

# Sensibilisation au diagnostic précoce et à la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

# Sensibilisation au diagnostic précoce et à la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

- Soirée 1** **Connaître la maladie & savoir repérer les signes d'alerte**
- Soirée 2** **Lever les incertitudes & prendre en charge les troubles comportementaux**

- **Soirée 1**
  - Contexte de la thématique
  - Intérêt du diagnostic précoce
  - Conduite à tenir devant la plainte
  - Repérage des troubles cognitifs
  - Maîtrise des outils de diagnostic
  - Orientation vers le spécialiste

# Soirée 1 | Atelier 1

Connaître le contexte de  
la maladie d'Alzheimer et  
comprendre l'intérêt  
du diagnostic précoce

# Contexte | Epidémiologie

- **Prévalence régionale**

- Entre 50 et 60 000 personnes atteintes de maladies neurodégénératives

- 37 000 de type Alzheimer

(France : 900 000 / 700 000 dont 452 000 connus du système de soins, source CANAM)

- 45% des personnes > 85 ans

- 1 personne âgée sur 8 (> 65 ans)

- 350 malades jeunes (< 60 ans)

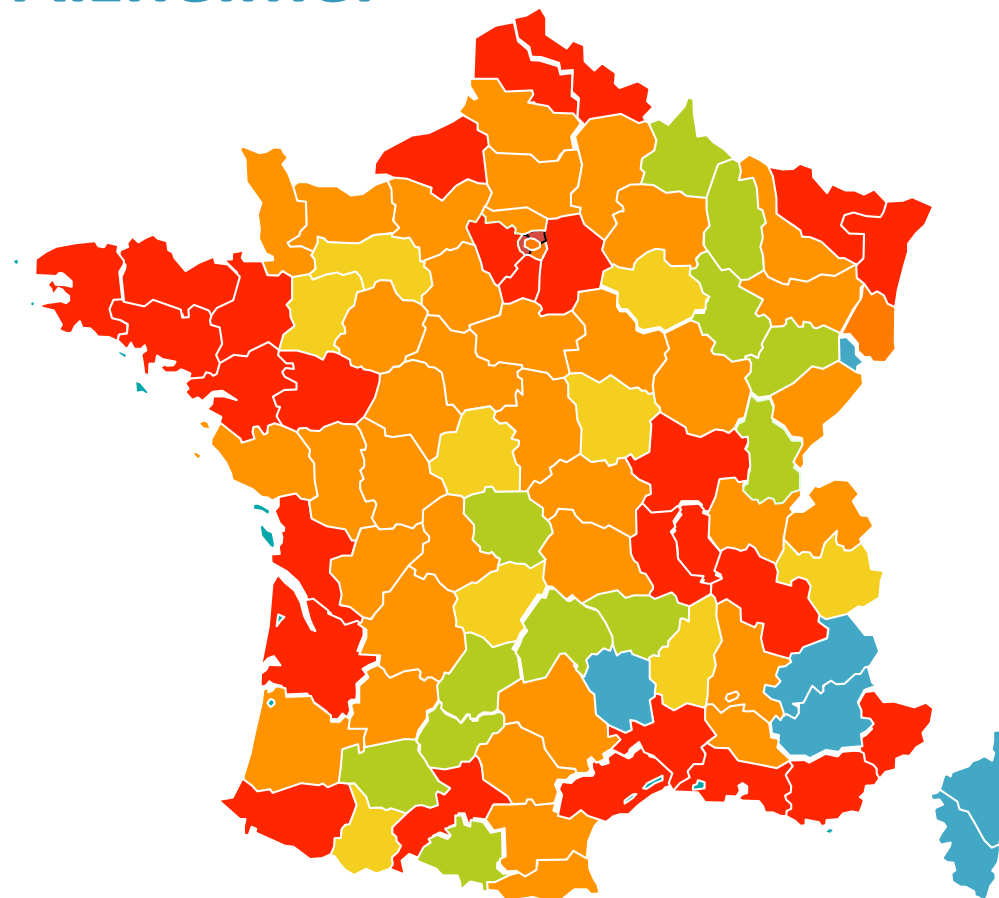
(France : 5 000)

# Contexte | Epidémiologie

- **Augmentation de la prévalence**
  - Diagnostic plus précoce
  - Allongement de la survie des patients
  - Allongement de l'espérance de vie et « *papy boom* »
  - **Doublement de la prévalence tous les 20 ans**
  - Actuellement, 1 nouveau cas dans le monde toutes les 4 secondes  
(Alzheimer's Disease International ADI 2012)
  - En 2040 : 2 millions dont 877 000 à un stade modérément sévère ou sévère  
(dans l'hypothèse d'une prévalence constante de la démence)

# Contexte | Epidémiologie

- Estimation du nombre de patients Alzheimer



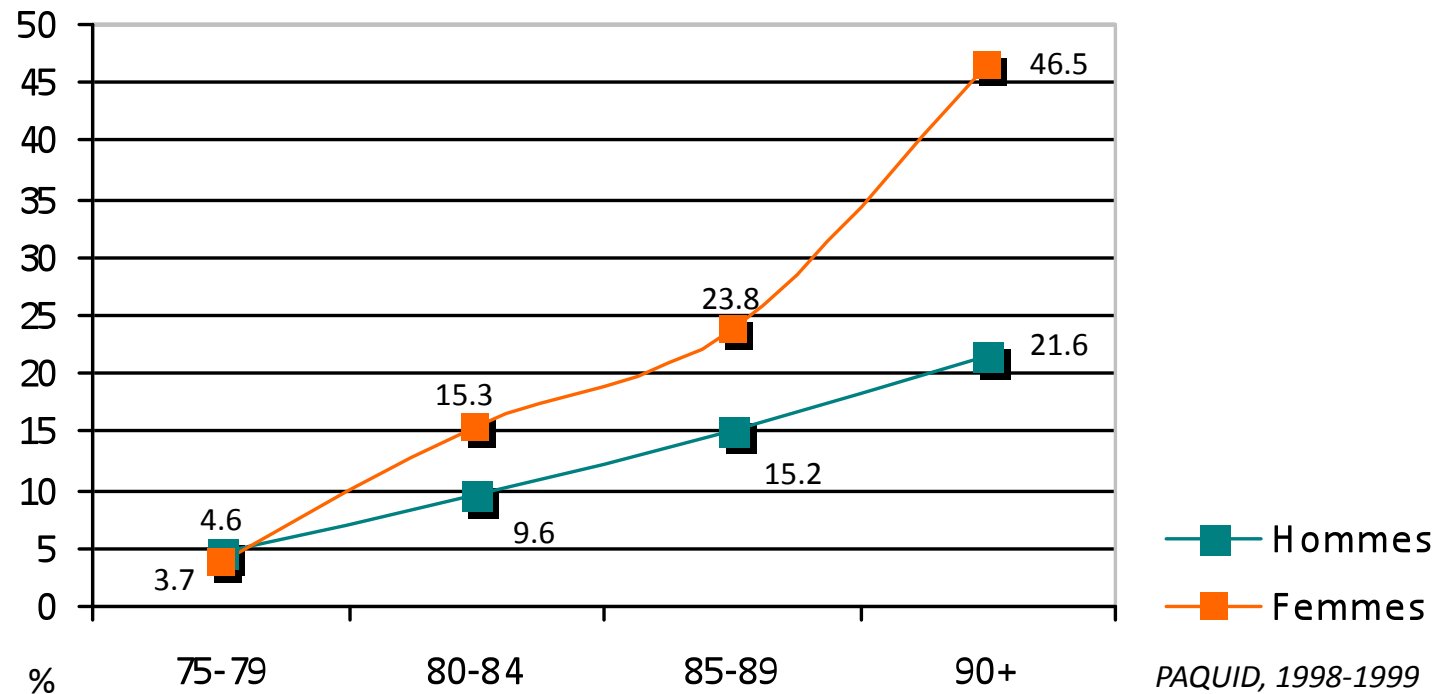
*n = 856 662*  
(âgés de 65 ans et plus,  
tous stades confondus,  
estimation 2004 )

