité de suivre le raisonnement nécessaire, ni de se rappeler du début de ces phrases. Cette caractéristique s'appelle le défaut d'encodage. (17) (20)

Parmi les mémoires à long terme, la mémoire épisodique est la première à être touchée. Egalement nommé mémoire autobiographique, cette mémoire constitue les souvenirs de moments de la vie qui ont marqué le patient, son historique personnel. La désorientation est d'abord temporelle puis spatiale. A un stade précoce, seuls les événements récents de la vie quotidienne sont atteints (ex : le patient oublie ce qu'il a fait la veille, la date du jour, où il a posé ses clés ou il pose plusieurs fois la même question en peu de temps car en a oublié la réponse). Ensuite, avec le temps, le patient oublie progressivement les faits anciens, les souvenirs qu'il pouvait pourtant décrire avec détails peu de temps auparavant. Une fois la maladie évoluée, le patient n'a souvenir que de son enfance, c'est pourquoi dans de nombreux cas les patients ne reconnaissent pas toujours leurs enfants, leur maison. (17) (20) (21) (18)

La seconde mémoire à long terme, la mémoire sémantique est quant à elle touchée plus tardivement. Il s'agit de la culture générale. Ces connaissances sont acquises tôt dans la vie grâce aux échanges avec la communauté. La mémoire sémantique ne retient que l'information « brut » en faisant abstraction de la situation émotionnelle, spatiale et temporelle au moment où elle a été enregistrée. Cette mémoire permet par exemple de connaître la capitale de l'Allemagne, les dates historiques, le fait que « les poissons vivent tous dans l'eau » ou la signification des mots comme « qu'est-ce qu'une brosse à dent ? ». (17) (20) (21)

La mémoire procédurale est celle qui reste intacte le plus longtemps. Celle-ci permet l'apprentissage des gestes de la vie courante. Cette mémoire de procédure permet de maîtriser la nage, le vélo ou encore de s'habiller sans réfléchir à chaque geste effectué. Un patient atteint de la maladie d'Alzheimer qui a cette mémoire altérée réalisera chaque tâche de la vie courante comme si c'était la première fois qu'il y est confronté. Elle est fortement stimulée lors des ateliers de groupes. (17) (20)

L'attention est également touchée chez ces patients. Alors qu'un individu analyse de multiples informations à la fois, le patient malade n'est capable de les traiter qu'une par une. De plus, il ne sait pas sélectionner les données à prioriser. Il est donc déconseillé par exemple lors d'une activité manuelle, de parler au malade ou de lui faire écouter de la musique. (17)

Au début de la maladie, le patient est conscient qu'il a tendance à oublier certaines choses. Cela peut engendrer chez lui un stress. Une fois la maladie avancée, la perception des problèmes mnésiques est vague et aléatoire. Le malade peut devenir malheureux et nerveux suite à des flashes où il se souvient qu'il oublie. (17) (22)

1.4.1.2 Les troubles du langage

L'aphasie passe inaperçue pendant longtemps. Elle débute par une simple recherche d'un mot puis deux, jusqu'à ne plus pouvoir assembler correctement une phrase. Ces troubles sont les premiers signes de la maladie chez quasiment 40% des patients. Les malades butent sur une syllabe, bégaiement et perdent l'usage des mots. Certains patients masquent ce trouble avec des mots de substitution comme « truc ». D'autres limitent les conversations par peur de ne pas y arriver. Parfois inconsciemment, les patients remplacent des mots par d'autres aux mêmes sonorités comme par exemple « bois » au lieu de « toit » ou alors des mots d'utilisation proche comme « peigne » au lieu de « brosse ». Une partie d'entre eux invente également un pseudo-langage. Dans ce cas, l'utilisation de nouveaux mots sans réel sens anéantit toute possibilité de conversations sensées.

L'aphasie associée aux troubles mnésiques provoque des énervements chez le malade qui a des difficultés à s'exprimer et comprendre ce qui lui est dit. (17) (19) (22)

1.4.1.3 Les troubles du mouvement

Appelés apraxie, ils sont la conséquence de la perte de mémoire procédurale. Le malade a des difficultés à exécuter les gestes coordonnés qui lui sont montrés. Par la suite, il devient peu à peu incapable de réaliser une suite de gestes de la vie courante avec un but simple comme se laver, boutonner une chemise ou se brosser les dents. L'apraxie restreint l'autonomie du patient dans les activités de la vie quotidienne. Il arrive que les gestes effectués ne soient pas en adéquation avec les paroles ou intentions du patient. Ces troubles ne sont pas présents au début de la maladie. (17) (18) (19) (22)

1.4.1.4 Les troubles de la reconnaissance des objets

L'agnosie est généralement tardive. Elle peut être partielle ou toucher les cinq sens. Le malade n'est plus capable de comparer l'odeur sentie, le son entendu, l'élément vu ou la forme de

l'objet touché avec ce qu'il connaît déjà. Son diagnostic est complexe car intriqué avec les troubles du langage. Ces troubles peuvent également concerner la reconnaissance de l'espace, la différenciation droite et gauche. Un patient Alzheimer ne reconnaît pas la sonnette de sa porte d'entrée. Ces troubles se traduisent également par la difficulté à reconnaître les personnes de l'entourage. L'agnosie est un trouble qui peine beaucoup les familles. (17) (19) (21) (18)

La démence d'Alzheimer entraîne non seulement des troubles cognitifs mais également des troubles de la conscience, du moral, du contenu de la pensée et du comportement appelés symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Les SCPD peuvent entraîner des délires et des hallucinations. Ils peuvent aussi se traduire par des manifestations thymiques comme une dépression, une anxiété ou une euphorie. Des troubles moteurs et perturbateurs sont possibles avec une agitation, une agressivité, une irritabilité et un comportement moteur aberrant. Des troubles de la connotation avec apathie, l'appétit et le sommeil perturbés sont également présents. Ces manifestations psycho-comportementales ne sont pas une complication de la maladie évoluée mais, tout comme les troubles cognitifs, elles font partie du tableau de la maladie Alzheimer. Leur mécanisme physiopathologique est différent selon les stades de la maladie et les zones cérébrales atteintes. Ces manifestations peuvent accentuer les pertes de mémoire du malade et être très difficiles à supporter pour l'aidant. C'est pourquoi elles sont une cause importante d'institutionnalisation chez ces patients et représentent un budget médico-économique non négligeable. (17) (19)

1.4.2 Les troubles psychologiques

Les troubles psychologiques concernent la dépression, l'apathie, ou l'émotivité, l'anxiété et les troubles psychotiques.

1.4.2.1 Les manifestations dépressives

La dépression est très présente en début de maladie car le patient perçoit ses problèmes naissants. Par la suite, il n'est capable de décrire son moral que sur le moment et non sur les semaines ni les jours précédents, ce qui complique le diagnostic. Un traitement doit être mis en place pour éviter le repli sur soi et les tentatives de suicide. L'accompagnement par les proches est très important pour limiter ce phénomène. Les troubles de l'humeur traduisent dans un premier temps une atteinte de l'hippocampe puis s'associent à des lésions temporales gauches ou frontales. (17) (19) (23)

1.4.2.2 Les troubles affectifs

Ces troubles peuvent se présenter sous forme d'apathie. L'apathie se traduit par un manque de motivation et d'enthousiasme. Elle entraîne une diminution des actes spontanés, un désintérêt total et une baisse de ressenti affectif. En parallèle, le patient va être ému de façon excessive face à des situations qui, en temps normal, ne l'attristait pas à ce point. Ainsi, il pourra pleurer fréquemment et facilement de façon éphémère dans des situations particulières comme l'évocation d'un proche, l'arrivée ou le départ de quelqu'un, l'incapacité à réaliser une tâche ou un film triste à la télévision. (17)

1.4.2.3 L'anxiété

L'anxiété débute avec la prise de conscience des troubles. Ensuite, elle sera induite par l'inconnu des lieux et des personnes du fait de la « non-reconnaissance » ou par toute situation comme notamment le moment de la toilette ou du repas. Selon la personnalité, cette anxiété peut se transformer en réaction « positive ». Le patient est alors agité et agressif. La violence peut être physique ou verbale. La réaction peut, au contraire, être « négative » avec repli sur soi ou manque de spontanéité. L'anxiété peut aussi être engendrée par les situations d'échec. Il est nécessaire de suivre des rituels au quotidien pour sécuriser le patient ainsi que de lui expliquer la situation. (19)

1.4.2.4 Les troubles psychotiques

Ces idées délirantes se traduisent par des illusions et des hallucinations. Les illusions sont une altération de la perception. Elles sont responsables de troubles visuels, auditifs, tactiles, olfactifs et gustatifs. L'illusion conduit à de fausses reconnaissances, des troubles de la mémoire et du raisonnement. Ces jugements erronés de la réalité peuvent être de l'ordre de la persécution, de la culpabilité, du mystique, de la jalousie ou de l'abandon. Ils sont présents dans 32% des cas. Dans un premier temps, le patient pense qu'il lui a été volé des objets car il ne sait plus où il les a rangés. Dans un second temps, il pense occuper un autre domicile que le sien. Ensuite, l'entourage est perçu comme imposteur. Finalement le malade pense que sa/son conjoint a une liaison et se sent abandonné. Des troubles de l'identification des personnes sont également retrouvés avec par exemple la conviction que les individus sur l'écran de télévision sont réels et peuvent communiquer avec lui tout comme les animaux en peluche. Le patient peut aussi ne plus se reconnaître dans le miroir. Ces phénomènes sont observés dans les stades modérés à

sévères de la maladie. Le malade est encore capable de réfléchir même si son raisonnement n'est plus logique. L'hallucination quant à elle est une perception sensorielle en l'absence d'objets réels à percevoir. Ces croyances paranoïaques sont retrouvées dans 21% des cas. Elles peuvent durer quelques minutes à quelques heures. Le patient voit des personnes qui ne sont pas présentes ou entend des voix et discute avec des individus inexistantes. Les hallucinations peuvent se traduire également par un bourdonnement incessant dans les oreilles. Ces troubles sont reliés aux lésions temporales gauches corrélées aux troubles du langage. Celles-ci peuvent être plaisantes ou désagréables mais en général, les hallucinations rendent les malades beaucoup plus violents. Il ne faut pas essayer de convaincre le malade qu'il a des hallucinations, ni rentrer dans son jeu. La meilleure attitude consiste à détourner son attention sur autre chose. (17) (19) (22)

1.4.3 Les troubles comportementaux

Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles comportementaux se traduisent par des troubles de la conduite alimentaire, des compulsions, des comportements moteurs aberrants, une agitation, une agressivité, une désinhibition et des troubles du rythme circadien.

1.4.3.1 Les troubles de la conduite alimentaire

Dans les premiers stades de maladie, la perte d'appétit peut s'expliquer par la dépression. Elle s'accroît par la suite avec l'incapacité du malade à reconnaître les ustensiles, associés aux troubles de la gestuelle. De plus, le patient ne reconnaît plus les aliments qui lui sont proposés que ce soit visuellement ou au goût. Il arrive aussi que le patient ne soit plus capable de rester assis sur une chaise le temps d'un repas. Ces troubles entraînent un amaigrissement important chez les malades et nécessitent la plupart du temps des compléments alimentaires hypercaloriques, voire parfois une hospitalisation. (17)

1.4.3.2 Les compulsions

Les patients se mettent tout à coup à effectuer des gestes agités ou chanter une chanson à haute voix. Ces actions inattendues sont compliquées à gérer en public pour l'entourage et également dans les institutions. (17)

1.4.3.3 Agitation ou instabilité psychomotrice

L'instabilité psychomotrice peut être verbale ou motrice, agressive ou non. Souvent liée à l'anxiété, la déambulation est régulièrement retrouvée mais également le refus de prendre ses traitements, une non coopération pour les soins, le fait de répéter la même action pendant des heures. Le patient peut marcher des heures sans but précis. L'agitation apparaît tardivement dans la maladie mais elle affecte beaucoup la qualité de vie du patient et de son entourage. Elle concernerait 30% des malades au domicile et 80% de ceux institutionnalisés. La déambulation et les activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent sont regroupées dans les comportements moteurs aberrants de la maladie. Ces comportements sont la conséquence de la diffusion des lésions dans les lobes frontaux. (22) (17)

1.4.3.4 Agressivité

L'agressivité peut être verbale et se présenter sous forme d'insultes, remarques désagréables ou ironie. Elle peut également être physique avec des coups, griffures et autres. Ce comportement peut être dangereux pour le patient lui-même, pour son entourage et pour les soignants. L'agressivité est fonction des troubles émotionnels du malade mais aussi de la qualité des actes qui lui sont prodigués. Ainsi, un patient qui ne comprend pas ce qu'on lui fait pendant sa toilette sera plus agressif qu'un patient à qui chaque geste est expliqué. Il faut rassurer constamment le patient, lui expliquer calmement ce qui se passe autour de lui, ce qui est attendu de lui et ne surtout pas le brusquer, s'opposer à lui ou le prendre par surprise. (17)

1.4.3.5 Désinhibition sexuelle

Il s'agit d'une attitude verbale ou comportementale, de connotation sexuelle, inappropriée en public. Cela peut se traduire par un patient se masturbant dans un lieu public, se promenant nu ou essayant d'imposer des attouchements. Elle est le résultat de symptômes frontaux avec déficit des processus de contrôle. (17)

1.4.3.6 Troubles du rythme circadien

Parfois la durée du sommeil est réduite ou la qualité de ce dernier est altérée. De nombreux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont une tendance à la déambulation nocturne, voire à la somnolence diurne. Leur cycle nyctéméral peut être totalement inversé. Ces troubles du sommeil sont la conséquence de la diffusion des lésions à l'ensemble du néocortex temporal et

pariétal. Si le malade veut ranger sa chambre ou marcher la nuit, il faut sécuriser la pièce et ne pas l'en empêcher, il arrêtera quand il sera fatigué. (22) (17) (19)

L'ensemble de ces troubles n'est pas présent, ni identique chez tous les patients. Certains vont être plus émotifs, d'autres plus agressifs et d'autres encore plus repliés sur eux-mêmes, voire extrêmement anxieux. Différents facteurs entrent en jeu. La localisation et l'importance des lésions cérébrales sont à prendre en compte mais également le vécu et la personnalité du patient. Ces deux derniers points peuvent permettre de comprendre certaines réactions du malade. Le dernier facteur entrant en jeu concerne la prise en charge du patient qui va de la qualité des soins à l'accompagnement par l'entourage. Les troubles psychologiques et comportementaux sont la première cause de placement en institution des déments Alzheimer.

1.5 Evolution de la maladie

La maladie débute par une phase préclinique durant laquelle le patient ne présente aucun symptôme. La pathologie est donc rarement décelée précocement. Ensuite, le patient bascule vers la phase symptomatique qui peut être divisée en différents stades caractéristiques : le stade léger, le stade modéré et le stade sévère. (19) (24)

1.5.1 Stade léger

Le premier stade dit pré- dementiel correspond à un score du mini mental state examination (MMSE) compris entre 20 et 24. Ce stade passe généralement inaperçu car il n'est caractérisé que par des troubles mnésiques légers et isolés tels que les oublis de numéro et des pertes de mots. La difficulté se porte sur l'apprentissage de nouvelles informations soit la mémoire courte. Cette phase dure en moyenne quatre ans. Le patient reste tout à fait autonome et indépendant. A ce stade précoce, les SCPD se caractérisent principalement par une modification de l'humeur avec anxiété, dépression, agitation et irritabilité voire apathie. Cet état anxio-dépressif est indépendant des lésions cérébrales causant les troubles mnésiques. Cependant, il peut être la conséquence de la prise de conscience par le patient de ses troubles cognitifs débutants. Les lésions touchent alors l'amygdale. (19) (23) (24)

1.5.2 Stade modéré

Ce stade correspond à un score MMSE compris entre 10 et 19. C'est le début de la phase démentielle. C'est une phase très longue qui peut durer une dizaine d'années. Elle compromet l'indépendance du patient. Il est noté une altération importante des capacités mentales et physiques du malade. Ses troubles cognitifs vont augmenter et de nouvelles manifestations psycho-comportementales vont apparaître puis croître avec une modification de la personnalité, des troubles psychotiques et des comportements aberrants. Apparaissent également une désinhibition, une euphorie ou encore des troubles de l'appétit et du cycle jour/nuit. Les troubles dépressifs vont également s'accroître. Ces troubles caractérisent une extension des lésions cérébrales à la zone orbito-frontale. Le patient va peu à peu ne plus être capable de rester seul au domicile sans aides. (19)

1.5.3 Stade sévère

Ce stade est atteint pour un MMSE inférieur à 9. A ce stade de la maladie, le patient n'est plus autonome dans les tâches quotidiennes de la vie. Il nécessite des soins de jour et de nuit. Les SCPD sont omniprésents. La question de l'institutionnalisation se pose généralement devant la difficulté pour la famille à gérer le malade. Ce dernier doit être constamment surveillé et aidé. La diffusion des lésions cérébrales altère le néocortex temporal et se traduit notamment par des hallucinations et des troubles du sommeil.

La phase dite terminale est prononcée lorsque le MMSE n'est plus réalisable. La prise en charge a alors pour but de fournir au patient le confort dont il a besoin en respectant sa dignité et en se dirigeant peu à peu vers les soins palliatifs. L'approche de cette phase doit être anticipée pour que la famille vive au mieux cette transition. (19) (24)

Pour ralentir l'évolution vers la démence terminale, il est donc important de diagnostiquer la maladie au plus tôt.

1.6 Diagnostic

Les premiers signes sont généralement observés par le conjoint ou l'entourage proche. Ces derniers remarquent des oublis de rendez-vous, des pertes d'objets de plus en plus fréquentes, ce qui les amènent à consulter le médecin traitant.

1.6.1 La première consultation

Le médecin traitant évalue lors de cette première consultation l'état clinique du patient en contrôlant notamment ses capacités visuelles, auditives et motrices. L'entretien permet ensuite de rechercher des facteurs de risque, des antécédents psychologiques, traumatiques ou familiaux. Le médecin généraliste se renseigne également sur les modifications récentes de comportement et les phases de confusion. La présence de l'accompagnant est, dès le début, très importante. Elle permet de compléter les dires du patient. Le médecin évalue dès ce premier entretien la situation du patient et peut anticiper les aides à mettre en place. Il relève également les conséquences de ces troubles sur les activités de la vie courante du malade. Il recherche de plus, les conditions d'apparition des symptômes et leur évolution. Le médecin peut également réaliser un test rapide d'orientation sur les troubles cognitifs comme le MMSE. S'il s'avère que le patient présente un déclin cognitif, le médecin le dirigera vers un spécialiste neurologue, psychiatre ou gériatre, pour une consultation mémoire et des examens plus approfondis. (25)

1.6.2 Les consultations mémoire

Dans un second temps, le patient est redirigé par le médecin traitant vers les consultations mémoire. Celles-ci sont organisées par une équipe spécialisée composée de neurologues, gériatres, psychiatres, psychologues et orthophonistes. L'équipe réalise alors un bilan diagnostic. C'est les spécialistes qui, au cours de ces consultations posent le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et instaurent les traitements spécifiques et soins nécessaires. Durant la première année, le patient sera vu deux fois puis de façon annuelle laissant le relai au médecin traitant pour les renouvellements. Ces consultations peuvent être suivies dans un établissement de santé hospitalier ou en libéral dans un cabinet de neurologues. (26)

Le bilan repose sur une évaluation fonctionnelle, psycho-comportementale et neuropsychologique.

1.6.2.1 L'évaluation fonctionnelle approfondies

Cette partie du bilan repose principalement sur des échelles recommandées par la haute autorité de santé (HAS) : l'échelle *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL), l'échelle *Activity of Daily Living* (ADL), et la *Disability Assessment of Dementia* (DAD). Ces 3 échelles sont

complémentaires et évaluent les capacités fonctionnelles ainsi que l'autonomie du patient au quotidien. (25)

1.6.2.1.1 *Echelle Instrumental Activity of Daily Living*

Cette échelle IADL cible le comportement du patient dans la vie quotidienne. Elle est intéressante à un stade de démence légère à modérée. Cette échelle permet d'évaluer l'aptitude du malade dans diverses activités instrumentales au domicile. Une forme simplifiée à 4 items permet une utilisation facile en consultation de suivi. Elle évalue la capacité à utiliser le téléphone, gérer seul ses traitements médicamenteux, utiliser les transports en commun et gérer seul ses comptes. (27) (28) [annexe 1]

1.6.2.1.2 *Echelle Activity of Daily Living*

Cette échelle ADL évalue les activités de base du quotidien : hygiène, habillage, continence, déplacement et alimentation. L'échelle ADL présente un intérêt dans le stade modéré à sévère de la maladie. Le score est de 6 points maximum pour un patient totalement autonome. Cette échelle permet d'estimer quelles aides matérielles et/ou humaines le patient a besoin à cet instant précis. Elle peut également être témoin de l'évolution de la maladie. (28) [Annexe 2]

1.6.2.1.3 *Echelle Disability Assessment of Dementia*

Il s'agit d'une échelle qui évalue les capacités fonctionnelles des patients dans la vie de tous les jours. L'échelle DAD permet de mesurer l'autonomie du malade dans la vie courante. L'échelle regroupe 40 points qui comportent l'hygiène, l'habillage, la continence, les loisirs, les repas [...] Pour chaque item, le médecin étudie la prise de décision, l'organisation et le résultat obtenu. Plus le score est faible, plus les troubles fonctionnels sont importants. (27)

1.6.2.2 Les examens psychiques et comportementaux

Cette seconde partie du bilan diagnostique repose sur 2 grilles couramment utilisées : le *Diagnostic and Statistical Manual (DMS)* et le *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*.

1.6.2.2.1 *Critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

La quatrième version du DMS comprend une grille de critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer. Cette grille permet de poser le diagnostic de démence selon différents critères. Le

premier critère concerne les troubles de la mémoire, les troubles du langage, les troubles de la reconnaissance des objets et les troubles du mouvement. Les critères suivants permettent de mettre en lumière une altération progressive des fonctions supérieures et le côté nuisible de ce déclin pour le patient. Le quatrième critère consiste à exclure un syndrome confusionnel. (21) (25)

Le DMS-IV présente une seconde grille comprenant les critères d'un épisode dépressif majeur. Cet examen est indispensable pour exclure une dépression qui pourrait se confondre avec un début de démence ou l'accompagner. La grille évalue 5 symptômes sur une période d'au moins 15 jours. Ces symptômes entraînent une modification du comportement et n'ont pas de causes déterminées (décès, médicaments). [annexe 3] (25)

1.6.2.2 *Neuropsychiatric Inventory*

Le NPI explore 13 troubles du comportement : les idées délirantes, les hallucinations, l'agitation, la dépression, l'anxiété, l'euphorie, l'apathie, la désinhibition, l'irritabilité, les comportements moteurs aberrants et les troubles du sommeil. Il s'intéresse également à la perte d'appétit. Ce test évalue pour chacun des troubles cités précédemment le nombre de fois où le trouble comportemental s'est produit ainsi que sa gravité. Il prend également en compte les répercussions sur la vie quotidienne. [annexe 4] (25)

1.6.2.3 *L'évaluation neuropsychologique*

Cette dernière partie a pour but de mettre en évidence et d'explorer les différents troubles mnésiques, les troubles du langage, l'apraxie, l'agnosie et l'aphasie. Les tests les plus fréquemment réalisés sont les suivant : MMSE, test de l'horloge, test des cinq mots et test de fluence verbale. (21)

1.6.2.3.1 *Mini Mental State Examination*

Le MMSE est un test de référence, recommandé par la HAS car simple et rapide. [annexe 5] Egalement appelé test de Folstein, il comporte 30 questions d'un point chacune classées en 7 catégories. Ce test explore l'orientation spatio-temporelle, l'apprentissage, la mémoire avec le rappel différé, l'attention, le raisonnement, le calcul et le langage en 15 minutes. Ce test permet d'évaluer la sévérité et le suivi de la maladie grâce à une appréciation du fonctionnement cognitif global. Il n'est pas suffisant seul pour poser un diagnostic. Si le résultat obtenu est

inférieur à 26, d'autres test et explorations sont à prévoir pour évaluer le problème. Pour réaliser ce test, le praticien doit prendre en compte le niveau socio-culturel et l'âge du malade ainsi que divers facteurs perturbant le résultat comme la fatigue, le stress et la dépression.

Au cours d'un MMSE si le score est compris entre 20 et 26, la démence est jugée légère. S'il est compris entre 15 et 19, elle sera modérée. Si le score obtenu est entre 10 et 14, la maladie est jugée modérément sévère. Si le score est en dessous de 9 la démence est sévère. Il arrive que parfois le test ne soit même plus réalisable. (25) (29) (27) (30)

1.6.2.3.2 *Test de l'horloge*

Ce second test est fréquemment réalisé. Il consiste à demander au malade de dessiner au sein d'un cercle les chiffres d'une horloge et d'y insérer les aiguilles correspondant à l'heure demandé. Il a pour but d'évaluer les capacités visuo- spatiales et les capacités motrices du malade (Figure 5).

Le score total de ce test est de 7. Un point est accordé pour chaque item suivant.

- Tous les chiffres des heures sont :
 - présents de 1 à 12 ;
 - dans l'ordre ;
 - bien positionnés.
- Concernant les aiguilles :
 - présence de deux aiguilles ;
 - l'aiguille des heures est bien indiquée ;
 - l'aiguille des minutes est correctement placée ;
 - la différence de taille entre les deux aiguilles est respectée.

Chaque erreur demande une exploration supplémentaire. Un score inférieur à 4 est caractéristique d'une altération pathologique qui représente 83% des maladies d'Alzheimer. (24) (27) (29)

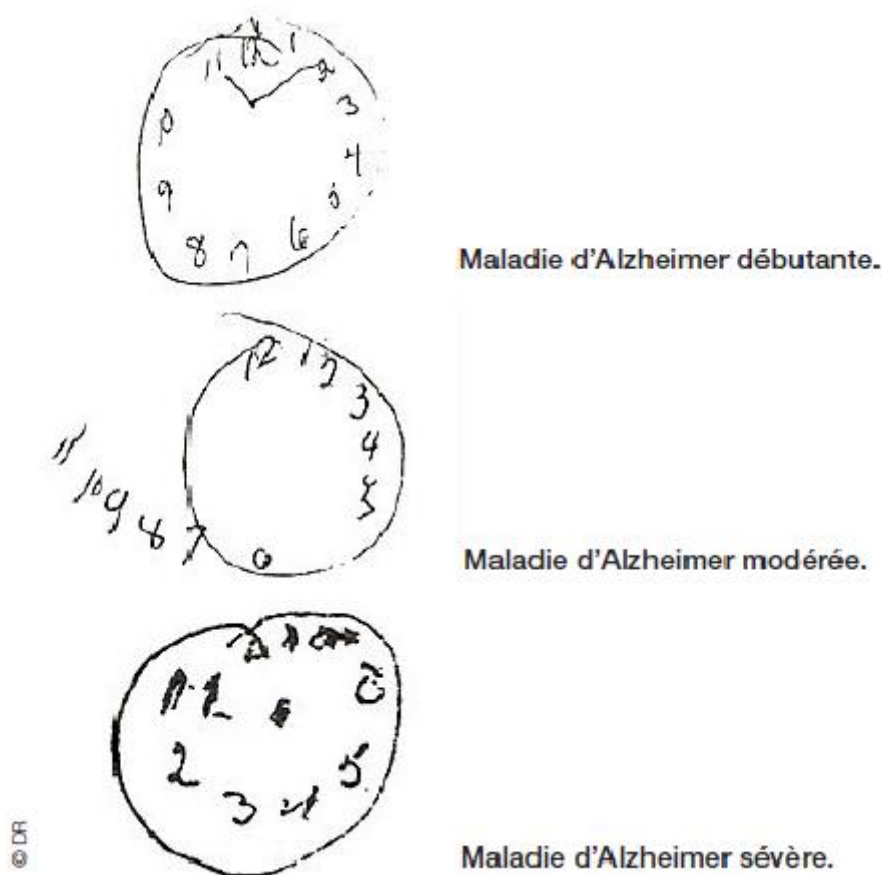


Figure 6 Schéma test de l'horloge chez patient Alzheimer (29)

1.6.2.3.3 **Test des cinq mots de Dubois**

Ce troisième test évalue l'aptitude du patient à mémoriser et se souvenir des mots. Le patient doit lire à haute voix et mémoriser une liste de 5 mots de catégories différentes : boissons, ustensiles de cuisine, véhicules, lieux et insectes.

