

REPÈRES ET CONSEILS

Pour mieux comprendre
la maladie d'Alzheimer
et accompagner une personne atteinte
de maladies neurodégénératives

PROGRAMME MONÉGASQUE DE SOUTIEN AUX AIDANTS FAMILIAUX



ASSOCIATION MONÉGASQUE
POUR LA RECHERCHE SUR LA
MALADIE D'ALZHEIMER

AMPA



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE



CENTRE
DE COORDINATION
GÉRONTOLOGIQUE
DE MONACO

Centre Speranza - Albert II
Accueil de Jour Thérapeutique
MONACO

Fascicule réalisé par l'Association Monégasque Pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer (AMPA), le Centre Mémoire du Centre de Gérontologie Clinique Rainier III (Hôpital Princesse Grace de Monaco), le Centre de Coordination Gérontologique de Monaco et l'Accueil de Jour Centre Speranza-Albert II

Auteurs : Patrick Bonarrigo, Vanessa Boyeldieu, Solange Hesse, Dr. Sandrine Louchart de la Chapelle, Philippe Migliasso, Federico Palermiti, Pr. Alain Pesce, Kévin Polet, Laure Santori



Le contenu de ce fascicule se veut informatif. En aucun cas, il ne peut être assimilé à une consultation médicale. Chaque situation étant singulière, les repères et les conseils proposés sont donnés à titre indicatif.

Directeur de la publication : Federico Palermiti

Conception et réalisation : Federall – Communication / Création Graphique – www.federall.net

Impression : Graphic Service – GS Communication S.A.M. – www.gsmonaco.com

Photos : AMPA, Getty images

Tous droits de reproduction, de traduction, d'adaptation réservés pour tous pays

ASSOCIATION MONÉGASQUE POUR LA RECHERCHE SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER

Europa Résidence – Place des Moulins – 98000 Monaco

Tél : +377 92 16 58 88 – Fax : +377 92 16 58 81

info@ampa-monaco.com - www.ampa-monaco.com

Sommaire

AVANT-PROPOS	2
1. LA MALADIE D'ALZHEIMER	4
• Les questions les plus fréquentes	5
• Repérer les principaux troubles	12
2. L'ACCOMPAGNEMENT	17
• La vie quotidienne	18
• Des situations à anticiper	28
3. LA COMMUNICATION	31
• Rester en relation	32
• Exemples de communication « atypique »	36
4. L'AIDANT FAMILIAL	38
5. LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES À MONACO	40
• Consultation Mémoire du Centre de Gérontologie Clinique Rainier III	41
• Centre de Coordination Gérontologique de Monaco	42
• Accueil de Jour Centre Speranza – Albert II	43
• Structures d'hébergement :	
Résidence A Qietüdine / Résidence du Cap Fleuri	44
• Structures d'hospitalisation : Centre de Gérontologie Clinique Rainier III	45
• Association Monégasque Pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer	46
6. LES AIDES DISPONIBLES À MONACO	47
• Les intervenants à domicile	48
• Les aides techniques	51
• Les aides sociales et financières	54
• Les aides juridiques	55
LEXIQUE (Certains mots numérotés dans le fascicule font l'objet d'une définition)	56

Avant-propos



Avec l'Association Monégasque Pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer (AMPA), j'ai souhaité me mobiliser pour cette cause en soutenant la recherche pour avancer plus vite dans la compréhension de la maladie.

J'ai apporté mon soutien aux professionnels qui prennent en charge au quotidien les personnes malades en finançant de nouvelles structures ou des actions innovantes.

Mais mon souhait le plus cher est de donner de l'aide et du soutien aux familles si souvent démunies et désarmées.

Elles vivent bien souvent cette maladie comme une fatalité, sans espoir, ni lendemain.

J'émets le vœu que ce fascicule puisse permettre à l'entourage familial de mieux comprendre la maladie, ses conséquences et de rompre enfin avec ces idées reçues terrifiantes qui circulent encore autour de cette pathologie.

Je reste convaincue qu'une vie de qualité avec et malgré la maladie d'Alzheimer reste possible !

Accepter de se faire aider, accompagner son proche malade avec dignité et humanité, mobiliser les ressources disponibles demeurent des enjeux majeurs que chacun se doit de garder à l'esprit.

CATHERINE PASTOR
Présidente de l'AMPA



Les proches des personnes souffrant de maladies neuro-évolutives¹, les «Aidants», sont en recherche constante d'information et de conseils, et ils ont raison !

Au-delà d'un savoir scientifique médical, il est primordial d'acquérir une meilleure connaissance des symptômes, des facteurs déclenchants, des situations et attitudes à éviter, permettant ainsi d'apporter à l'Aidant et à travers lui, à la personne malade, une meilleure qualité de vie.

Éviter la mise en échec, l'isolement, comprendre ce qu'est l'anosognosie², savoir gérer les troubles de l'alimentation et du sommeil, discerner ce qui est dû à la maladie et ce qui est lié à une situation particulière ou à l'attitude de l'entourage, voilà tant d'outils qui permettent d'apaiser de nombreuses situations complexes du quotidien.

La souffrance des aidants est aussi liée à la persistance de voir la personne telle qu'elle était «avant» : or il faut s'adapter à la percevoir telle qu'elle est aujourd'hui, avec son handicap, ses fragilités, mais aussi son identité, et ses qualités préservées.

Un patient atteint de la maladie m'a écrit une phrase : « vieillir est facile, continuer est difficile... ». L'attention aux personnes qui souffrent doit être continue, et ce sont les aidants qui s'inscrivent dans ce parcours où rien n'est facile.

Nous espérons que cette brochure leur apportera un soutien et pour certains je l'espère, un apaisement.

Pr. ALAIN PESCE
Centre Hospitalier Princesse Grace de Monaco,
Vice-Président de l'AMPA



LA MALADIE D'ALZHEIMER

Les questions les plus fréquentes

Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ?

La maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative¹ évolutive qui atteint certaines parties du cerveau et détruit progressivement les neurones³. Cette détérioration débute au sein des zones impliquées dans la mémoire et s'étend à des parties du cerveau qui peuvent toucher d'autres fonctions comme le langage, le jugement, l'exécution des tâches. On parle de déclin progressif des fonctions cognitives⁴, le plus souvent associé à des troubles comportementaux et/ou psychologiques⁵ évoluant vers une perte d'autonomie.



Maladie
neurodégénérative
Perte
d'autonomie

Pourquoi parle-t-on de démences ?

La notion de démence (qui n'est pas en elle-même une maladie) n'a pas de connotation péjorative.

Il s'agit d'un état d'incapacité à exercer des tâches de la vie quotidienne du fait de l'existence de troubles cognitifs.

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus connue de démence aux côtés de nombreuses autres maladies, telles que par exemple les dégénérescences fronto-temporales⁶, la maladie à corps de Lewy⁷, la démence vasculaire⁸ ou la maladie de Parkinson⁹.

Avec l'avancée en âge, est-ce normal d'avoir des difficultés avec sa mémoire ?

Certaines personnes ne connaissent aucune fragilisation de leur mémoire avec l'âge, d'autres, au contraire, rencontrent des désagréments sans que cela soit considéré comme anormal.

Cette fragilité affecte principalement la mémoire des faits récents, ce qui explique que l'on a davantage de difficulté à se remémorer des informations liées à un passé proche, comme l'endroit où on a rangé ses clefs, un numéro de téléphone, un rendez-vous ou un nom. Notons que d'autres situations affectent la mémoire, comme le stress, la dépression, un accident vasculaire cérébral, certains traitements médicamenteux, certains comportements à risque (alcool, drogue...), des traumatismes crâniens...



Fragilité de la mémoire ne signifie pas toujours maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est-elle héréditaire ?

Les cas réellement héréditaires de maladie d'Alzheimer, avec un risque de 50% de transmettre la maladie d'une génération à l'autre, sont très rares (moins de 0,5% des cas). Ils correspondent à des familles identifiées, possédant une mutation sur un gène précis et le début de la maladie est alors très précoce.

En revanche, dans l'ensemble de la population, il existe des mutations sur le génome qui augmentent le risque d'avoir

la maladie : on est alors dans le cadre général de facteurs de risque individuels. Un facteur de risque est un état ou une situation qui augmente le risque de développer une maladie par rapport à une population qui ne le possède pas. Les facteurs de risque sont nombreux et peuvent se surajouter. Mais pour certains des actions préventives peuvent diminuer leur influence (cf. « causes de la maladie » en p.8).



Je me plains de ma mémoire, suis-je atteint de la maladie d'Alzheimer ?

Bien souvent
des causes
bénignes
ou curables

Les difficultés de mémoire ne sont pas toujours en relation avec la maladie d'Alzheimer. En effet, ces troubles ne doivent pas être confondus avec des oublis bénins ou occasionnels liés à l'avancée en âge ou causés par d'autres facteurs, comme le stress, un état dépressif, un sommeil perturbé...

Mais pourquoi associe-t-on souvent la maladie d'Alzheimer avec la perte de mémoire ? Dans la maladie d'Alzheimer, ce sont les neurones localisés dans la région de l'hippocampe¹⁰, siège de la mémoire, qui sont parmi les premiers atteints. Par conséquent, au début de la maladie, des troubles de la mémoire des faits récents apparaissent. Puis, c'est l'aggravation progressive de ces troubles, rendant difficile l'exécution des tâches familières, qui peuvent être évocateurs de cette maladie.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est-il certain ?

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est un diagnostic de probabilité. En début de maladie, l'examen clinique est souvent normal et des examens spécifiques sont nécessaires afin de faire un diagnostic différentiel, c'est-à-dire s'assurer qu'une autre maladie n'est pas à l'origine des symptômes observés. Ce diagnostic différentiel est établi au moyen d'examens spécifiques : un bilan clinique, des tests neuropsychologiques⁴¹ (évaluation des fonctions cognitives), des techniques

d'imagerie cérébrale (imagerie par résonance magnétique nucléaire (I.R.M), scintigraphie cérébrale⁴²) et lorsque cela est nécessaire, une étude des protéines du liquide céphalorachidien⁴³.