*Sources suivi prospectif  
PAQUID, recensement  
INSEE 1999*

*Rapport OPEPS,  
C. Gallez, juillet 2005)*

# Contexte | Epidémiologie

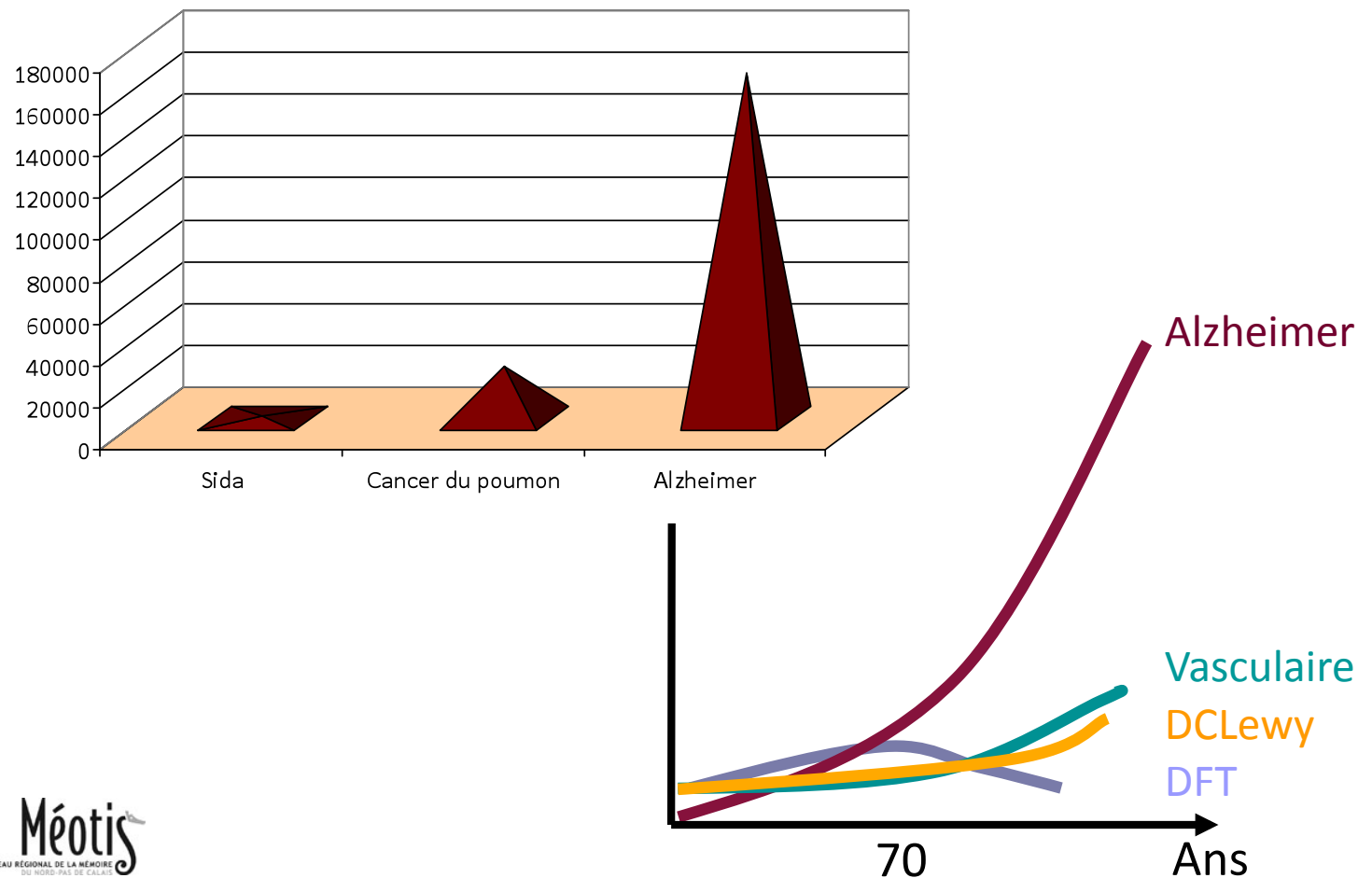
- Taux de prévalence Alzheimer





# Contexte | Epidémiologie

- Incidences relatives en France (nouveaux cas / an)



# Contexte | Epidémiologie

- **Incidence régionale**

- 10 000 personnes atteintes de maladies neurodégénératives (> 65 ans)

- 8 000 de type Alzheimer

(France : 165 000 / 250 000 nouveaux cas par an)

**Considérant ces données, à combien estimez-vous les nouveaux cas par an et par médecin généraliste ?**

**4**

# Contexte | Epidémiologie



Statistiquement, quel est le nombre moyen annuel de patients déments dans la patientèle d'un généraliste ?

– 300 patients > 65 ans

15

Cela paraît-il correspondre à votre exercice ?

# Intérêt du diagnostic précoce

Quel est selon vous l'intérêt de diagnostiquer le plus précocement possible une démence ?