Le patient doit dans un premier temps, à l'aide de cette liste, retrouver chaque mot et l'associer à sa catégorie. Cela permet au clinicien d'évaluer la compréhension des mots par le malade et d'évaluer ses capacités d'encodage. La seconde étape consiste à demander au patient de répéter les mots mais sans support. Cette étape est dénommée le rappel libre. L'exercice est répété mais en fournissant cette fois au patient les catégories et en lui demandant de se souvenir du mot associé à chaque catégorie. Cette étape est appelée le rappel avec indices. Il permet de se rendre compte si le patient est capable d'apprendre quelque chose de nouveau. La dernière étape s'appelle le rappel différé. Elle consiste à redemander les 5 mots sans aide ou avec aide si

difficultés après avoir distrait le patient avec une autre tâche pendant quelques minutes. Cette étape fait appel au processus de mémorisation et évalue donc la mémoire du malade.

Si le score obtenu est inférieur à 10, d'autres tests seront réalisés. Lorsque la capacité à enregistrer les mots dans la première étape est altérée, La probabilité pour qu'il s'agisse d'une maladie d'Alzheimer est importante. Cette partie prouve que le patient n'est plus capable d'encoder de nouvelles informations. (29) (27)

1.6.2.3.4 *Test de fluence verbale*

Le test de fluence verbale classique ou test d'Isaac consiste à énumérer rapidement des noms rattachés aux catégories demandées (ex : animaux, légumes, pays...). Dans chaque catégorie, le patient doit fournir au moins 10 noms. Quatre séries sont réalisées pour un score maximal de 40. Un score inférieur à 28 est le signe d'un problème cognitif. (24)

L'épreuve de fluence verbale autobiographique consiste à énumérer rapidement des informations personnelles : d'abord des noms d'amis, de collègues, de professeurs, de voisins puis des événements personnels provenant de 5 périodes différentes de la vie : 0 à 17 ans, 18 à 30 ans, plus de 30 ans, les 5 dernières années et la période récente. Il est ensuite demandé au patient de se souvenir plus précisément de ces moments énoncés. Ce test spécifique évalue donc la mémoire relative au faits personnels ainsi que la mémoire sémantique. (27)

1.6.2.4 *Les examens paracliniques*

1.6.2.4.1 *Bilan biologique*

Ce bilan permet d'exclure une autre cause aux symptômes du patient. Il doit comporter :

- ionogramme sanguin avec glycémie
- numération de formule sanguine
- calcémie
- bilan rénal avec albuminémie
- dosage de la thyroïdostimuline (TSH)
- hémogramme.

Il y est également ajouté un dosage de la vitamine B12 et des folates. En effet, un déficit en ces éléments peut entraîner une démence. (3)

1.6.2.4.2 L'imagerie cérébrale

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet de visualiser l'atrophie du cerveau. A un stade précoce, elle permet d'observer une atrophie qui cible l'hippocampe et la région corticale. Le volume des structures de l'hippocampe est progressivement diminué de 20 à 30 % par rapport à une personne non malade (figure 6). L'IRM permet également d'exclure des séquelles d'autres pathologies comme un accident vasculaire cérébral (AVC). Lorsque l'IRM ne peut être réalisée, le praticien doit prescrire une tomodensitométrie cérébrale sans injection de produit de contraste. (3) (25) (31)

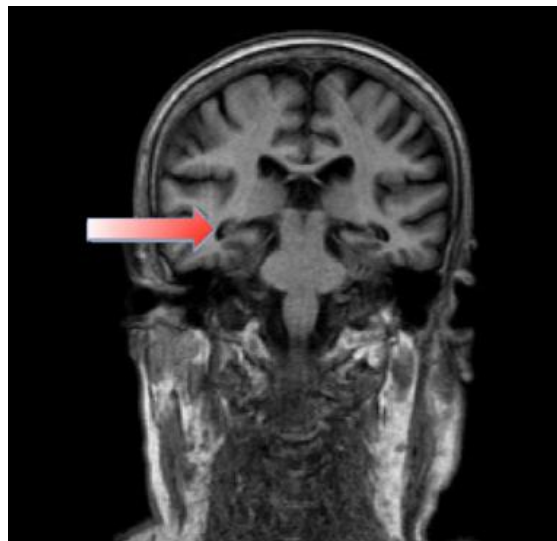


Figure 7 - IRM (coupe coronale) montrant une atrophie de l'hippocampe chez patient atteint de la maladie d'Alzheimer (31)

1.6.2.4.3 Analyse du Liquide céphalo- rachidien

L'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) permet de détecter différents marqueurs pour aider au diagnostic de la maladie.

- Le peptide A β est dosé par la méthode ELISA (enzyme-linked immunosorbent essay). Dans la maladie d'Alzheimer, la concentration de ce peptide dans le LCR est diminuée à cause de son agrégation en plaques amyloïdes. Ce test est spécifique à 90% pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Cependant il ne permet pas de distinguer clairement une maladie d'Alzheimer avec une autre démence neurodégénérative ou vasculaire.
- La protéine Tau phosphorylée peut également être dosée dans le LCR.

Un dosage élevé est caractéristique d'une dégénérescence neuro-fibrillaire. Ce test est spécifique à 92% dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

Ces marqueurs biologiques sont intéressants pour un dépistage précoce de la maladie mais ne suffisent pas pour différencier une maladie neuro-dégénérative d'une autre. (32) (31)

1.6.2.4.4 Biopsie cérébrale

La biopsie cérébrale est la seule méthode pour visualiser les plaques amyloïdes et la dégénérescence neuro-fibrillaire. La biopsie permet donc un diagnostic de certitude mais elle est beaucoup trop invasive pour être réalisée couramment. Celle-ci n'est pratiquée du vivant que sur le patient jeune pour lequel le diagnostic pose problème. Cependant la biopsie cérébrale est intéressante post-mortem pour avertir la descendance d'un éventuel risque familial. (24)

1.7 Diagnostics différentiels

La maladie d'Alzheimer n'est pas la seule maladie démentielle. Le diagnostic est important car il influe sur la future prise en charge. Chaque type de démence requiert un traitement différent.

1.7.1 Autres démences neurodégénératives fréquentes

Ces démences ont toutes en commun la dégénérescence des neurones.

1.7.1.1 La démence fronto-temporale

La démence fronto-temporale (DFT) se déclare vers 50-60 ans soit chez des sujets plus jeunes que ceux atteints de la maladie d'Alzheimer dans la majorité des cas. Elle se caractérise par une atrophie des zones frontales et temporales. Il est décrit une perte neuronale mais également des altérations des cellules gliales et des astrocytes. Du côté clinique, les patients présentent un changement de personnalité, des troubles comportementaux avec kleptomanie, désinhibition sexuelle, agitation psychomotrice, troubles urinaires et une perte d'intérêt précoce. Les troubles de la mémoire n'apparaissent qu'après. Le malade atteint d'une DFT est capable pendant longtemps d'enregistrer de nouvelles informations contrairement au patient touché par la maladie d'Alzheimer. Il est retrouvé également une incapacité du patient à reconnaître ses troubles. (30) (28) (33) (34)

1.7.1.2 La démence à corps de Lewy

Comme dans la maladie d'Alzheimer, des plaques séniles sont retrouvées. La différence porte sur la présence de corps de Lewy au niveau des neurones. Les patients présentent une démence avec des hallucinations visuelles précoces, un état dépressif, un syndrome extrapyramidal type Parkinsonien et des troubles neurovégétatifs. Les problèmes de mémoire sont fluctuants dans cette pathologie avec confusion et troubles la vigilance. Les symptômes progressent rapidement. En une année, la démence est installée. Contrairement aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, les patients sont capables de retrouver les réponses des tests neuropsychologiques à l'aide d'indices. (25) (30) (32) (33) (34)

1.7.1.3 La démence Parkinsonienne

La maladie de Parkinson est caractérisée par une triade de symptômes : dyskinésie, tremblements, lenteur à l'initiation des mouvements. En plus de ces troubles moteurs, la maladie évolue vers des troubles cognitifs. Quinze à 20% des personnes atteintes de la maladie de Parkinson développent une démence. La démence de Parkinson est responsable de beaucoup moins de troubles du comportement que la maladie d'Alzheimer. Dans cette démence, il s'agit de la région sous- corticale qui est lésée. (32) (33)

1.7.2 Les démences vasculaires

Elles représentent la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer. L'origine est soit hémorragique, soit ischémique. Le diagnostic est d'autant plus complexe que les signes neuropsychologiques dépendent de la localisation des lésions vasculaires. De nouvelles manifestations cliniques peuvent apparaître dès qu'une nouvelle zone cérébrale est atteinte. L'évolution se déroule donc plutôt par paliers. La forme la plus fréquente est la sous-cortico-frontale qui touche les fonctions exécutives. L'état clinique est caractérisé généralement par des troubles cognitifs fluctuants associés à des troubles de la motricité type Parkinson, une exagération des réflexes ostéo-tendineux, une dysarthrie, des troubles urinaires et fréquemment des modifications comportementales. Les troubles cognitifs sont moins importants que ceux présents dans la maladie d'Alzheimer car avec aides le patient retrouve les mots demandés. Les facteurs de risque des démences vasculaires sont principalement l'hypertension, le diabète, le tabac, l'hypercholestérolémie, les anomalies de la coagulation et les troubles du rythme cardiaque. Il est également courant que le patient présente une démence mixte qui associe maladie d'Alzheimer et démence vasculaire. (33) (35)

1.7.3 Les démences toxiques

Les causes principales de démences toxiques sont la consommation chronique et excessive d'alcool mais également l'abus de certains médicaments qui agissent sur le système nerveux central. C'est le cas notamment des benzodiazépines largement prescrites. Les médicaments dits psychotropes sont capables d'aggraver des troubles cognitifs naissants chez une personne âgée. Le cumul de médicaments anti-cholinergiques peut également provoquer une démence dite toxique avec confusion, désorientation, hallucinations visuelles, agressivité et agitation chez la personne âgée. (33)

1.7.4 Les démences infectieuses

Les démences infectieuses sont diverses et rares. Elles concernent, entre autre, les maladies à prions comme Creutzfeldt-Jakob ou la syphilis non traitée à la primo-infection. Il est également retrouvé la démence due à la maladie de Lyme qui est due à une bactérie *Borrelia* transmise par les piqûres de tique. Cette dernière peut être évitée par une prise précoce d'antibiotiques notamment l'amoxicilline. (33)

Une fois le diagnostic de la maladie d'Alzheimer posé, le suivi est important pour prévenir les problèmes qui mettent en jeu l'autonomie du patient.

1.8 Conséquences de la maladie

La maladie d'Alzheimer présente différentes conséquences : les chutes, la grabatisation, la dénutrition, l'incontinence urinaire et/ou fécale et la iatrogénie.

1.8.1 Chutes

Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont un risque de chute multiplié par 3 par rapport au reste de la population. Les chutes sont plus fréquentes dans les premiers stades de la maladie, quand le patient présente encore une certaine autonomie. C'est pourquoi au moment du diagnostic, 1/3 des patients ont déjà chuté au moins une fois. Ces chutes ont diverses causes. Un environnement mal agencé et des chaussures inadaptées sont en partie responsables de chutes. En parallèle, les troubles cognitifs et comportementaux sont responsables de difficultés pour le patient à coordonner ses mouvements et repérer les dangers sur son trajet. Le patient présente aussi des troubles de la concentration. Il sera perturbé lors de ces déplacements par une distraction comme la télévision ou une question qui lui a été posée. La déambulation a

également sa part de responsabilité, notamment lorsqu'elle se produit la nuit. De plus, les troubles de la marche entraînent une peur chez les patients qui, de ce fait diminuent leurs déplacements et loisirs. Ils prennent des postures inadaptées à cause des troubles de l'équilibre, ce qui accentue le risque de chuter. Ces chutes associées à une perte de poids et de masse musculaire sont responsables de nombreuses fractures fatales pour ces patients fragiles. Un dernier élément est à prendre en compte ici : les traitements médicamenteux. Les psychotropes et les neuroleptiques notamment entraînent une sédation importante, une diminution de l'attention et un risque d'hypotension. Ces effets secondaires associés aux troubles décrits précédemment expliquent le risque accru de chute dans cette population de patients. (36) (37)

1.8.2 Grabatisation et escarres

L'angoisse de la chute lors de déplacements peut entraîner une grabatisation. L'abus de contention physique pour éviter que le patient déambule et ne se mette en danger est également une cause de grabatisation. C'est pourquoi la contention physique est déconseillée. Un patient grabataire reste soit au lit, soit au fauteuil. Cette immobilité entraîne alors des zones d'appuis permanents, des frottements. Cette grabatisation associée à une dénutrition provoque des escarres et des infections. (38)

1.8.3 Dénutrition et perte de poids

L'altération nutritionnelle est fréquente dans la maladie d'Alzheimer. La perte de poids concerne entre 30 et 40 % des patients dans les premiers stades de la maladie. Les troubles nutritionnels sont dus notamment aux problèmes comportementaux. La désorientation spatiale mentionnée précédemment leur cause du souci pour faire les courses. Ensuite, l'apraxie rend difficile la préhension des ustensiles pour cuisiner. Les troubles de la déglutition et l'altération du goût et de l'odorat compliquent la prise alimentaire. Enfin, les troubles comme les hallucinations voire la dépression provoquent un refus alimentaire chez le patient. De plus, le patient perd ses repères temporels. De ce fait, il peut oublier qu'il est l'heure de prendre son repas. En parallèle la déambulation et l'agitation de ces patients augmentent leur dépense énergétique. La perte de poids est donc la conséquence d'un apport calorique insuffisant par rapport aux dépenses et besoins du malade. Ce déséquilibre entraîne progressivement une dénutrition protéino-énergétique. Or l'alimentation permet de maintenir l'état de santé physique du patient. (28)(39)(40)

Selon la HAS, le diagnostic de dénutrition repose principalement sur 4 facteurs (Tableau 1) : la perte de poids, l'indice de masse corporelle (IMC), le taux d'albumine et le mini nutritional assessment (MNA). [annexe 6] (41) (42)

Tableau 1 - critères diagnostiques de dénutrition chez les personnes âgées (42)

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Dénutrition	Dénutrition sévère
• Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois • Indice de masse corporelle : $IMC < 21$ • Albuminémie ¹ < 35 g/l • MNA global < 17	• Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois • IMC < 18 • Albuminémie < 30 g/l

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

La grille du MNA dépiste, dans la première partie, le risque de dénutrition en 6 points : l'appétit, la perte de poids, la motricité, les maladies aiguës, les problèmes neuropsychologiques et l'IMC. La seconde partie de la grille permet au travers de différentes questions d'évaluer l'état nutritionnel du malade pour pouvoir envisager des aides. (38) Ces aides peuvent comprendre une diététicienne pour l'élaboration des plats, des compléments nutritionnels oraux ou encore des prestataires de portage de repas à domicile si nécessaire. Ces aides seront développés dans la seconde partie.

1.8.4 Incontinence urinaire et ou fécale

L'incontinence est plutôt tardive chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Il est nécessaire d'exclure toute autre cause possible (infections urinaires, problèmes chirurgicaux...) avant de l'attribuer à la maladie. Il faut, dans un premier temps, proposer au patient d'aller aux WC plusieurs fois par jour à heure fixe. Ce dernier n'y pense pas forcément. Les changes complets ne doivent être envisagés qu'en dernier recours et être changés régulièrement pour éviter l'apparition d'infections cutanées ou d'escarres. (38)

1.8.5 Iatrogénie

La iatrogénie médicamenteuse concerne toutes les pathologies induites par l'acte médical que ce soit au moment du diagnostic, du dépistage ou de la prise en charge thérapeutique. Elle comprend aussi les risques de l'automédication. Le risque de iatrogénie est doublé après 65 ans et augmente davantage avec la maladie d'Alzheimer. Cette augmentation du risque s'explique par les modifications physiologiques dues au vieillissement et à la dénutrition vu ci-dessus. Elle

s'explique également par la poly-médication, la multiplicité des prescripteurs, la présence de plusieurs pathologies et l'automédication inappropriée. (43)

Pour réduire la iatrogénie médicamenteuse, le bénéfice-risque de chaque médicament doit être posé pour chaque pathologie. Pour le malade Alzheimer, tout cumul de molécules entraînant une désorientation et une confusion doit être évité. Les médicaments à effets anticholinergique peuvent notamment aggraver les troubles de la mémoire et même engendrer une démence. Ces médicaments bloquent l'acétylcholine, or le malade Alzheimer présente déjà un déficit de ce neurotransmetteur.

Les principales classes de médicaments anticholinergiques sont les suivantes :

- antihistaminiques de première génération indiqués dans les troubles du sommeil (doxylamine-Donormyl®, hydroxyzine-Atarax®), contre la rhinite (phéniramine-Fervex®), contre les allergies (méquitazine-Primalan®), contre la toux (oxomemazine-Toplexil®) ou dans le mal des transports (diménhydrinate-Mercalm®) ;
- certains antiparkinsoniens (trihexyphénidyle-Artane®, tropatépine-Lepticur®) ;
- certains antispasmodiques urinaires (oxybutinine-Ditropan®, trospium-Ceris®, solifénacine-Vesicare®) ;
- bronchodilatateurs anticholinergiques (ipratropium-Atrovent®, glycopyrronium-Seebri®, tiotropium-Spiriva®) ;
- antidépresseurs phénothiaziniques (clomipramine-Anafranil®, amitriptyline-Laroxyl®) ;
- autres : scopolamine-Scopoderm®,....

Le pharmacien doit être attentif aux délivrances de molécules anticholinergiques car certaines d'entre-elles sont disponibles sans ordonnance. Ces molécules sont présentes dans de nombreuses indications et non recommandées chez ces patients.

En plus de tous ces facteurs favorisant la iatrogénie médicamenteuse, les troubles mnésiques particulièrement importants dans la maladie d'Alzheimer sont responsables d'erreurs de prise et de confusion entre les différents comprimés. Le patient peut oublier s'il a pris ou non ses médicaments. Un semainier préparé à l'avance peut au début être une solution. Ensuite une aide physique peut être nécessaire pour la prise de traitement.

Ces différents points contribuent à la perte d'autonomie générale du malade et en partie à une morbi-mortalité élevée chez cette population particulièrement fragile. Une prise en charge globale doit donc être rapidement mise en place.

II. Prise en charge du patient malade et de son entourage

L'objectif général est d'améliorer la qualité de vie du patient. Cela comprend la prévention, détection et le traitement des symptômes de la maladie. L'intérêt est aussi de stimuler le patient pour ralentir le déclin cognitif et la perte d'autonomie. La prise en charge a également pour but de préserver l'état de santé physique et moral de l'aidant. (28)

2.1 Prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse repose sur des traitements spécifiques et d'autres classes couramment prescrites dans les démences en général comme les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anxiolytiques et les hypnotiques.

2.1.1 Anti-Alzheimer spécifiques

Actuellement, peu de molécules sont disponibles dans le traitement de la maladie d'Alzheimer. Ces molécules ne permettent qu'une prise en charge symptomatique. Leur but est de ralentir l'évolution de la maladie en l'absence de traitement curatif. Ces médicaments sont au nombre de quatre et sont tous à prescription restreinte : le prescripteur initial doit être soit un neurologue, un psychiatre, un gériatre ou un médecin généraliste titulaire de la capacité de gériatrie. L'ordonnance initiale du spécialiste est renouvelable par le médecin traitant pendant une année. La consultation chez le spécialiste est donc d'une fois par an minimum. Ces molécules sont à surveillance particulière pendant le traitement. Il n'est actuellement pas recommandé d'associer deux traitements anti-Alzheimer qu'ils soient de même classe pharmacologique ou non. Cependant ces associations sont en pratique courante, fréquemment retrouvées sur les ordonnances.

Ces médicaments se divisent en deux classes pharmacologiques : les anticholinestérasiques et les antagonistes de récepteurs N-méthyl-D-aspartate du glutamate (Tableau 2). Les premiers

seraient préférentiellement efficaces sur l'apathie, la dépression et les comportements moteurs aberrants alors que la deuxième classe agirait plutôt sur l'agitation, l'agressivité, l'irritabilité et les symptômes psychotiques rencontrés dans la maladie. (44) (45)

2.1.1.1 Anti- cholinestérasiques

Cette classe est constituée de trois molécules : donépézil, galantamine et rivastigmine. Celles-ci sont indiquées dans le traitement des formes légères, modérées à modérément sévères de la maladie d'Alzheimer ($10 < \text{MMSE} < 26$). Aucune donnée ne permet d'affirmer qu'une molécule serait plus efficace que les autres. Le choix est relatif au prescripteur en fonction de la forme du médicament et de la tolérance des molécules par le patient ; si un médicament est mal supporté, un autre de la même classe peut être proposé. (44)

Le mécanisme d'action de ces médicaments consiste à inhiber la cholinestérase, une enzyme qui conduit à la dégradation de l'acétylcholine dans les fentes synaptiques. Ce blocage permet donc d'augmenter pour une courte durée la concentration cérébrale d'acétylcholine qui est déficiente au niveau de l'hippocampe et du cortex chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer. La rivastigmine inhibe aussi la butyrylcholinestérase, une autre enzyme cérébrale qui dégrade l'acétylcholine. Cependant l'efficacité clinique n'a pas été prouvée. La galantamine, quant à elle, potentialise également l'action de l'acétylcholine sur ses récepteurs nicotiniques, ce qui n'apporte aucun effet clinique apparent. La galantamine et le donépézil sont métabolisés au niveau hépatique par les cytochromes P450 3A4 et 2D6. De nombreux médicaments inhibent ces cytochromes et interagissent donc avec ces deux anti-cholinestérasiques. (46) (47)

Cette classe présente de nombreux effets indésirables : (46)

- généraux : extrême fatigue surtout à l'instauration du traitement ;
- digestifs tels que nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, dyspepsies ou anorexie. Ce sont les effets secondaires les plus fréquents ;
- neurologiques avec des céphalées, troubles du sommeil, vertige, crampes et confusion mentale ;
- cardiaques à type d'arythmies plus ou moins sévères.

Une instauration à faible dose limite les effets secondaires potentiellement sévères. Les posologies sont à augmenter progressivement jusqu'à la dose maximale recommandée et

tolérée. Néanmoins, au cours du traitement, des précautions particulières doivent être prises pour les patients présentant des antécédents cardiovasculaires, gastro-intestinaux, neurologiques et respiratoires. De plus, un électrocardiogramme est recommandé avant l'instauration d'un anticholinestérasique chez les patients ayant des antécédents cardiaques ou un traitement bradycardisant.

2.1.1.1.1 *Le donepezil - Aricept®*

Le donépézil se présente sous forme de comprimés à avaler ou orodispersibles à 5 ou 10 milligrammes. Les formes orodispersibles sont à privilégier chez les patients présentant des troubles de la déglutition ou du comportement. La posologie recommandée initialement est de 5 milligrammes pendant un mois puis elle peut être augmentée à 10 milligrammes par jour. Le comprimé doit être pris au coucher pour limiter le risque de chutes dû aux vertiges et la somnolence qu'engendre la molécule. (46) (48)

2.1.1.1.2 *La galantamine- Réminyl®*

La galantamine se présente sous forme de comprimés à 4, 8 ou 12 milligrammes, de gélules à libération prolongée à 8, 16 ou 24 milligrammes ou de solution buvable dosée à 4 milligrammes par millilitre. La dose initiale recommandée est de 8 milligrammes par jour pendant un mois avant d'augmenter si nécessaire les doses à 16 puis 24 milligrammes par jour. La prise se fait le matin au petit déjeuner ou en cas d'effets secondaires le soir au dîner. Le soluté se conserve trois mois après ouverture et se mélange à une boisson pour améliorer l'observance. Les gélules étant à libération prolongée, elles sont à avaler avec un grand verre d'eau sans les croquer, ni les écraser. (46)

2.1.1.1.3 *La rivastigmine- Exelon®*

La rivastigmine se présente sous forme de gélules à 1,5, 3, 4,5 ou 6 milligrammes, de solution buvable à 2 milligrammes par millilitre et de dispositifs transdermiques en deux dosages, 4,6mg/24h et 9,5mg/24h. Le traitement initial doit être instauré à 1,5 milligrammes matin et soir puis augmenté à 3 milligrammes matin et soir et quatre milligrammes matin et soir, jusqu'à 6 milligrammes deux fois par jour par pallier de deux semaines pour les gélules et les solutés. Les patchs doivent être instaurés à la dose minimale. Celle-ci peut être augmentée après quatre semaines si nécessaire. Ils sont à appliquer sur peau sèche, propre, glabre et saine. Les sites où

ils ne peuvent pas se décoller sont à privilégier : haut ou bas du dos, haut du bras ou de la poitrine en général. Le dispositif est à retirer et changer tous les jours en veillant à alterner les sites d'application pour prévenir les irritations. (46) (49)

2.1.1.2 Anti- glutamatergique : la mémantine- Ebixa®

La classe des antagonistes du récepteur NMDA du glutamate ne comporte qu'une seule molécule : le chlorhydrate de mémantine. Elle est indiquée en cas de stade modérément sévère à sévère de la maladie d'Alzheimer (MMSE < 15). La mémantine est la seule molécule à avoir l'AMM pour le stade sévère en France. (44)

La mémantine module l'excitabilité neuronale via une activité antagoniste non compétitive sur les récepteurs NMDA du glutamate. Ce neuromédiateur joue un rôle dans le processus d'apprentissage et de mémorisation mais une stimulation excessive de ces récepteurs entraîne des lésions cellulaires. En bloquant les récepteurs NMDA du glutamate, la mémantine améliore la transmission des signaux dans le cerveau et réduit les symptômes de la maladie. (46)

Ce médicament est bien toléré, les rares effets secondaires rencontrés sont : (46)

- neurologiques tels que céphalées, somnolence, vertiges, confusions voire hallucinations ;
- digestifs avec une constipation fréquente ;
- respiratoires à type de dyspnées ;
- autres : hypertension, cystites...

La seule contre- indication de la mémantine est l'insuffisance rénale, la posologie devant être diminuée de moitié pour une clairance à la créatinine de 40 à 60 ml/min et le traitement arrêté si inférieur.