L'ensemble permet de détecter les symptômes précocement, d'affiner la probabilité du diagnostic et de donner une estimation de la sévérité de la maladie, si cette dernière est confirmée.

Les causes de la maladie d'Alzheimer sont-elles connues ?

Avec la maladie d'Alzheimer, il est difficile de parler de causes dans la mesure où celles-ci ne sont pas encore réellement connues. Outre les facteurs inhérents à chaque individu, notamment le rôle de la génétique (cf. p.7), il existe de nombreux

facteurs susceptibles d'intervenir dans l'apparition de la maladie. Si les chercheurs comprennent mieux aujourd'hui les mécanismes qui produisent les lésions dans le cerveau, leurs origines exactes demeurent incertaines et hypothétiques. C'est une des raisons qui expliquent qu'il est impossible, à ce jour, de guérir cette maladie. On parle de facteurs de risque, plus que de causes directes, tels que : l'âge (la fréquence dans la population augmente avec l'avancée en âge), le sexe féminin (les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes), les facteurs de risques génétiques, les maladies cardiovasculaires, les traumatismes crâniens, le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, le manque d'activités physiques et cognitives, la sédentarité...

Facteurs
de risque

Probabilité



Y a-t-il de plus en plus de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ?

Contrairement aux idées reçues, la maladie d'Alzheimer n'est pas une conséquence normale du vieillissement. L'accroissement du nombre de personnes malades est en corrélation avec l'allongement de la durée de la vie (sa fréquence étant plus importante après 80 ans). Mais l'on peut également imputer cette augmentation à l'amélioration des techniques de diagnostic.

Consulter
pour un
diagnostic précis

Faut-il consulter dès les premiers signes ?

Oui ! Il convient de consulter dès l'apparition d'une fragilité de la mémoire, qu'elle soit constatée par la personne elle-même ou par ses proches. En effet, c'est souvent l'entourage qui prend l'initiative de la consultation à la suite d'un changement de comportement, et c'est rarement la personne malade qui décide d'effectuer un bilan afin de rechercher la cause de ses problèmes de mémoire.

Rappelons que la fragilité de la mémoire n'est pas forcément liée à une maladie d'Alzheimer. Cette consultation permet souvent de rassurer et de faire le point sur l'état de santé global de la personne (cf. p.41).

Faire le point
et rassurer



Puis-je me prémunir contre la maladie d'Alzheimer ?

Les causes exactes de la maladie d'Alzheimer sont encore méconnues, mais plusieurs facteurs, notamment le style de vie, semblent jouer un rôle important dans son apparition. Dès lors, une alimentation saine et équilibrée, un cerveau qui reste

actif, la pratique d'activités physiques et le maintien d'une vie sociale, en ne laissant pas s'installer la routine, peuvent être des facteurs de prévention de la maladie d'Alzheimer.

L'évolution de la maladie d'Alzheimer est-elle rapide ?

La maladie d'Alzheimer évolue classiquement en trois phases : une phase préclinique, c'est-à-dire sans symptômes (d'une durée indéterminée), une phase dite « prodromale ou pré-déméntielle » (sans perte d'autonomie) et une phase dite « démentielle » avec une perte progressive de l'autonomie. Cette dernière phase est elle-même divisée en 3 stades : léger, modéré, sévère.

Toutefois, il est à noter de nombreuses variations selon chaque personne.

L'évolution peut être : rapide (4-5 ans - qui concerne une minorité de personnes), moyenne (8-12 ans - qui concerne la majorité des personnes), ou lente (15-20 ans).

Rappelons que ce déclin peut être ralenti par la mise en place d'actions et de stratégies de prévention. Et quel que soit son avancement, il convient de garder à l'esprit qu'une qualité de vie reste possible tout au long de la maladie.

Existe-t-il un traitement pour soigner la maladie d'Alzheimer ?

Il n'existe actuellement aucun traitement qui permette de prévenir, stopper l'évolution ou guérir la maladie d'Alzheimer.

Des médicaments actuellement disponibles agissent uniquement sur certains symptômes en permettant de réduire leurs manifestations.

Des thérapies non-médicamenteuses¹⁴ (activités de stimulation cognitive¹⁵, musicothérapie...) existent également et montrent des effets bénéfiques sur la qualité de vie et le bien-être des personnes malades.

Repérer les principaux troubles



Dans la maladie d'Alzheimer, comme dans les maladies apparentées, les troubles sont très variables d'une personne à l'autre.

Contrairement aux idées reçues, ils ne se limitent pas à la perte de mémoire.

La maladie évolue en partie en fonction des zones du cerveau touchées, et l'on peut ainsi observer des troubles cognitifs, comportementaux ou psychologiques.

les troubles liés à la mémoire

Pertes de mémoire qui nuisent aux activités quotidiennes de la personne malade : Le plus commun et souvent le premier des symptômes est la perte de la mémoire des faits récents, comme ne pas se souvenir d'une visite récente, du dernier coup de téléphone ou oublier un rendez-vous.

Perte de l'orientation (espace et temps) : Il peut arriver que la personne malade se perde dans sa propre rue, ne sachant plus comment elle s'y est rendue, ni comment rentrer. Il est également possible qu'elle ait de la difficulté à retrouver la date du jour.

Objets égarés : Rangements des objets dans des endroits inappropriés (qui seront difficiles à retrouver). A cette occasion, il se peut que la personne malade s'obstine à les rechercher, ou qu'elle soit convaincue qu'on les lui ait volés.

MANIFESTATIONS DES PRINCIPAUX TROUBLES

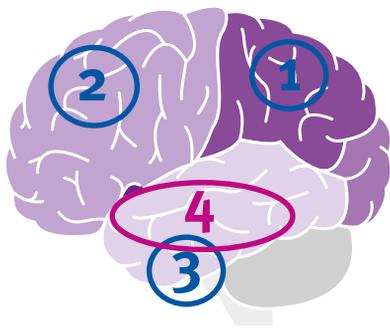
Sa mémoire au jour le jour est perturbée :

- Elle a du mal à apprendre de nouvelles informations ①
- Elle a du mal à évoquer des événements avec précision et/ou a besoin d'information pour en parler ②
- Passé un petit délai, de nouvelles informations sont oubliées ③

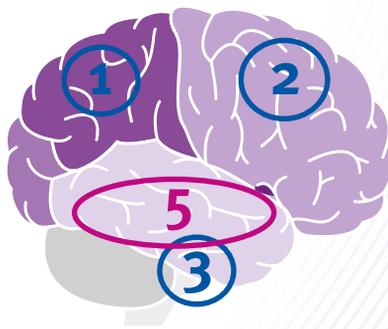
Sa mémoire des connaissances est perturbée :

- Elle a moins de culture générale ④
- Elle a des difficultés pour reconnaître les personnes et/ou les objets et/ou les lieux ⑤
- Elle perd ses acquisitions scolaires (lecture, écriture, règles arithmétiques...) ④

ZONES DU CERVEAU ATTEINTES



Hémisphère gauche



Hémisphère droit

les troubles liés au langage

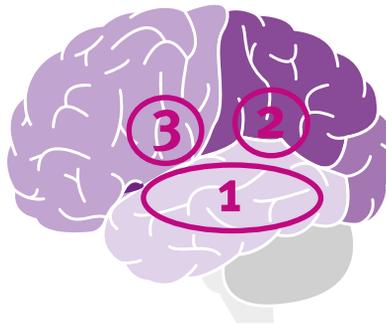
Problèmes de langage : Difficultés pour trouver les mots, rendant le discours appauvri ou manquant de cohérence. Difficultés à comprendre ce qui est dit.

MANIFESTATIONS DES PRINCIPAUX TROUBLES

Sa capacité à communiquer est perturbée :

- Elle a des difficultés de compréhension et/ou son discours est confus. Elle utilise un mot à la place d'un autre ①
- Elle mélange les sons dans les mots qu'elle produit et elle perd la compréhension des phrases longues ②
- Elle a beaucoup de mal à s'exprimer : son discours est haché, télégraphique et utilise peu de mots mais elle comprend bien ce que vous lui dites ③

ZONES DU CERVEAU ATTEINTES



Hémisphère gauche

REPÉRER IDENTIFIER COMPRENDRE

les troubles liés au raisonnement

Jugement amoindri : La personne malade peut ne pas reconnaître un problème de santé qui nécessite d'être traité ou, par exemple, porter des vêtements chauds en plein été.

Difficultés à exécuter une tâche abstraite : Difficultés à accomplir certaines tâches abstraites, par exemple, comprendre les chiffres indiqués dans un carnet de chèques ou planifier un voyage.

les troubles du comportement

Changements d'humeur ou de comportement : La personne malade peut changer d'humeur très rapidement. Par exemple, passer du calme aux pleurs et à la colère sans raison apparente.

Changements de la personnalité : Confusion, repli sur soi, méfiance. Au nombre des changements possibles, on compte aussi l'indifférence, la peur des comportements qui lui sont inhabituels ou encore une anxiété accrue face à des situations nouvelles : elle peut également avoir des idées fixes.

Perte d'intérêt et apathie¹⁶ : Passivité et besoin de beaucoup d'encouragements pour initier et prendre part aux activités.

Autres symptômes : Comportement asocial, familiarité ou agressivité excessive, déambulation, désinhibition¹⁷, dépression, troubles alimentaires, troubles du sommeil, incontinence...