- Distinction entre maladie et vieillesse
- Diagnostic différentiel : étiologie exacte
- Optimisation du traitement médical
- Mise en place et accès aux services, aides et soutiens adaptés
- Réduction des risques, sécurité du domicile, conduite, contrôle du déclin
- Décisions avant d'en perdre la capacité
- DROIT à l'accès au diagnostic

➤ **Meilleure compréhension et acceptation de la prise en charge**

# Intérêt du diagnostic précoce

- Il est anormal de perdre la mémoire avec l'âge !
  - Modifications physiologiques liées à l'âge :
    - Lenteur d'apprentissage et ralentissement du traitement de l'information
    - Difficultés à évoquer les noms propres, dans les doubles tâches
  - Pathologiques :
    - Les oublis peuvent arriver à tout âge
    - **La plainte de mémoire est un facteur de risque de maladie d'Alzheimer**

# Intérêt du diagnostic précoce

- **Droit de savoir du patient et de son entourage**
  - Altération des fonctions intellectuelles
  - Modifications comportementales
  - Retentissement sur la capacité de jugement, le raisonnement, les prises de décisions familiales et professionnelles
  - **Nécessité d'anticiper et planifier l'avenir selon ses choix**  
(directives anticipées, personne de confiance)
  - **L'annonce n'aggrave pas les symptômes dépressifs, améliore l'anxiété**  
(Alzheimer's Disease International ADI 2011)
- Regret de ne pas avoir su / compris plus tôt

# Intérêt du diagnostic précoce

- **Avoir une conduite adaptée**
  - Eviter de mettre le patient en situation d' échec
  - Ne pas prendre à cœur ses oublis
  - Avoir une attitude facilitatrice
  - Déculpabiliser
  - Contrôler
  - Porter une attention particulière aux facteurs d' aggravation, aux causes traitables, aux traitements délétères
  - Prévenir les accidents thérapeutiques
- **Le patient « *ne fait pas exprès* »**

# Intérêt du diagnostic précoce

## Quelles sont selon vous les aides existantes pour les patient et aidants ?

- Humaines : aide-ménagère ou auxiliaire de vie par exemple
  - Matérielles ou financières : prestation pour produits d'incontinence, accueil de jour...
  - Psychologiques : groupe d'aide aux aidants, association de familles...
  - L'ensemble de ces aides entre dans le dispositif PCH (< 60 ans) ou APA (> 60 ans)
- Préserver l'autonomie pour préserver la qualité de vie à domicile et soutenir l'entourage



# Intérêt du diagnostic précoce

- **Tout n' est pas trouble de mémoire !**
  - Langage, fonctions visuo-spatiales, fonctions praxiques, fonctions gnosiques
  - Troubles du comportement et de l' humeur
- **Tout trouble de mémoire n' est pas une maladie d' Alzheimer !**
  - Autre maladie neurodégénérative, vasculaire...

# Intérêt du diagnostic précoce

- **Savoir éviter :**
  - Les traitements délétères :
    - Anticholinergiques, neuroleptiques, sédatifs à demi-vie longue...
  - Les syndromes confusionnels et les situations de crise
    - Garder des repères
    - Effectuer des « révisions somatiques »
  - Les conduites dangereuses
    - Automobile
    - Dépenses financières inconsidérées (mesures de sauvegarde)

# Soirée 1 | Atelier 2

Connaître la conduite à  
tenir devant  
une plainte et les outils  
de repérage  
des troubles cognitifs

# Conduite à tenir devant un déclin cognitif

- **Définition de la démence (CIM-10) :**
  - Trouble de la mémoire suffisamment invalidant pour perturber la vie quotidienne
  - Qui dure depuis au moins 6 mois
  - Accompagné d'un autre trouble des fonctions cognitives (langage, praxies, gnosies, raisonnement, jugement, pensée abstraite...)
  - Parfois précédé, accompagné ou suivi d'une modification du comportement ou de l'affect

# Conduite à tenir

- **Qui consulter ?**

- Le médecin généraliste
- Le spécialiste
  - Gériatre
  - Neurologue
  - Psychiatre
- La consultation mémoire de proximité
- Le Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) : Centre recours
  - Cas particuliers des malades jeunes  
(médecine du travail)

- **Pluridisciplinarité**

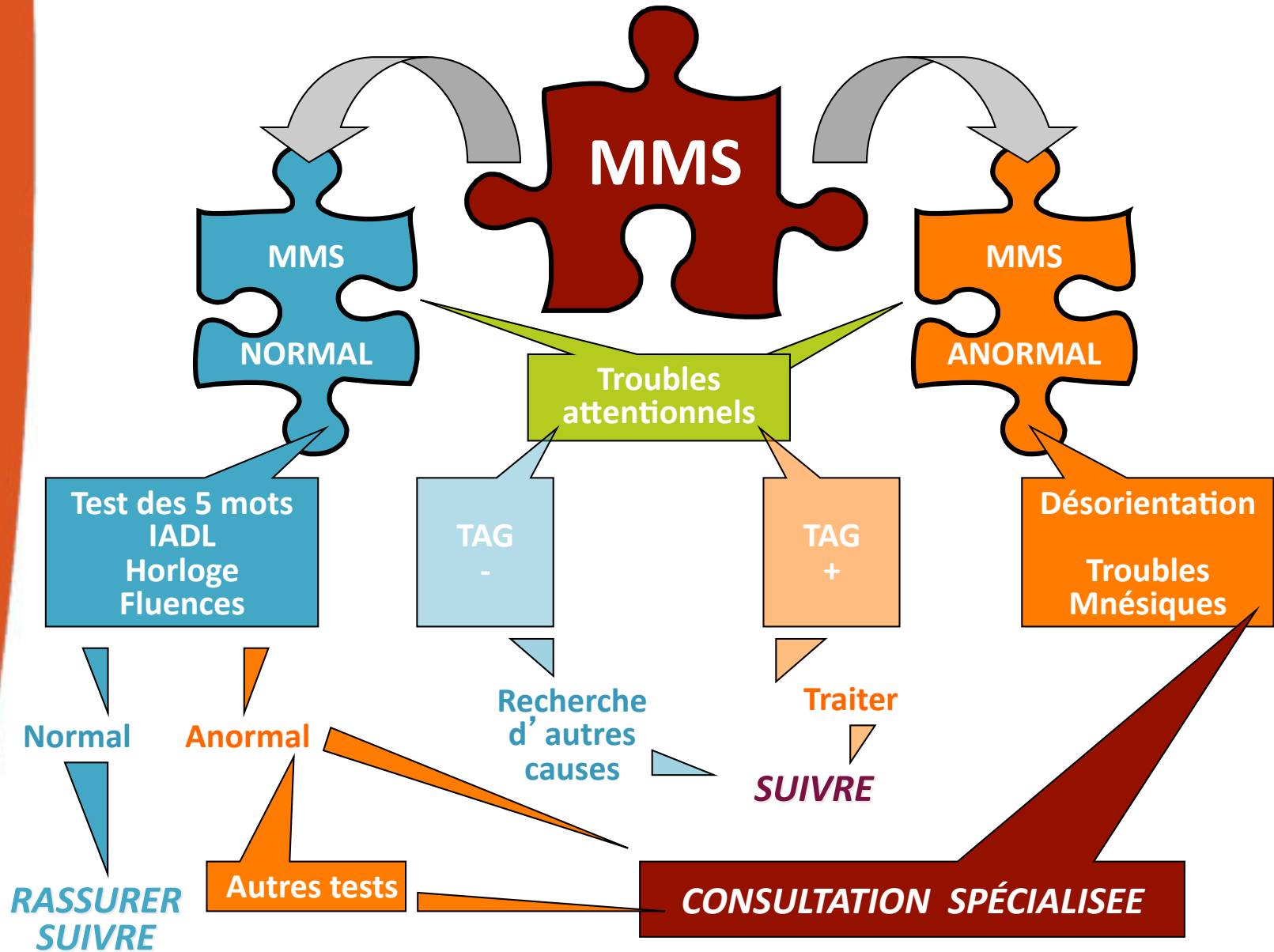
# Conduite à tenir

- **Toute plainte est à prendre en considération !**
  - Rechercher les signes physiques d'anxiété généralisée (DSM-IV) :
    - Céphalées, troubles visuels, acouphènes, boule dans la gorge
    - Paresthésies, crampes dans les mollets, nuqualgies, lombalgies
    - Oppression thoracique, « syncopes »
    - Troubles digestifs, perte de poids
    - Troubles du sommeil
    - Fatigue ou perte d'énergie