La mémantine est disponible sous forme de comprimés à 10 et 20 milligrammes ou de solution buvable en gouttes. Le traitement est à débiter à 5 milligrammes par jour et à augmenter par palier de 5 milligrammes jusqu'à 20 milligrammes par jour maximum. La posologie journalière est réduite à 10 milligrammes en cas d'insuffisance rénale sévère. (17)

Tableau 2 - récapitulatif des traitements anti- Alzheimer spécifiques (31)

TABLEAU II Caractéristiques des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et de la mémantine et leurs indications validées par l'AMM				
	Donépézil	Rivastigmine	Galantamine	Mémantine
Formes	Cp 5 et 10 mg	Gel : 1,5, 3, 4,5 et 6 mg Solution buvable 2 mg/mL	Cp : 4, 8 et 12 mg Gel LP : 8, 16, 24 mg Solution buvable 4 mg/mL	Cp 10 mg Solution buvable 10 mg/mL
Nb de prises/jour	1	2	2 (1 pour la forme LP)	2
Dose initiale (mg)	5	3	8	5
Dose d'entretien (mg)	10	12	16 (24 si non répondeur)	20
Nb des paliers	1	3	1 (2)	3
Durée pour atteindre la dose d'entretien (semaines)	4	6	4 (8)	4
Indications	MA : formes légères à modérément sévères	MA : formes légères à modérément sévères Démence légère à modérément sévère associée à la maladie de Parkinson	MA : formes légères à modérément sévères	MA : formes modérées à sévères

En octobre 2011, la commission de transparence de la HAS a jugé que ces médicaments avaient un service médical rendu (SMR) faible. Ceci signifie que l'intérêt médical est insuffisant au vu des effets secondaires que la molécule provoque. Suite à cette annonce, les délivrances de ces médicaments spécifiques ont subi une baisse de 30%. Ce sont les malades vivants au domicile qui sont concernés par cette diminution. Cependant, cette décision n'a pas influencé le suivi en consultation spécifique. Ces traitements montrent une efficacité thérapeutique, même si elle est faible. (50) C'est pourquoi, en début d'année 2017, le ministère de la santé a repoussé leur déremboursement jugeant qu'ils sont une chance pour ces patients qui n'ont pas d'autres alternatives pour le moment. (51)

Le ministère de la santé propose de mettre en place dans un premier temps trois mesures :

- à partir du 1^{er} novembre 2017, le rôle des médecins traitants va être valorisé. Ils seront rémunérés 60 euros pour la consultation d'informations qui demande du temps. Ils auront également la possibilité d'effectuer 3 longues visites par an au domicile du patient. Ces consultations à domicile seront rémunérées 70 euros chacune. Le but de cette mesure est de sensibiliser le médecin généraliste pour qu'il s'investisse dans la prise en charge du patient atteint de la maladie d'Alzheimer ;
- des formations sur les maladies neurodégénératives vont être proposées aux professionnels de santé. Ces formations peuvent contribuer au développement professionnel continu ;

- le troisième point concerne 10 nouvelles unités cognitivo-comportementales qui devraient ouvrir courant 2017 et permettent de prendre en charge les patients malades qui présentent des troubles du comportement non gérables en institution classique. (52)

2.1.2 Autres médicaments non spécifiques

Les psychotropes sont très souvent utilisés dans les démences. Cependant ils ne doivent être envisagés que lorsque les troubles comportementaux deviennent un facteur d'aggravation fonctionnel. Leur prescription est souhaitable uniquement lorsque la sévérité de ces troubles met en danger le patient ou devient trop difficile à gérer pour l'entourage. La prescription de ces traitements repose sur l'expérience clinique mais aucun psychotrope n'a l'AMM pour les troubles psycho-comportementaux de la démence. (45)

S'ils sont nécessaires, le prescripteur devra prendre en compte les recommandations suivantes:

- avant instauration de ces traitements, les causes environnementales et somatiques du problème devront être contrôlées ;
- les interventions de soins non médicamenteuses doivent être privilégiées en première intention ;
- la molécule doit être choisie en fonction des symptômes ciblés et évaluée régulièrement par rapport à ces symptômes pour éviter la sur- médication ;
- privilégier une seule molécule aux associations ;
- ne modifier qu'un seul médicament à la fois ;
- toujours débuter un traitement à la plus petite dose possible et augmenter progressivement si nécessaire ;
- les traitements psychotropes et anxiolytiques doivent être prescrits pour la plus courte période possible ;
- la forme galénique doit être adaptée à l'état clinique du patient ;
- impliquer la famille pour mieux adapter le traitement en fonction des effets bénéfiques et indésirables. (45) (53)

2.1.2.1 Antidépresseurs

Ces médicaments sont prescrits lorsque le patient présente un état dépressif qui peut se traduire par une anxiété, une impulsivité, une agitation ou des idées délirantes. Les antidépresseurs doivent être prescrits au minimum trois mois avant de pouvoir évaluer leur efficacité. La

prescription de plusieurs antidépresseurs n'est plus recommandée. Ils ne doivent pas être arrêtés brusquement. Ceux qui présentent des effets anticholinergiques ou fortement sédatifs sont à éviter comme les antidépresseurs tricycliques qui augmentent le déclin cognitif. Les recommandations se portent sur les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, notamment la fluoxétine (Prozac®), sertraline (Zoloft®), citalopram (Seropram®) et paroxétine (Déroxat®). Ces dernières molécules ont l'avantage d'avoir également une action sur les crises anxieuses, l'instabilité émotionnelle, l'agitation et les délires. Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine et de la noradrénaline comme la venlafaxine (Effexor®) peuvent aussi être envisagés en cas de troubles dépressifs ou d'apathie. La mirtazapine (Norset®) est également prescrite couramment mais elle présente un effet sédatif important. (45) (53) (54)

2.1.2.2 Antipsychotiques

Leur utilisation dans la démence Alzheimer n'est basée que sur la pratique clinique. Il existe deux classes d'antipsychotiques : les classiques et les atypiques. Les classiques possèdent une faible efficacité sur les troubles psychotiques et une tolérance médiocre. La seconde classe est efficace sur les troubles psychotiques comme l'agitation ou l'agressivité. Ces médicaments entraînent des effets indésirables graves qui ne doivent pas être négligés notamment la dyskinésie, l'hypotension orthostatique, la sédation excessive et le syndrome parkinsonien qui sont des facteurs de risque de chutes et fausses routes. La prescription de ces médicaments doit être faite uniquement en cas de troubles sévères, après échec des autres mesures non médicamenteuses. Ces médicaments doivent être prescrit pour une durée la plus courte possible à faible posologie en privilégiant les molécules à courte demi-vie. Ces traitements font partie des « médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées ». En pratique, le tiapride (Tapridal®) est fréquemment utilisé dans ces situations en France à des posologies inférieures à 300 milligrammes par jour. Deux autres molécules de la classe des neuroleptiques atypiques sont intéressantes : la risperidone (Risperdal®) de 0,25 à 1 milligramme par jour et l'olanzapine (Zyprexa®) de 2,5 à 5 milligrammes par jour. Ces dernières ont montré une efficacité dans le traitement de l'agressivité et des psychoses chez les patients déments. (45) (53) (54)

2.1.2.3 Anxiolytiques

Les anxiolytiques ne sont indiqués qu'en cas de crise anxieuse aiguë et pour une courte durée. Il est d'abord recommandé de prendre en charge les causes quelles qu'elles soient. Les molécules à demi-vie brève et sans métabolites actifs sont à privilégier et notamment

l'oxazepam (Seresta®) avec une demi-vie de 8 heures ou le lorazepam (Temesta®) avec une demi-vie de 10 heures. Ces produits entraînent un risque de somnolence, d'agitation paradoxale et d'aggravation des troubles mnésiques. L'hydroxyzine (Atarax®), antihistaminique régulièrement utilisé dans les crises anxieuses est à éviter dans la maladie d'Alzheimer à cause du côté anticholinergique. En cas d'anxiété chronique, les antidépresseurs sont à privilégier. (45) (53)

2.1.2.4 Hypnotiques

Les hypnotiques sont à éviter car ils provoquent une somnolence et un risque de chutes chez ces patients déjà perturbés ainsi qu'une dépression respiratoire. Les molécules à privilégier sont celles à courte demi-vie, notamment le zopiclone (Imovane®) et zolpidem (Stilnox®) qui sont des apparentés aux benzodiazépines. Ce sont les molécules les plus prescrites en l'absence d'études sur la prescription d'hypnotiques chez ces patients. (45) (54)

Malgré les recommandations, les benzodiazépines représentent une classe médicamenteuse très utilisée chez les personnes âgées. Elles sont indiquées dans de nombreuses pathologies. En effet, les benzodiazépines possèdent diverses propriétés : anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes et antiépileptiques. Les benzodiazépines sont réparties en deux sous-classes les demi-vies longues, supérieures à 20 heures et les benzodiazépines à demi-vies courtes. De nombreuses études cherchent à établir un lien entre la prise de ces molécules et la survenue d'une démence. Ainsi une étude montre que la consommation de benzodiazépines à demi-vies longues augmente le risque de survenue d'une démence de 60% par rapport aux non-consommateurs. L'étude s'est portée sur 8240 personnes de plus de 65 ans pendant 8 ans. L'étude montre qu'une prise tous les jours de benzodiazépines pendant 3 à 6 mois augmente le risque de survenue d'une démence Alzheimer de 30% et pour une durée supérieure à 6 mois, de 60 à 80%. De nombreuses études portent sur l'utilisation des benzodiazépines et assimilés et la survenue de la démence Alzheimer mais toutes ne sont pas encore en accord. Par prudence, il faut donc éviter cette classe. (55)

L'ensemble de ces médicaments constitue un des éléments de prise en charge médicale des patients mais de nombreux professionnels de santé et professions peuvent intervenir autour du patient. (53)

2.2 Prise en charge non médicamenteuse

Les solutions non pharmacologiques doivent être prodiguées les premières, notamment l'adaptation du lieu de vie, les aides à domicile, l'éducation des aidants naturels et formels ainsi que l'intervention de spécialistes comme le kinésithérapeute, l'orthophoniste, le psychomotricien ou le psychologue. L'ensemble de ces mesures peut aider à comprendre les troubles et à prévenir les SCPD. (28)

- la kinésithérapie ;

L'activité physique est importante pour prévenir le risque de chutes mais également pour maintenir les capacités fonctionnelles et mieux gérer les troubles du comportement. L'aide des kinésithérapeutes, psychomotriciens et ergothérapeutes est requise. Les exercices proposés regroupent la marche, la gymnastique, le renforcement musculaire ou encore des exercices d'équilibre, d'assouplissement et de proprioception. (45) (56)

- la motricité cognitive ;

La stimulation cognitive est indispensable. Elle intervient à tous les stades de la maladie et permet de ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie courante. Cette prise en charge personnalisée requière l'aide de psychologues, psychomotriciens orthophonistes ainsi que celle des aidants. La stimulation de la mémoire vise à compenser le déficit cognitif. L'orthophonie concerne la compréhension et l'expression du langage oral ou écrit ainsi que la communication non-verbale. L'intervention de l'orthophoniste vise notamment à maintenir toute forme de communication avec le patient ainsi qu'à aider l'entourage à adapter leur attitude face au malade. Il utilise différents outils de communication : les gestes, les pictogrammes, les tablettes et ordinateurs, l'agenda personnalisée du malade, le carnet autobiographique. Des fiches pratiques pour des activités de la vie courante permettent de rappeler au malade la démarche à effectuer pour telle ou telle tâche du quotidien. Cette approche doit évoluer en fonction des besoins du patient, de son comportement, de sa motivation et de sa situation familiale. Elle présente également un intérêt dans les troubles de la déglutition. (6) (30)

- l'intervention de la nutritionniste ou diététicienne ;

Cette intervention permet de garder un état nutritionnel favorable au maintien à domicile. Les aides à l'alimentation seront développées dans la seconde partie.

Les troubles du comportement doivent être étudiés pour identifier les facteurs aggravants ou déclenchants. Ils dépendent de l'état physique du malade, son état émotionnel, ses douleurs,

son histoire personnelle et l'environnement qui l'entoure. Pour lutter contre ces troubles, diverses thérapies peuvent être mise en place : (45)

- l'aromathérapie ;

L'utilisation des huiles essentielles permettrait de détendre les malades et d'améliorer la qualité du sommeil. Une étude japonaise traite des bienfaits de l'aromathérapie chez ces patients. Elle a été menée sur 28 patients déments avec utilisation de l'huile essentielle de romarin et de citron dans la matinée pour augmenter la concentration des malades. Les huiles essentielles de lavande et d'orange étaient utilisées le soir pour calmer les malades. Ces huiles essentielles ont été diffusées à l'aide d'un diffuseur électrique dans les pièces de vie. Il semblerait qu'il y ait eu un effet bénéfique chez les patients avec troubles comportementaux légers. Bien que le nombre de patients inclus dans l'étude soit trop faible pour être significatif, l'utilisation d'une médecine douce semble une alternative intéressante. (57)

- l'art- thérapie ;

Les ateliers d'art-thérapie sont toujours animés par un artiste compétent dans son domaine ou un professionnel formé. Ce dernier doit transmettre son enthousiasme aux participants. Ces ateliers permettent de stimuler la créativité et les émotions du patient au travers de diverses animations d'art-plastique, de peinture, de chant, de bricolage, de danse ou encore de musique. L'art –thérapie stimule également le patient par le biais de visites au musée, concerts, pièces de théâtre. Ces différentes activités se placent dans une démarche d'amélioration de l'estime de soi via l'élaboration de projets artistiques. La musicothérapie permet de stimuler les interactions sociales et contrôler les émotions chez les malades. Les rythmes, accords et chansons permettent de pallier les lacunes de la communication verbale en la substituant par d'autres moyens d'expression non verbale. (58) (6)

- la luminothérapie ;

Cette thérapie a pour but de diminuer les troubles comportementaux et réguler les rythmes jour/nuit. Elle est basée sur une exposition lumineuse au niveau oculaire. Les séances se déroulent le matin pendant une heure et permettent de signaler au cerveau qu'il est temps de commencer la journée.

- la pet-thérapie ;

Une personne qui a toujours aimé la compagnie d'animaux, appréciera de caresser, parler avec un animal. Courante en institution, la pet-thérapie permet de stimuler et réduire les agitations chez les malades par le biais d'animaux de compagnie, généralement des chats ou chiens. Leur compagnie diminue également le stress chez le malade et réduit l'isolement. Au domicile, la compagnie d'un chat est à privilégier car il demande moins d'attention qu'un chien. (6)

L'ensemble de ces interventions contribue à favoriser le maintien à domicile.

2.3 Aides au maintien à domicile

Le patient doit avoir accès à toutes les aides techniques lui permettant un maintien à domicile dans les meilleures conditions le plus longtemps possible. Pour cela, il peut se renseigner auprès de son pharmacien. Ce dernier est disposé à fournir des aides matérielles pour les déplacements ainsi que des outils pour aménager l'environnement du malade. Les repas sont souvent un moment compliqué pour ces malades, le pharmacien peut contribuer à améliorer la prise alimentaire par différents conseils et produits disponible à l'officine.

2.3.1 Aides techniques pour les déplacements

Le pharmacien possède ses propres dispositifs ou les fournit par le biais d'un prestataire comme Alcura ou Oxypharm. Ces aides matérielles sont remboursées intégralement ou en partie par la sécurité sociale lorsqu'elles sont prescrites sur ordonnance du médecin. Par exemple, le pharmacien dispose pour les patients mobiles de plusieurs modèles de cannes de marche. Il existe des cannes simples, tripodes ou quadripodes avec ou sans poignet ergonomique pour faciliter la mise en main. Pour les patients ayant plus de difficulté pour marcher, le pharmacien propose différents déambulateurs. Il s'agit de déambulateurs fixes pliants ou non, à deux ou quatre roues (figure 8). Lorsque le patient n'est plus du tout capable de marcher, des fauteuils roulants lui seront conseillés. Les plus simples sont manuels mais il existe également des fauteuils automatiques à moteur.

CANNE QUADRIPODE ADULTE

A0110618

Usages intérieur et extérieur. Réversible gauche droite. Poignée en T. Réglable en hauteur. Bague anti-jeu.

Poids maximum supporté : 90 kg
Hauteur : 68-92 cm
Embout : Pivoflex
Encombrement au sol : 33 x 22,5 cm
Poids : 1,11 kg



CANNE TRIPODE ADULTE

A0007233 Chromé
A0007524 Bleu

S'appuie au sol en accroissant la zone d'équilibre. Convient aux patients moins mobiles ou en rééducation. Poignée en T. Réglable en hauteur.

Chromé/Bleu
Poids maximum supporté : 110/90 kg
Hauteur : 68-95/68-92 cm
Encombrement au sol : 30 x 20/32 x 28 cm
Embout : Ø 17 mm base 40 mm gris/Pivoflex
Poids : 950/960 g



Modèle A0007524 uniquement



DÉAMBULATEUR 4 ROUES ADULTE

A0126721

Pliable. Siège. Plateau et panier amovibles. 2 freins débrayables. Réglable en hauteur.

Poids maximum supporté : 120 kg
Hauteur réglable : 82 à 96 cm
Dimensions : L 58 x P 68 x H 82-96 cm
Dimensions plié : L 60 x P 30 x H 87 cm
Poids : 11,2 kg
Coloris : bleu



Figure 8 - exemples d'aides à la marche du catalogue Alcura (59)

D'autres dispositifs peuvent être mis en place au domicile pour faciliter l'autonomie du patient. (19)

2.3.2 Aménagement du lieu de vie

De nombreux conseils peuvent être fournis aux aidants pour améliorer le quotidien de ces malades. L'environnement du patient atteint de la maladie d'Alzheimer doit être simple, rassurant, stable et familier. Le cadre doit permettre au patient de se sentir bien chez lui et de pouvoir s'y déplacer le plus facilement possible en toute sécurité. Dans l'ensemble des pièces de la maison l'éclairage ne doit pas être négligé sous risque d'entraîner des chutes. La mise en place d'un allumage automatique lorsqu'on rentre dans la pièce est judicieuse. Ensuite, l'aménagement des meubles doit permettre au patient de se déplacer librement. Par conséquent, les espaces doivent être suffisamment large, les pièces pas trop chargées et aucun objet ou câble ne doit traverser les passages. Pour que le patient se situe mieux dans la maison, il faut placer sur les portes des affichettes indiquant le nom des pièces (WC, cuisine, chambre...). Lorsque la maison présente un étage, il faut sécuriser les escaliers à l'aide d'une barrière en haut et en bas. Une rampe d'accès peut aussi être ajoutée. Quand cet escalier devient vraiment trop dangereux, les pièces de vie doivent être concentrées sur le rez-de-chaussée. Dans la pièce de vie, un fauteuil releveur, ou un fauteuil coquille quand l'état de santé est davantage dégradé, peut-être installé pour éviter aux patients des escarres ou douleurs dues à une mauvaise posture (figure 9). Pour que le patient puisse se situer dans le temps, il est intéressant de placer dans la pièce principale une horloge simple à lire et un calendrier qui affiche chaque jour la date ainsi qu'un planning avec les rendez-vous et activités prévues pour les prochains jours. Il faut éviter de laisser la télévision ou la radio en bruit de fond car cela perturbe le malade. Ce dernier se sentira mieux au calme ou dans une ambiance tranquille avec un peu de musique douce. Enfin, lorsqu'il y a un risque de fugue, il est conseillé d'installer un système de sécurité et de ne pas laisser à disposition les clés de la porte d'entrée. Dans chaque pièce, des petits aménagements peuvent également améliorer le quotidien. (60)

SIÈGE COQUILLE OPTIMAL

RÉFÉRENCE SELON TAILLE, COLORIS ET OPTION

Pour les personnes assistées d'un accompagnant (usage intérieur exclusif). Inclinaison possible par l'arrière. Barre de poussée pour déplacer le fauteuil. Repose-jambes fixe. Hauteur des accoudoirs permettant l'accès aux tables de repas.

Options :

- Coussin anti-escarres classe II inséré dans l'assise amovible et déhoussable.
- Coussin de série de positionnement en mousse viscoélastique (amovible, réglable et multi-usage lit/fauteuil).
- Tablette ventrale ou à rangement vertical.
- Cale-tronc droit ou gauche.
- Cale-tête fabrication spéciale.
- Harnais.

Poids maximum supporté : 130 kg

Disponible en :

- 15 tailles (1 à 15)
- Tailles de référence (largeurs de bassin) : 4 (33 à 38 cm), 7 (39 à 44 cm), 10 (45 à 45 cm) et 13 (51 à 56 cm)

Coloris PVC/Tissu (bicolore) :

- Bleu ou framboise : tailles 1 à 15
- Cacao ou ébène : uniquement tailles 4, 7, 8, 10, 11 et 13



Uniquement sur coussin anti-escarres classe II



Cacao



Framboise



Ébène

Bleu



Pharmacies 0970 81 00 88

Prescripteurs 0970 81 00 80

Alcura Mon Catalogue Conseil

59

Figure 9 exemple de fauteuil coquille sur le catalogue Alcura (59)

Dans la cuisine :

- favoriser les ustensiles facilement préhensibles et qui ne cassent pas ;
- indiquer sur les placards, la localisation des ustensiles courants dont le patient peut avoir besoin seul ;
- ne pas laisser le malade sans surveillance avec des ustensiles dangereux comme les couteaux, épluche- légumes ou encore le four ;
- les plaques à induction sont à privilégier puisqu'elle ne chauffe qu'en présence de métal.

Les brûlures, coupures sont les incidents les plus rencontrés en cuisine. Plus graves, les incendies en cas d'oubli d'éteindre un appareil électro-ménager peuvent causer beaucoup de dégâts.

Dans la salle de bain :

- pour éviter que le patient désorienté se retrouve enfermé dans la salle de bain et chute sans pouvoir être secouru, il faut une porte sans verrou intérieur ;
- ne pas surcharger les bords des lavabo et baignoires avec des objets inutiles ou dangereux comme un rasoir. Il est préférable de fournir les objets spécifiques comme la mousse à raser qu'au moment voulu ;
- prévoir des tapis anti- dérapant dans la baignoire;

- installer un siège dans la baignoire ou dans la douche ainsi que des barres d'appui ;
- privilégier des robinets et un adaptateur pour régler la température de l'eau et empêcher que le patient ne se brûle ;
- Le pommeau de douche doit diffuser un jet doux, agréable pour le patient.

La salle de bain est la première pièce à risque de chutes.

Dans les WC :

- installer des barres d'appui pour faciliter l'autonomie du malade ;
- proposer un réhausse-wc si le malade a des difficultés à plier les genoux (figure 10).

Si ces mesures ne sont plus suffisantes et que le patient ne peut plus se déplacer aisément jusqu'aux toilettes, il peut être proposé une chaise percée ou fauteuil garde-robe placé à proximité du patient. Pour éviter les levées nocturnes qui sont responsables de chutes et fractures pour ces patients fragiles, des urinoirs ou protections urinaires sont disponibles. Ces protections urinaires peuvent être sous forme de culotte pour les patients les plus indépendants ou à scratches. Différentes absorptions existent selon les besoins.



Figure 10 - exemple de rehausse WC du catalogue Alcura (59)

Dans la chambre :

- prévoir un interrupteur pour la lumière près du lit car beaucoup de malades ont peur du noir ;
- ne pas placer de descentes de lit qui risquent de faire glisser le patient ;
- proposer des matelas anti-escarres, à mémoire de forme ;

- un lit médical « Alzheimer » existe pour ces patients, il s'abaisse à 20 cm du sol et ne présente pas de barrières pour éviter au malade de se blesser en chutant pendant la nuit, ni de se sentir enfermé par les barrières (figure 11).

Lit médical pour Alzheimer

LIT MÉDICAL POUR ALZHEIMER EURO 3800

A0122489	Lit avec lattes ABS	A0008054	Potence d'angle
A0134620	Barrières pliantes Securis (la paire)	A0114333	Option relève-jambes électrique à plicature

Lit à hauteur variable électrique, à croisillons, avec relève-buste électrique et relève-jambes manuel par crémaillères pré-équipé électrique. Hauteur minimum de 21 cm pour éviter les traumatismes liés aux chutes. Passage sous châssis de 13 cm de hauteur. Sommier confortable avec lattes ABS. Télécommande verrouillable par clé magnétique. Prise d'équipotentialité. 2 supports potence ou porte-sérum. 4 roues à frein indépendant. Livré sur trolley intégré et démontable en 3 parties.

Nombreuses options disponibles à l'achat : freinage centralisé électrique, kit panneaux et barrières coulissantes boiserie, boîtier de condamnation sélective des fonctions électriques, relève-buste à translation, 4 supports potence ou porte-sérum...

Charge de fonctionnement en sécurité : 200 kg (dont patient 135 kg)
 Dimensions couchage : 200 x 90 cm
 Hauteur réglable : 21-76 cm
 Hauteur piétement : 13 cm
 Relève-buste électrique : 0 à 85°
 Longueur : 211 cm
 Largeur : 99 cm
 Ø roues : 8 cm
 Poids : 60 kg
 Coloris : Ivoire



Pharmacies 0970 81 00 88

Prescripteurs 0970 81 00 80

Alcura Mon Catalogue Conseil

13

Figure 11 - lit médical Alzheimer proposé par Alcura (59)

Ces conseils et aides permettent un maintien à domicile dans de bonnes conditions le plus longtemps possible. (60)

2.3.3 Aides à l'alimentation

La perte de poids est fréquente chez ces patients pour les raisons vues précédemment (partie 1.8 - dénutrition et perte de poids). Cette altération de l'état nutritionnel est responsable d'un ensemble de complications chez ce malade déjà fragile comme une altération des défenses immunitaires et infections, une atrophie musculaire et des escarres. Cette perte de poids est un facteur de risque important de fractures lors de chute. Il est primordial d'intervenir tôt pour conserver un bon état nutritionnel et éviter une institutionnalisation ou un décès précoce. (40)

Dans un premier temps, de petits conseils peuvent faciliter la prise alimentaire :

- privilégier la vaisselle et les sets de table sans motifs car le patient peut confondre ces motifs avec des taches et refuser de manger, s'agiter ;
- les repas doivent se dérouler au calme en instaurant des habitudes rassurantes pour le malade (même heure, même place autour de la table, même vaisselle...) ;

- prévoir des couverts adaptés, ergonomiques et facilement préhensibles ;
- des assiettes à rebords permettent au patient de rester plus longtemps autonome ;
- ajouter différentes épices et herbes aux plats pour accentuer le goût ;
- proposer des aliments faciles à ingérer ;
- adapter la texture des plats en fonction de la capacité du malade à déglutir et mastiquer (hachée, râpée, moulinée, mixée) ;
- fractionner les repas sur la journée ;
- proposer des eaux gélifiées en cas de troubles de déglutition (ex : gélodiet® ou fresubin®). Elles existent en différent parfum : fruits rouges, grenadine, orange, menthe...

Lorsque ces adaptations ne suffisent pas à enrayer la perte de poids, une diététicienne doit être consultée pour enrichir l'alimentation selon les capacités du malade.

2.3.3.1 L'enrichissement alimentaire

L'HAS recommande 30 à 40 kcal/kg de poids corporel/jour d'apport énergétique dont 1,2 à 1,5g de protéines/kg/jour pour les personnes âgées. Le but de l'enrichissement alimentaire est d'atteindre ses apports recommandés sans augmenter la quantité de produits à ingérer par le malade. Pour cela, certains aliments sont à privilégier (Tableau 3). Le nutritionniste peut élaborer avec le patient des menus adaptés à ses besoins. Il doit prendre en compte la capacité ou non du patient à mastiquer, déglutir les aliments. Il doit également tenir compte des goûts du malade. La présentation des plats ne doit pas être négligée non plus pour augmenter l'appétence.