MANIFESTATIONS DES PRINCIPAUX TROUBLES

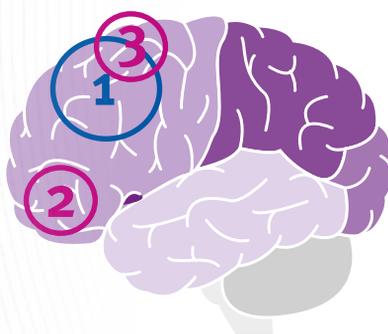
Par rapport à son raisonnement :

- Difficulté à prendre des décisions ①
- Difficulté à raisonner sur des choses abstraites ①
- N'arrive pas à s'adapter face à la nouveauté ①
- Devient « bornée », têtue ①
- N'arrive pas à planifier ses déplacements, rendez-vous... n'est plus organisée ①
- Devient impulsive ①
- N'est pas consciente de ses difficultés ①

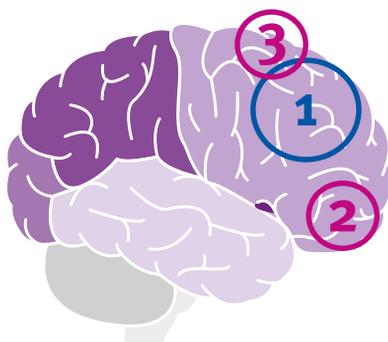
Par rapport à son comportement :

- Devenir « intenable » : a la bougeotte, fait des choses qui ne se font pas en public, est familière avec des inconnus, est devenue grossière ou agressive ②
- Passivité : ne prend plus aucune initiative, ne participe plus aux choses qu'elle aimait, montre peu d'émotions ③

ZONES DU CERVEAU ATTEINTES



Hémisphère gauche



Hémisphère droit

Schéma simplifié du cerveau

SURVEILLER
OBSERVER
RECONNAÎTRE



L'ACCOMPAGNEMENT

La vie quotidienne

La maladie d'Alzheimer va avoir **un retentissement sur la vie quotidienne** de la personne malade et de son entourage. Chaque cas étant unique, l'accompagnement proposé doit **s'adapter à la personne, favoriser ses capacités restantes et encourager son autonomie**. Pour cela, l'accompagnement s'articule autour de quatre principes : **organisation, sécurité, confort, économie**.

▪ INSTAURER DES RITUELS

Des actes simples, tels que la toilette ou les repas, peuvent devenir rapidement complexes à organiser. **Instaurer des rituels va permettre de ponctuer la journée, en donnant des repères et en facilitant l'orientation** dans le temps et dans l'espace. Mais ces rythmes et habitudes peuvent changer avec l'évolution de la maladie. **Ne pas hésiter à créer de nouveaux rituels** et éviter de vouloir restaurer impérativement les anciennes habitudes, même si elles correspondent à ce que la personne malade faisait auparavant.

▪ SÉQUENCER LA JOURNÉE

Il peut être utile de **séquencer la journée par type d'activités** (le temps du réveil, le temps du repas...), les unes après les autres, étalées sur l'ensemble de la journée, avec la même périodicité et selon les mêmes modalités.

▪ EXPLIQUER ET PLANIFIER

Expliquer les activités qui vont être réalisées est important pour que la personne malade comprenne plus facilement. Veiller à ne pas donner **trop d'informations en même temps**. (cf. p.32). **L'utilisation d'un agenda ou d'aide-mémoire** (post-it) peut être un **bon moyen de planifier** l'organisation d'une journée et de **donner des repères**.

▪ ANTICIPER

Cela suppose d'**anticiper cette succession d'activités** et de les **enchaîner de manière à éviter des « temps morts » trop longs**, potentiellement anxiogènes, en respectant dans la mesure du possible, les rythmes et habitudes de la personne malade.

▪ DIFFÉRER EN CAS DE REFUS

En cas de refus (par exemple, de se laver, de changer de vêtements...), **passer à une autre activité sera plus bénéfique que d'insister**. Rien n'empêche d'y revenir dans un second temps ou à un autre moment de la journée.

le réveil



Le temps du réveil est un moment important qui va impacter positivement ou négativement la journée. Il doit avant tout correspondre aux envies de la personne à l'instant présent.

- **éviter les effets de surprise**, comme une ouverture brusque ou bruyante de la porte ou de la lumière,
- **commencer par un contact visuel puis physique**, avant de découvrir la personne de ses draps ou d'ouvrir les volets (cf. p.32),
- **respecter les cycles et horaires de réveil** en fonction des envies actuelles de la personne, tout en essayant de maintenir cette même périodicité. Une personne peut par exemple être habituée à se lever tôt (ou inversement). Au cours de l'évolution de la maladie cette habitude peut changer,
- **terminer la phase de réveil en expliquant la séquence suivante** (par exemple, le passage à la toilette ou au petit-déjeuner, en fonction des envies et des habitudes).



la toilette quotidienne et la douche

Le temps de la toilette, et particulièrement de la douche, doit s'organiser de manière à ce que la personne se sente avant tout à l'aise. Ne pas oublier que la toilette demeure une intrusion dans l'intimité à partir du moment où une tierce personne intervient.

- **apporter une attention particulière à l'environnement** : température de la salle de bain, température de l'eau, accès à la douche (sols mouillés pouvant engendrer une chute...),
- **procéder par étape**, progressivement, **sans brusquer la personne** en lui expliquant ce que l'on fait, voire en détournant son attention en lui parlant d'un autre sujet,
- ne pas laver la personne contre sa volonté et si elle peut encore le faire, **lui laisser l'initiative**, même si la toilette est imparfaite. Vous pourrez procéder plus tard à une aide complémentaire avec un gant de toilette si nécessaire,
- **décrire étape par étape les différentes phases de la toilette**. Par exemple, en cas de simple toilette quotidienne, expliquer que l'on va passer d'abord un gant de toilette sur le visage et que l'on s'occupera des cheveux ou du brossage des dents dans un second temps,
- **planifier chaque action en l'anticipant**. Par exemple, avant une douche, préparer les vêtements du jour dans l'ordre dans lequel la personne sera habillée,
- concernant la douche, celle-ci **ne doit pas forcément être quotidienne**. Tout dépend des habitudes de la personne. Une ou deux douches par semaine peuvent être tout à fait envisageables si une toilette simple quotidienne la complète.

Le temps des repas (petit-déjeuner, déjeuner, collation, dîner) est primordial. Il doit consister avant tout en un moment de plaisir et de convivialité.

FACILITER LE REPAS

- **instaurer un environnement sonore et visuel propice à la prise alimentaire** (pas/ peu de bruit). En cas d'activités sonores pouvant perturber la personne, penser à la placer face à la source de bruit. Cela évitera, par exemple, que la personne soit surprise ou distraite,
- **s'assurer que la personne ne nécessite pas d'appareillage dentaire** ou aurait un appareillage inadapté (le travail de mastication est essentiel pour la prévention des fausses routes, la digestion et le transit),
- **favoriser l'éveil des sens (goût, visuel, portion, texture, odeur)** lors de la préparation des repas. Il est à noter que les goûts peuvent changer ou progressivement s'altérer suivant l'évolution de la maladie. **Ne pas hésiter**, par exemple, **à varier les épices** (même si auparavant la personne ne les aimait pas) ou à sucrer raisonnablement certains repas, même la viande ou les légumes. **Garder à l'esprit que les papilles détectent le sucré, le salé, l'acide et l'amer.** Les épices et les aromates sont perçus davantage par l'odorat. Une multitude de variations sont donc possibles,

- concernant le visuel des repas, **faire en sorte que la nourriture soit placée sur l'assiette de manière à ce que légumes, féculents et protéines puissent être mangés dans les mêmes proportions.** La réduction du champ visuel ou des difficultés motrices de la main pourraient avoir comme conséquence une perception partielle du contenu de l'assiette (cf. illustration ci-dessous),



- **la façon dont la table est mise peut également avoir son importance.** Utiliser, par exemple, une assiette de couleur blanche unie sur un set de table ou une nappe de couleur différente pour accentuer le contraste. Éviter des assiettes avec des motifs, la personne pouvant les percevoir comme un aliment qu'elle chercherait alors à attraper. Si besoin, il existe des accessoires ergonomiques (couverts incurvés, manche en mousse, verre canard, rebord d'assiette, set antidérapant...) qui peuvent pallier certains déficits moteurs ou sensoriels (cf. illustration ci-dessus),
- en matière de texture, si la personne a des difficultés à mâcher, **privilégier le « haché maison » à la nourriture mixée** pour encourager le travail de mastication et de digestion,
- l'hydratation tout au long de la journée est primordiale. **Veiller à ce que la personne boive régulièrement** (sous des formes multiples : eau, thé, café, jus, glace...). En cas de refus, ne pas hésiter, par exemple, à rajouter un peu de sirop dans un verre d'eau ou un verre d'eau pétillante pour alterner les sensations, notamment en début de repas afin de stimuler les papilles et la perception des goûts.

OPTIMISER LA PRISE ALIMENTAIRE

- privilégier l'autonomie de mouvements. **Éviter, autant que possible, de faire à la place de la personne** et l'inciter à réaliser tout ce qu'elle est encore capable de faire (couper une viande, prendre un verre...),
- en cas d'apraxie¹⁸, manger avec les mains (sous forme de toast, par exemple) peut être privilégié,
- en cas d'agitation ou de situation de refus, **la prise alimentaire peut être également fractionnée sur la journée en petites portions et sous des formes multiples**. Dans ce cas, rester vigilant à ce que ces repas demeurent équilibrés d'un point de vue nutritionnel,
- à l'inverse, en cas de demandes répétées, proposer une collation allégée.

PRIVILÉGIER DES REPAS ÉQUILIBRÉS

- chaque repas doit impérativement comprendre une source de protéines. L'hypercatabolisme (consommation importante de protéines par l'organisme) lié à la pathologie **nécessite de porter un intérêt aux apports en protéines**,
- veiller à ce que ces repas soient adaptés aux autres pathologies existantes (diabète...),
- si la personne a l'habitude de boire un verre de vin, en cas de demande excessive ou d'effet anxiogène, **ne pas hésiter à user de stratagèmes**, comme le jus de raisin à la place du vin.