# Conduite à tenir

- **L'interrogatoire :**
  - Depuis quand et quelle évolution ?
  - Quel type de troubles ?
  - Traitements ?
  - Antécédents personnels ?
  - Antécédents familiaux ?
  - Signes d'accompagnement ?
  - Retentissement dans la vie quotidienne ?
  - Retentissement sur l'entourage ?

# Conduite à tenir | Les tests





# Conduite à tenir | Les tests

- **MMS (Mini Mental Status Examination)**
  - Test cognitif global
    - Orientation temporelle / 5
      - Jour
      - Date
      - Mois
      - Année
      - Saison
    - Orientation spatiale / 5
      - Lieu de la consultation
      - Ville
      - Département
      - Pays
      - Etage

# Conduite à tenir | Les tests

- MMS | suite

- Mémoire à court terme / 3

- Répéter 3 mots :

- Citron      ou      Citron      ou      Cigare
      - Chapeau              Clé              Fleur
      - Voiture              Ballon              Porte

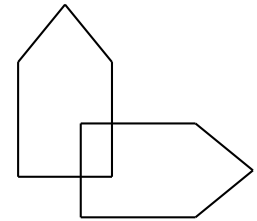
- Tâche interférente (compte à rebours) / 5

- Soustraire 7 de 100 puis 7 du résultat obtenu  
5 fois de suite : 93-86-79-72-65  
« 100 moins 7, cela fait ? »
    - Si le patient échoue ou refuse, lui demander  
d' épeler « monde » à l' envers  
(non pris en compte dans la cotation)

# Conduite à tenir | Les tests

## • MMS | suite

- Rappel des 3 mots / 3
- Ecriture / Lecture / Dessin / 3
  - Ecrire une phrase
  - Copier une figure géométrique
  - Faire ce qui est écrit (« Fermez les yeux »)
- Dénomination / Mémoire de travail / 3
  - Dénommer un crayon, une montre
  - Répéter « pas de mais, de si, ni de et »
- Ordre triple / 3
  - « Prenez la feuille de papier, pliez-la en 2 et jetez-la par terre »



# Conduite à tenir | Les tests

- **MMS : apport qualitatif supplémentaire**

- Rappel indicé

- « *C'était un fruit... jaune... c'était quelque chose qui se met sur la tête... un moyen de transport...* »

- **MA peu sensible à l'indigage**

- Choix multiple

- « *Était-ce un citron ou une banane ?  
Un chapeau, une casquette ou un bonnet ? ...  
Train, vélo ou voiture ?* »

- Rappel différé à distance

- Libre et indicé

- **Pente d'oubli évocateur de MA**

# Conduite à tenir | Les tests

- **Epreuve des 5 mots**

(Bruno Dubois, variante allégée du test de Grober et Buschke)

- Test de mémoire verbale épisodique

- 1. Consigne : « *Lisez ces mots à voix haute et essayez de les retenir, car je vous les redemanderai tout à l'heure* »

- Mimosa
- Abricot
- Eléphant
- Chemisette
- Accordéon

- 2. « *Pouvez-vous maintenant, tout en regardant la feuille, me dire quel est le nom de fruit, de fleur, d'animal, de vêtement et d'instrument de musique ?* »

# Conduite à tenir | Les tests

- Epreuve des 5 mots | suite

- 3. Rappel libre immédiat (en retournant la feuille)

« *Pouvez-vous me dire les mots que vous venez de lire sur la feuille ?* »

Rappel libre

- Rappel indicé immédiat (pour les mots non rappelés et seulement ceux-ci demander)

« *Quel était le nom de... fruit (ou) fleur, animal, vêtement, instrument de musique ?* »

Rappel indicé ... / 5

- Epreuve attentionnelle interférente
- 4. Rappel indicé différé ... / 5

« *Comptez à l'envers de 100 à 80* »

# Conduite à tenir | Les tests

- **Test Fluidité verbale | Set Test d' Isaacs**
  - Test des fonctions exécutives, de mémoire sémantique
    - Consigne : « *Citer successivement le plus grand nombre de noms (maximum 10) dans les 4 catégories sémantiques suivantes*
      - Couleurs (15 secondes)
      - Animaux (15 secondes)
      - Fruits (15 secondes)
      - Villes » (15 secondes)
    - Score total **0 - 40**

# Conduite à tenir | Les tests

- **Dénomination**

- Test de langage

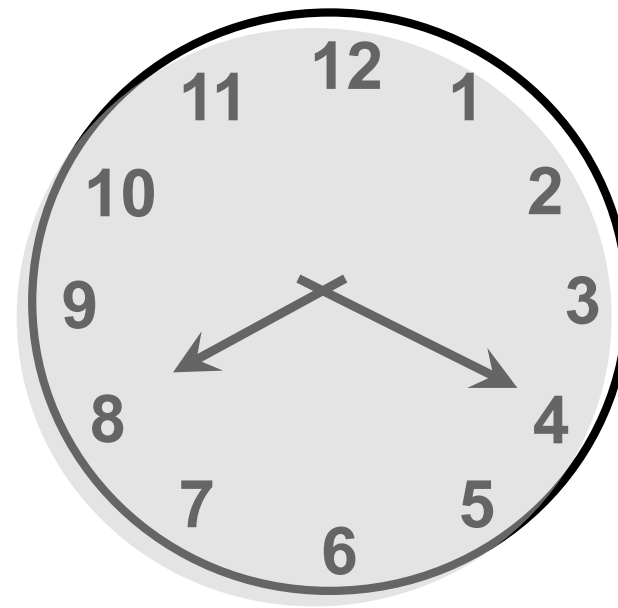
- Faire dénommer des dessins d'objets ou d'animaux, **plus difficile** que des photos, **plus difficile** que des vrais objets
    - « Partie du tout » plus difficile à dénommer que le « tout »



# Conduite à tenir | Les tests

- Test de l'horloge

- « *Pouvez-vous dessiner un cadran d'horloge ?* »
- *Mettez les chiffres*
- *Indiquez 8h20 »*



# Conduite à tenir | Les tests

- **Tests des praxies gestuelles**
  - Praxies « réflexives »
    - Imitation de gestes sans signification
  - Praxies idéo-motrices
    - Gestes symboliques, mimes
  - Praxies idéatoires
    - Gestes finalisés
      - Exemple : plier une lettre dans une enveloppe, écrire l'adresse, mettre le timbre...