Tableau 3- exemples d'aliments à forte densité nutritionnelle (24)

Moyens pour augmenter la densité nutritionnelle des aliments

Aliments permettant d'enrichir les préparations	Ceufs, jambon, lait en poudre, lait concentré non sucré, blédine, gruyère râpé, viande hachée, chair à saucisse, poisson, moules, poudres de protéines (en pharmacie)
Exemples de préparations salées faciles à manger	Soufflés, croquettes, pains, flans, mousses (de poisson, viande, légumes), béchamels enrichies (lait enrichi* + œuf + fromage), gratins (lait enrichi*, œuf, fromage), potages enrichis (œuf, jambon, crème fraîche, gruyère), purées enrichies (lait enrichi* + gruyère), piperades, omelettes (pomme de terre, oignons, fromage, fines herbes), légumes farcis, raviolis, lasagnes, gnocchis, gâteaux de foies de volaille, croquettes de viande, mousseline de courgettes, quenelles de poisson, quiches
Exemples de préparations sucrées enrichies	Crème pâtissière, flan, riz et semoule au lait, pudding, glace, lait de poule, pain perdu, crème de marrons + petits suisses enrichis, <i>milk-shake</i>
Produits du commerce enrichis en protéines	Mélanges nutritifs, crèmes, potages, préparations mixées, barres de l'effort, jus de fruits enrichis, produits homogénéisés pour enfants (viandes, légumes), poudres de protéines, poudres énergétiques pour petit-déjeuner Les jus de fruits, les <i>milk-shakes</i> , le lait remplacent avantageusement l'eau en apportant énergie, vitamines, protéines, etc.

*Lait enrichi : lait ordinaire + lait en poudre (ou concentré non sucré).

2.3.3.2 Les compléments nutritionnels oraux

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont une solution possible pour ces malades en cas de perte de poids avérée ou en prévention. Ils sont disponibles en pharmacie en différentes textures et parfums. Les marques les plus connus sont Delical®, Fresubin® et Fortimel®. Ces compléments nutritionnels oraux sont à envisager lorsque l'alimentation classique ne suffit plus à couvrir les besoins nutritionnels. Dans un premier temps, ces compléments ne se substituent pas à l'alimentation, ils sont soit à prendre en plus des repas à 10h, 16h, 22h ou alors à incorporer dans les plats principaux. Des idées recettes sont proposées par Nutricia pour enrichir les repas avec les crèmes ou boissons lactées hypercaloriques. (annexe 7) (3)

Exemple : Fortimel® de chez Nutricia

Les textures les plus courantes sont les crèmes, les boissons lactées et les jus de fruits.

- les Fortimel® Crèmes fournissent 322 kcal pour 200 g dont 20 g de protéines. Il est recommandé d'en consommer 1 à 3 par jour. Elles existent en différents parfums : vanille, chocolat, banane, moka et fruits de la forêt. Il est possible de les faire tiédir. L'ensemble des crèmes peut également se manger frais ou en glace ;

- les boissons lactées, Fortimel® Extra, sont aussi caloriques et protéinées que les crèmes pour des flacons de 200 ml. Il est possible de boire jusqu'à 3 flacons par jour. Elles sont disponibles en vanille, chocolat, moka, fraise, abricot, neutre et fruit de la forêt ;
- les jus de fruits, Fortimel® Jucy, apportent 300 kcal pour un flacon de 200 ml dont 8 g de protéines. Le patient peut en prendre jusqu'à 4 par jour. Cassis, Fraise, Orange, Pomme, Tropical et fruit de la forêt sont disponibles. Des packs multi-saveurs permettent aux patients de découvrir les différents parfums ;
- un format de boissons hyper- protéinées en flacon de 200 ml existe également. Fortimel®Protein permet un apport de 480 kcal dont 29 g de protéines. Cette gamme hyper- calorique existe en différents parfums (figure 12) ;
- le Fortimel® Max fournit 720 kcal avec 29 grammes de protéine dans 300 ml de boisson. Ce model n'existe qu'en 4 parfums. Un seul flacon dont le contenu est à répartir en 3 prises doit être consommé par jour. Le flacon ouvert se conserve une journée dans le réfrigérateur.



Figure 12 - gamme de compléments nutritionnels oraux hyperprotéinés chez Nutrica (61)

Pour les patients diabétiques, la gamme a développé des boissons lactées et crèmes sans sucre, Fortimel® DiaCare.

Pour les malades dénutris qui présentent des escarres, la gamme propose Cubitan®. Ce dernier est enrichi en arginine et favorise donc la cicatrisation. Cubitan® est disponible en 3 parfums et se consomme à raison de 1 à 3 flacons par jour.

Dans la gamme, des pots de poudre de protéines Protifar® sont également disponibles. La poudre se mélange à l'eau froide et s'ajoute à la préparation des repas. Cent grammes de poudres apportent 362 kcal et 87 g de protéines.

Dans un deuxième temps, lorsque l'alimentation classique devient trop complexe d'autres compléments peuvent être associés.

Exemple Délical® (62):

- la gamme est composée de plats mixés HP HC Nutra'Mix qui apporte 500 kcal et 27 grammes de protéines. La gamme propose divers plats : du bœuf bourguignon, des pâtes à la bolognaise, du jambon carotte, du saumon aux épinards, du canard aux lentilles et autres ;
- Délical® propose également des potages aux champignons, aux légumes, aux carottes-tomates basilic et aux poireaux-pommes de terre. Ces potages apportent 490 kcal dont 23 grammes de protéines ;
- les biscuits fourrés Nutra'Cake existent en 3 parfums : chocolat, framboise et pruneau. Ils permettent aux patients de continuer à prendre du plaisir à manger.

Lorsque le patient présente des difficultés à s'alimenter, le fait de pouvoir alterner les textures, les saveurs, le sucré et le salé peut stimuler l'envie de manger. Il ne faut pas hésiter à proposer une brochure au malade avec tous les CNO adaptés pour qu'il puisse choisir lui-même en fonction de ses envies.

2.3.3.3 Le portage de repas à domicile

Le portage de repas à domicile permet aux personnes âgées ne pouvant plus cuisiner de manger tous les jours des repas équilibrés et variés. Les menus sont proposés par les structures et validés par le malade. Ils sont livrés sous forme de plateau-repas du lundi au vendredi. Le vendredi, le livreur dépose les plats pour le weekend end. Ces plats respectent les régimes particuliers (diabétique, désodé, etc.). Ce service peut être pris en charge par des aides financières qui seront précisées dans la seconde partie. Parmi les structures de prise en charge, il y a l'aide à domicile en milieu rural (ADMR). Il s'agit d'un réseau de services à la personne. Ce système est intéressant lorsque les personnes sont encore en partie autonomes ou alors disposent d'aides à domicile au cours de la journée. Si le patient est incapable de prendre son repas seul et ne dispose pas d'une auxiliaire de vie midi et soir, le portage de repas a un intérêt limité. (63)

Une fois toutes ces solutions apportées, des aides humaines doivent être envisagées si le patient présente toujours des difficultés pour les activités de la vie quotidienne.

2.3.4 Services d'aide à domicile

Ces services comprennent des soins infirmiers, des aides ménagères et des auxiliaires de vie. Pour plus de sécurité, une téléassistance peut être installée. Elle permet au patient de pouvoir être en contact avec quelqu'un à tous moment en cas d'urgence.

2.3.4.1 Services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont des services sociaux et médicaux prodigués sur ordonnance du médecin traitant. Ces services sont assurés quotidiennement, parfois même deux fois par jour, 7 jours sur 7. Ils concernent les soins infirmiers et les actes d'hygiène de la vie quotidienne. Tous ces services sont remboursés par l'assurance maladie.

Les équipes de base du SSIAD sont composées :

- d'un ou plusieurs infirmiers référents. Leur rôle est d'assurer la communication au sein de l'équipe ainsi qu'avec les patients et leur entourage. Il effectue la première visite chez le patient afin d'évaluer les besoins. Ils sont également responsables de coordonner le lien avec les autres aides externes possibles comme les réseaux de santé ou professionnels libéraux ;
- d'infirmiers diplômés d'état qui assurent sur ordonnance, des soins comme les pansements ou les prises de médicaments ;
- une grande majorité d'aides-soignants qui participent aux soins d'hygiène de la vie quotidienne comme la toilette ;

Le but de ces équipes est de permettre au patient un maintien à domicile dans des conditions optimales le plus longtemps.

La prise en charge est individualisée en fonction des besoins évalués par le médecin et l'infirmier coordinateur. Ces données sont recensées dans un « document individuel de prise en charge ». Depuis l'élaboration du plan Alzheimer 2008 – 2012, les SSIAD peuvent se former spécifiquement pour la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'équipes spécialisées Alzheimer (ESA). Les professionnels de ces équipes utilisent les techniques de communication adaptées aux problèmes comportementales du malade pour le bon déroulement des soins. Ces techniques sont recommandées par la HAS et ne font en aucun

cas intervenir la contention physique. En complément, l'intervention de l'ergothérapeute ou du psychomotricien des ESA permet de réaliser un projet d'adaptation du lieu de vie. (25) (26) (64) (65)

Certains SSIAD ne possèdent pas d'équipe spécifique Alzheimer mais travaillent en lien avec France-Alzheimer pour se former à la prise en charge de cette population particulière de personnes âgées. Ils apprennent à adopter les bonnes attitudes pour que les soins se déroulent en toute sérénité. Il est donc important que la famille ne choisisse pas le SSIAD le plus proche du domicile mais celui qui sera le plus adapté aux besoins du malade.

2.3.4.2 Employés à domicile

Les aides ménagères accompagnent les malades dans les activités quotidiennes. Elles peuvent aider le patient quelques heures par semaine ou être présentes tous les jours. L'aide-ménagère peut avoir le rôle d'un accompagnant pour les courses, la réalisation des repas ou alors faire les tâches ménagères à la place du patient lorsqu'il n'en est plus capable.

Les auxiliaires de vie, diplômées d'état, accompagnent également le patient au quotidien. Elles lui apprennent à réaliser des gestes simples du quotidien, le stimulent. (63)

Pour que le maintien à domicile se déroule bien, ces intervenants ne doivent pas être imposés au patient du jour au lendemain. L'employé doit d'abord lors d'une première rencontre, se présenter au malade comme un « ami », discuter avec lui ou prendre un café. Lors de la deuxième visite, il reprend contact avec le malade et lui propose son aide progressivement. Ensuite, une fois le lien de confiance créé, il pourra effectuer les tâches pour lesquels il est payé. Cette approche a son importance pour éviter que le patient s'offusque que la famille demande une aide extérieure. Cela évite également d'aboutir à une situation de conflit entre malade et aides extérieures. Ces recommandations sont aussi valables pour les équipes soignantes.

2.3.4.3 Téléassistance

La téléalarme permet de mettre en contact le malade avec un téléopérateur, principalement en cas de chute. Ce service est disponible 7 jours sur 7 et 24h/24. Pour ce dispositif, il faut que le patient porte toujours sur lui un boîtier (au poignet ou autour du cou) lui permettant de contacter la centrale d'écoute en cas de problème. Dès que la personne appuie sur son boîtier, un

téléopérateur appelle alors le malade pour évaluer le problème. Selon l'intensité du danger évalué, le téléopérateur prévient les personnes à contacter (liste établie au préalable) ou appelle les secours. Si après activation du boîtier, le malade ne répond pas au téléopérateur, celui-ci envoie directement les secours. La téléassistance fait partie des prestations prise en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie. Pour en bénéficier, le patient doit se renseigner auprès des centres d'informations locaux ou mairies. (66)

Malgré toutes ces solutions, le maintien à domicile d'un patient atteint d'une démence Alzheimer est souvent difficile. Certaines structures temporaires apportent un bénéfice double. Elles permettent aux malades de stimuler leurs fonctions cognitives restantes, de changer de leur quotidien et aux aidants familiaux de se reposer le temps d'une journée, d'une semaine ou plus.

2.4 Accueils de répit

L'épuisement des familles ou soignants est néfaste pour le malade. Ces derniers peuvent avoir des comportements qui portent atteinte à l'intégrité physique et psychique du patient. Ces maltraitances peuvent être physiques, morales, financières, médicales ou encore médicamenteuses. Elles sont d'autant plus fréquentes dans un contexte de maladie d'Alzheimer que le patient est incapable de se protéger, se défendre ou d'alerter un autre proche ou professionnel de santé. C'est pourquoi il est important que l'entourage soit informé des différentes structures d'accueil de courte durée dont il peut bénéficier pour éviter d'aboutir à des situations dramatiques : les accueils de jour, les hébergements temporaires ou les unités cognitivo-comportementales. (67)

2.4.1 Accueil de jour thérapeutique

Les accueils de jour thérapeutiques représentent une alternative intéressante au placement en institution des patients atteints de pathologies dégénératives. Ils sont proposés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées du stade léger à sévère exempt d'un handicap moteur lourd et dont les fonctions cognitives peuvent encore être stimulées. Ils représentent un site médicosocial accessible pour les patients vivant au domicile. Ces derniers peuvent être dépendants d'un établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou non.

Ils ont pour but de :

- construire un projet personnalisé d'aides et de soins ;
- maintenir l'état de santé du malade en stimulant ses fonctions cognitives et motrices autour de divers ateliers (atelier mémoire, gym douce ou Tai-chi) ;
- améliorer la qualité de vie au domicile et retarder l'institutionnalisation notamment autour des ateliers cuisine ;
- favoriser les échanges, la vie sociale du malade souvent isolé et améliorer l'estime de soi via des ateliers de créativité par exemple ;
- réduire les troubles comportementaux ;
- établir un suivi nutritionnel, prévenir les chutes et les problèmes d'incontinences fréquents ;
- préparer un placement en institution ;
- soutenir et soulager la charge des aidants pour qu'ils puissent souffler le temps d'une journée en passant le relai à une équipe professionnelle ;
- permettre aux aidants de communiquer avec le personnel ou d'autres familles.

Différentes activités y sont proposées pour stimuler les fonctions intellectuelles des malades mais aussi pour canaliser leurs émotions et diminuer leur agressivité. Elles sont choisies en fonction des loisirs des participants avant la maladie dans un premier temps. Puis une fois la confiance installée, de nouvelles activités peuvent être proposées. Ces dernières sont adaptées aux capacités des participants avec :

- l'éveil des sens par les odeurs et le goût ;
- la lecture d'un livre ou du journal ;
- les ateliers cuisine pour conserver l'autonomie ;
- un groupe de parole pour sociabiliser le patient et lui permettre de s'exprimer ;
- la gymnastique douce ou le tai-chi pour stimuler la motricité ;
- le chant pour la communication verbale ;
- les travaux manuels comme la peinture pour stimuler la créativité ;
- la musique avec notamment les instruments à percussion pour stimuler la communication;
- la relaxation avec les massages ;
- les soins esthétiques qui renforcent l'estime de soi comme une nouvelle coiffure, manucure ou maquillage ;

- des sorties en dehors des locaux au marché ou en forêt.

L'ensemble de ces activités ne doit en aucun cas mettre le malade en situation d'échec ou en difficulté. Elles se déroulent au calme, en évitant au maximum les distractions et selon des rituels qui rassurent le malade. Les ateliers ne durent pas plus de 20 minutes de suite. Des pauses sont faites régulièrement avec une boisson et quelques petits gâteaux. Dès les premiers signes d'énervement ou de fatigue du patient, l'activité doit être suspendue.

Ces ateliers se font en groupe, les groupes incluant des malades d'évolutions différentes. Ils incitent les patients à avoir une conduite sociale correcte. Ils ont l'avantage aussi de rompre avec l'isolement du patient lorsque celui-ci ne communique qu'avec l'aidant qui n'ose plus le sortir par peur ou honte d'une crise d'agressivité en public.

Ces accueils sont ouverts 5 jours sur 7 et accueillent en moyenne 12 patients par jour. Chacun y passe une à trois journées par semaine selon ses besoins. Ils sont composés d'une équipe multidisciplinaire et en lien avec le médecin généraliste.

La prise en charge est basée sur un « projet d'accompagnement individuel » en fonction de la personnalité du malade, sa situation familiale, ses envies et ses besoins. Un premier entretien est établi avec le responsable de l'accueil de jour et le médecin gériatre de l'établissement pour une visite des locaux et explication du fonctionnement suivi d'un deuxième rendez-vous avec un psychologue. Durant le premier mois d'adaptation, le patient est admis une journée par semaine. Ce mois d'adaptation permet à l'équipe d'évaluer les besoins du malade et de l'aidant et d'élaborer le projet d'accompagnement adaptée à cette situation particulière. Une aide peut être proposée par la structure pour le transport. Pour accéder à cet accueil de jour, il faut en faire la demande soit auprès d'un centre local d'information et de coordination (CLIC), soit auprès de la mairie du résident ou directement auprès de la structure. (64) (68) (69)

Exemple de l'accueil de jour « Les Magnolias » à Abbeville : (70)

L'accueil a été créé en 2009 et dispose de 18 places à la journée. Il n'est pas accolé à un EHPAD et l'équipe ne porte pas la blouse blanche pour instaurer un environnement convivial. Il s'agit d'un des accueils les plus importants de la région. L'accueil dispose d'un espace pour les ateliers, un espace de repos, un espace de stimulation multi-sensorielle, un coin pour la restauration, une cuisine équipée et un jardin extérieur clos. Actuellement, il n'est occupé qu'à

50% de sa capacité. Chaque jour, 2 aides-soignantes et une aide médico-psychologique sont présentes, ainsi que l'infirmier coordinateur. Un ergothérapeute intervient si besoin sur prescription médicale pour aider à l'aménagement du domicile. L'ergothérapeute forme également le personnel aux gestes et postures les plus adaptés pour communiquer avec les malades. Les groupes de patients sont formés selon les points communs de chacun et l'évolution de leur maladie. Le projet personnalisé permet de mesurer l'évolution du patient. Par exemple, pour certains patients il est nécessaire de leur réapprendre à soigner leur apparence. Pour d'autre, l'évolution va se porter sur des gestes du quotidien comme mettre la table. Par cet acte, le patient se sent encore capable de faire quelque chose tout seul, cela dans le but d'améliorer l'estime d'eux-mêmes.

Déroulement d'une journée type au sein de l'accueil de jour « *Les Magnolias* » :

- 9 – 10 H : Accueil et présentation de la journée autour d'un café ;

Les malades sont, soit amenés par les familles, soit dans la plupart des cas l'équipe va les chercher chez eux. Chaque personne dispose d'un porte manteau dans l'entrée avec son nom qu'il doit retrouver. En attendant que tous les patients soient arrivés, le groupe lit le courrier picard, l'horoscope de chacun, regarde la météo. Ils annoncent également la date du jour.

- 10H – 11H30 : ateliers de stimulation des fonctions cognitives ;

La matinée se déroule au travers de différents ateliers d'environ 20 minutes chacun. Ces ateliers regroupent par exemple de l'écriture ou de la lecture. Une fois par semaine un atelier « couleurs » avec une art- thérapeute est mis en place. L'utilisation de pastel permet aux patients de travailler leur mémoire.

- 12H – 13H30 : déjeuner en commun ;

Les patients participent à l'installation et au débarrassage de la table à manger. Cela leur permet de reproduire des actions de la vie courante qu'ils faisaient auparavant sans se poser de questions comme placer le couteau à droite de l'assiette. C'est sur ces détails que la famille remarque les bienfaits de l'accueil de jour. Le patient qui ne faisait plus rien, est de nouveau capable de dresser la table à manger lorsqu'il est stimulé. Il est important d'encourager et valoriser chaque action.

- 13H30 – 14H : repos ;

- 14H – 16H : ateliers ludiques ou sorties ;

L'après- midi, les malades travaillent plus sur leur problème de praxie que sur l'aspect cognitif. L'équipe propose des jeux d'adresse, des lotos, de la gym douce, de la pâte à sel, du bowling avec boules en plastique... Pour varier des sorties sont aussi organisées à la forêt de Crécy, à la

mer ou encore au musée. Des soins de confort sont également proposés selon les besoins des malades : manucure, coiffure...

- 16H – 16H30 : Goûter en commun ;
- 16H30 – 17H15 : Retour au domicile.

L'accueil de jour « *Les Magnolias* » peut être financé en partie par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

2.4.2 Hébergement temporaire

Ces hébergements sont prévus pour soulager l'aidant lorsque le maintien à domicile est momentanément compliqué à cause d'une hospitalisation récente, d'une absence d'aide à domicile, de vacances ou de maladie de l'aidant principal. Ces hébergements peuvent également être une transition pour préparer une entrée en institution. Ils accueillent le patient jusqu'à 90 jours par an en une ou plusieurs fois. La structure établit à l'entrée du malade la durée du séjour prévue. Pour bénéficier de ces hébergements, les familles doivent se renseigner auprès des CLIC, mairie du lieu de résidence ou encore directement auprès de la structure. L'admission se fait ensuite sur dossier. Les places sont réservées généralement une année auparavant. Il est important de visiter au préalable la structure pour s'assurer que les activités et les locaux conviennent à la prise en charge du malade. Il existe en Somme, 8 établissements qui proposent un hébergement temporaire. Ces hébergements sont à la charge du malade et de son aidant. (65)

2.4.3 Unités cognitivo- comportementales

Secteur spécifique des unités de soin de suite et de réadaptation à l'hôpital, les unités cognitivo-comportementales (UCC) ont été créées par le biais du plan Alzheimer 2008-2012. Elles permettent d'accueillir les malades atteints de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées âgés de plus de 65 ans et présentant des troubles du comportement. Seuls les patients mobiles avec des troubles du comportement productif comme les hallucinations, les troubles moteurs, troubles du sommeil ou agressifs peuvent y accéder. Suite à une hospitalisation ponctuelle ou devant un maintien à domicile difficile, les malades peuvent être transférés dans ces unités pour une durée d'environ 30 jours. Certains proviennent également de maisons de retraite. Durant cette période, ils recevront toute l'aide et les soins nécessaires pour dépasser la crise qu'ils traversent. Ce sont des unités de 10 à 12 lits seulement avec une

équipe multidisciplinaire et un référent présent 24h/24h ce qui permet une meilleure prise en charge avec un programme de rééducation personnalisé.

Ces unités sont sécurisées. Chaque patient possède sa propre chambre mais peut se promener comme il le souhaite dans les parties communes qui sont spécifiquement aménagées pour optimiser le bien-être des malades. Les portes vers l'extérieurs sont quant-à-elles sécurisées pour éviter aux patients de s'enfuir.

Le but de ces séjours est médical mais comprend également la réadaptation et la réinsertion.

Les missions de la structure sont les suivantes :

- préciser les troubles psycho-comportementaux pour les stabiliser voire les réduire ;
- favoriser l'autonomie du patient, maintenir l'aptitude aux tâches de la vie ; quotidienne pour lui permettre de rejoindre son domicile ;
- anticiper les démarches pour mettre en place les aides nécessaires au domicile ;
- réduire les durées de séjour dans les services de gériatrie ou urgences ;
- diminuer l'utilisation de psychotropes sédatifs et de la contention systématique ;
- soutenir les aidants ;
- prévenir les ré-hospitalisations ou crises.

Pour cela ces unités sont composées d'une équipe multidisciplinaire comportant médecins, infirmiers, pharmaciens cliniciens et aides-soignants mais également psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes et orthophonistes.

Les journées des pensionnaires sont occupées par différentes activités de rééducation, démarche comportementale et traitement psychosocial. Il est également fréquemment retrouvé la musicothérapie, l'art thérapie, la luminothérapie, la pet-thérapie ou l'aromathérapie. (71)

L'UCC des hôpitaux civils de Lyon a réalisé une étude sur l'efficacité de la prise en charge des troubles psycho-comportementaux dans leur structure. Cette unité cognitivo-comportementale possède 13 places et une équipe multidisciplinaire (psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute, soignants) qui propose divers ateliers pour préserver l'autonomie des patients. La prise de psychotropes est limitée pour maintenir l'attention des pensionnaires, et leur bien-être. Le bilan de cette étude montre une amélioration significative entre l'entrée du patient et deux semaines après sa sortie des SCPD comme les idées délirantes, l'agitation, les

comportements moteurs aberrants et la désinhibition. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence étant le fardeau le plus lourd de la maladie pour les familles et soignants en EHPAD, ces hospitalisations en UCC sont une alternative intéressante pour un retour à domicile plus serein pour le patient et son entourage. (72)

La maladie d'Alzheimer a la particularité de beaucoup solliciter l'entourage. C'est pourquoi la prise en charge des parents aidants est indispensables.

2.5 Dispositifs d'accompagnement pour les aidants

Dès le diagnostic, la famille a un rôle précieux à jouer car elle est témoin des premiers signes de la maladie et de son évolution. Par la suite, les aidants familiaux sont impliqués dans la plupart des tâches quotidiennes et domestiques. Ce rôle du soignant est très complexe, notamment quand il s'agit d'un membre de la famille, surtout que le patient est peu reconnaissant du fait de sa maladie. Dans notre pays, 70 % des aidants s'occupent de leur proche malade plus de six heures par jour. Il est difficile de concilier ce rôle avec la vie professionnelle et personnelle. L'aidant ne peut donc travailler autant pour son proche sans s'épuiser. Il a lui-même besoin d'aide, de repos. Il est important qu'il puisse s'appuyer sur quelqu'un d'autre, soit dans l'environnement familial, soit via les services sociaux ou les aidants formels pour pouvoir faire une pause de temps à autre. Il est essentiel que l'aidant familial ne s'isole pas et continue de réaliser des loisirs qui lui sont plaisant que ce soit voir des amis, faire du sport ou simplement ses courses. Les différents établissements cités ci-dessus sont aussi une solution de secours quand l'aidant a besoin d'un répit, de vacances ou a lui-même des problèmes de santé à régler. Cet épuisement conduit les aidants à une moins bonne qualité de vie et un risque important de dépression, troubles du sommeil voire hypertension.

Une étude a été réalisée auprès des enfants aidants de personnes démentes. Cette dernière évalue le ressenti des aidants en six points : le sentiment de responsabilité familiale est le premier thème qui revient au cours des entretiens, suivi par l'isolement social. Les aidants doivent aménager leur emploi du temps en fonction des besoins du malade et restreindre la plupart du temps leur sorties, loisirs. L'acceptation du diagnostic et la demande d'aide extérieure, est un point difficile pour l'entourage qui ressent cette aide comme une incapacité de sa part à gérer la situation. L'angoisse et la dépression indépendamment du stade de la maladie fait partie de la vie des aidants. L'un des derniers points évoqué repose sur les conséquences de ce rôle d'aidant sur sa propre santé : l'étude dénombre une surmortalité de plus de 60% des aidants

dans les 3 ans du diagnostic de la maladie. Par ailleurs, il est également noté la notion de coût financier car les aides accordées sont souvent insuffisantes pour subvenir aux besoins en aides humaines, médicales ou matérielles. (73)

2.5.1 Associations

Ces associations regroupent des familles de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, des bénévoles et des professionnels. Elles peuvent soutenir les proches de patient atteint d'Alzheimer et les faire sortir de la solitude dans laquelle ils se retrouvent car incompris par les amis. Entre aidants, il est plus facile de se comprendre et se soutenir. La fondation Mederic-Alzheimer et l'association France-Alzheimer sont les deux plus connues.