SURVEILLER LE POIDS

- l'alimentation est aussi fondamentale que la prise de médicaments. **La surveillance du poids est donc importante**. Une pesée une fois par mois demeure suffisante. En cas de perte de poids, alerter au plus tôt votre médecin. Inversement, une prise de poids excessive doit être signalée et contrôlée,
- la déglutition (risque de fausses routes), l'hydratation (risque de déshydratation) et le transit (risque d'occlusion) **doivent également faire l'objet d'une surveillance constante**.



les activités

Des activités physiques ou intellectuelles peuvent être proposées tout au long de la journée, **en privilégiant avant tout des activités «simples» du quotidien** (couper des légumes, balayer, jardiner, plier le linge, se promener dans le jardin...). **Au domicile, de nombreuses situations peuvent favoriser l'interaction, l'éveil des sens, l'intérêt et les émotions.** La participation à des activités intergénérationnelles est également à encourager (jeux de société, jeux de boules, commenter un album photographique...).

LES SITUATIONS DU QUOTIDIEN

- utiliser les situations du quotidien **pour discuter, échanger et interagir avec la personne** (autour de la météo, des actualités, des événements familiaux ou de voisinage, de la nature...),
- porter une attention à l'ouïe (besoin éventuel d'un appareillage auditif) et à la vue (besoin de lunettes),
- noter que les centres d'intérêt de la personne peuvent changer avec l'évolution de la maladie, **ne pas hésiter à essayer de nouvelles activités,**
- **pratiquer la «diversion» pour pallier au manque d'intérêt ou en cas de refus,** en proposant, par exemple, à la personne de mettre la table ou de descendre la poubelle si elle ne souhaite pas lire ou aller se promener,

- avec la maladie, le temps de concentration peut également se réduire, **veiller à ne pas excéder une durée de plus de vingt minutes par type d'activité**,
- **rester vigilant à l'environnement des activités proposées.** Par exemple, la personne peut-elle se rendre au cinéma et regarder un film pendant deux heures ?

LES ACTIVITÉS AVEC LA FAMILLE ET LES AMIS

- les événements familiaux et amicaux (repas en famille, sorties au restaurant, anniversaires, visites des petits-enfants...) sont autant d'occasions qui font plaisir et qui favorisent les interactions. **Veiller à ce que leur contexte et leur environnement ne mettent pas la personne en situation d'échec.** La personne n'arrive pas à suivre la discussion et n'y participe pas activement s'il y a trop de bruit ou trop d'échanges en même temps. Une musique trop forte ou une lumière trop tamisée au restaurant peuvent être angoissantes... Inversement, laisser la personne observer des enfants jouer peut être source de stimulation, même si elle peut paraître distante ou passive,
- si la personne est sensible à la présence d'un animal de compagnie, **des comportements interactifs stimulants et rassurants peuvent facilement se produire (caresses, affection...).** En revanche, imposer la présence d'un animal de compagnie alors que la personne ne le souhaite pas peut produire l'effet inverse (stress, angoisse...).



QUELQUES PRÉCISIONS

- une journée trop riche en activités, une stimulation excessive ou inappropriée **peuvent avoir un effet délétère sur la personne (excitation, agitation...)**. Privilégier notamment une activité douce en fin de journée pour favoriser la phase de repos et de sommeil,
- bien évidemment, des activités « socio-culturelles » (voyages, activités de groupe, ateliers créatifs, sorties culturelles...) peuvent être proposées en fonction de l'état de santé, de l'autonomie, des goûts et des envies de la personne. **Penser à proposer ce type d'activités en quantité raisonnable** car elles sont davantage mobilisatrices et impliquent des mécanismes cognitifs plus complexes,
- pour les activités plus « techniques » à visée thérapeutique (activité de stimulation cognitive, art thérapie, musicothérapie...), **des professionnels spécialisés sont à votre disposition pour vous accompagner** et permettre à la personne d'en bénéficier selon des protocoles et des méthodes bien précises,
- cette succession d'activités au cours de la journée **implique pour l'aidant du temps pour les organiser et les anticiper**. En règle générale, une activité se décompose en trois temps : **avant l'activité** (temps de préparation, de mise en condition), **pendant l'activité** (temps de réalisation), **après l'activité** (temps de transition, d'anticipation vers une autre activité). Mieux vaut ne pas mettre en place trop d'activités si vous n'avez pas le temps nécessaire de vous y consacrer. Ne pas oublier que d'autres membres de la famille, des amis, des voisins ou des professionnels **peuvent vous aider à les réaliser**.

CONSERVER
SES ACQUIS

GARDER
SA MOBILITÉ

PARTAGER
DE BONNS
MOMENTS



le **coucher** et la **nuit**

Le temps du coucher et la tombée de la nuit peuvent être un moment anxiogène. Comme pour le matin, chercher à ritualiser chaque étape jusqu'au sommeil.

- veiller à **diminuer l'intensité des activités** à partir de la fin de l'après-midi,
- vérifier si la personne a besoin d'aller aux toilettes, de faire sa toilette du soir (brossage des dents...),
- préparer le lit et mettre en place **un environnement favorisant le sommeil**,
- il peut arriver que la personne inverse les cycles de la journée (jour et nuit). Dans ce cas, consultez votre médecin,
- des réveils nocturnes sont possibles avec un sommeil fractionné, ce qui est d'autant plus épuisant pour l'aidant. **Veiller à ce que son environnement ne favorise pas les chutes** (tapis, meubles...) ou des envies de sorties intempestives (cacher, par exemple, avec un rideau l'accès à une porte ou à une fenêtre),
- **être vigilant au dîner pris et à sa quantité**. Ne pas assez manger lors du dîner peut faire chuter la glycémie du matin et engendrer des chutes au réveil. Inversement, trop manger peut troubler le sommeil ou nécessiter des levers nocturnes,
- concernant l'incontinence, des **produits adaptés aux différents types d'incontinence** (nocturnes, diurnes) existent. Ne pas hésiter à se faire conseiller,
- si l'état de santé le nécessite (incontinence, agitation...), **il est peut être temps pour l'aidant de penser à dormir séparément dans un autre lit**.



Des situations à anticiper

LA CONDUITE AUTOMOBILE

La conduite automobile est une question à anticiper avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

- à des stades précoces, la personne malade **peut conserver les automatismes acquis** du fait de sa pratique,
- à des stades plus avancés, notamment avec les difficultés d'orientation, de jugement (temps de réaction, manque d'attention, vision altérée...) et d'adaptation (changement de signalisation, sens de circulation...), **la sécurité du conducteur et des autres usagers de la route doit faire l'objet d'une vigilance accrue,**
- **parmi les stratégies envisageables,** emprunter les trajets habituels, limiter les déplacements à quelques kilomètres, ne pas conduire la nuit, présence d'un co-voitureur, garder les clefs hors de sa portée...,
- Le retrait du permis de conduire est **souvent vécu comme une atteinte de l'estime de soi** (indépendance, contrôle...) et une perte de liberté. Votre médecin peut **vous proposer des alternatives** à mettre en place (courses, déplacements...) (cf. p.52).

GÉRER L'ARGENT

La question de l'argent peut vite devenir une préoccupation de la part de l'entourage du fait du risque d'abus par des tiers ou simplement d'une mauvaise gestion au quotidien.

- c'est d'ailleurs souvent au travers de problèmes de gestion financière qu'une pathologie neurodégénérative **peut être décelée**,
- l'argent étant à notre époque un **concept abstrait** (dématérialisation par internet, usage d'une carte bleue, paiement par chèques...), l'altération des facultés de raisonnement et de jugement peut engendrer des oublis, une incapacité à mesurer l'impact de certaines dépenses ou plus simplement une difficulté à calculer la somme d'un achat du quotidien ou à vérifier son rendu en monnaie,
- à des stades précoces, la gestion des courses ou de certaines factures peut être laissée à la charge de la personne malade afin **qu'elle conserve un sentiment d'autonomie** (mise à disposition de sommes d'argent en espèces limitées par la banque, accompagnement pour remplir les chèques, mise en place de prélèvements automatiques...). **Noter que la personne malade conserve un attachement particulier à avoir une somme d'argent sur soi.** La valeur étant moins importante que le fait d'en avoir à sa disposition. À défaut, la personne peut se focaliser sur ce manque, générateur d'angoisse,
- la gestion et le contrôle des comptes bancaires et du patrimoine, le paiement de factures importantes, étant des opérations plus complexes, celles-ci peuvent **être réalisées par un membre de la famille**, notamment via le mécanisme des procurations nécessitant l'accord de la personne concernée. **Votre conseiller financier peut également être un allié** et vous aviser lors de dépenses ou de retraits inhabituels,
- si la personne malade est seule, si les membres de la famille sont en désaccord ou si les risques d'abus sont possibles compte tenu de l'importance du patrimoine, **une mesure de protection juridique peut être mise en place** afin qu'un représentant légal (curateur, tuteur) soit nommé par le Juge des Tutelles pour veiller à la bonne gestion financière et patrimoniale de la personne malade. (cf. page 55).

L'ENTRÉE EN INSTITUTION

La possibilité qu'un jour la personne malade ne soit plus en mesure de vivre au domicile doit être anticipée afin de prévenir une prise de décision précipitée.

- en effet, une **présence constante** ou un **environnement médicalisé** peuvent devenir nécessaires, et le **domicile peut ne plus être adapté** à la situation,
- **souvent vécue comme un abandon, un échec ou le non respect d'un engagement moral**, cette situation est difficile à aborder et encore plus à être acceptée. Culpabilité, déni et conflits familiaux sont alors fréquents. Pourtant, **parler et envisager cette alternative**

bien avant que la situation ne soit trop complexe permet d'éviter des entrées en institution en urgence, non préparées,

- s'informer très tôt sur les différentes structures existantes et les offres d'hébergement disponibles est une manière de **faire connaissance avec l'univers institutionnel et les droits** auxquels la personne peut prétendre (tarifs, aides sociales...),
- il est également possible de bénéficier **d'un temps d'information, de visite et de conseil** auprès des structures d'hébergements.

L'ANNONCE DES BONNES OU MAUVAISES NOUVELLES

Au cours de l'évolution de la maladie, certains troubles du comportement (anxiété, stress, agitation, apathie...) peuvent inciter l'entourage à se demander s'il est opportun ou non d'annoncer à la personne les bonnes ou les mauvaises nouvelles que la vie nous réserve.