# Conduite à tenir | Les tests

- **Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL)**

(Instrumental Activities of Daily Living)

- Capacités à utiliser les **moyens de transport**

- **1** | utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture
- **0** | organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public
- **0** | utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un
- **0** | déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un

# Conduite à tenir | Les tests

- Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL) | suite
  - Capacités à utiliser le **téléphone**
    - 1 | se sert normalement du téléphone
    - 0 | compose quelques numéros très connus
    - 0 | répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément
    - 0 | n'utilise pas du tout le téléphone spontanément
    - 0 | est incapable d'utiliser le téléphone

# Conduite à tenir | Les tests

- Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL) | suite
  - Responsabilité pour la **prise de médicaments**
    - 1 | est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)
    - 0 | est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance
    - 0 | est incapable de prendre seule(e) ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance

# Conduite à tenir | Les tests

- Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL) | suite
  - Capacité à gérer son **budget**
    - **NA** | non applicable (n'a jamais manipulé d'argent)
    - **1** | gère ses finances de façon autonome
    - **0** | se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants
    - **0** | est incapable de manipuler l'argent
  - Score total aux 4 IADL (**0 à 4**)
    - Somme des items  
téléphone + transport + médicaments + budget

# Conduite à tenir | Les tests

- **Inventaire neuropsychiatrique**

(Robert, 1998 / NPI, Neuropsychiatric Inventory, Cummings, 1994)

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Agitations, agressivité
- Dépression
- Anxiété
- Exaltation de l' humeur, euphorie
- Apathie, indifférence

# Conduite à tenir | Les tests

- **Inventaire neuropsychiatrique | suite**
  - Impulsivité
  - Irritabilité, instabilité de l' humeur
  - Comportement moteur aberrant
  - Sommeil
  - Troubles de l' appétit et de l' alimentation



# Soirée 1 | Atelier 3

Maîtriser les outils  
fiables et rapides pour  
évaluer les troubles  
cognitifs et orienter vers  
le spécialiste adapté

Madame X  
ancienne institutrice  
72 ans

# Cas clinique | 1

- vit avec son époux âgé de 80 ans en appartement, le couple a eu 3 enfants
- Madame X est encore très autonome
- Elle assure la totale gestion du logement et de la vie quotidienne
- Pour les courses, ne conduisant pas, c' est son mari qui l' accompagne
- C' est lui également qui a toujours assuré le suivi des tâches administratives et de gestion

**Madame X consulte son médecin en compagnie de sa fille, inquiète après une émission de télévision**

- Constat que sa mère, bien que toujours autonome, est **moins active**
- **Moins d' intérêt** pour la vie de ses petits-enfants
- **Arrêt de la couture** (qu' elle aimait beaucoup autrefois)
- **Rappel régulier** (et multiples) de certains évènements sinon elle ne les intègre pas
- **Liste très précise des courses** (sans quoi elle achète sans tenir compte de ce qu' elle a chez elle)

# Cas clinique I 1

## Comment réagissez-vous face à cette inquiétude ?

- Vous rassurez la fille en constatant que la mère n' a aucune plainte ?
- Vous banalisez les troubles en les rattachant à l' âge ?
- Vous essayez de creuser, comment ?

## Comment conduisez-vous votre interrogatoire ?

- **Retracer l' histoire des troubles :**
  - mode d' apparition, mode d' évolution, type, signes associés
- **Retracer l' histoire des troubles de la mémoire :**
  - aigus, stables, progressifs, fluctuants >>> depuis quand ?
- **Noter le type :**
  - mémoire épisodique, sémantique, attention / concentration
- **Isolés ou associés à d' autres troubles cognitifs**
  - Troubles du comportement ou de l' affect
- **Traitement habituel et récemment introduit**

# Cas clinique | 1

- **Recherche des antécédents personnels, lesquels ?**
  - FDR vasculaires
- **Recherche des antécédents familiaux... Lesquels ?**
  - Troubles cognitifs et psychiatriques
- **Retentissement sur la vie quotidienne et sociale**
  - IADL
- **Retentissement sur l'entourage**
  - Qu'en pense t-il ?

## Quelle évaluation neuropsychologique et du comportement ?

Au minimum :

- MMS
- Test des 5 mots
- Test de l'horloge
- Praxies réflexives
- Fluences
- Dénomination
- Tout test évaluant mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives, raisonnement
- NPI

# Cas clinique | 1

- **Mise en évidence**

- MMS (26/30) : perte 1 point date du jour, 2 points rappel, 1 point phrase
- Test de l'horloge : réussi
- 5 mots de Dubois (8/10) : perte 2 points en rappel différé malgré indiçage
- IADL : 3 points / 4 pour gestion

Qu'en pensez-vous ?

**Probable maladie  
d'Alzheimer débutante**

# Cas clinique | 1

Que cherchez-vous dans votre examen clinique ?

- Absence de signes de focalisation

Quelle est alors votre conduite face à ces résultats ?

- Biologie
- IRM (sauf contre-indication)
- Rendez-vous spécialisé

# Cas clinique | 2

Pendant le tour de garde, vous êtes appelé la nuit en urgence auprès de Mademoiselle L, 81 ans

- a réintégré dans l'après-midi sa maison de retraite après 14 jours d'hospitalisation à la suite d'une fracture du col fémoral traitée par prothèse
- Aucun problème anesthésique, ni péri-opératoire n'a été signalé, et l'appui a été rapidement autorisé.

La personne qui assure la garde de nuit à la maison de retraite signale :

- une **agitation inhabituelle** chez Mademoiselle L qui s'est levée à plusieurs reprises durant la nuit
- qu'elle **a crié et a perturbé les autres résidents**

La garde de nuit la décrit comme étant jusqu'à présent « **une petite dame bien tranquille qui ne posait pas de problèmes** ».

# Cas clinique | 2

Mademoiselle L avait d' elle-même demandé à quitter rapidement l' hôpital pour retrouver sa maison de retraite. La transmission précisait que sa filleule, seule famille connue, avait demandé à ce que le séjour hospitalier soit le plus bref possible  
*« parce qu' elle commençait à perdre ses repères ».*

Elle paraissait néanmoins paisible et souriante dans l' après-midi, apparemment contente de retrouver des visages connus, mais fatiguée.