L'association France-Alzheimer existe depuis 1985. Ses ressources proviennent à 80% de dons. France- Alzheimer propose différentes prestations pour aider les familles et les patients. Elle organise des formations gratuites pour permettre de fournir les outils nécessaires à la compréhension de la maladie et de ses difficultés. Elle propose également des sorties où se retrouvent des familles d'aidants. Pour les malades, elle propose des ateliers animés de chants, peinture, tai-chi ou encore des sorties aux musées. Une autre mission de l'association est de sensibiliser l'opinion publique sur la maladie. L'association soutient également la recherche pour développer enfin un traitement curatif. (67) (19) (65)

2.5.1.1 Exemple de l'association France-Alzheimer Somme à Amiens

L'association France-Alzheimer Somme est basée à Amiens (6). Cependant, des bénévoles présents dans toute la Somme peuvent se déplacer au plus près des personnes qui ne pourraient se rendre à Amiens. La mission première de l'association est d'accompagner les aidants. Elle incite également les patients et leur famille à participer aux accueils de jour.

L'association propose différentes actions dans le but d'accompagner au mieux les aidants naturels :

- les formations aidants ;

Ces formations sont destinées aux aidants naturels de patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Elles se déroulent par petit groupe autour d'un psychologue et d'un bénévole formé spécifiquement. Le but de ces formations est d'expliquer la maladie et les réactions du malade. Elle permet également d'informer les aidants sur les attitudes à adopter

face au patient, les aides disponibles et les limites de l'accompagnement au domicile. La formation se déroule sur 14 heures en 6 modules : connaître la maladie d'Alzheimer, s'informer sur les aides possibles, accompagner au quotidien, communiquer et comprendre, être l'aidant familial. Deux autres modules peuvent être développés : préparer l'entrée en établissement, vivre en établissement.

- les groupes de parole ;

Les groupes de parole réunissent les familles qui souhaitent discuter de leur quotidien, des difficultés rencontrées avec leur malade atteint de la maladie d'Alzheimer. Les groupes de parole permettent également aux familles de s'entraider au travers de l'expérience de chacun. Ces réunions sont animées par un psychologue et des bénévoles. Elles durent généralement 2 heures.

- les cafés mémoire ;

Les cafés mémoire sont proposés le troisième jeudi de chaque mois à Amiens. Le lieu de rencontre est différent à chaque fois et réparti sur le territoire. L'ambiance est conviviale et les participants peuvent communiquer entre eux dans un lieu public qui change de leur domicile. Les cafés mémoire sont ouverts à tous les malades et leurs aidants. Ils sont un moment de distraction pour les aidants et leur malade. A chaque café mémoire, l'association fait intervenir un conteur, musicien ou un chanteur pour passer un bon moment. Il est juste demandé aux aidants de consommer une boisson au café. Chaque rencontre est encadrée par des bénévoles de l'association et une psychologue. Tous les bénévoles ont une expérience personnelle avec la maladie d'Alzheimer, ce qui leur permet de mieux accompagner les familles.

- les séjours-vacances

Les séjours-vacances proposés à Amiens ne concernent que les malades. Ils sont organisés 2 fois par an. Dix malades peuvent en bénéficier à chaque fois. Les séjours qui se déroulent sur 4 jours restent dans un périmètre proche. Ces séjours permettent aux aidants de faire une pause pendant quelques jours tous en étant rassuré car leur malade est bien encadré. Au niveau national, France- Alzheimer propose également des séjours-vacances pour les malades et leur aidant de mai à octobre. Ces séjours durent une dizaine de jours et regroupent 22 points de vacances en France réparties dans plusieurs régions touristiques. Ils proposent différentes excursions et activités. Lorsqu'un patient ne peut ou ne veut pas participer à l'activité, il peut rester avec l'équipe encadrante pour que l'aidant profite quand même des vacances. Ces séjours proposent un moment de détente et de partage pour sortir du quotidien difficile de la maladie.

- les actions de convivialité ;

Il s'agit d'animer des activités ludiques et conviviales pour les malades et leurs proches. L'association organise une fois par mois un repas malade/aidant. Le restaurant choisit varie à chaque fois. Un coin de la salle est privatisé pour l'association, cela évite les situations gênantes avec les personnes qui ne comprendraient pas l'attitude du malade. La participation est seulement de 20 euros par personne. Les familles peuvent s'arranger entre elles et avec les bénévoles pour le transport. D'autres actions sont également proposées comme des visites au musée, des séances de cinéma, des promenades, etc... Ces actions étant toujours encadrées, elles rassurent les aidants et leurs permettent de poursuivre des activités extérieures avec leur malade.

- les activités pour les aidants ;

Les bénévoles ont réalisé que dans la majorité des cas, les aidants sacrifient leurs activités loisirs pour rester avec leur malade. Par exemple, de nombreux aidants femmes pratiquaient le yoga. Malheureusement, ces femmes n'ont personne pour s'occuper de leur malade pendant leur loisir et ont donc arrêté. C'est pourquoi l'association France-Alzheimer Somme fait venir dans ses locaux un prof de yoga une fois par semaine pour permettre aux aidants de décompresser pendant qu'un bénévole s'occupe dans la salle d'à côté de leur malade.

2.5.2 Points d'informations

Les points d'informations sont facilement accessibles aux familles qui ne savent plus vers qui se tourner pour optimiser la prise en charge de leur parent malade. Les principaux centres d'informations sont les centres locaux d'information et de coordination, les plateformes d'accompagnement et de répit et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer.

2.5.2.1 Le centre local d'information et de coordination

Le CLIC permet d'informer sur les prestations sociales et ressources du système de santé disponibles pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Les demandeurs peuvent se renseigner auprès de leur mairie ou directement au centre le plus proche du domicile pour y avoir accès. Le CLIC se renseigne dans un premier temps sur le contexte auprès des professionnels médicaux et sociaux qui encadrent le patient. Ensuite, le centre envoie une personne au domicile pour évaluer la situation sur place et recueillir des informations auprès du malade et de son entourage. Il évalue également l'acceptation de la perte d'autonomie par le malade. Si le patient refuse les aides, elles ne peuvent être mise en place contre son gré. Les

moyens financiers dont disposent les aidants et le malade sont également pris en compte pour la prise en charge. Enfin, le CLIC propose un plan d'aide individualisé en fonction des besoins du malade. Ce plan comporte des aides techniques et/ou humaines avec notamment des dossiers pour différentes aides comme l'allocation personnalisée d'autonomie, les auxiliaires de vie, aides ménagères, le portage de repas ou encore une présence rassurante selon les besoins évalués. Le CLIC peut aussi diriger le patient vers des professionnels comme les consultations mémoire, le SSIAD, les accueils de répit...

Malheureusement, ces centres sont inégalement répartis sur le territoire. En Somme par exemple, il n'y a aucun CLIC. (47) (74)

2.5.2.2 Plateformes d'accompagnement et de répit

Il s'agit d'un service d'accueil pour les familles à la recherche de solutions pour améliorer leur quotidien. Les plateformes orientent les familles vers des solutions de répits (structures d'accueil, relais à domicile...). Ce service organise aussi groupes de paroles gratuits ou sur participation pour soutenir les proches de malades d'Alzheimer. Ces plateformes contribuent également à maintenir l'état cognitif et sensoriel des malades par le biais de diverses activités de stimulation. De plus, elles proposent des sorties culturelles ou des spectacles pour que les patients conservent un lien social avec les autres individus. (65) (75)

2.5.2.3 Les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

Les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) appelées auparavant « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » sont nées du plan Alzheimer 2008-2012. Au début, les MAIA ne ciblaient que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Aujourd'hui elles concernent les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Les MAIA permettent, dans un secteur précis, de rassembler les soignants et services à domicile, les aides judiciaires dont le patient a besoins ou de le rediriger vers une institution si nécessaire. Ces intervenants sont fragmentés sur le territoire et communiquent peu entre eux. Le lieu central de la MAIA est défini par l'agence régionale de santé (ARS). Ce lieu peut être un CLIC, un réseau de santé, un établissement public de santé. Les MAIA ne sont pas ouvertes directement au public. Ces maisons proposent un guichet intégré d'accueil et de coordination qui a pour mission d'écouter les familles et trouver

la meilleure prise en charge sociale, médicale et administrative pour le malade. La MAIA prévoit un gestionnaire par cas pour faire le lien entre le médecin traitant, les consultations mémoires et les différentes aides à domicile comme le SSIAD. Ce coordinateur instaure un climat de confiance avec le bénéficiaire. Le but principal de ces MAIA est de simplifier le parcours de soins et d'aides pour les malades et leur entourage. Cela favorise l'autonomie du malade chez lui le plus longtemps dans les meilleures conditions possibles lorsque celui-ci rencontre de nombreux problèmes de diverses origines (pauvreté, isolement, multiples pathologies et perte d'autonomie). (30) (74) (76) (75)

Il existe 2 MAIA en Somme, l'un à Dury, l'autre à Saint Valery sur Somme. L'association France-Alzheimer Somme travaille en lien avec les MAIA. Lorsque l'association rencontre un cas complexe qui nécessite de faire appel à des aides juridiques par exemple, elle le met en lien avec une MAIA.

Malgré les différents plans Alzheimer qui développent ces structures de répit, les solutions pour les aidant familiaux sont encore peu présentes dans certaines régions. Dans le Rhône, une plateforme Rhône + Aidant a été créée pour écouter les aidants, informer et conseiller ces derniers, les suivre et les orienter vers les structures de répit. Celle-ci, en lien avec l'hôpital des Charpennes à Lyon et des professionnels médicosociaux, présente un lieu de prise en charge et de soutien psychologique. La plateforme propose également des entretiens individuels, parfois même au domicile avec un psychologue. Ces rendez-vous permettent aux aidants de prendre conscience de l'importance de se préserver et d'avoir davantage de connaissance sur les prises en charge existantes pour les soutenir. (19) (77)

Une fois que la famille a pris connaissance des différentes aides médicales et sociales disponibles, reste la question du coût de toutes ces aides. Les personnes âgées ne touchent en général pas suffisamment pour financer seuls tous ces services.

2.6 Aides financières

L'aspect financier peut être un frein à une prise en charge optimale. Les malades et leur entourage sont souvent peu informés sur les aides financières dont ils peuvent bénéficier. Les dossiers pour obtenir ces aides sont disponibles auprès du CLIC, conseil général ou encore au niveau régional, à la maison du handicap à Amiens.

2.6.1 Affection longue durée

La maladie d'Alzheimer est l'une des pathologies chroniques reconnues comme affection longue durée (ALD). Elle est l'ALD 15. La demande doit être faite par le médecin traitant à la caisse d'assurance maladie. Elle est attribuée pour 5 ans et renouvelable. L'ALD 15 correspond à une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale des traitements médicamenteux relatifs à la pathologie ainsi que les consultations médicales et soins en liens avec la maladie d'Alzheimer comme les prestations du SSIAD ou de l'ESA. Concernant les médicaments, ils devront être prescrits sur une ordonnance bi-zone dans la partie supérieure. Seule cette partie de l'ordonnance est prise en charge à 100 %. (19) (26)

2.6.2 Carte mobilité inclusion

La carte mobilité inclusion (CMI) rassemble la carte de priorité, d'invalidité et de stationnement. La carte de priorité concerne les lieux publics. Le bénéficiaire est prioritaire lors d'attente en position debout par exemple à la caisse des supermarchés ou prioritaire pour les sièges dans les transports en commun. La carte d'invalidité est accordée aux personnes présentant un handicap de 80 % ou plus. Cette partie de la carte permet principalement une réduction d'1/2 part sur les impôts et d'autres avantages fiscaux. Les patients disposants de la carte de stationnement peuvent se garer sur les places prévues pour personnes handicapées. (6)

2.6.3 Allocation personnalisée d'autonomie à domicile

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est réservée aux personnes âgées de plus de 60 ans, habitants en France. Elle permet de financer un projet d'aide individualisé selon le degré de dépendance du patient dans les activités domestiques, sociales, corporelles et mentales. Selon le barème d'autonomie gérontologie groupe iso-ressource (AGGIR), les malades classés dans les groupes 1 à 4 peuvent bénéficier de cette aide. La commission APA évalue ensuite sur visite, les besoins du malade et détermine le montant de l'aide. Celle-ci prend en compte le revenu du bénéficiaire. Si ce dernier est à la maison, l'allocation permet de rémunérer les services d'aide à domicile et les achats de dispositifs médicaux. S'il est institutionnalisé, le montant de l'allocation est versé directement à l'institution. (19) (65) (74)

2.6.4 Mutuelles et caisses retraite complémentaire

Les mutuelles et les caisses de retraite complémentaire peuvent aussi fournir une aide, notamment pour financer les accueils de jour.

2.6.5 L'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat

L'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) propose des subventions pour des travaux destinés à améliorer la sécurité, l'équipement et l'accessibilité du domicile pour les personnes en situation de handicaps. Un dossier de demande de financement doit être envoyé à l'ANAH précisant la nature des travaux. L'ANAH examine ensuite le dossier et accorde ou non un montant fixé en fonction des ressources des personnes composant le lieu d'habitation. Cette aide peut être accordée aux propriétaires pour leur résidence ou pour les logements qu'ils louent à un locataire. (6)

Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont fragiles et facilement influençables. C'est pourquoi, les aides juridiques doivent être connues.

2.7 Aides juridiques

Ces aides doivent être envisagées dès lors que l'état de santé du malade altère son raisonnement et met en danger sa personne et ses biens. Dans un premier temps le patient conscient de ses troubles, peut alors signer des procurations pour autoriser ses proches à gérer ses comptes bancaires. Ensuite, lorsque le patient risque de subir un abus de faiblesse, il est possible de saisir le procureur de la république du département où réside le patient. Le procureur décide alors de mettre en place une des mesures judiciaires suivantes sur demande d'un proche, du juge ou du médecin. (26)

- la sauvegarde de justice ;

Elle permet une protection immédiate en attendant la mise en place de la curatelle ou tutelle. La sauvegarde est accordée pour 2 mois, renouvelable. Elle protège le patient si par exemple il effectue des achats compulsifs.

- la curatelle ;

Elle représente une aide à la personne pour gérer ses biens. La curatelle est intéressante lorsque le patient présente encore une certaine autonomie. Elle définit un curateur par patient pour une durée de 5 ans, renouvelable. Le curateur a un rôle de conseiller personnel. Il surveille et assiste

le malade dans les actes de gestion complexes. Le patient perçoit toujours ses revenus et paye ses charges de la vie courante seul sauf si un renforcement est demandé.

- la tutelle ;

La tutelle est envisagée en dernier recours. Cette troisième mesure désigne un tuteur pour prendre en charge les biens du malade. C'est le tuteur qui effectue les actes de gestion pour le malade. Le tuteur est défini pour 10 ans, renouvelable. Le tuteur est généralement le conjoint ou un membre de la famille.

Malgré toutes ces solutions, l'accompagnement au domicile a des limites. Lorsque toutes les aides possibles vues précédemment ont été mises en place et restent insuffisantes, il faut envisager une entrée définitive en institution. Cette transition est très difficile pour le malade. Le domicile était son repère. Pour les aidants, ce placement définitif est perçu comme un échec et un abandon du parent. Le choix de la structure ne doit pas être négligé et les structures spécifiques à la prise en charge des patients malades d'Alzheimer privilégiées.

2.8 Institutions définitives

Des structures spécifiques ont été créées au sein des EHPAD et des unités de soins de longues durées (USLD) pour répondre aux besoins de ces patients : les unités Alzheimer, les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcé (UHR). Ces structures ont un nombre de places limitées. Les dossiers d'inscription doivent se préparer à l'avance. De plus, pour que la transition avec le domicile se passe bien, il faut que le patient puisse visiter les lieux au préalable, choisir la structure qui lui convient le mieux.

2.8.1 Les unités Alzheimer

Les unités Alzheimer sont reliées à un EHPAD et accueillent les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Ces unités représentent un lieu de vie sécurisé. Elles sont fermées avec l'extérieur mais elles permettent la déambulation des patients comme ils le souhaitent. Les équipes soignantes sont formées spécifiquement à la prise en charge de ses patients et de leurs troubles comportementaux. Les soignants y prennent beaucoup plus le temps que dans les institutions classiques pour instaurer un climat de confiance avec les patients. Malheureusement, le nombre de places dans ces unités est limité et actuellement une entrée ne peut se faire que suite au décès d'un résident.

Exemple de l'unité Alzheimer de l'EHPAD Airaines :

La capacité d'accueil maximale est de 14 personnes. Chacun possède sa chambre qu'il peut personnaliser comme il le souhaite. La pièce principale est séparée en deux par une vitre. La première partie représente une salle calme où se déroulent notamment les repas et les activités l'après-midi. L'autre partie de la pièce possède une télévision. Une autre pièce est réservée aux visites si le patient ne veut pas recevoir ses proches dans sa chambre. Deux autres pièces sont réservées aux consultations avec les psychiatres et ergothérapeutes. L'unité dispose de son propre jardin, sécurisé et entièrement fermé sur l'extérieur. Les pensionnaires sont libres de déambuler dans toutes les pièces et chambres comme ils le souhaitent.

Déroulement d'une journée au sein de l'unité Alzheimer :

- les aides-soignantes effectuent les toilettes entre 7h et 13h selon la coopération des malades. S'ils refusent la toilette, elles repassent plus tard dans la matinée ;
- le petit-déjeuner est servi entre 8h et 10h aux pensionnaires dans la chambre ou dans la salle commune, selon leur souhait ;
- tous les matins, ceux qui le souhaitent se regroupent dans la salle de vie pour la lecture du journal, les autres peuvent déambuler comme ils le souhaitent ;
- en fin de matinée, une aide-soignante accompagnée d'un pensionnaire calme va chercher le pain à la boulangerie ;
- le déjeuner est servi dans la salle à manger à midi. Une journée par semaine, une diététicienne vient élaborer le déjeuner avec les pensionnaires ;
- le début d'après-midi débute par un temps calme ou la sieste ;
- chaque après-midi une activité différente est proposée aux malades de 14h à 16h30. Chacun est libre de participer et arrêter l'activité quand il le souhaite. Les activités comprennent des ateliers mémoire, des ateliers cuisine, du jardinage ou des créations à thème pour décorer leur unité selon les saisons. Par exemple chaque année en novembre, les pensionnaires fabriquent des créations pour le marché de Noël ;
- le goûter est proposé aux malades vers 15h30-15h45 ;
- les visites sont autorisées jusque 18h maximum pour ne pas perturber les malades ;
- en fin d'après-midi, une aide-soignante, accompagnée d'un autre pensionnaire peu agité, retourne à la boulangerie pour acheter le pain du dîner ;
- les aides-soignantes aident les patients à mettre leur pyjama avant le dîner ou après selon leur volonté ;
- le dîner est servi vers 18h45.

Les journées sont encadrées par deux aides-soignantes dont une assistante de soin en gériatrie (ASG) et un infirmier qui se charge des pansements, soins et administration des traitements du matin et midi. Chaque pensionnaire conserve son médecin traitant ou fait appel au médecin référent de l'EHPAD s'il a besoin d'une consultation médicale. La psychologue a une permanence une fois par semaine au sein de l'unité. Elle prend en entretien les patients qui ont eu des problèmes comportementaux dans la semaine. La nuit, une veilleuse surveille l'unité Alzheimer. Il s'agit d'une aide-soignante ou d'une ASG. Toutes les chambres sont équipées de lit spécifique Alzheimer. Beaucoup de pensionnaires déambulent, la veilleuse les raccompagne à leur chambre sans les contrarier ou les laisse déambuler. Certains sont sous somnifères prescrits par leur médecin mais aucun n'est attaché avec des sangles comme cela peut être vu en établissement classique. L'équipe de l'EHPAD suit 4 formations en interne par an dont une sur la maladie d'Alzheimer. Le problème de ces unités est la faible capacité d'accueil.

2.8.2 Les pôles d'activités et de soins adaptés

Les PASA sont des espaces aménagés au sein des EHPAD. Développés dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, ils permettent une prise en charge sociale et thérapeutique pour ses bénéficiaires. Ils sont réservés aux résidents présentant des troubles comportementaux modérés qui mettent en danger leurs propres sécurités et celles des autres pensionnaires. Ces pôles reçoivent 12 à 14 patients par jour, certains plusieurs fois par semaine selon les besoins. Au sein de cette structure, les malades sont encadrés par une équipe pluridisciplinaire qualifiée avec au quotidien des assistants de soins en gériatrie, ergothérapeutes ou psychomotricien et si nécessaire une équipe médicale. Un psychologue effectue également des permanences au sein du pôle. Ces pôles sont accessibles sur prescription médicale du médecin de l'EHPAD. Ils assurent un accueil dans un cadre rassurant et une atmosphère calme. La déambulation est permise en toute sécurité par des pièces et aménagements adaptés. Les équipes proposent des activités pour stimuler ces malades comme cuisiner, jardiner, des activités manuelles ou des soins corporels. (75)

Exemple du PASA de l'EHPAD Airaines :

Le PASA Airaines dispose de 12 places par jour pour accueillir les patients déments de l'EHPAD auquel il est rattaché. Il est composé de 3 pièces, des WC et un coin jardin. Le PASA est ouvert du lundi ou vendredi et accueille environ 30 pensionnaires de l'EHPAD à raison de 1 à 5 journées par semaine selon les besoins. Les patients accueillis présentent une démence

avec des troubles du comportement, évaluée initialement par la psychologue avec le MMSE et NPI. Les places en unité Alzheimer étant limitées et insuffisantes, ce centre représente une alternative pour les pensionnaires de l'EHPAD nécessitant une prise en charge comportementale. Le PASA est encadré quotidiennement par 2 ASG qui suivent les malades, notent leur évolution et écoutent leurs attentes. Des ergothérapeutes, nutritionnistes, coachs sportifs et psychologues interviennent également. L'équipe propose chaque jour des activités différentes selon les envies des malades (ex : fondue de viande, jardinage et atelier peinture). Une pièce de repos est accessible à tout moment de la journée si un pensionnaire veut s'isoler et se reposer. La prise de repas est conviviale, dans la salle de vie. Des réunions mensuelles rassemblent le cadre de santé, les ASE, le psychologue et le médecin pour évaluer l'évolution des malades et développer de nouvelles activités. Le PASA est actuellement en train de mettre en place un projet individuel pour chaque patient.

2.8.3 Unité d'hébergement renforcé

L'UHR est reliée à une USLD et accueille des pensionnaires permanents. Ces unités d'hébergements sont réservées aux patients présentant des troubles du comportement très importants. Il s'agit d'un lieu de vie sécurisé qui permet la déambulation dans les parties communes tout en offrant un cadre rassurant pour les patients et les familles. Chaque patient possède sa chambre individuelle. Les journées sont organisées pour respecter le rythme des patients qui ont besoin de repères fixes notamment pour les repas et la toilette. Le projet de soins et de vie personnalisé cible essentiellement les problèmes comportementaux. Les UHR proposent les mêmes activités que les PASA dans la journée. Contrairement aux accueils de jour, tous les patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec des troubles perturbateurs sévères y sont acceptés. La seule restriction porte sur les patients incapables de se déplacer seuls ou avec une aide technique. Le personnel y est formé spécifiquement pour pouvoir réagir au mieux face aux diverses situations et ne pas tomber dans la maltraitance de la personne âgée. Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, sont retrouvés :

- des gériatres ou médecins avec une capacité en gériatrie ;
- un psychiatre ;
- un cadre de santé qui participe à l'élaboration du protocole de soin avec l'équipe soignante ;
- des infirmiers qui exercent les soins relatifs à leur métier et encadrent les aides-soignants ;

- des aides-soignants formés spécifiquement à la prise en charge des troubles comportementaux et perturbateurs de ces patients ;
- des agents de service hospitalier qui entretiennent le lieu de vie en restant discret ;
- divers intervenants psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens selon les besoins des malades et de leur famille ;
- des animateurs qui travaillent avec les personnels soignants pour établir des ateliers au cours de la journée.

Au travers des protocoles de soins adaptés, divers ateliers thérapeutiques individuels ou collectifs sont prescrits par le médecin. Ces activités ciblent les fonctions cognitives, fonctionnelles, sensorielles ou le lien social. Ces UHR requièrent une participation de la famille pour que la transition de déroule au mieux. La chambre du pensionnaire doit être personnalisée avec des objets, portraits de famille. Les visites d'amis, familles sont conseillées même si elles sont parfois compliquées. L'accueil au sein de ces unités spécifiques n'est pas à durée limitée mais il existe des critères de sortie qui déterminent si le patient peut retourner dans l'EHPAD sans danger pour lui et les autres pensionnaires. Le tarif est inclus dans le forfait de l'EHPAD et l'entrée dans ces structures déterminées par le médecin traitant. (64) (78) (19) (65)

Dans la Somme, il existe une UHR qui se situe à Rue.

III. La place du pharmacien d'officine dans cette prise en charge

3.1 Etude auprès des pharmaciens d'officine

3.1.1 Objectif

Dans un premier temps, l'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances du pharmacien sur la maladie d'Alzheimer y compris sur les différents outils de diagnostic et de prise en charge de celle-ci. Ensuite, l'objectif était de décrire la prise en charge médicamenteuse de ces malades dans les différentes pharmacies de Picardie. Enfin, le but était également de positionner le pharmacien d'officine dans la prise en charge multidisciplinaire de ces patients.

3.1.2 Matériels et méthodes

Pour l'élaboration de cette étude, des questionnaires ont été envoyés aux pharmaciens de la région Picarde par courrier, par le biais des réseaux sociaux ou directement déposés dans leur officine. [annexe 8]

Le questionnaire est anonyme et comporte 29 questions à choix simple, choix multiple ou réponse courte et ne concerne que les patients vivants au domicile.

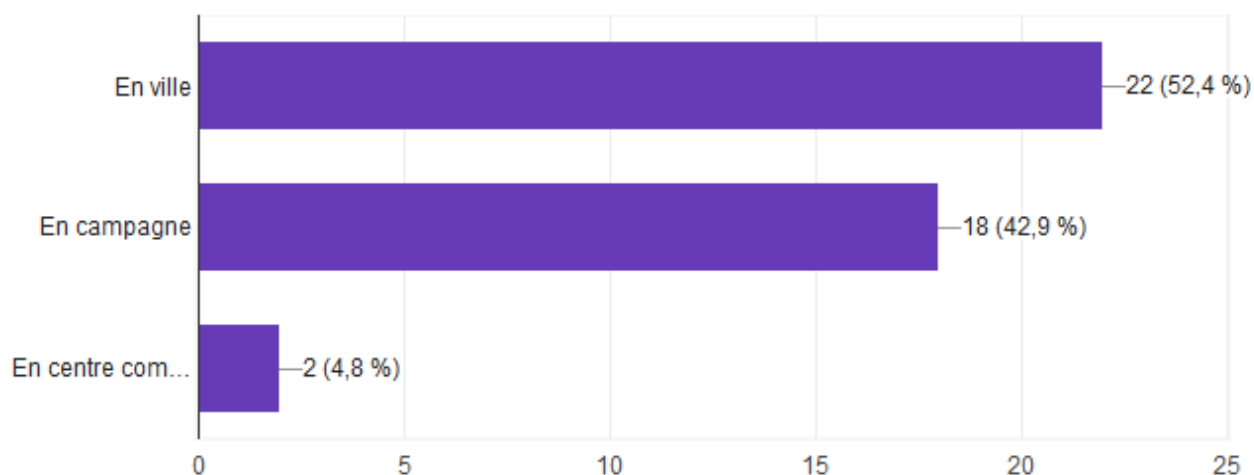
Les questionnaires ont été remplis directement sur un Google docs ou sur feuilles papiers et retranscrites par moi-même sur le Google docs.