- les bonnes nouvelles sont, en général, facilement partagées avec la personne malade **tant elles peuvent susciter de l'intérêt et de la joie**. L'annonce d'un décès d'un proche, d'une amie, la perte d'un emploi, un divorce, une maladie **est moins évidente**,
- on pourrait penser que cacher ces mauvaises nouvelles **protégerait la personne malade** (sources d'inquiétude, d'angoisse, de pleurs...). Pourtant, **une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est toujours en capacité de percevoir et de ressentir son environnement humain, notamment sa dimension émotive et affective**. Le malaise peut donc être perçu et générer ou accroître son anxiété, son sentiment de mise à l'écart,
- certes, **il n'existe pas de façon parfaite d'annoncer de mauvaises nouvelles**. La décision se prend au cas par cas. Si vous rencontrez des difficultés, n'hésitez pas à vous faire accompagner dans cette démarche par des professionnels (médecins, psychologues...).





LA COMMUNICATION

Rester en relation

L'apparition des troubles cognitifs et leur évolution **vont avoir un impact sur la communication avec la personne malade**, sa capacité à s'exprimer et à comprendre. L'aidant familial peut rapidement se sentir déstabilisé par ces changements. **Or, rester en relation demeure possible même à des stades très avancés de la maladie.**

les **cinq sens** : vecteurs de communication

La maladie d'Alzheimer va majorer l'impact du processus de vieillissement **sur les cinq sens, base de la communication**. Aussi, le mode de communication doit s'adapter à cette évolution. C'est pourquoi, il est conseillé **de procéder par étape afin de créer un environnement rassurant et sécurisant pour la personne** :

LA VUE

- d'abord, penser à **se positionner face à la personne et à sa hauteur** afin de capter son regard,
- éviter tout effet de surprise,
- si elle ferme les yeux ou ne vous regarde pas, essayez d'attirer son attention afin qu'elle sente votre présence.



L'OUÏE

- s'assurer que la personne ne nécessite pas d'appareillage ou, s'il existe déjà, s'assurer qu'il soit bien adapté,
- **la manière de parler (ton, posture, voix, mots utilisés, débit de parole...)** va particulièrement influencer la façon dont la personne va entendre et comprendre ce que vous lui dites (cf. p.34),
- **éviter les environnements sonores trop bruyants** qui diminuent la capacité de la personne à entendre et à se concentrer (tri dans les informations sonores, cohérence vision/audition...).



LE TOUCHER

- le **toucher** intervient **une fois que le contact avec le regard est établi et que la parole est engagée**,
- privilégier un contact doux, enveloppant, rassurant, bienveillant,
- garder à l'esprit que le contact peut, dans certaines situations, être vécu comme agressif **lorsqu'il n'a pas été préparé et validé par la personne**,
- **adopter des gestes de soutien** plutôt que des gestes de préhension. (cf. ci-dessous)



LE GOÛT ET L'ODORAT

L'odorat et le goût peuvent être également **utilisés comme moyens de communication** et d'échange :

- les odeurs de cuisine, par exemple, peuvent être un prétexte de discussion, de souvenir et de stimulation,
- de même pour le goût : un aliment va nous rappeler un moment de notre enfance, une épice va stimuler une sensation autour de laquelle **l'échange et la parole seront facilités**.



STIMULER
SES CINQ SENS

NE PAS TOMBER
DANS LA
ROUTINE

DIVERSIFIER
SES CENTRES D'INTÉRÊT



la **parole** : de l'expression verbale à la communication non verbale

La manière de parler et de s'exprimer va être déterminante dans la communication.

LORSQUE L'EXPRESSION VERBALE EST POSSIBLE

- **adopter une posture propice** à la communication (attitude ouverte, bienveillante...),
- parler doucement, calmement, en face et à la hauteur de la personne,
- **éviter un débit de parole trop rapide,**
- **crier, s'énerver, hausser le ton empêchent l'entrée en communication** et génèrent, à l'inverse, des réactions agressives ou de rejet,
- **penser à formuler des consignes simples avec des formulations courtes et des choix binaires** (sous forme de questions avec une seule alternative OUI ou NON), quitte à les reformuler sans brusquer la personne. Trop d'informations en même temps peut vite devenir incompréhensible et engendrer confusion, stress et anxiété,
- selon l'évolution de la maladie, **éviter les concepts ou les idées abstraites** qui mobilisent davantage les capacités de jugement et de raisonnement,
- **l'usage de termes, de tons ou d'attitudes infantilisantes sont à proscrire,**
- pour les personnes parlant plusieurs langues couramment, garder à l'esprit que **le recours à la langue maternelle redevient un automatisme** car elle fait partie des ancrages propres à l'individu, à l'inverse des langues acquises plus tard,
- s'adapter aux rythmes et **aux capacités d'élaboration intellectuelle et de raisonnement** de la personne est nécessaire pour qu'elle ait le temps de comprendre ce que vous lui dites,

- **accepter les temps de silence**, sans les combler par la parole qui risquerait de perturber la personne ou de la mettre en échec,
- **l'humeur peut être fluctuante** et peut impacter la capacité de compréhension. Reporter à plus tard ou au lendemain une action qu'elle refuserait de faire,
- valider verbalement et/ou par des gestes ce qu'exprime la personne,
- **parler en souriant** sera le plus souvent perçu positivement par la personne.

LORSQUE L'EXPRESSION VERBALE EST DIFFICILE

L'absence de communication verbale **n'est pas synonyme d'absence de communication** ni de compréhension. A un stade avancé de la maladie, quand le manque du mot s'installe :

- **s'efforcer d'observer, d'identifier et de comprendre les émotions exprimées** par les mots (« je suis triste »), par le son (gémissement) ou par l'attitude (pleurer). Inversement, **veiller à ne pas sur-interpréter** certaines attitudes,
- privilégier les gestes plutôt que les mots pour désigner des objets ou une action,
- utiliser des supports visuels (images...) ou écrits pour se faire comprendre (aide-mémoire)
- **initier les gestes de la personne plutôt que lui donner une consigne**. Fonctionner, dans certaines situations, **par mimétisme**,
- solliciter la communication écrite, **la capacité à lire et à écrire pouvant être préservée** quand bien même la personne ne s'exprime plus verbalement,
- ne pas oublier que **les émotions et les ressentis demeurent intacts** même si la personne ne s'exprime plus de la même manière.



Exemples de communication « atypique »

Il est important de comprendre que la personne malade, en fonction de la nature de ses troubles et de leur évolution, **va se situer dans «son propre monde», dans «sa propre réalité»** et vivre les choses à l'instant présent. C'est pourquoi, il est important pour l'aidant de toujours chercher à comprendre une réaction ou une attitude qui peut lui sembler « atypique » ou « dérangement ».

Il est donc inutile, épuisant et inefficace de vouloir sans cesse ramener la personne malade dans notre réalité ou de la projeter dans le futur ou le passé.

Toute la complexité est alors de vivre et de continuer à échanger dans le présent, jour après jour, sans porter de jugement, avec de la patience, de la vigilance et peut être également un peu d'humour.

Au titre des situations atypiques en matière de communication, citons le manque du mot, le mutisme, la désinhibition, le repli sur soi, la persévération, le débit verbal important, les idées fixes, l'apathie...

Face à ces situations, certains outils peuvent vous être utiles. Il s'agira d'intervenir, selon les situations rencontrées, sur la personne et/ou son environnement :

- **la reformulation** : en cas de difficulté de compréhension, il convient de reformuler (et non de répéter) son discours en utilisant un vocabulaire plus accessible. Les nouvelles consignes devront être simplifiées et une seule information à la fois devra être délivrée. Par exemple, au lieu de lister l'ensemble des invités à un repas de famille, énumérer uniquement un ou deux noms particulièrement familiers, comme les enfants ou les petits-enfants,
- **maintenir une continuité** : en cas d'épisodes d'anxiété pendant les intervalles de temps entre deux activités ou en l'absence d'activité, trouver des enchaînements qui lient et anticipent l'activité en cours avec celle à venir. Par exemple, entre le temps de la toilette et celui de la prise du repas, le maintien de la continuité se traduira par un échange sur l'odeur du plat ou les ingrédients utilisés,
- **le reporté - différé** : en cas de refus de participer à une activité, ne pas persister afin de prévenir les situations de conflit, mais la différer à un autre moment. Par exemple, lorsque la personne refuse d'aller se laver, privilégier un autre moment de la journée. Cela évitera les manifestations d'opposition,

- **le renforcement positif** : quelle que soit la situation « atypique », souligner positivement toutes les actions menées à bien par la personne favorise la poursuite de la communication. Par exemple, ne pas hésiter à la féliciter ou mettre l'accent sur ses réalisations. Cela impactera positivement son estime de soi et le regard de l'entourage,
- **privilégier le message émotionnel** : en cas de confusion, faire comprendre verbalement ou par le geste que l'on a bien compris ce que la personne souhaite dire ou faire. Par exemple, lorsque la personne vous interpelle en disant « je dois aller chercher mes enfants à l'école » (alors qu'ils sont adultes), s'intéresser davantage au message émotionnel (elle pense à ses enfants) au lieu du message formel (aller les chercher). Cela permettra de lui faire comprendre que vous l'avez comprise et lui donner de leurs nouvelles la rassurera,
- **modifier le centre d'intérêt** : en cas d'obstination, faire porter l'intérêt de la personne vers une autre action permet de faire diversion. Pour cela, le centre d'intérêt qui fait office de diversion doit être plus fort que l'objet de l'obstination du moment. Par exemple, si la personne est fixée sur la télévision, capter son attention sur un sujet suffisamment fort ou une thématique personnelle qui lui tient à cœur (son métier, la famille, les voyages, le repas...),
- **adapter l'environnement** : l'environnement doit être propice à la communication afin de privilégier la capture de l'attention. Par exemple, trop de bruit dans une pièce peut empêcher la personne de suivre une conversation. A l'inverse, l'isolement peut, dans certaines situations, favoriser l'anxiété ou le stress.