- Vous consultez son dossier médical :
  - Suivie pour une hypertension traitée par Calcium bloquant
  - Traitement de sortie d' hôpital : Tiapride 100 mg x 2, et Fraxiparine 0,30 ml/sc
- Lorsque vous la rencontrez :
  - *elle est agitée*, son visage exprime *une grande angoisse*
  - *Désorientée dans le temps et l' espace*
  - *Ne se souvient pas de ses problèmes de santé récents*, et notamment pas de sa fracture, ni de son hospitalisation récente.



# Cas clinique | 2

## • Examen physique

- Pression artérielle 170 / 110
- Bruits du coeur rapides et réguliers
- Température à 37°7
- Etat général modérément dégradé avec une amyotrophie
- Elle porte une couche qui est souillée de matières fécales et d'urines (d'après la garde de nuit, il n'y avait pas de problème d'incontinence avant sa fracture)
- Aucun râle à l'auscultation pulmonaire
- Pas de cyanose, mollets souples
- pas de sécheresse des muqueuses
- Abdomen météorisé, souple, matité sus pubienne à la percussion
- Pas de déficit focalisé évident de la motricité segmentaire, pupilles réactives, les R.O.T. symétriques, les R.C.P. normaux
- Discrète hypertonie extra-pyramidale, symétrique
- Difficulté à la mettre en position debout, équilibre instable.

# Cas clinique | 2

**La garde de nuit exprime son inquiétude :**

- Elle ne se sent pas en mesure d'effectuer la surveillance individuelle de Mademoiselle L compte tenu de ses autres tâches dans l'établissement.
- Elle vous dit que lorsqu'elle l'a recouchée pour la 2<sup>ème</sup> fois, elle titubait et lui paraissait sur le point de chuter à nouveau.

**Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?**

**Syndrome confusionnel**

- Caractère aigu
- Modification du rythme veille / sommeil
- Troubles de vigilance
- Etat d'agitation fluctuant
- Aggravation des troubles cognitifs
- Perte d'autonomie
- Fièvre

# Cas clinique 1 2

## Quels facteurs déclenchants peuvent être évoqués ?

- Cause iatrogène (Tiapride)
- Douleur ou inconfort (fracture, fécalome, infection urinaire, globe vésical, phlébite, toute autre cause intercurrente, notamment infectieuse)
- Changement d' environnement

Vous décidez de ré-hospitaliser Mlle L.

## Etablissez le rapport bénéfice / risque de cette hospitalisation

### • Critères d' hospitalisation

- Pas de cause identifiée
- Difficulté de programmer les examens ou de mettre en route la thérapeutique
- Comportement dangereux pour le malade ou l' entourage
- Incapacité des aidants à assumer la surveillance
- Echec d' un traitement

## Cas clinique | 2

Que signalez-vous au médecin qui aura à la prendre en charge en hospitalisation ?

- Bilan étiologique d' un syndrome confusionnel
  - Nécessité d' une surveillance permanente en milieu hospitalier
- **A distance : contrôler l' état cognitif (personne à risque d' un syndrome démentiel)**

# Cas clinique | 3

Monsieur G  
76 ans

vient vous voir, accompagné de sa fille, qui est inquiète :

- son père fait moins de choses, sort peu de chez lui et lit moins régulièrement.
- **Amaigrissement**, mais lorsque le patient est avec sa fille il mange plutôt bien
- Pas d' idées de mort, mais plutôt une **inquiétude diffuse**
- **Troubles progressifs depuis environ 6 mois**, sans facteur déclenchant
- Aucun ATCD dépressif personnel ou familial.

L' **interrogatoire** du patient ne retrouve pas de plaintes particulières. Sa fille signale une **moindre « concentration »** et quelques oublis **« banaux »** pour son âge.

## Quels éléments pourraient évoquer un trouble dépressif ?



# Cas clinique | 3

## Quels éléments manquent pour ce diagnostic ?

Éléments plutôt en faveur d' une

## Dépression

- Baisse des intérêts (sort peu, lit moins, fait moins de choses)
- Amaigrissement (mais appétit conservé en présence de sa fille)
- Inquiétude diffuse
- Des troubles de la concentration
- La durée des troubles (début progressif il y a 6 mois).

Mais certains éléments ne sont pas observés comme :

- La tristesse de l' humeur voire une douleur morale
- Un ralentissement psychomoteur
- Une asthénie
- Un sentiment de dévalorisation
- Des troubles du sommeil
- Des idées de mort.

# Cas clinique | 3

Quels éléments pourraient plutôt évoquer un trouble cognitif ?

Quels éléments faut-il rechercher pour ce diagnostic ?

Éléments plutôt en faveur d' un

## Trouble cognitif

- Des **oublis**, même considérés « banaux » pour l' âge selon sa fille (à préciser par l' interrogatoire)
- **Absence de facteur déclenchant** retrouvé
- **Baisse d' autonomie dans sa vie quotidienne**, la baisse d' activité et d' intérêt constatée au quotidien pouvant aussi s' expliquer par les troubles cognitifs

Des éléments manquent et sont à rechercher :

- Des troubles du langage, des praxies et/ou des gnosies
- Un trouble des fonctions exécutives
- Une désorientation temporo-spatiale...

# Cas clinique | 3

## Quels examens complémentaires Proposez-vous ?

Compléter l'interrogatoire du patient et de sa famille pour préciser les éléments non rapportés dans l'observation :

- Examen clinique complet indispensable : recherche des pathologies organiques associées ainsi que des éléments neurologiques
- MMS + IADL
- Dans un premier temps Bilan biologique simple de débrouillage (NFS, Ionogramme sanguin, Albuminémie, Calcémie, TSH-us, vit B12, folates)
- A compléter en fonction des antécédents de la clinique ou des premiers résultats biologiques
- Imagerie cérébrale (IRM) à la recherche d'atrophie hippocampique et/ou de lésions vasculaires (joue également un rôle dans le diagnostic différentiel)



# Cas clinique | 3

## Intérêt d'un traitement antidépresseur ?

- Non-anti-cholinergique, type IRS
  - A discuter en fonction de la réalité ou non des éléments dépressifs : une amélioration des troubles cognitifs sous antidépresseur n'élimine pas le diagnostic de démence.
  - La présence comme ici de troubles de la concentration et d'oublis ne devra pas être banalisée : les symptômes dépressifs sont alors révélateurs des troubles cognitifs
- **Un bilan cognitif plus complet sera à programmer en consultation spécialisée**

- **Soirée 2**

- Retour sur les objectifs et l' évaluation
- Présentation des dispositifs existants
- Au travers de cas cliniques, information sur :
  - L' adaptation des ressources aux situations
  - les thérapeutiques
  - les facteurs vasculaires
  - La recherche
  - La génétique

# Soirée 2 | Atelier 1

Répondre aux  
interrogations pour lever  
les incertitudes et  
connaître les possibilités  
de prises en charge