3.1.3 Résultats et discussions

Sur une centaine de questionnaires distribués, uniquement 42 ont été renseignés. Les questionnaires retournés proviennent essentiellement de la Somme, quelques-uns de l'Oise et aucun de l'Aisne. Cette différence s'explique par un nombre de questionnaires plus important distribué dans le département de la Somme. Le fait que j'ai déposé une partie des questionnaires directement auprès des pharmaciens en Somme a également eu un impact.

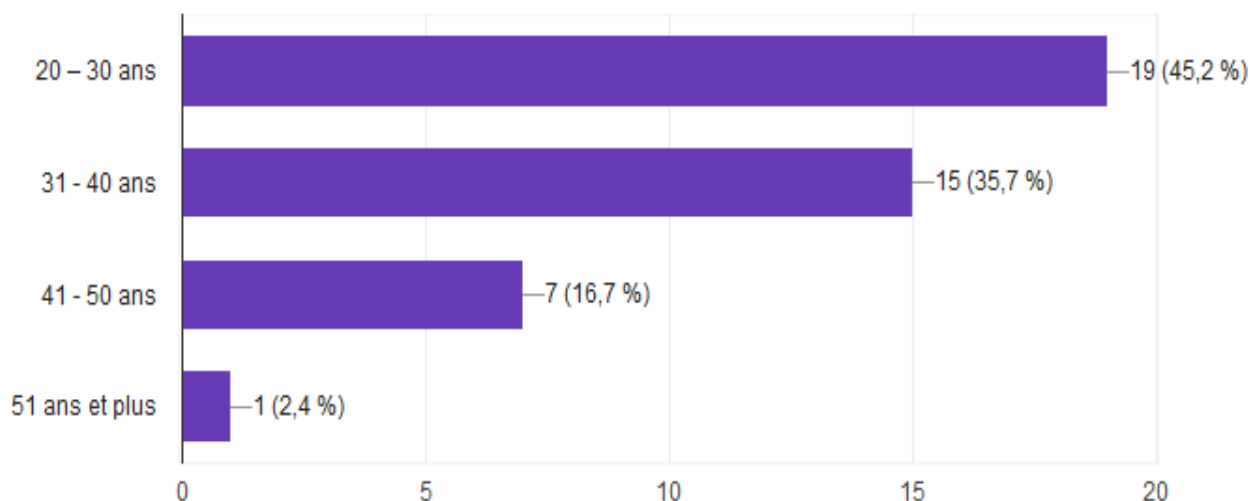
Informations générales :

L'officine où vous travaillez se situe :



Les pharmacies qui ont participé à l'étude sont principalement situées en ville. Uniquement deux d'entre-elles se trouvent en centre commercial. Cela s'explique, en partie, par la répartition des officines sur le territoire.

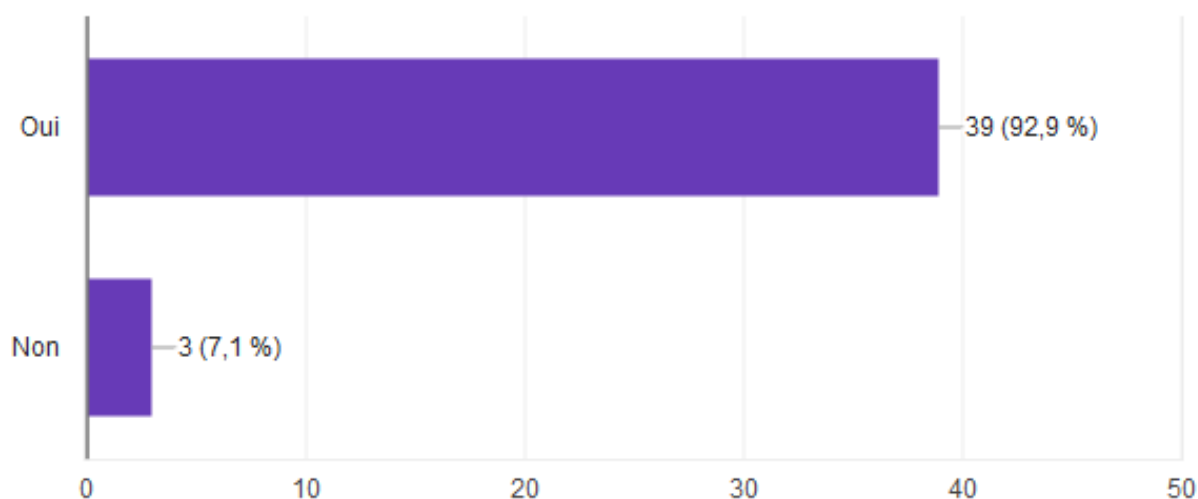
Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?



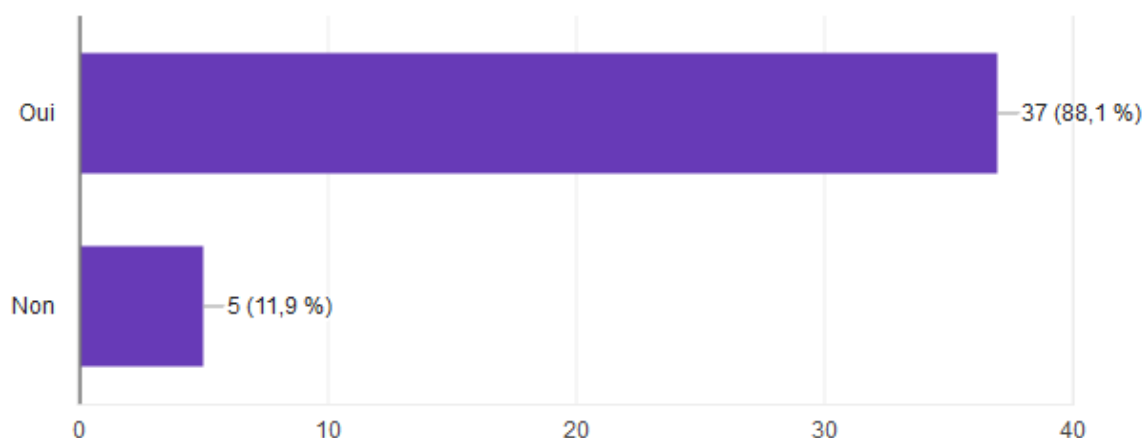
Concernant les pharmaciens participants, ce sont majoritairement des jeunes pharmaciens, la plupart ont moins de 40 ans. Ils ont donc bénéficié de cours sur la maladie d'Alzheimer pendant leur cursus à la faculté. Ce détail a son importance pour les deux questions qui vont suivre.

La maladie d'Alzheimer :

Sauriez-vous expliquer la physiopathologie de la maladie d'Alzheimer à un patient ?



Sauriez-vous décrire les signes psychologiques et comportementaux principaux de la maladie ?

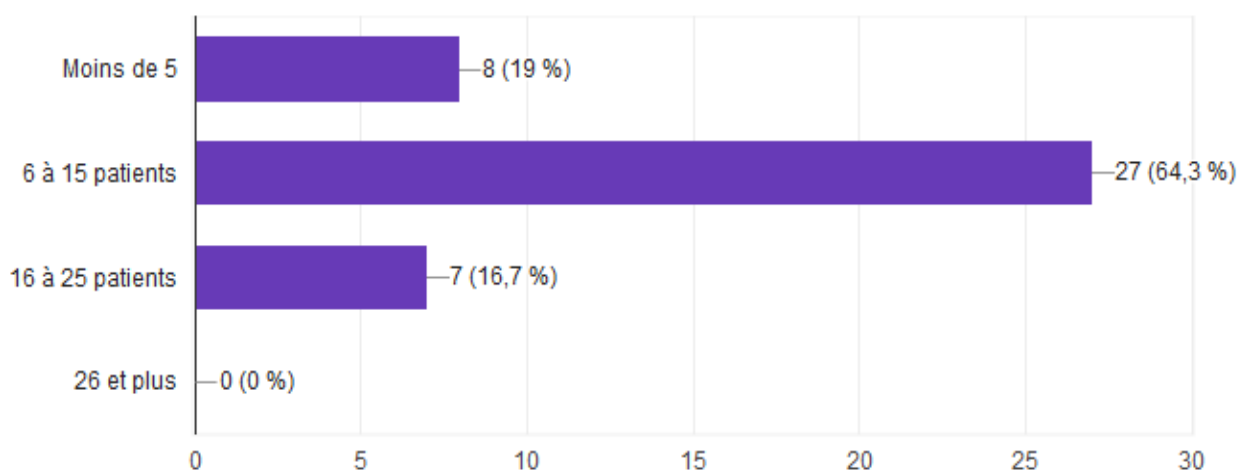


Dans l'ensemble, les pharmaciens connaissent bien la physiopathologie de la maladie d'Alzheimer ainsi que les manifestations cliniques de celle-ci. Cependant 85,7% d'entre eux estiment que leurs connaissances acquises au cours de leurs études sur la maladie d'Alzheimer sont insuffisantes.

Malgré cela, seulement 4 pharmaciens ont suivi une formation sur la maladie d'Alzheimer, principalement des formations proposées dans le développement professionnel continu et une formation aidant proposée par l'association France-Alzheimer.

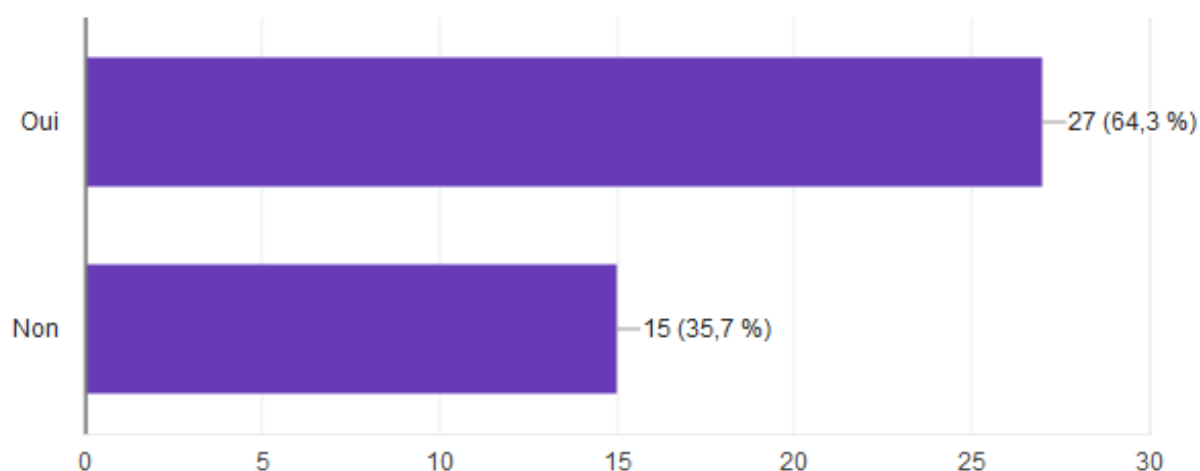
Traitements médicamenteux :

Combien de patients de votre officine sont concernés par cette maladie ?



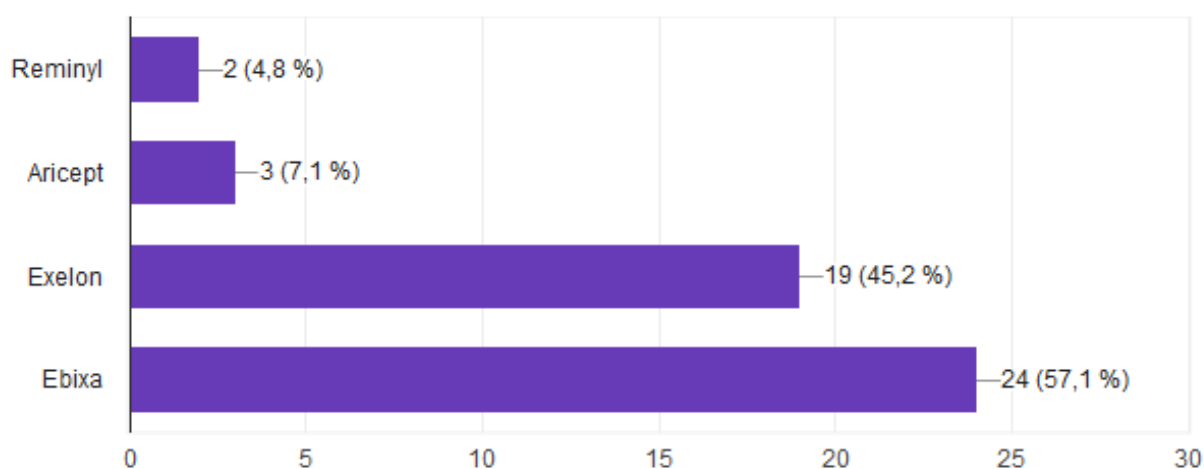
Cette question sous-estime le nombre de patients malades d'Alzheimer car elle ne comprend que les patients qui suivent un traitement. Or, les patients au stade présénile sont rarement décelés et chez les patients en phase terminale, les traitements anti-Alzheimer sont suspendus. Chaque pharmacien est donc concerné par la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Sont-ils tous suivis de façon annuelle par un neurologue, un psychiatre ou un gériatre ?



La prescription initiale de ces médicaments est réservée aux spécialistes de neurologie, gériatrie ou psychiatrie. Cette prescription doit être annuelle. Or d'après les résultats obtenus à cette question, il est constaté que le suivi par le spécialiste n'est pas respecté dans 35,7%.

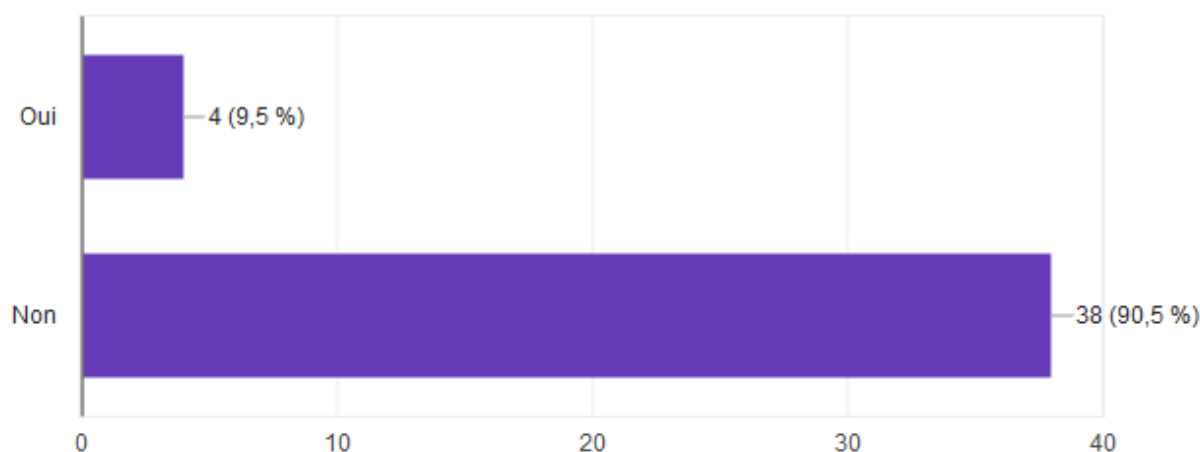
Lequel de ces traitements délivrez-vous le plus ?



Le résultat montre que la mémantine est la molécule la plus prescrite chez ces patients, à 57,1%. Elle est la seule à être indiquée au stade sévère de la maladie. Le diagnostic étant tardif, les patients atteignent souvent rapidement le stade sévère. Parmi les anticholinergiques, la rivastigmine est la plus prescrite. Cela s'explique certainement par la différence de galénique avec les deux autres molécules. La rivastigmine est la seule à être disponible en dispositifs transdermiques. Ces derniers ont un aspect pratique pour les patients qui oublient fréquemment de prendre leurs comprimés.

Les questionnaires ont également révélé que 51,1% des patients traités pour la maladie d'Alzheimer sont sous Ebixa® et un anticholinergique. Or d'après la HAS, il n'est pas recommandé d'associer deux traitements spécifiques.

Pensez-vous qu'il faille dé-rembourser ces médicaments ?



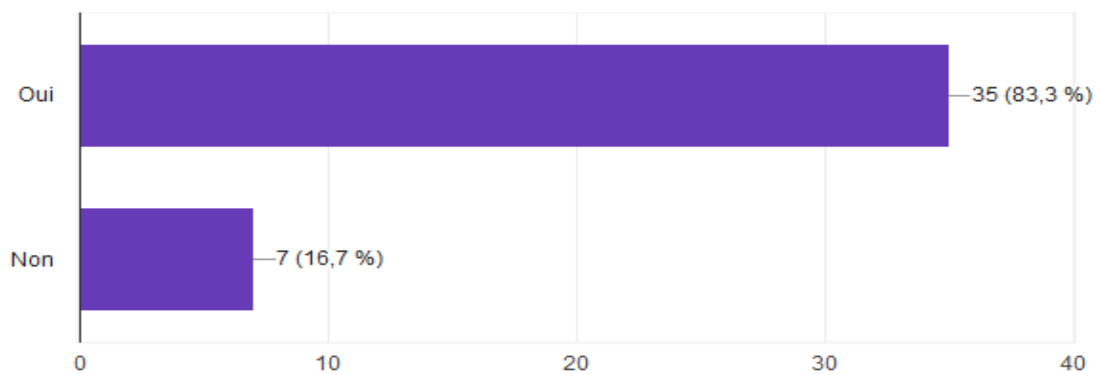
Il était intéressant de demander l'avis des pharmaciens sur cette décision. Ces derniers sont contre le déremboursement de ces traitements à 90,5%. Les quatre pharmaciens favorables au déremboursement de ces traitements évoquent un manque d'efficacité par rapport aux effets indésirables. L'un d'entre eux n'a pas donné de raisons. Parmi les pharmaciens s'opposants au déremboursement 23 ont donné une raison. Les raisons sont les suivantes :

- ces traitements ralentissent l'évolution de la maladie (8 réponses) ;
- ces traitements représentent un espoir pour l'entourage (5 réponses) ;
- ces traitements sont la seule prise en charge médicale qui existe (4 réponses) ;
- autres : tout le monde peut se soigner, peu importe les moyens financiers, seul élément de prise en charge pour de nombreux patient, problème de santé publique, augmente la

qualité de vie des patients, le déremboursement signifierait que ce sont des médicaments de confort.

Il est également à noter que même si l'efficacité est minime, la prescription de ces traitements oblige le malade ou son aidant à passer à l'officine au moins une fois par mois. Ce suivi est important pour détecter l'épuisement des aidants. La discussion permet d'analyser la situation et d'envisager les aides qui peuvent être mise en place.

Ces patients prennent-ils également des anxiolytiques, hypnotiques ou psychotropes ?



Vingt-huit participants ont renseigné les molécules ci-dessus les plus prescrites :

- alprazolam (15 réponses)
- zolpidem (7 réponses)
- oxazepam (6 réponses)
- zopiclone (4 réponses)
- hydroxyzine (4 réponses)
- bromazepam (3 réponses)
- lorazepam (2 réponses)
- paroxétine (2 réponses)
- sertraline (1 réponse)
- cyamémazine (1 réponse)
- risperidone (1 réponse)
- lormétazepam (1 réponse)
- escitalopram (1 réponse)
- miansérine (1 réponse)

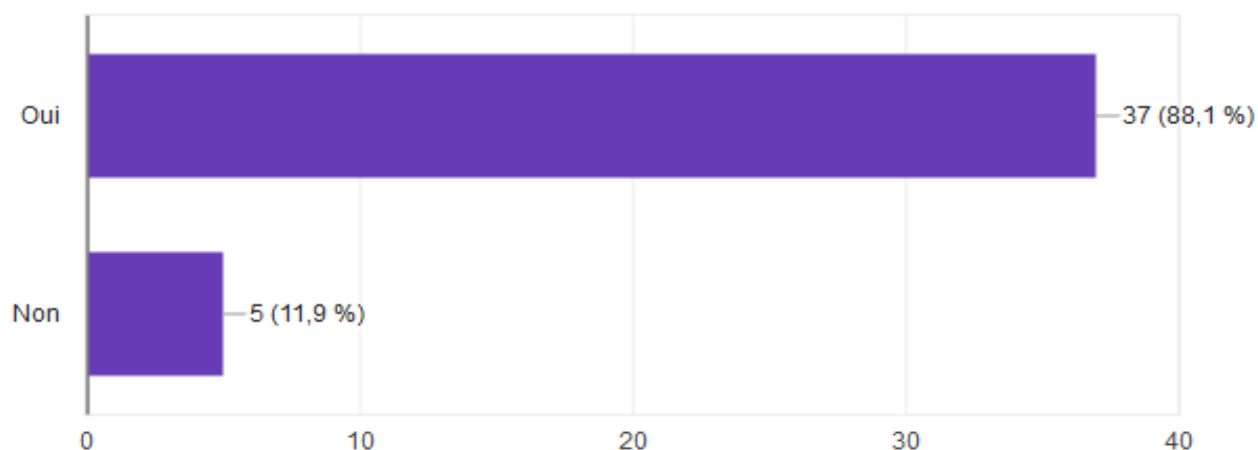
Parmi ces molécules, des antidépresseurs sont retrouvés (paroxétine, sertraline, escitalopram et miansérine). Leur prescription est courante dans la maladie. Pour ce qui est des molécules

anxiolytiques, sont citées l'alprazolam, l'oxazépam, l'hydroxyzine et le bromazépam. L'alprazolam et l'oxazépam sont des benzodiazépines de courte demi-vie recommandées dans la maladie d'Alzheimer. Par contre l'hydroxyzine n'est pas conseillé, ni le bromazépam à cause de sa longue demi-vie. Concernant les hypnotiques, ils sont tous déconseillés chez ces patients. Pourtant, de nombreux patients y ont recours comme le montrent ces résultats.

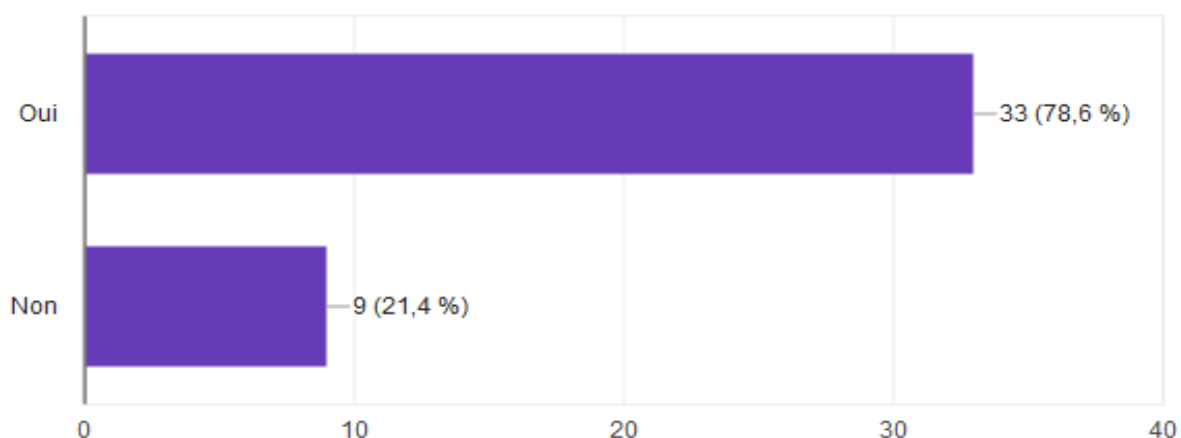
En ce qui concerne les thérapeutiques non médicamenteuses, 59,5% des pharmaciens savent qu'elles existent. Cependant la formulation de la question ne permet pas de savoir quelles thérapeutiques sont connues (pet-thérapie, ergothérapie, kinésithérapie...).

Outils diagnostiques :

Connaissez-vous le test MMSE ?



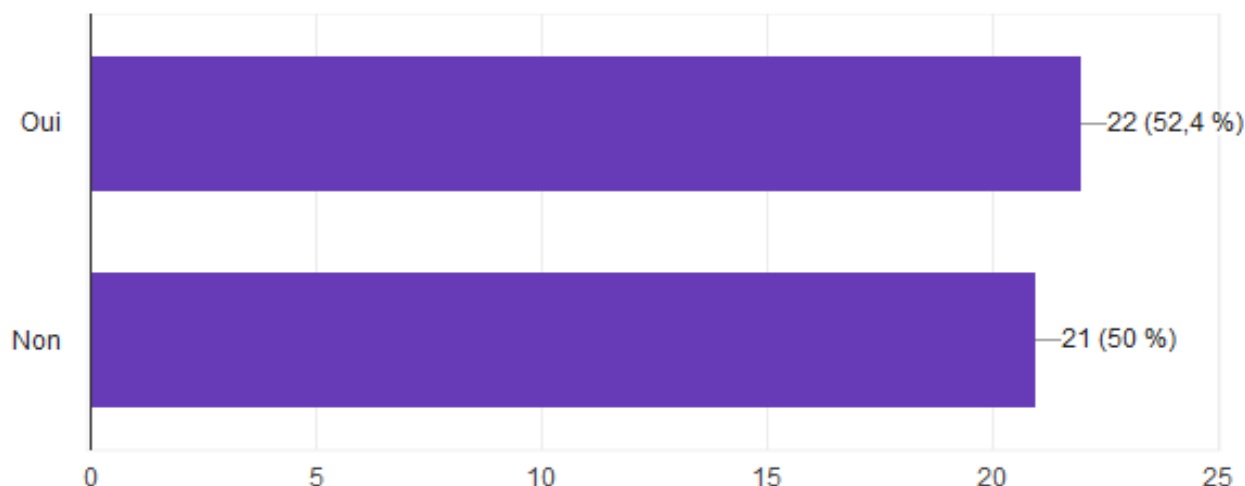
Seriez-vous d'accord pour le réaliser à l'officine ?



Le MMSE est un test simple et rapide. Il est connu de 88,1% des pharmaciens. La deuxième question montre que 78,6% d'entre eux sont d'accord pour réaliser ce test à l'officine. Il est évident maintenant que la prise en charge doit être débutée le plus précocement possible pour retarder l'évolution de la maladie. Or, le pharmacien est le professionnel de santé qui voit le plus les malades. Il les rencontre généralement une fois par mois. C'est pourquoi, il est le mieux placé pour détecter les signes précoces de troubles cognitifs chez ses patients. S'il remarque des oublis, des incohérences dans les propos du patient, il pourrait lui proposer ce petit test et en fonction du résultat obtenu, contacter son médecin pour qu'il effectue des tests complémentaires. Les missions du pharmacien évoluent et cette démarche pourrait faire partie du rôle du pharmacien prochainement.

Structures spécifiques :

Connaissez-vous un accueil de jour Alzheimer ?



Pour cette question, un participant a du malencontreusement sélectionner les deux réponses puisqu'uniquement 42 questionnaires ont été retourné et la question enregistre 43 réponses. Cependant, il peut être énoncé qu'environ un pharmacien sur deux ne connaît pas d'accueil de jour pour les patients Alzheimer. Ce qui est dommage parce qu'ils sont un élément important de la prise en charge de ces patients au domicile.