FAIRE PREUVE DE
BIENVEILLANCE
DÉDRAMATISER
LA SITUATION
RESTER
POSITIF



L'AIDANT FAMILIAL

ÊTRE AIDANT FAMILIAL

L'aidant familial est la personne de la famille **qui consacre le plus de temps** aux soins et à l'accompagnement de son proche malade. Quand il est présent, il s'agit, en général, **du conjoint**. Sinon, c'est le plus souvent **un enfant qui assume ce rôle**. On parle également d'aidant principal, naturel ou informel pour désigner l'aidant familial.

PRÉSERVER LA RELATION

Les différents troubles liés à la maladie (mémoire, communication, comportement...) vont inévitablement avoir **un impact sur la relation** entre la personne malade et l'aidant familial. Ce dernier se retrouve souvent **démuni quant à l'attitude à adopter**. La nature et la qualité de la relation peuvent alors s'en trouver modifiées.

ACCEPTER D'ÊTRE AIDÉ

L'aidant familial doit pouvoir **repérer les aides extérieures existantes** dans son environnement et **identifier les réponses à apporter** à ses besoins et à ceux de la personne malade en fonction de l'évolution de la maladie. Ces ressources sont à trouver dans l'entourage familial et amical, mais également auprès des structures et des professionnels spécialisés.

S'AUTORISER À PRENDRE DU REPOS

Accompagner chez soi une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer **peut conduire** l'aidant familial à une situation d'**épuisement physique et psychologique** préjudiciable à terme pour sa santé. S'imposer, dans la durée, **du temps de répit pour soi**, sans culpabiliser, est fondamental.

MAINTENIR UNE VIE SOCIALE

La lourdeur et la complexité de la prise en charge, le poids du regard des autres, la fatigue et l'épuisement sont autant d'éléments qui peuvent **enfermer le proche dans sa seule condition d'aidant**. Maintenir une vie sociale riche, tout en l'aménageant, est primordial.



LES STRUCTURES SPECIALISEES A MONACO

CONSULTATION SPÉCIALISÉE SUR LA MÉMOIRE : CENTRE MÉMOIRE DU CENTRE DE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE RAINIER III

Pas besoin de prescription, le Centre Mémoire est ouvert à toutes les personnes qui se présentent soit spontanément, soit à la demande de leurs proches ou de leur médecin traitant.

La première étape est une consultation avec le médecin : un entretien (pour mieux connaître la personne, son mode de vie, ses facteurs de risque), suivi d'un examen clinique et d'un court test d'évaluation de la mémoire.

Dans un second temps, le médecin préconise, ou non, des examens complémentaires, tels qu'un bilan neuropsychologique (permettant d'évaluer le fonctionnement cognitif), et si besoin une imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM), une scintigraphie, des analyses biologiques.

Selon les cas, une consultation d'annonce du diagnostic, des ateliers avec les neuropsychologues, un soutien psychologique pour la personne malade et ses proches, des séances d'orthophonie... peuvent être proposés. L'ensemble, ainsi que les prescriptions de médicaments, étant adaptés à l'âge, aux besoins de la personne malade, et au maintien de sa qualité de vie.

Il convient de souligner que bénéficier d'une consultation spécialisée lorsqu'on se plaint de sa mémoire permet le plus souvent d'être rassuré.



CONSULTATION MÉMOIRE DU CENTRE DE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE RAINIER III

1 avenue Pasteur - 98000 Monaco

Pour un rdv: (+377) 99 99 55 77

www.chpg.mc

CENTRE DE COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE DE MONACO



Le Centre de Coordination Gérontologique de Monaco (CCGM) est un guichet unique à destination de toute personne de plus de 60 ans résidant à Monaco. Interlocuteur privilégié des séniors, il a vocation à faciliter l'accès à l'information et aux aides disponibles en Principauté de Monaco.

Le CCGM répond à toute question médicale, sociale ou administrative émanant des personnes âgées ou de leur entourage.

Il définit, après une évaluation gérontologique, le plan d'aide individualisé correspondant aux besoins identifiés de chaque personne.

Composé d'une équipe pluridisciplinaire, le CCGM coordonne également le réseau gérontologique monégasque, il met en œuvre la politique de maintien à domicile et il fédère l'ensemble des acteurs publics et privés pouvant intervenir auprès de la personne âgée (établissements d'hospitalisation, professionnels libéraux, prestataires de services à la personne, services sociaux...).

Le CCGM propose enfin l'animation de groupes de parole pour les aidants, la formation des intervenants et la mise en place de campagnes de communication sur les grands thèmes de santé publique.

CENTRE DE COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE DE MONACO

11 boulevard du Jardin Exotique - 98000 Monaco

(+377) 98 98 42 03

Numéro Vert 8000 6000 depuis Monaco

ACCUEIL DE JOUR CENTRE SPERANZA – ALBERT II

Le Centre Speranza-Albert II est un accueil de jour thérapeutique destiné aux personnes résidant à Monaco atteintes de la maladie d'Alzheimer ou présentant des troubles cognitifs apparentés (pertes de mémoire, désorientation temporo-spatiale...), du stade débutant jusqu'à un stade avancé.

Situé dans une villa au cœur de Monaco, l'architecture a été spécifiquement pensée pour l'accompagnement et le bien-être du public accueilli. Il s'agit d'un « chez soi » favorisant les interactions sociales.

Les personnes malades y sont accueillies une à deux journées par semaine de 09h00 à 17h00, du lundi au vendredi, par une équipe pluridisciplinaire. Un véhicule, doté d'un aménagement spécifique pour les personnes à mobilité réduite assure les transferts entre le domicile et le Centre.

Les objectifs du Centre Speranza-Albert II consistent à maintenir les capacités fonctionnelles et cognitives des personnes accueillies, à prévenir l'isolement social et donner la possibilité de temps de répit aux aidants familiaux.

Un programme d'activités à visée thérapeutique et de convivialité est mis en place chaque mois. Il est adapté aux besoins de chaque personne et propose, notamment, des ateliers de stimulation de la mémoire, des activités corporelles, artistiques et ludiques, du jardinage, de la cuisine thérapeutique, des activités intergénérationnelles, des sorties culturelles...



CENTRE SPERANZA – ALBERT II DE MONACO

6 rue Bel Respiro - 98000 Monaco
(+377) 98 98 43 17

STRUCTURES D'HÉBERGEMENT : RÉSIDENTE A QIETÛDINE / RÉSIDENTE DU CAP FLEURI

Intégrées au sein de la filière gérontologique monégasque, la Résidence A QietÛdine et la Résidence du Cap Fleuri sont les deux maisons de retraite de la Principauté de Monaco et font partie intégrante du Centre Hospitalier Princesse Grace.

La Résidence A QietÛdine, située dans le quartier historique de la Condamine, à proximité du marché de la Place d'Armes, est une maison de retraite médicalisée de 70 chambres individuelles, avec possibilité d'accueillir des couples. Chaque chambre est dotée d'une salle de bain individuelle, d'équipements et de services performants en matière de confort et de sécurité.

La Résidence du Cap Fleuri, située dans un parc de verdure de 1.3 hectares sur la commune de Cap d'Ail, est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 88 lits, proposant des chambres à 1 ou 2 lits, prenant en charge en équipe pluridisciplinaire, des personnes de tous niveaux de dépendance et dotée d'une unité sécurisée.

Equipées de salles de restaurant, de lieux de vie et d'activités, les maisons de retraite de la Principauté de Monaco permettent de vivre une avancée en âge épanouie et sereine, dans des espaces agréables et sécurisants.



LA RÉSIDENTE A QIETÛDINE

5-7 avenue du Port
98000 Monaco
(+377) 99 99 79 00



LA RÉSIDENTE DU CAP FLEURI

45 avenue du 3 septembre
06320 Cap d'Ail
(+33) (0)4 92 41 61 00

STRUCTURES D'HOSPITALISATION : CENTRE DE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE RAINIER III

Situé à proximité immédiate du Centre Hospitalier Princesse Grace, le Centre de Gériatrie Clinique Rainier III regroupe l'ensemble de la filière gériatrique hospitalière :



- Sur 7 niveaux d'hospitalisation, il comporte 210 chambres individuelles, dédiées aux Monégasques ou aux résidents et assurés sociaux monégasques (sous conditions) :
 -> l'Unité Cognitivo-Comportementale « Denis Ravera » pour les personnes atteintes de maladies neuro-évolutives pour des courtes ou moyennes hospitalisations (15 lits) ; l'une des spécificités de cette unité est la capacité de prendre en soins les personnes autant pour des problématiques comportementales, que pour les maladies associées
 -> le service de court séjour gériatrique pour la prise en charge de problèmes médicaux aigus (30 lits)
 -> l'unité de soins de suite et réadaptation (30 lits)
 -> les unités de soins de longue durée (135 lits dont 15 pour les personnes atteintes de troubles cognitifs avec des problèmes comportementaux)
- À l'entresol se situent le Centre Mémoire, les consultations externes de médecine interne-gériatrie-infectiologie et psychiatrie, une consultation de vidéo-oculographie motrice, l'ensemble étant ouvert aux assurés sociaux monégasques et français. On y trouve aussi les prestations réservées aux personnes hospitalisées : cardiologie, psychiatrie, odontologie, ophtalmologie.
- Enfin, l'unité de recherche clinique est particulièrement orientée vers les maladies neuro-évolutives, et l'étude de l'oculo-motricité.

Plus de 400 professionnels travaillent au Centre de Gériatrie Clinique Rainier III et toutes les disciplines liées à la prise en soins des troubles cognitifs et des maladies liées à l'avancée en âge y sont représentées.

CENTRE DE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE RAINIER III

1 avenue Pasteur - 98000 Monaco

(+377) 99 99 55 77

www.chpg.mc

ASSOCIATION MONÉGASQUE POUR LA RECHERCHE SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER

L'Association Monégasque pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer (AMPA) est née en 1990 d'une initiative de Michel Pastor et du Docteur Michel-Yves Mourou.