# Lever les incertitudes

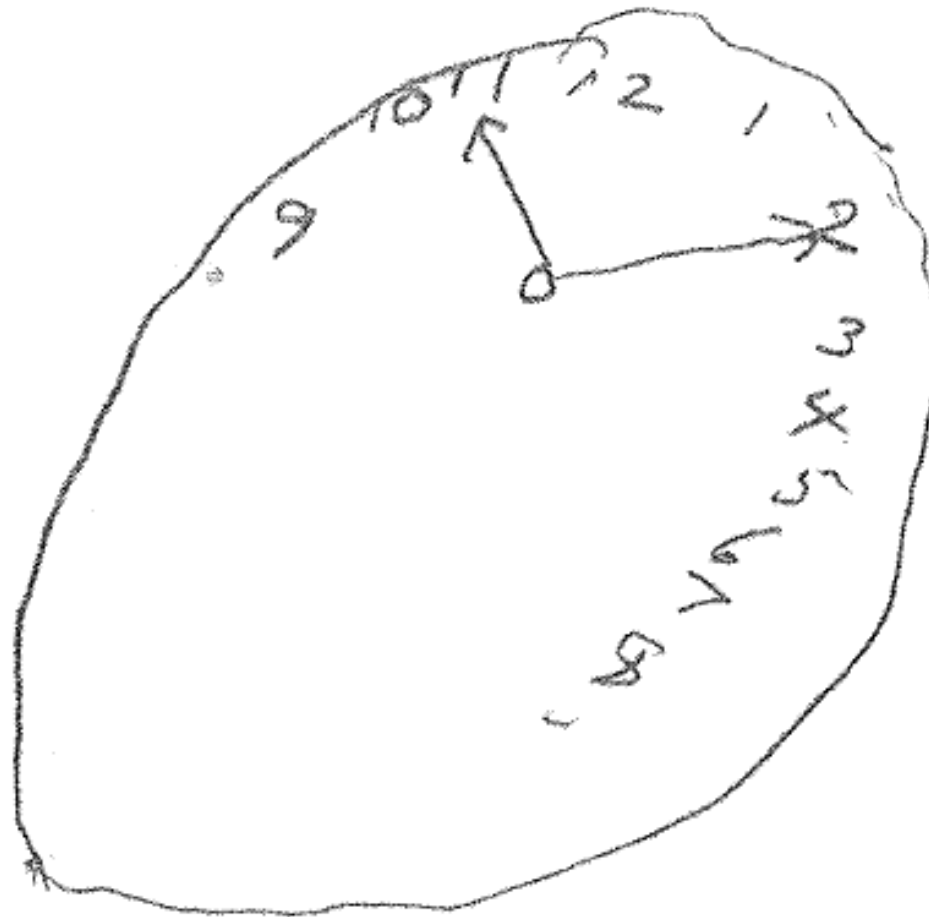
- **Les objectifs de l'évaluation**
  - Repérer systématiquement les troubles de la mémoire chez les patients de plus de 75 ans une fois par an
  - Utiliser les outils adaptés pour évaluer les troubles cognitifs (MMS, horloge...)
  - Rechercher le retentissement des troubles cognitifs sur la vie quotidienne (IADL) et mettre en place, si nécessaire, un plan d'aide adapté
  - Rechercher les troubles thymiques et comportementaux (à l'aide du test NPI simplifié)

# Lever les incertitudes

- **Les objectifs de l'évaluation I suite**
  - Faire un examen clinique orienté pour apprécier l'état général et neurologique du patient
  - Demander systématiquement une biologie comportant TSH, Hémogramme, Iono sanguin, Calcémie et Glycémie
  - Demander systématiquement une IRM cérébrale (si contre-indication un scanner)
  - Rechercher systématiquement le risque iatrogène dans le traitement du patient
  - Confier le patient au spécialiste en cas de trouble cognitif avéré

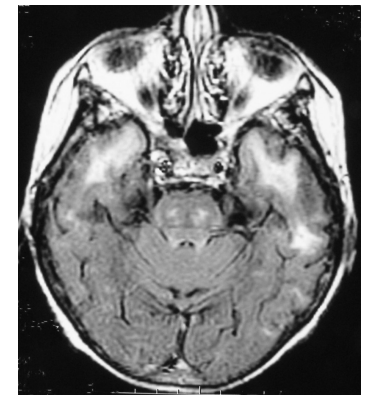
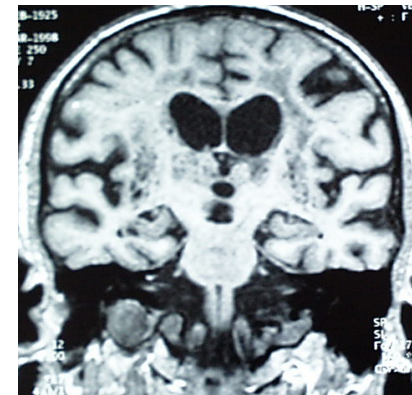
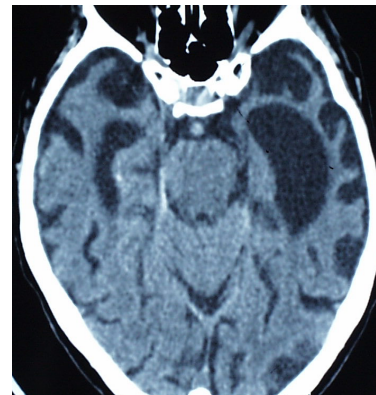
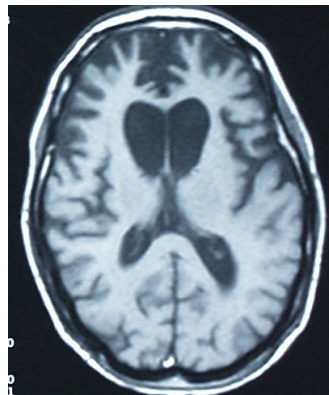
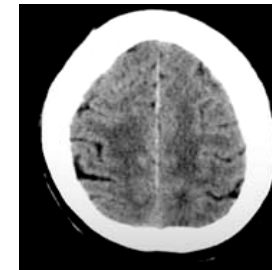
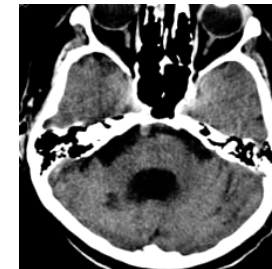
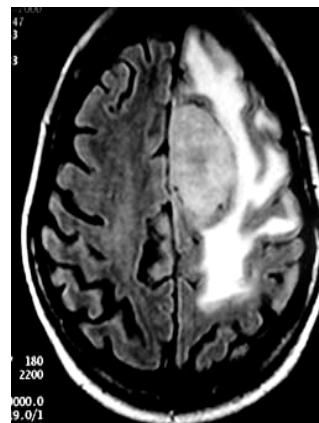
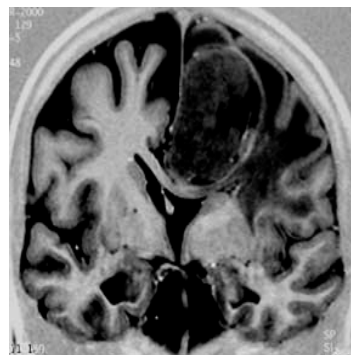
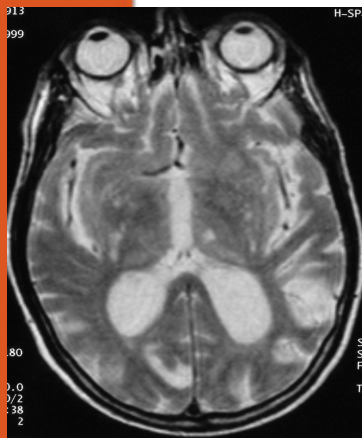
# Lever les incertitudes