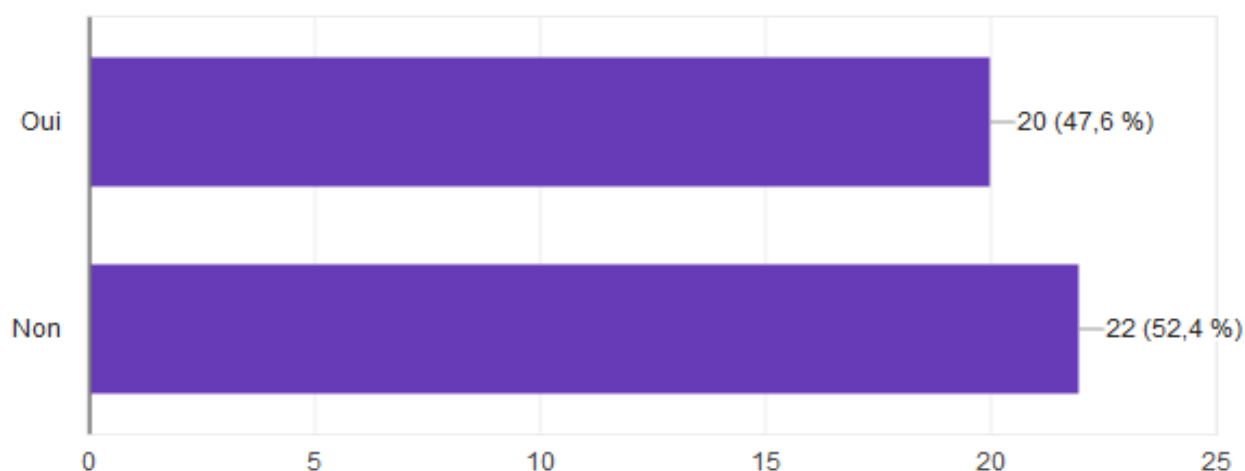
Dix-neuf pharmaciens seulement ont donné un exemple d'accueil de jour dont une réponse qui ne correspond pas à un accueil de jour.

- Abbeville - Les Magnolias (5 réponses)

- Amiens - hôpital St Victor (1 réponse), Les Saules (3 réponses), Parc des vignes (1 réponse)
- Moreuil - EHPAD (2 réponses)
- Péronne - EHPAD Quinconce (2 réponses)
- Oisemont - EHPAD (1 réponse)
- Blangy-sur-Bresle (1 réponse)
- Eu - hôpital (1 réponse)
- Beauvais –EHPAD (1 réponse)

Il est à noter que les accueils de jours cités se situent préférentiellement en ville. Or les patients les plus isolés habitent en campagne. L'accueil de jour « *Les Magnolias* » est l'un des plus cité. Cela s'explique par le fait qu'il soit indépendant d'une EHPAD et que la structure est plus grande que les autres.

Connaissez-vous une unité spécifique Alzheimer ?



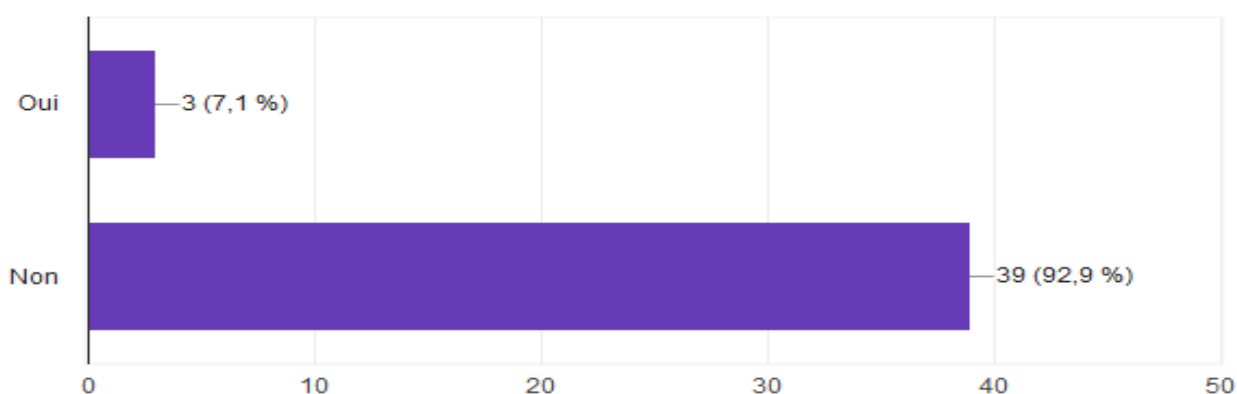
Cinquante-deux pourcent des pharmaciens ne connaissent pas d'unité spécifique pour prendre en charge ces malades. Les unités Alzheimer citées se situent à Airaines, Amiens, Gamaches, Moreuil, Picquigny, Friville-Escarbotin, Crecy-en-Ponthieu, Oisemont, Guimervilles, Eu, Attichy et Beauvais. Les pharmaciens connaissent, en général, l'unité présente dans leur ville.

Cinquante pourcent des pharmaciens n'ont jamais eu de patients qui participaient à des accueils de jour ou qui ont été institutionnalisés en unité spécifique. Cette proportion traduit qu'un grand

nombre de patients n'ont pas accès à ces services qui leur sont pourtant dédiés. Cela peut être dû au fait que les pharmaciens ne connaissent pas suffisamment ces structures.

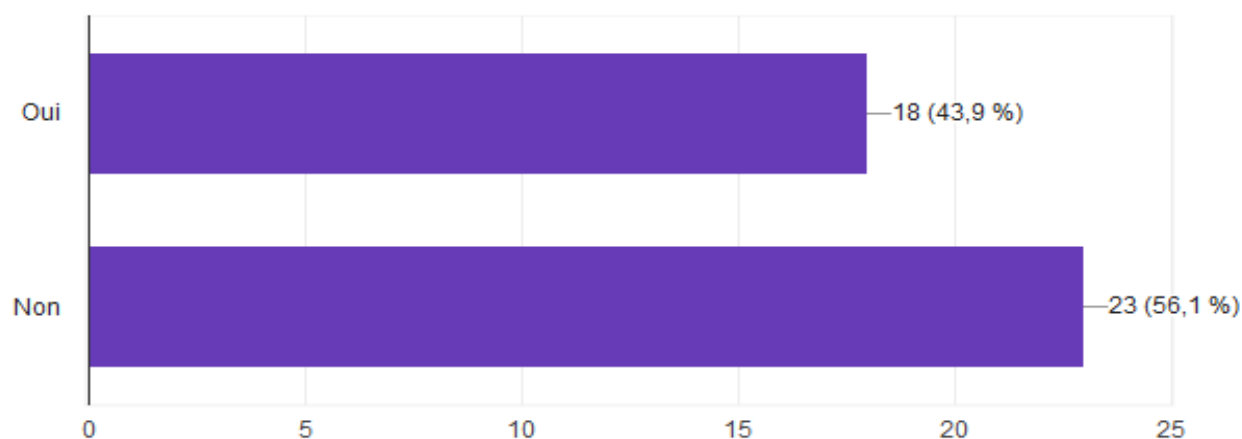
Aides au maintien à domicile :

Connaissez-vous un CLIC ?



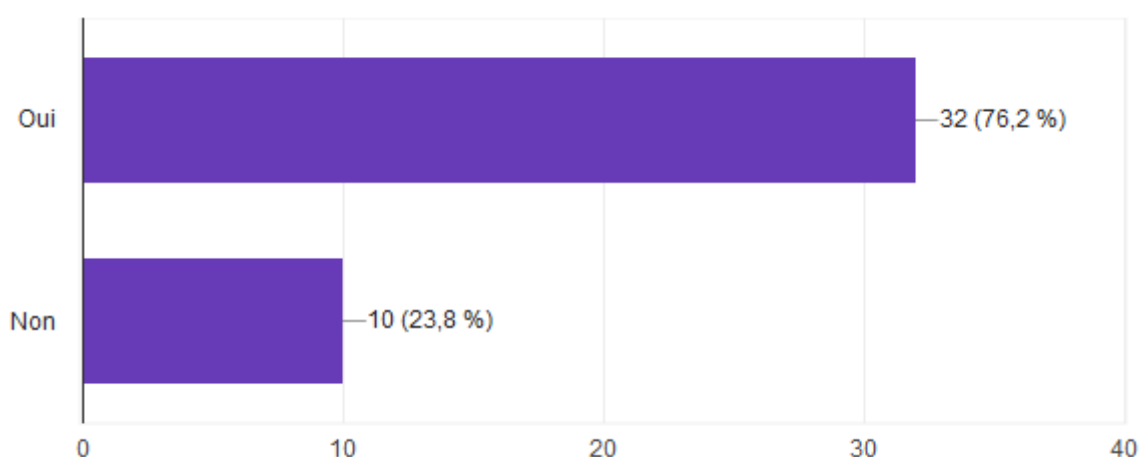
Les centres locaux d'informations et de coordinations sont méconnus des pharmaciens sauf pour 3 exceptions. Cela s'explique par l'absence de CLIC dans la Somme.

Avez-vous déjà entendu parler de l'APA ?



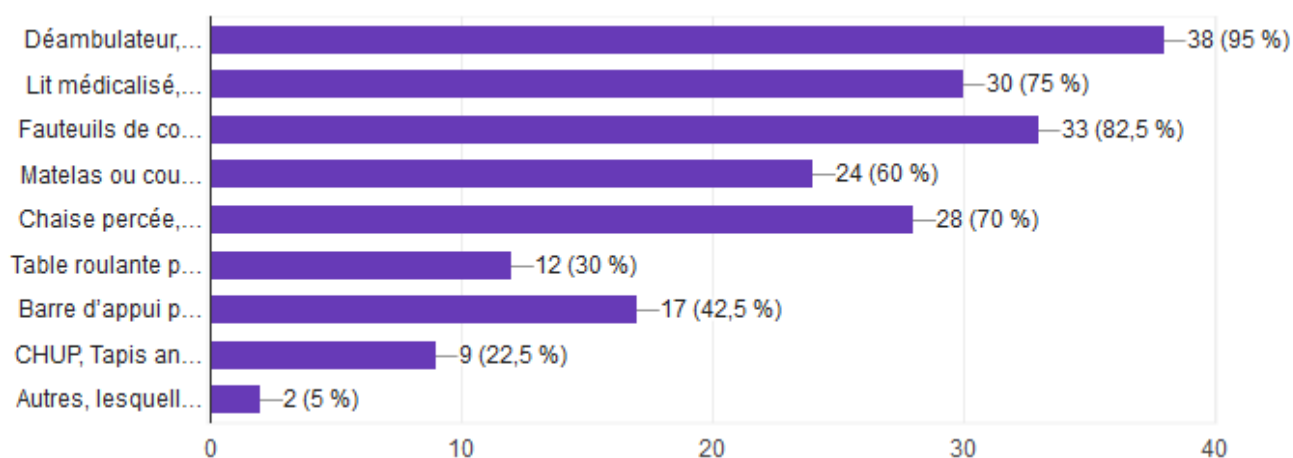
Pour ce qui est des aides financières, l'aide personnalisée d'autonomie est l'une des plus importante. Cinquante-six pourcent des pharmaciens interrogés n'ont jamais entendu parlé de cette aide. Cela s'explique par le fait que les cours à la faculté ne portent que sur la pathologie et les traitements médicamenteux. Les aides financières ne sont connues que par les pharmaciens qui y ont eu recours dans leur vie personnelle.

Connaissez-vous le SSIAD ?



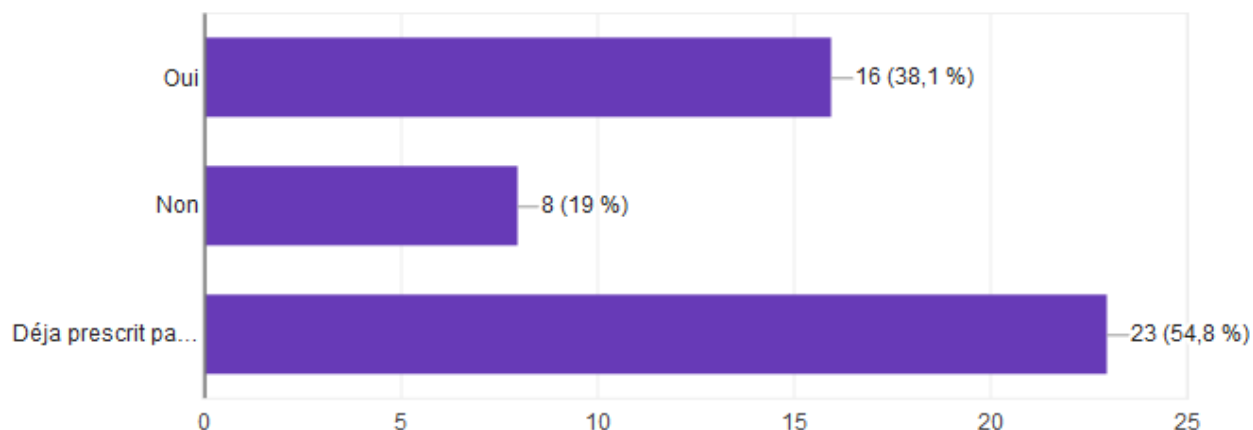
Les patients en perte d'autonomie ont souvent recours aux services de soins infirmiers à domicile. Les pharmaciens sont, pour la majorité, bien renseignés sur ce service. Peut-être parce qu'ils sont plus facilement en lien avec les infirmières dans leur quotidien.

Quelles aides techniques avez-vous déjà proposé à ces patients pour le domicile ?



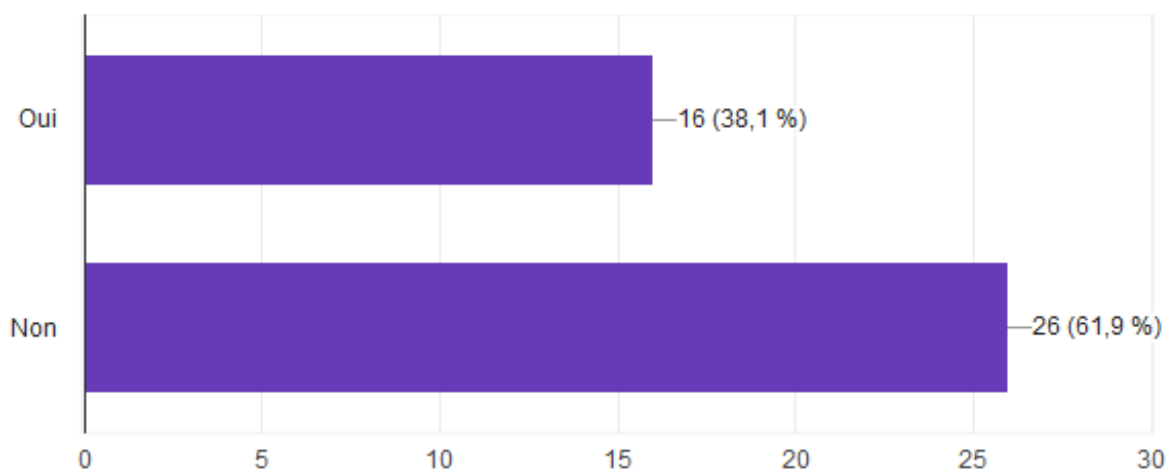
Il est constaté avec cette question que les pharmaciens sont bien informés des aides techniques existantes. Quarante pourcent d'entre eux ont déjà proposé des aides à la marche, 82% des fauteuils spécifiques et 75% des lits médicalisés. La question ne précisait malheureusement pas s'il s'agissait de lit spécifique Alzheimer ou non.

Ces malades sont souvent dénutris, leur proposez-vous régulièrement des compléments alimentaires hyper-protéinés ?



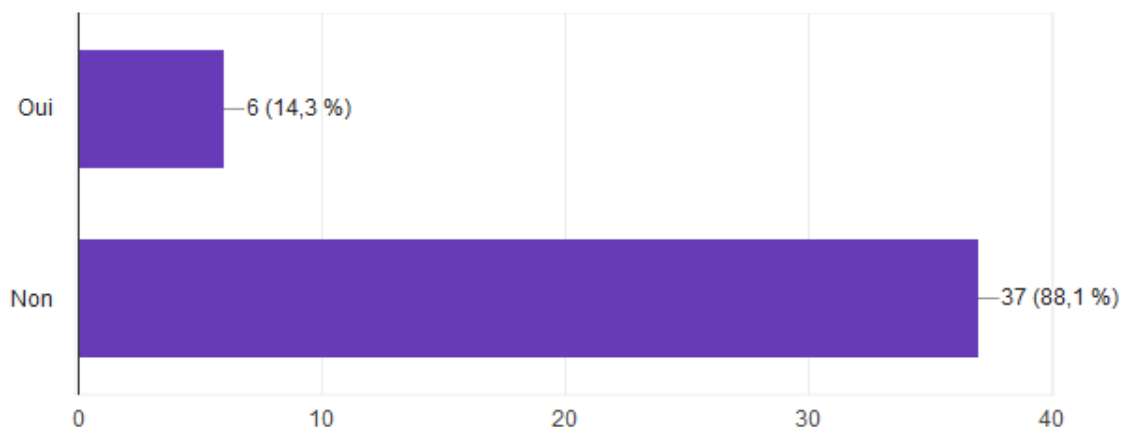
Comme vu précédemment, les malades Alzheimer ont fréquemment besoin de CNO. Or, le pharmacien est le fournisseur privilégié de ces compléments. Dans la majorité des cas, les CNO sont prescrits par le médecin traitant. Lorsque le médecin traitant ne les prescrit pas, le pharmacien doit être attentif aux besoins et les proposer de lui-même. C'est ce que font 38,1% des pharmaciens de la Somme.

Connaissez-vous des associations de lutte contre la maladie d'Alzheimer ?



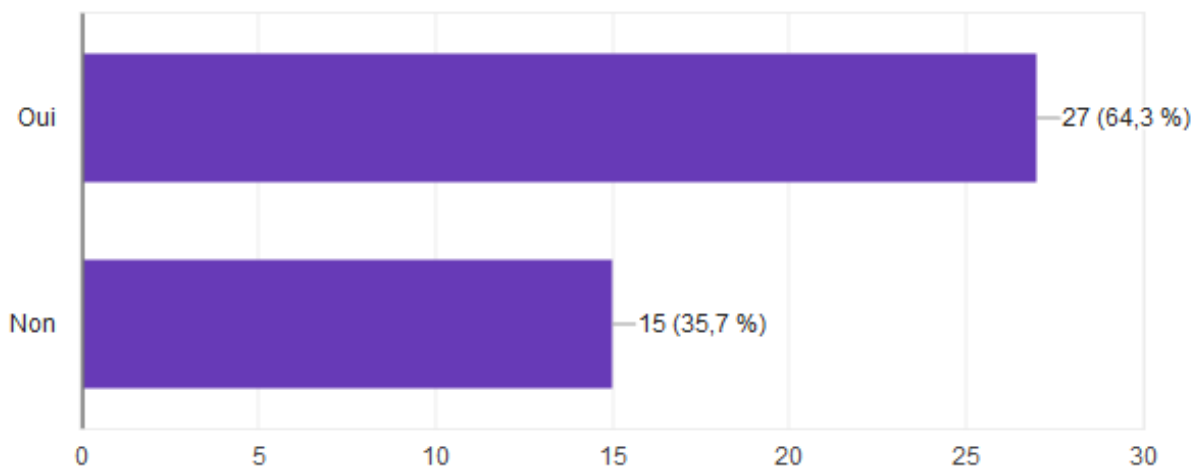
Peu de pharmaciens (38,1% seulement) connaissent les associations. Cette révélation est dommage car les associations sont un soutien primordial pour les malades et surtout leurs aidants. L'association France-Alzheimer est très présente dans la région. Elle est basée à Amiens mais des bénévoles sont répartis sur tout le territoire pour répondre aux besoins des aidants et les informer des différentes possibilités qui s'ouvrent à eux.

L'entourage des malades vous semble-t-il bien informé des aides existantes ?



Les résultats sont inquiétants. Quatre-vingt-huit pourcent des aidants naturels sont, d'après les pharmaciens, peu informés des aides disponibles. Le pharmacien étant proche des patients, il est bien placé pour percevoir le mal-être de ces familles.

Se tourne-t-il vers vous pour obtenir ces informations ?



Les pharmaciens sont sollicités à 64,3% par les patients ou leur entourage sur les aides existantes. L'étude confirme la complexité du rôle d'aidant puisque tous les pharmaciens questionnés s'accordent pour dire que les aidants sont épuisés de s'occuper de leur parent malade. Ces données montrent que le pharmacien a un rôle important à jouer dans cette maladie.

Place du pharmacien :

Ce questionnaire met en avant différentes failles du système de prise en charge. La dernière question porte sur ce qui pourrait aider le pharmacien au quotidien pour aider ces patients et leurs familles. Seulement 29 réponses ont été fournies :

- des brochures, flyers présentant les différentes aides, associations et structures possibles. (15 réponses) ;
- un site internet ou une plateforme qui centralise les aides disponibles par région (3 réponses) ;
- des formations plus centrées sur les aides au domicile (7 réponses) ;
- des réunions interdisciplinaires (1 réponse) ;
- les associations locales (1 réponse) ;
- l'ARS et la CPAM (1 réponse) ;
- du matériel adéquat (1 réponse).

Au vu de ces réponses, il est constaté que le pharmacien est bien formé sur la maladie d'Alzheimer en elle-même, sa prise en charge médicamenteuse et les aides techniques. En ce qui concerne les aides non médicamenteuses, ce dernier est peu informé. Il serait intéressant que les pharmaciens disposent de brochures informationnelles sur les principales prises en charge structurelles, humaines ou financières pour une première approche avec l'aidant naturel. Ensuite, pour plus de détails, le pharmacien ne doit pas hésiter à contacter les associations locales qui travaillent en lien avec les services spécifiques de prise en charge.

3.2 Place du pharmacien d'officine

Le pharmacien est un professionnel de santé proche de ses patients et facilement accessible. Il voit ses patients tous les mois et est donc, dans un premier temps, au premier plan pour repérer les signes précoces de la maladie. Il peut aussi par l'écoute des plaintes de l'entourage, détecter des symptômes qui nécessitent une consultation. (3)

Dans un second temps, une fois le diagnostic posé, le pharmacien a un rôle informationnel. Il possède les connaissances sur la maladie pour pouvoir expliquer simplement à la famille le comportement du malade et l'évolution vers la démence.

Ensuite, le pharmacien est le mieux placé pour expliquer l'intérêt du traitement. Il doit contrôler que le patient soit suivi annuellement par un spécialiste. Le pharmacien s'assure de l'observance médicamenteuse lors des renouvellements. Il explique au patient les modalités de prises, l'augmentation progressive des posologies pour contrer les effets indésirables. Selon la sévérité de la maladie, la prise du traitement peut nécessiter un pilulier ou une auxiliaire de vie, en l'absence de proches présents tous les jours. (3)

Le pharmacien doit fournir les documents nécessaires à la famille sur les différentes aides possibles qu'elles soient humaines, financières, administratives, matérielles ou juridiques. Il peut se fournir auprès des associations comme France-Alzheimer. Des brochures sont déjà disponibles dans certains cabinets médicaux. (3)

Le pharmacien associe toujours des conseils pratiques à ses délivrances pour permettre au patient de rester le plus longtemps autonome chez lui. Ces conseils concernent l'aménagement de la maison, l'alimentation, l'organisation des journées et les activités bénéfiques. (3)

Le pharmacien a donc un rôle important à jouer dans la prise en charge du malade atteint d'Alzheimer et de son entourage.

Conclusion

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative complexe. La physiopathologie n'est pas encore exactement établie. Les troubles cognitifs de la maladie sont omniprésents et les symptômes psycho-comportementaux sont un fardeau pour les aidants. La prise en charge médicamenteuse est insuffisante à l'heure actuelle. C'est pourquoi, des solutions matérielles, financières, juridiques, structurelles et humaines sont développées. Les aides proposées doivent être adaptées aux besoins du malade. Le service le plus proche du domicile n'est donc pas forcément celui qui lui correspond le mieux. Chaque patient atteint de la maladie d'Alzheimer nécessite une prise en charge particulière en fonction de son vécu et de son caractère. Pour choisir ces services, l'association locale France-Alzheimer peut être d'une grande aide. Elle est en relation avec les différentes structures, accueils, et services disponibles sur le territoire. Les bénévoles, qui ont tous une expérience personnelle avec la maladie, aident les malades et leur famille à trouver la meilleure prise en charge. Le pharmacien présente aussi une place centrale dans cette prise en charge. Il est le spécialiste du médicament, le premier fournisseur de matériel médical et un conseiller privilégié de par sa proximité. Il est également le mieux placé pour détecter les premiers signes de la maladie. Ensuite, il est le témoin de l'épuisement des aidants ou des signes d'une maltraitance envers le malade. Le pharmacien a pour rôle de montrer aux patients et leur famille qu'ils ne sont pas seuls et de les rediriger vers les centres d'informations, les services ou les associations lorsqu'ils ne s'en sortent plus seuls. La prise en charge optimale est multidisciplinaire.

Annexes

Annexe 1 : Echelle IADL

Annexe 2 : Echelle ADL

Annexe 3 : DMS-IV Critères d'un épisode dépressif majeur

Annexe 4 : NPI

Annexe 5 : MMSE

Annexe 6 : MNA

Annexe 7 : idées de recette à base de CNO de chez Nutrica

Annexe 8 : questionnaire pour l'étude menée auprès des pharmaciens d'officine

Annexe 1 :

IADL: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (Echelle de LAWTON)

Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

1. Aptitude à utiliser le téléphone		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	
2. Courses		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	
3. Préparation des aliments		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	
4. Entretien ménager		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	
5. Blanchisserie		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	
6. Moyens de transport		
<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	

Annexe 2 :

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chauffer. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Annexe 3 :

Annexe 2. Critères d'un épisode dépressif majeur, DSM-IV-TR

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
 - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
 - (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Annexe 4 :

Annexe 3. Inventaire neuropsychiatrique – NPI

The NeuroPsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia,
JL Cummings, 1994

Traduction française PH Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice –
France 1996

A. IDÉES DÉLIRANTES (NA)

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ?
2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?
3. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ?
5. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?
6. Le patient/la patiente croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?
7. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ?
8. Le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans sa maison ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)
9. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. 1

Moyen : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. 2

Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement (l'utilisation de médicaments « à la demande » indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important). 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

B. HALLUCINATIONS (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?
3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes, des animaux, des lumières, etc.) ?
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?
5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?
6. Le patient/la patiente dit-il/elle avoir des goûts dans la bouche dont on ne connaît pas la cause ?
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. 1

Moyen : les hallucinations sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. 2

Important : les hallucinations sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement. Il peut se révéler nécessaire d'administrer des médicaments « à la demande » pour les maîtriser. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)

« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? »

Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essaient de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle bruta(e)l, aviné, t-il/elle n'a rien fait à sa manière ?

3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?
 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?
 5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ?
 6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pied dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?
 7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?
 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?
- Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. 1

Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2

Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

D. DÉPRESSION/DYSPHORE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ?
 2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ?
 3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?
 4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?
 5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?
 6. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?
 7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?
 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?
- Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1
Assez souvent : environ une fois par semaine. 2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. 1

Moyen : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes dépressifs sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. 2

Important : l'état dépressif est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

E. ANXIÉTÉ (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus ?
2. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?
3. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ?
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle) ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. 1

Moyen : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes d'anxiété sont exprimés

spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. 2

Important : l'état d'anxiété est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

F. EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) par rapport à son état habituel ?

2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôles ?

3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?

4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?

5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?

6. Le patient/la patiente se vante-t-il/elle ou prétend-il/elle avoir plus de qualités ou de richesses qu'il/elle n'en a en réalité ?