Depuis 2009, l'association est présidée par Catherine Pastor et son Vice-Président le Professeur Alain Pesce, responsable de la filière gériatrique monégasque.

L'AMPA multiplie ses actions en Principauté de Monaco et à l'International pour soutenir la recherche, encourager les rencontres scientifiques, mieux comprendre la maladie et ses conséquences, sensibiliser le grand public et aider à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs familles.

L'AMPA organise régulièrement des conférences-débats ou des manifestations de sensibilisation pour le grand public. Elle accueille également des conférences scientifiques de haut niveau en Principauté et soutient des actions innovantes pour améliorer la qualité de prise en charge des personnes malades et de leurs aidants.

L'AMPA est membre des Associations Alzheimer Europe et Alzheimer's Disease International qui œuvrent respectivement auprès des instances européennes et des organisations internationales pour la défense des intérêts des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs familles.

Depuis 2013, l'AMPA a lancé la Mediterranean Alzheimer Alliance pour aider les acteurs des pays de la Méditerranée impliqués dans la maladie d'Alzheimer et afin de les soutenir dans le développement de leurs initiatives.

A ce titre, l'AMPA est reconnue comme organisme de solidarité internationale de Monaco.



ASSOCIATION MONÉGASQUE
POUR LA RECHERCHE SUR LA
MALADIE D'ALZHEIMER

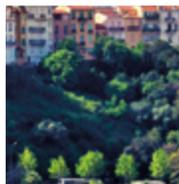
AMPA

ASSOCIATION MONÉGASQUE POUR LA RECHERCHE SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER

Europa Résidence - Place des Moulins - 98000 Monaco

(+377) 92 16 58 88

www.ampa-monaco.com



LES AIDES DISPONIBLES À MONACO



LES INTERVENANTS À DOMICILE

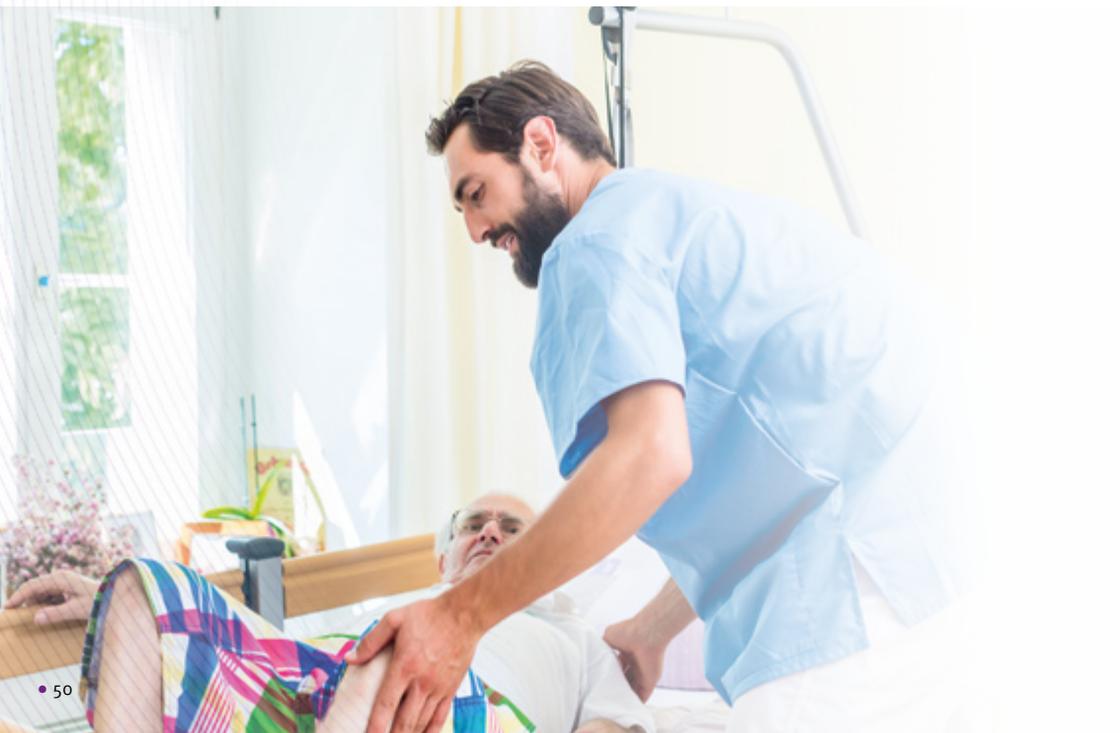
Les aides humaines consistent à mettre à disposition, **au domicile** des personnes en perte d'autonomie, les professionnels et les services adaptés à leurs besoins. Ces aides couvrent **un grand nombre d'intervenants** dont les actes ou les interventions peuvent dans de nombreux cas faire l'objet d'une prise en charge (caisses d'assurance maladie, prestation d'autonomie...).

- **le médecin généraliste** : médecin de famille, pivot central du maintien à domicile du fait de sa connaissance de la personne et de son environnement depuis de nombreuses années,
- **l'infirmier libéral** : professionnel de santé intervenant sur prescription médicale pour des actes de soins au domicile de la personne,
- **le kinésithérapeute** : professionnel de santé intervenant sur prescription médicale pour des actes à des fins de rééducation,
- **l'auxiliaire de vie sociale** : professionnel dont les missions se centrent sur l'accompagnement de la personne dans la réalisation des actes de la vie quotidienne (notamment faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène à l'exception des soins infirmiers, la préparation et la prise des repas),

- **l'aide au foyer ou aide-ménagère** : professionnel dont les missions se centrent sur l'environnement de la personne (entretien courant du domicile, lavage, repassage, courses, préparation des repas...),
- **l'assistant socio-éducatif** : professionnel du secteur social. Il facilite, conseille et accompagne les personnes en difficulté dans les démarches permettant d'améliorer leur situation sociale par des aides financières, des orientations vers des structures de prise en charge médicale, psychologique, sociale et professionnelle,
- **l'ergothérapeute** : professionnel de santé dont les missions sont d'évaluer les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap. Il conçoit des environnements de manière sécurisée, accessible, adaptée, évolutive et durable. Il préconise des aides techniques et entraîne les personnes à leur utilisation,
- **l'orthophoniste** : professionnel de santé qui prévient, repère et traite les troubles de la parole et du langage. Il peut également identifier les troubles de la déglutition (fausses routes),



- **le service d'Hospitalisation à Domicile (HAD)** : service de soins hospitalier composé d'une équipe soignante. C'est une hospitalisation à part entière qui se situe au domicile de la personne malade. Son intervention permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux importants lors d'une sortie d'hospitalisation ou à la demande du médecin généraliste,
- **le service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)** : service de soins composé d'une équipe soignante qui propose des soins infirmiers ainsi que des soins d'hygiène et de confort, à l'issue d'une hospitalisation. Leurs interventions sont dispensées sur prescription médicale,
- **le service de Toilettes à Domicile (TAD)** : service de soins composé d'une équipe d'aides-soignants coordonnée par une infirmière. Il propose des soins d'hygiène et de confort sur préconisation du Centre de Coordination Gériatrique de Monaco,
- **l'Unité de Psychiatrie de Psychologie Médicale «la Roseraie»** : Elle a pour mission première de se rendre au domicile des personnes résidant en Principauté de Monaco, atteints de pathologie mentale. C'est une équipe pluridisciplinaire médico-psychologique. L'équipe intervient notamment pour faire face aux situations de crise et pour s'assurer de l'observance de prise des traitements après hospitalisation.



LES AIDES TECHNIQUES

LE MATÉRIEL

Selon le degré de perte d'autonomie, il peut être préconisé un ensemble d'aides matérielles à domicile afin de prévenir les situations à risque et les accidents domestiques.

Certaines aides techniques permettent de favoriser l'autonomie, comme les aménagements pour la salle de bain, la cuisine ou les espaces de circulation, les couverts ergonomiques, les téléphones à grosses touches, les loupes, les barres d'appui murales, les sièges pivotants de baignoire, les protecteurs de hanches, les réhausseurs de toilettes...



Lorsque la perte d'autonomie devient importante et que le domicile nécessite des aménagements médicalisés, d'autres aides matérielles existent, sur prescription médicale, comme un lit médicalisé, des barrières de sécurité, un verticalisateur, un matelas de confort, un lève personne...



LA SÉCURITÉ ET LA SURVEILLANCE À DISTANCE

La prestation Télé-Alarme, délivrée par le Service d'Actions Sociales de la Mairie de Monaco, permet le déclenchement manuel ou automatique d'un signal d'alerte relié à la compagnie des sapeurs pompiers.

SERVICE D' ACTIONS SOCIALES DE LA MAIRIE DE MONACO

Mairie de Monaco
Place de la Mairie - 98000 Monaco
(+377) 93 15 28 35

LES REPAS À DOMICILE

Cette prestation, délivrée par le Service d'Actions Sociales de la Mairie de Monaco, permet aux personnes en perte d'autonomie ou qui rencontrent des difficultés de santé temporaires de bénéficier de repas préparés et livrés au domicile ainsi que des conseils et du suivi par une diététicienne.

SERVICE D' ACTIONS SOCIALES DE LA MAIRIE DE MONACO

Mairie de Monaco
Place de la Mairie - 98000 Monaco
(+377) 93 15 28 35

L'ALIMENTATION

La nutrition prend une part essentielle dans l'accompagnement de la personne. Une attention particulière va être portée aux risques ou états de dénutrition, fréquents avec la perte d'autonomie. Des compléments hyperprotéinés peuvent être conseillés par le plan d'aide du Centre de Coordination Gérontologique de Monaco.

LES AIDES RELATIVES À L'INCONTINENCE

Les coûts engendrés par l'incontinence pouvant avoir un impact important dans le budget des familles (achat de protection...), une aide financière peut être accordée dans certaines conditions à partir du moment où ces besoins s'inscrivent dans un ensemble de préconisations définies par le plan d'aide du Centre de Coordination Gérontologique de Monaco.