7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux(se) ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur/euphorie.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'humeur joyeuse est perçue par les amis et la famille mais ne perturbe pas le patient/ la patiente. 1

Moyen : l'humeur joyeuse est nettement anormale. 2

Important : l'humeur joyeuse est très prononcée ; le patient/la patiente est euphorique et pratiquement tout l'amuse. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

G. APATHIE/INDIFFERENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?
3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?
4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (convées) ?
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?
7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie/indifférence.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

DEGRÉ DE GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'apathie est perceptible mais a peu de conséquences sur les activités quotidiennes ; la différence est légère par rapport au comportement habituel du patient/de la patiente ; le patient/la patiente réagit positivement lorsqu'on lui suggère d'entreprendre des activités. 1

Moyen : l'apathie est flagrante ; elle peut être surmontée grâce aux persuasions et encouragements de la personne s'occupant du patient/de la patiente ; elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. 2

Important : l'apathie est flagrante et la plupart du temps aucun encouragement ni événement extérieur ne parvient à la faire disparaître. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

H. DÉSINHIBITION (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?

4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?

5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général, en public ?

6. Le patient/la patiente prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ?

7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'impulsivité est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la conseillant. 1

Moyen : l'impulsivité est flagrante et peut difficilement être surmontée par la personne s'occupant du patient/de la patiente. 2

Important : l'impulsivité est insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/ de la patiente et est une source de gêne ou d'embarras en société. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

I. IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas. »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle « sort de ses gonds » facilement pour des petits riens ?

2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?

3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?

4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?

5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?

6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?

7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité/instabilité de l'humeur.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1
Assez souvent : environ une fois par semaine. 2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont perceptibles mais il est généralement possible de les atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la rassurant. 1

Moyen : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes et peuvent difficilement être surmontées par la personne s'occupant du patient/de la patiente. 2

Important : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes ; elles sont généralement insensibles à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et sont très éprouvantes. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond dans la maison sans but apparent ?
 2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?
 3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?
 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives ou des « manies » qu'il/elle recommence sans cesse ?
 5. Le patient/la patiente a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?
 6. Le patient/la patiente a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?
 7. Y a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?
- Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1
Assez souvent : environ une fois par semaine. 2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : le comportement moteur aberrant est perceptible mais il a peu de conséquences sur les activités quotidiennes du patient/de la patiente. 1

Moyen : le comportement moteur aberrant est flagrant mais il peut être maîtrisé par la personne s'occupant du patient/de la patiente. 2

Important : le comportement moteur aberrant est flagrant. Il est généralement insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et est très éprouvant. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

K. SOMMEIL (NA)

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?
 2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?
 3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?
 4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ?
 5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?
 6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude) ?
 7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ?
 8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ?
- Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. 1

Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du caregiver.

Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. 2

Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme de mettre par exemple trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?
6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par exemple trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?
7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?
8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. 1

Assez souvent : environ une fois par semaine. 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. 4

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants. 1

Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids. 2

Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents et entraînent des fluctuations de poids, sont embarrassants et d'une manière générale perturbent le patient/la patiente. 3

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

NPI

Nom : _____ Age : _____ Date de l'évaluation : _____

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = fréquence x gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Score total 12

Annexe 5 :

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

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.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 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 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 province ou région est située ce département ? | ☐ |
| 10. A quel étage sommes-nous ? | ☐ |

Apprentissage

/ 3

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

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | ☐ |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | ☐ |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | ☐ |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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 pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

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

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | ☐ |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | ☐ |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | ☐ |

Langage

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

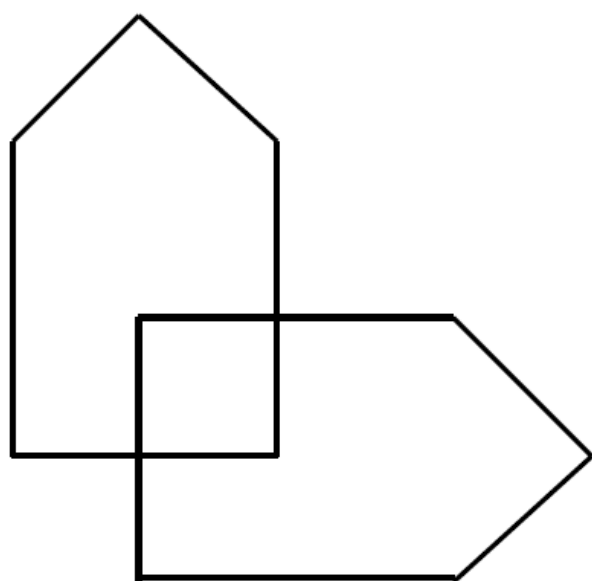
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

/ 1

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

« FERMEZ LES YEUX »



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	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
--	---

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	Score de dépistage (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 2008;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 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; 10:466-467.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/09 10M
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe 7 :

Ne convient pas aux personnes ayant des troubles de la déglutition



Riz soufflé chocolaté

Pour 1 portion*
Protéines (en g) : 13
Energie (en kcal) : 368

Temps de préparation :
10 min + 1 h au réfrigérateur
Difficulté : facile

Pour 2 portions

- 1 pot de Fortimel® Creme Chocolat
- 20 grosses cuillères à soupe de riz soufflé au chocolat (100 g)
- 1 cuillère à café de miel (5 g)
- 1 pincée de cannelle en poudre

Préparation

- Dans un bol mélangez Fortimel® Creme Chocolat, le miel et la cannelle.
- Ajoutez petit à petit le riz soufflé et remuez progressivement.
- Versez le mélange sur du papier sulfurisé ; étalez-le pour obtenir une couche de 2 cm d'épaisseur.
- Pliez le papier et mettez au réfrigérateur environ 1 h.
- Coupez en barres avant la dégustation.

Ne convient pas aux personnes ayant des troubles de la déglutition



DESSERTS

Banana split

Pour 1 portion*
Protéines (en g) : 22
Energie (en kcal) : 513

Temps de préparation :
10 min
Difficulté : très facile

Pour 1 portion

- 1 pot de Fortimel® Creme Chocolat
- 2 cuillères à café de poudre de chocolat (8 g)
- 1 banane mûre
- 2 fraises
- 1 bombe de crème Chantilly

Préparation

- Coupez la banane en rondelles et les fraises en morceaux.
- Fouettez Fortimel® Creme avec la poudre de chocolat dans un bol.
- Versez Fortimel® Creme dans un bol.
- Ajoutez la banane et les fraises par-dessus.
- Décorez de crème Chantilly.
- Consommez de suite.

BOISSONS



Café macchiato



Pour 1 portion*
Protéines (en g) : 29
Energie (en kcal) : 784

Temps de préparation :
10 min
Difficulté : facile

Pour 1 portion

- 1 bouteille de Fortimel® Protein 200 ml Moka
- 100 ml de café chaud
- 30 ml de crème fouettée
- 2 gouttes d'arôme d'orange
- 2 cuillères à soupe de sauce chocolat (mélange pour crèmes glacées, ou chocolat en tablette fondu)
- Cacao en poudre

Préparation

- Versez le Fortimel® Protein 200 ml dans le café chaud.
- Réchauffez davantage au micro-ondes en évitant de faire bouillir.
- Versez le mélange dans une grande tasse.
- Fouettez la crème avec l'arôme d'orange. Versez cette crème au-dessus de la boisson chaude en prenant soin de la verser sur le dos d'une cuillère pour éviter que les deux préparations ne se mélangent.
- Finissez avec une pincée de cacao en poudre ou de café instantané sur votre boisson.

"Convient aux personnes ayant des troubles de la déglutition"



Panna cotta vanille-fraise

Vous pouvez utiliser le pot de Fortimel® Creme à la place de la verrine pour donner une forme originale à votre dessert !

Pour 1 portion*
Protéines (en g) : 10
Energie (en kcal) : 496

Temps de préparation :
20 min + au moins 3 h au réfrigérateur
Difficulté : facile

Pour 2 portions

- 20 cl de crème liquide entière
- 15 g de sucre
- 1 pot de Fortimel® Creme Vanille
- 2 g d'agar-agar (gélifiant végétal) en poudre
- 25 g de coulis de fruits rouges (sans morceaux)

Préparation

- Faites chauffer à feu moyen la crème liquide et le sucre.
- A part, diluez l'agar-agar avec 2 ou 3 cuillères à soupe de ce mélange veillant à bien remuer pour éviter la formation de grumeaux.
- Incorporez l'agar-agar dilué au mélange.
- Portez à ébullition tout en remuant.
- Fouettez pour éviter la formation de grumeaux.
- Ajoutez Fortimel® Creme et fouettez pour bien mélanger.
- Versez dans des verrines et mettez au réfrigérateur pendant 3 h minimum.
- Ajoutez le coulis de fruits rouges avant de servir.



BOISSONS

Milkshake fraise



Astuce dégustation : personnalisez cette recette en utilisant tous les arômes Fortimel® Protein 200 ml pour obtenir des milkshakes variés selon vos envies !

Pour 1 portion*
Protéines (en g) : 29
Energie (en kcal) : 571

Temps de préparation :
5 min
Difficulté : très facile

Pour 1 portion

- 1 bouteille de Fortimel® Protein 200 ml Fraise
- 10-12 fraises
- 15 g de sucre en poudre
- 5 glaçons

Matériel

- 1 mixeur

Préparation

- Équeutez et lavez les fraises.
- Mixez tous les ingrédients ensemble.
- Ajoutez du sucre à votre convenance.

Convient aux personnes ayant des troubles de la déglutition, sauf les céréales et le chocolat en morceaux.



DESSERTS

Panna cotta vanille-chocolat

L'astuce gagnante : pour une préparation plus rapide de la recette, vous pouvez ajouter du chocolat liquide du commerce.

Pour 1 portion*
Protéines (en g) : 17
Energie (en kcal) : 680

Temps de préparation :
10 min + au moins 3 h au réfrigérateur
Difficulté : facile

Pour 2 portions

- 20 cl de crème liquide entière
- 15 g de sucre
- 1 pot de Fortimel® Creme Vanille
- 2 g d'agar-agar en poudre
- 30 g de chocolat noir 70 % en morceaux
- 6 cl de crème fraîche
- 1 cuillère à café de céréales avec chocolat en morceaux

Préparation

- Faites chauffer à feu moyen la crème liquide et le sucre.
- A part, diluez l'agar-agar avec 2 ou 3 cuillères à soupe de ce mélange veillant à bien remuer pour éviter la formation de grumeaux. Incorporez-le au mélange.
- Portez à ébullition tout en remuant. Fouettez pour éviter la formation de grumeaux.
- Ajoutez Fortimel® Creme et fouettez pour bien mélanger.
- Versez dans des verrines et mettez au réfrigérateur pendant 3 h minimum.

Pour la sauce chocolat

- Portez la crème fraîche à ébullition. Après les premiers bouillons, versez-la sur le chocolat et remuez doucement jusqu'à l'obtention d'une onctueuse sauce au chocolat.
- Ajoutez la sauce chocolat et les céréales avant de déguster.

Annexe 8 :

Questionnaire destiné aux pharmaciens d'Officine sur la prise en charge du patient atteint d'Alzheimer et de son entourage.

(Ne prend pas en compte les résidents en EHPAD)

1) L'officine où vous travaillez se situe :

En ville

En centre commercial

En campagne

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

20 – 30 ans
ans et +

31 – 40 ans

41 – 50 ans

51

3) Sauriez - vous expliquer brièvement la physiopathologie de la maladie d'Alzheimer à un patient ?

Oui

Non

4) Sauriez - vous décrire les signes psychologiques et comportementaux principaux de la maladie ?

Oui

Non

5) Vos connaissances acquises à la faculté vous semblent-elles suffisantes sur le sujet ?

Oui

Non

6) Avez- vous suivi une formation par la suite sur ce thème ?

Oui, laquelle ?

Non

7) Combien de patients de votre officine sont concernés par cette maladie ?

Moins de 5

6 à 15

16 à 25

26 ou plus

8) Sont-ils tous suivi de façon annuelle par un spécialiste (neurologue, psychiatre ou gériatre) ?

Oui

Non

9) Lequel de ces traitements dispensez- vous le plus ?

Aricept

Reminyl

Exelon

Ebixa

10) Certains patients ont - ils deux des traitements spécifiques ci- dessus associés ? (ebixa + autre)

Oui

Non

11) Pensez- vous qu'il faille dé-rembourser ces traitements spécifiques ?

Oui

Non

Et pourquoi ?

.....
.....

12) Ces patients prennent-ils également des anxiolytiques, hypnotiques ou psychotropes ?

Oui, quelles molécules ?

Non

13) Connaissez- vous des thérapeutiques non médicamenteuses pour aider ces patients ?

Oui, lesquelles ?

Non

14) Connaissez-vous le test MMSE (mini mental state examination) ?

Oui

Non

15) Seriez- vous d'accord pour réaliser ce test à l'officine afin d'orienter au plus tôt les patients qui présentent des troubles dans le parcours de soin ?

Oui

Non

16) Connaissez- vous un accueil de jour Alzheimer ?

Oui, lequel ? A combien de km ?

Non

17) Connaissez - vous une unité spécifique Alzheimer en EHPAD ?

Oui, laquelle ? A combien de km ?

Non

18) Un de vos patients bénéficie – t-il ou a –t-il bénéficié d'une prise en charge dans l'une de ces deux structures ?

Oui

Non

19) Connaissez – vous le CLIC (centre local d'information et de coordination) ?

Oui

Non

20) Avez- vous déjà entendu parler de l'APA (aide personnalisée d'autonomie) ?

Oui

Non

21) Connaissez- vous le SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) ?

Oui

Non

22) Savez- vous quelles autres aides humaines peuvent être proposées à ces patients ?

.....
.....

23) Quelles aides techniques avez- vous déjà proposé à ces patients et leur famille pour le domicile ?

Déambulateur, cannes de marche, fauteuil roulant

Lit médicalisé, barrières de lit

Fauteuils de confort, siège coquille

Matelas ou coussins anti escarres

Chaise percée, rehausse WC

Table roulante pour repas

Barre d'appui pour WC ou salle de bain

CHUP, Tapis anti- dérapant, Rampe d'accès

Autres, les quels ?

24) Ces malades sont très souvent dénutris, leur proposez- vous régulièrement des compléments alimentaires hyper- protéinés ?

Oui

Non

Déjà prescrit par le docteur

25) Connaissez- vous des associations de lutte contre la maladie d'Alzheimer ?

Oui

Non

26) L'entourage des malades vous semble- il bien informé des aides existantes ?

Oui

Non

27) Se tourne-t-il vers vous pour obtenir ces renseignements ?

Oui

Non

28) Les aidants vous semblent-ils épuisés de s'occuper de leur proche malade ?

Oui

Non

29) Étant le professionnel de santé le plus proche des patients, qu'est ce qui pourrait vous aidez à fournir les aides, informations, conseils et adresses nécessaires au bien-être de ces malades et leur famille ?

.....
.....

Merci pour vos réponses ! Boxoen Audrey
Dans le cadre d'une thèse pour docteur en pharmacie

BIBLIOGRAPHIE :

1. Shampo MA, Kyle RA, Steensma DP. Alois Alzheimer–Alzheimer Disease. Mayo Clin Proc. 1 déc 2013;88(12):e155.
2. Aloïs Alzheimer, 100 déjà... | France Alzheimer | Union Nationale des Associations France Alzheimer.
3. cespharm. La maladie d’Alzheimer - fiche technique [Internet]. 2013 [cité 31 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/La-maladie-d-Alzheimer-fiche-technique-mise-a-jour-septembre-2013>
4. Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019.
5. Hallouët P. FICHE 169 - Maladie d’Alzheimer (MA). In Paris: Elsevier Masson; 2016. p. 1187-94.
6. brochures France - Alzheimer Somme. 2017.
7. Fondation Vaincre Alzheimer. Mécanismes et secrets de la maladie d’Alzheimer : le cerveau à la loupe. 2013.
8. Image : DE LA MÉDECINE : la mémoire - Le blog de cepheides.
9. Amieva H, Belliard S, Salmon É, éditeurs. Les démences: aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques. Paris, France: de Boeck-Solal, DL 2014; 2014. 208 p.
10. Maitre M, Klein C, Mensah-Nyagan AG. Mécanismes, facteurs de risques et stratégies thérapeutiques dans la maladie d’Alzheimer. 31 janv 2017;
11. Checler F, Buée L. Données fondamentales sur les pathologies amyloïde et Tau dans la maladie d’Alzheimer : quelles perspectives thérapeutiques ? Ann Pharm Fr. mars 2009;67(2):136-53.
12. Delacourte A. De la physiopathologie au traitement de la maladie d’Alzheimer. Rev Neurol (Paris). 1 oct 2006;162(10):909-12.
13. II. La protéine tau dans le cerveau [Internet]. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: <http://tpejujuso.e-monsite.com/pages/i.html>
14. Les tauopathies - Tauopathies - 11847.pdf.
15. Cerveau sain vs cerveau atteint d’alzheimer | Association Alzheimer.
16. Lamour Y. Physiopathologie de la maladie d’Alzheimer. Rev Médecine Interne. 1 janv 1994;15:41s-44s.
17. Pager R (1978-), Jeandel C. Maladie d’Alzheimer:comment communiquer avec le malade?: guide de l’aidant. Éd. Frison-Roche; 2010.

18. Macrez P. La maladie d'Alzheimer, une prise en charge pluridisciplinaire. [Httpwwwem-Premium.com/merlinu-Picardie/fr/data/revues/116634130022010122](http://www.wem-Premium.com/merlinu-Picardie/fr/data/revues/116634130022010122). 29 oct 2008;
19. Micas M. Alzheimer: prévention, causes et symptômes au quotidien, conseils pratiques. 2eme édition mise à jour,. Josette Lyon; 2009.
20. Croisile B. Tout sur la mémoire. Odile Jacob. 2009.
21. Lechowski L, Forette B, Teillet L. Démarche diagnostique devant un syndrome démentiel.
22. Khosravi M. la vie quotidienne du malade d'Alzheimer. 4° edition. doin editeurs; 2011.
23. Passard C, Mantelet S, Hervy MP, Rigaud-Monnet AS, Hardy P. La dépression dans la démence de type Alzheimer et ses liens avec la conscience des troubles mnésiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2001;159(8):605-11.
24. Touchon J, Portet F. La maladie d'Alzheimer. Masson. 2002. (le quotidien du médecin).
25. HAS. Recommandation Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: Diagnostic et prise en charge.pdf.
26. Aides Alzheimer [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <https://aides.francealzheimers.org>
27. ADAM S, Andrieu S, Agniel A. Greimire: tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. SOLAL. 2008. 308 p. (Greco).
28. Hein C, Sourdet S, Piau A, Villars H, Nourhashemi F, Vellas B. Enjeux et moyens du suivi des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer. *Rev Médecine Interne.* 1 mars 2011;32(3):154-8.
29. Pillon F. Le diagnostic des démences. *Actual Pharm.* 1 mars 2012;51(514):15-9.
30. Rainfray M. Comment prendre en charge les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs ? *Cancer/Radiothérapie.* oct 2015;19(6-7):386-90.
31. Fortin M-P, Krolak-Salmon P. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : vers un diagnostic plus précis et précoce. *Rev Médecine Interne.* 1 déc 2010;31(12):846-53.
32. Émile C. Diagnostic des démences de type Alzheimer. *Option/Bio.* 1 mars 2009;20(414):18-9.
33. Pillon F. Les différentes formes de démences. *Actual Pharm.* 1 mars 2012;51(514):12-4.
34. Khosravi M. La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. 3eme edition. (Doin).
35. Mackowiak M-A. Démences vasculaires. *Presse Médicale.* 1 juill 2010;39(7):799-806.
36. Nourhashémi F, Gillette S. projet de soin et suivi dans la maladie d'Alzheimer. *Rev Prat.* 2005;1903-11.

37. Strubel D, Jacquot JM, Martin-Hunyadi C. Démence et chutes. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 1 févr 2001;44(1):4-12.
38. Avet S. La prise en soins d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, au travers de situations spécifiques. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 févr 2008;8(43):17-26.
39. Ferry M, Vellas B. Nutrition et démence de type Alzheimer - Nutrition De la Personne âgée - 45. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/merlin.u-picardie.fr/science/article>
40. Gillette-Guyonnet S, Lauque S, Ousset J-P. Nutrition et maladie d'Alzheimer. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 3(1):35-41.
41. Guyonnet S, Nourhashemi F, Reyes-Ortega G, de Glisezinski I, Adoue D, Rivière D, et al. La perte de poids chez les sujets présentant une démence de type Alzheimer. *Rev Médecine Interne.* 1 oct 1997;18(10):776-85.
42. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.
43. cours iatrogénie 5A pharmacie - UPJV Amiens.
44. HAS. Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne.pdf. 2009.
45. Rousseau T. Chapitre 4 - Les thérapies dans la maladie d'Alzheimer. In: *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication.* Paris: Elsevier Masson; 2011. p. 79-89.
46. pharmacies.fr LM des. LA MALADIE D'ALZHEIMER - Le Moniteur des Pharmacies n° 2970 du 16/02/2013 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr. Le Moniteur des pharmacie.fr.
47. Belmin J, Péquignot R, Konrat C, Pariel-Madjlessi S. Prise en charge de la maladie d'Alzheimer. *Presse Médicale.* 1 oct 2007;36(10):1500-10.
48. HAS. commission de transparence - donepezil.pdf. 2016.
49. HAS. commission de transparence - rivastigmine.pdf. 2016.
50. Petit A-E, Mangeard H, Chazard E, Puisieux F. Évolution de la prise en charge médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer en EHPAD : impact de la campagne médiatique contre les médicaments spécifiques de la maladie d'Alzheimer. *L'Encéphale.* 1 févr 2017;43(1):21-6.
51. Maladie d'Alzheimer : la HAS recommande le déremboursement de 4 médicaments [Internet]. VIDAL. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/20284/maladie_d_alzheimer_la_has_recommande_le_dere mboursement_de_4_medicaments_marisol_touraine_temporise/
52. Médicaments anti-Alzheimer : satisfaction et vigilance | France Alzheimer | Union Nationale des Associations France Alzheimer [Internet]. Disponible sur: <http://www.francealzheimer.org>

53. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées-troubles du comportement perturbateurs-Recommandations - maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf. 2009.
54. Benoit M, Brocker P, Clement J-P, Cnockaert X, Hinault P, Nourashemi F, et al. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. Rev Neurol (Paris). 1 mars 2005;161(3):357-66.
55. INSERM. Benzodiazépine et Alzheimer : le risque augmente avec la durée de l'exposition. 2014.
56. Faupin B. Efficacité de la kinésithérapie chez des patients atteints de démences de type Alzheimer. Étude bibliographique. Kinésithérapie Rev. 1 août 2016;16(176):5-15.
57. Jimbo D, Kimura Y, Taniguchi M, Inoue M, Urakami K. Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer's disease. Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc. déc 2009;9(4):173-9.
58. Platel H. Fiche 60 - L'art-thérapie et la musicothérapie. In: Aquino J-P, éditeur. Guide Pratique du Vieillissement. Paris: Elsevier Masson; 2016. p. 339-42.
59. Alcura Health. Maintien à domicile - alcura-health.fr.
60. Association France-Alzheimer. brochure aménagements 2012.pdf.
61. NUTRICIA Nutrition Clinique: Fortimel® Protein 200 ml [Internet]. [cité 14 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.nutricia.fr/nos-produits/adulte/nutrition-orale-adulte/fortimel-protein-200ml/>
62. Delical | Spécialiste de la nutrition orale et entérale [Internet]. [cité 1 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.delical.fr/>
63. Sellal F, Kruczek E. Maladie d'Alzheimer. doin. (conduites).
64. Aquino J-P, éditeur. Fiche 27 - Les structures de prise en charge en gériatrie. In: Guide Pratique du Vieillissement. Paris: Elsevier Masson; 2016. p. 162-91.
65. MEP_brochure_alzheimer_Web.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2017-07/MEP_brochure_alzheimer_Web.pdf
66. La téléassistance | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-aide-domicile/la-teleassistance>
67. Sant'Anna M de, Morat B. Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer. 7 févr 2013;
68. Lacroix J-P, Villers V, Petit-Lafaye J. L'accueil de jour Alzheimer, une alternative à l'institutionnalisation. 15 avr 2008;

69. Hugonot-Diener L, Martin M-L. Qu'est-ce qu'un accueil de jour thérapeutique Alzheimer ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 déc 2012;12(72):253-6.
70. brochure accueil de jour « Les Magnolias » Abbeville. 2017.
71. Maillard A. Unités cognitivo-comportementales, de nouveaux lieux de soins. 10 nov 2010;
72. Delphin-Combe F, Roubaud C, Martin-Gaujard G, Fortin M-E, Rouch I, Krolak-Salmon P. Efficacité d'une unité cognitivo-comportementale sur les symptômes psychologiques et comportementaux des démences. Rev Neurol (Paris). 1 juin 2013;169(6):490-4.
73. Vallée A, Verdier-Parent A, Vallée J-N, Hervé C. Évaluation du ressenti des aidants, filles et fils de personnes âgées dépendantes atteintes de démence. Éthique Santé. 1 juin 2016;13(2):83-90.
74. Lartigue S, Péan H, Viatour G. Fiche 24 - L'organisation des aides à domicile. In: Aquino J-P, éditeur. Guide Pratique du Vieillessement [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 13 oct 2017]. p. 118-22. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294749049000245>
75. Kopp N, Krolak-Salmon P. Alzheimer et vulnérabilité. chronique sociale;
76. Surget S, Ferrie P, Kemp M-A, Poirot R. La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. 21 juin 2016;
77. Pongan E, Arnaud J, Rosse F, Berlière-Merlin N, Coste M-H, Krolak-Salmon P, et al. Expérience d'un dispositif spécialisé dans la prise en soin des aidants de patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2015;15(85):36-43.
78. Abrosi V, Deroche A, Lupter G, Cetout É. Soigner en unité spécialisée Alzheimer. 21 oct 2015;

BOXOEN AUDREY

**PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT AGE
ATTEINT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE SON
ENTOURAGE AU DOMICILE**

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie
Université de Picardie Jules Verne
Année 2017

Mots clés :

Maladie d'Alzheimer, maintien à domicile, traitements, aides aux aidants, structures spécifiques, rôle du pharmacien

Résumé de thèse :

La maladie d'Alzheimer représente un problème de santé public majeur, de par son nombre de victimes : 850 000 personnes en France. De plus, aucun traitement médicamenteux ne permet de guérir la maladie de nos jours. Il s'agit d'une maladie neuro- dégénérative progressive qui aboutit à une perte d'autonomie totale du patient. La particularité de la maladie repose sur l'implication des aidants familiaux. De nombreuses aides techniques, matérielles, humaines, financières et juridiques existent mais elles sont encore trop peu connues de tous. Pour ce qui est des structures de répit ou permanentes, elles restent peu nombreuses et surtout mal réparties sur le territoire. Le milieu rural est le plus touché par ce manque de structures. Le pharmacien d'officine étant un professionnel de santé de proximité, il a un rôle de conseiller auprès des aidants qui ne doit pas être négligé. Cependant il ne possède pas toujours toutes les informations nécessaires pour exercer au mieux son rôle.

JURY :

Présidente du jury : Mme Vilpoux Catherine, Professeur

Directeur de thèse : Mr Chillon Jean-Marc, Professeur

Membres du jury : Mme Crété Patricia, pharmacien d'Officine
Melle Chalet Pauline, pharmacien d'Officine