LE RESTAURANT A PIGNATA

Le restaurant sénior «A Pignata» est accessible aux bénéficiaires des prestations de maintien à domicile de la Mairie de Monaco et aux adhérents du Club Le Temps de Vivre. Il leur propose un repas complet et équilibré à coût modique. Un accompagnant est autorisé. Un mini-bus assure gracieusement l'accompagnement des personnes

intéressées sur réservation. Le restaurant est situé à Monaco-Ville, au foyer Sainte Dévote, rue Philibert Florence. Du lundi au vendredi, pour le déjeuner, il peut accueillir jusqu'à 19 personnes selon les places disponibles.

RESTAURANT A PIGNATA

Service d'Actions Sociales et des Loisirs
Mairie de Monaco
Place de la Mairie - 98000 Monaco
(+377) 93 15 28 35

FOYER SAINTE DEVOTE

3 rue Philippe Florence - 98000 Monaco

LA MOBILITÉ

- La Prestation Mobibus : une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut avoir des difficultés locomotrices. Au titre de cette mobilité réduite, elle peut bénéficier gratuitement de cette prestation de transport à la demande, après avis du Centre de Coordination Gérontologique de Monaco. Les déplacements sont proposés sur l'ensemble du territoire monégasque et dans les quatre communes françaises limitrophes.
- Le Service d'Actions Sociales de la Mairie de Monaco propose un service de transport gratuit pour les bénéficiaires de l'une de leurs prestations.

SERVICE D'ACTIONS SOCIALES DE LA MAIRIE DE MONACO

Mairie de Monaco
Place de la Mairie - 98000 Monaco
(+377) 93 15 28 35

AUTRES PRESTATIONS

Le Service d'Actions Sociales de la Mairie de Monaco propose également d'autres prestations aux bénéficiaires connus de leur service, telles que l'écrivain public (SOS Administration), les services SOS bricolage, les sorties spectacles, le service de livraison des courses, le service de livraison de livres...

SERVICE D'ACTIONS SOCIALES DE LA MAIRIE DE MONACO

Mairie de Monaco
Place de la Mairie - 98000 Monaco
(+377) 93 15 28 35



LES AIDES SOCIALES ET FINANCIÈRES

Depuis 2007, le gouvernement monégasque a mis en place **l'allocation Prestation d'Autonomie** spécifique à la prise en charge de la perte d'autonomie. Cette aide personnalisée a vocation à permettre aux personnes de faire face aux coûts induits par la perte d'autonomie aussi bien à leur domicile qu'en établissement. **Elle s'adresse à toute personne de plus de 60 ans ou par dérogation aux personnes de moins de 60 ans pouvant présenter une perte d'autonomie assimilable à celle liée au vieillissement** (par exemple, maladie d'Alzheimer précoce). Le dossier se constitue auprès du Centre de Coordination Gériatrique de Monaco et permet le financement des plans d'aides préconisés à la suite de l'évaluation gériatrique. **Elle est évolutive avec la perte d'autonomie et proportionnelle aux revenus du demandeur.**

CENTRE DE COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE DE MONACO

11 boulevard du Jardin Exotique - 98000 Monaco

(+377) 98 98 42 03

Numéro Vert 8000 6000 depuis Monaco

LES AIDES JURIDIQUES

LES RÉGIMES DE PROTECTION JURIDIQUE

Selon le contexte familial, médical ou social, l'altération des capacités cognitives de la personne malade peut nécessiter de protéger juridiquement ses intérêts.

A Monaco, plusieurs régimes de protection juridique existent :

- **la curatelle** : il s'agit d'une mesure d'assistance et de contrôle. Un curateur, désigné par le Juge des Tutelles, est chargé d'assister la personne protégée dans la gestion des actes patrimoniaux les plus importants.
- **la tutelle** : il s'agit d'une mesure de représentation continue dans le cas où une personne en raison de l'altération de ses facultés mentales ou corporelles empêchant l'expression de sa volonté, ait besoin d'être représentée dans les actes de la vie civile. Le tuteur, désigné par le Juge des Tutelles et sous son contrôle, accomplit des actes d'administration et de gestion de la personne protégée.

Le degré de protection est déterminé par le Juge des Tutelles et fait l'objet d'une procédure soucieuse de l'intérêt de la personne. Le Juge des Tutelles, surveillance, contrôle et reste le garant de la bonne gestion des actes par le curateur et le tuteur.

LA PERSONNE DE CONFIANCE

La loi monégasque n°1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale, offre la possibilité à toute personne majeure (qu'elle soit en bonne santé, malade ou porteuse d'un handicap, à l'exception des majeurs sous tutelle) **de désigner une personne de confiance.** Elle peut être un membre de sa famille, un proche (voisin, ami...) ou un médecin. Elle doit être majeure, accepter cette désignation, et ne pas faire l'objet d'une mesure de protection légale. Pour être valable cette désignation doit être établie par écrit (datée et signée). Cette désignation est révoquée à tout moment.

La personne de confiance peut accompagner la personne malade dans ses démarches, et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lorsque la personne malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, la personne de confiance peut recevoir l'information médicale et consentir pour un acte médical sauf situation d'urgence.



Lexique

¹ Maladies neuro-évolutives ou neurodégénératives

Les maladies neuro-évolutives ou neurodégénératives, telles que la maladie d'Alzheimer, les dégénérescences fronto-temporales, la maladie à corps de Lewy, la démence vasculaire ou la maladie de Parkinson sont des maladies chroniques invalidantes à évolution lente et parfois discrète. Elles provoquent une détérioration des cellules nerveuses conduisant à une neurodégénérescence. Les troubles induits par ces pathologies sont variés et peuvent être d'ordre cognitif, comportemental, sensoriel et moteur.

² Anosognosie

C'est un symptôme (et non une maladie) qui se manifeste par une incapacité à prendre conscience que l'on perd ses facultés motrices ou cognitives. La personne anosognosique n'a ainsi pas conscience de sa pathologie, de son état, ou de la perte de capacité dont elle est atteinte. Elle est alors certaine de pouvoir vivre comme si elle était valide et ne prend donc pas en compte le danger que sa maladie pourrait entraîner. Elle ne comprend pas non plus l'attention particulière que peuvent lui porter ses médecins et ses proches.

³ Neurones

Cellules nerveuses permettant de transmettre et de comprendre les informations.

⁴ Fonctions cognitives

Ce sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent notamment de communiquer, de percevoir notre environnement, de nous concentrer, de nous souvenir d'un événement ou d'accumuler des connaissances.

⁵ Troubles comportementaux et psychologiques

Les troubles comportementaux consistent en des dysfonctionnements dans la façon d'agir et de réagir avec soi-même et son environnement. Ils comprennent l'agitation, l'agressivité, l'inhibition, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs, les désordres alimentaires, l'hyperactivité...

Les troubles psychologiques désignent l'ensemble des maladies ou affections mentales qui perturbent le comportement d'un individu. Ils peuvent revêtir la forme d'un trouble du comportement, d'un trouble de la personnalité ou encore d'un trouble du langage.

⁶ Dégénérescences fronto-temporales

C'est une maladie neurodégénérative qui se manifeste principalement par des troubles du comportement et du langage.

⁷ Maladie à corps de Lewy

C'est une pathologie neurodégénérative partageant certaines caractéristiques avec la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson. Elle se manifeste par des troubles cognitifs d'évolution progressive associés à des hallucinations visuelles et des syndromes moteurs.

⁸ Démence vasculaire

Assez rare dans sa forme pure, la démence vasculaire est la conséquence de troubles circulatoires cérébraux chroniques. Elle s'associe souvent à la démence de type Alzheimer.

⁹ Maladie de Parkinson

C'est une affection dégénérative du système nerveux. Elle se manifeste principalement par des troubles des mouvements, tels que le ralentissement, la rigidité musculaire et les tremblements.

¹⁰ Hippocampe

C'est une partie du cerveau localisée dans le lobe temporal. Il est connu pour jouer un rôle clé dans le processus de mémorisation. Cette zone du cerveau est souvent évoquée dans la maladie d'Alzheimer car c'est l'une des premières touchées par la dégénérescence, expliquant les problèmes de mémoire et de désorientation.

¹¹ Tests neuropsychologiques

Un test neuropsychologique est une série de tests spécifiques réalisés par un neuropsychologue permettant d'évaluer le bon fonctionnement des fonctions cognitives, comme la mémoire, le langage, la planification, l'attention, la prise de décision...

¹² Scintigraphie cérébrale

La scintigraphie cérébrale est un examen qui permet de visualiser l'activité cérébrale. Contrairement à l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique nucléaire) qui permet essentiellement de visualiser la morphologie du cerveau.

¹³ Liquide céphalorachidien

Le liquide céphalorachidien est un liquide biologique transparent dans lequel baignent le cerveau et la moelle épinière. Toute variation de sa composition peut être l'indice d'une pathologie.

¹⁴ Thérapies non-médicamenteuses

Les thérapies non-médicamenteuses sont un ensemble de techniques centrées sur la personne, qui viennent en complément des traitements médicamenteux. Elles permettent de soulager certains symptômes, tout en contribuant au bien-être et à la qualité de vie des personnes (ex : art-thérapie, musico-thérapie...).

¹⁵ Stimulation cognitive

Pour prévenir ou réduire l'aggravation de la perte d'autonomie physique, psychique ou sociale, il est possible de stimuler un individu à l'aide d'exercices, de jeux, d'activités ou de techniques lui permettant de faire travailler certains mécanismes cognitifs précis.

¹⁶ Apathie

L'apathie est principalement une perte de motivation, souvent sensible à la stimulation.

¹⁷ Désinhibition

La désinhibition regroupe des troubles des comportements régissant les règles en société (familiarité, non-respect de la loi, propos grossiers inhabituels...).

¹⁸ Apraxie

C'est un symptôme caractérisé par l'incapacité à exécuter des gestes connus, malgré une volonté et une capacité motrice conservées, du fait d'une lésion cérébrale.