- Exemples significatifs | Horloge



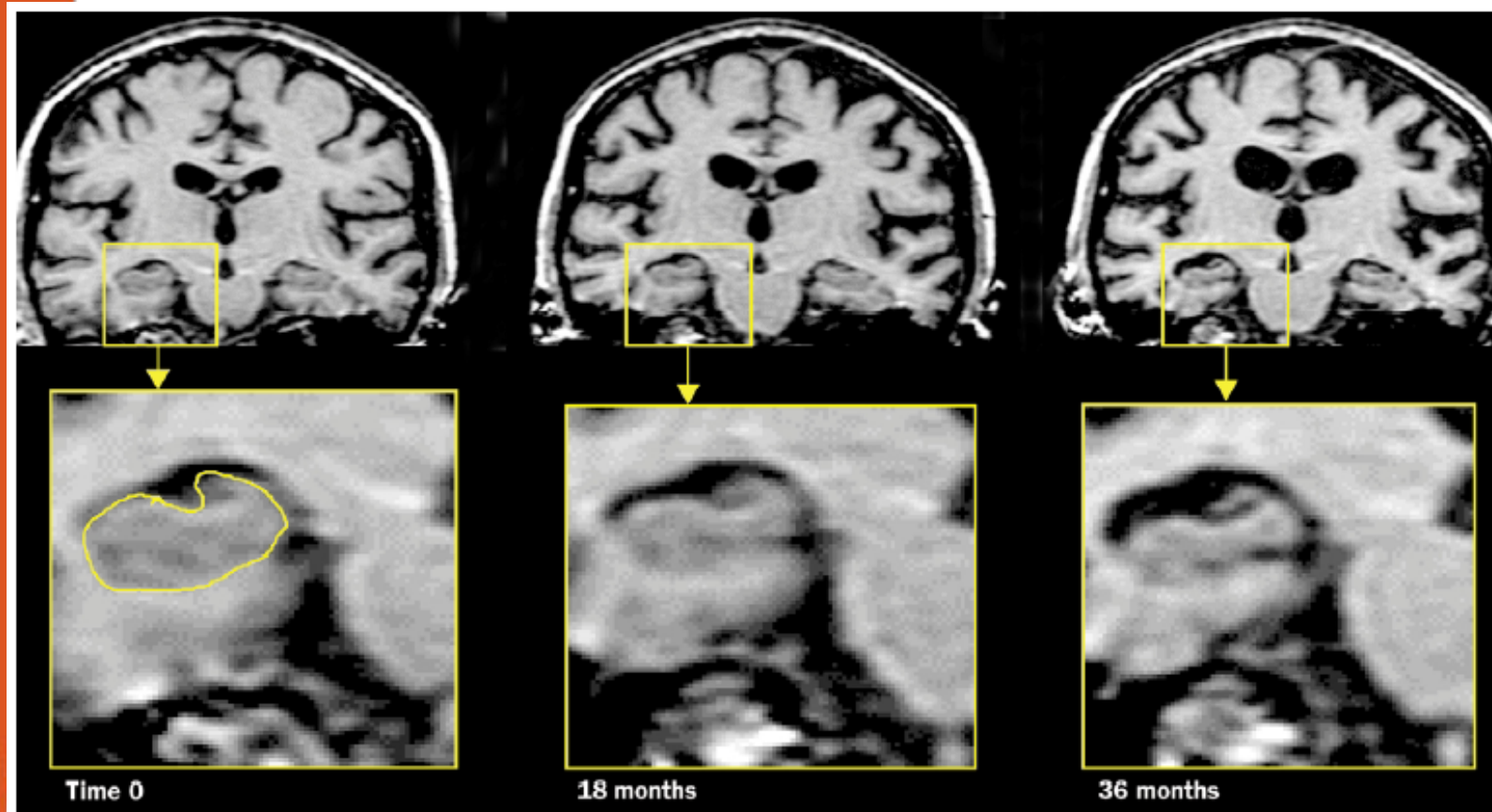
# Lever les incertitudes

- Exemples significatifs | Imagerie



# Lever les incertitudes

- Exemples significatifs | Imagerie





# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- Les MAIA (mesure 4)
  - **Processus d'intégration et de concertation**
    - Espaces collaboratifs (tactique, stratégique, clinique) et co-responsabilisation des acteurs
    - Mode d'organisation partagée entre les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'un même territoire, réunis autour de pratiques et d'outils partagés, qui constituent un **guichet « intégré »**
    - Evaluation, prise en charge globale et suivi des patients ayant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle par un « **gestionnaire de cas complexes** », référent unique et interlocuteur direct de la personne (en lien avec le médecin traitant)

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

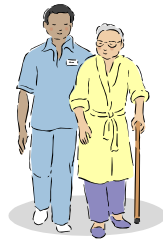
- Les MAIA | suite

- pour

- Renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants
  - Simplifier les parcours, réduire les doublons en matière d'évaluation, éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes et améliorer la lisibilité des orientations
- **Réponse harmonisée, complète et adaptée aux besoins**

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

## • Les MAIA | suite



Rééducation



Ressources Alzheimer



Réseaux de soins



Bénévoles



Association malades



Aides à domicile



Etablissements médico-sociaux



MDPH



MDS  
Mairies / CCAS  
EPCI  
Maison des services



Hôpital



Infirmiers Libéraux



Médecins Libéraux

Accueil de Jour  
Hébergement temporaire



Services sociaux  
(caisses de retraite, MDS...)

ASSISTANTE SOCIALE



CLIC



SSiAD

HAD



## Les partenaires qui composent la MAIA

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **Les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD, mesure 6)**
  - **Intervention à domicile visant à améliorer ou à préserver l'autonomie de la personne dans les activités de la vie quotidienne et à réduire l'impact de la maladie sur l'aidant**
    - Etat des lieux et définition des objectifs
    - Prestation dite « de soins de réhabilitation et d'accompagnement » réalisée par une équipe spécialisée composée de psychomotricien, ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie, basée dans un SSIAD
    - Pour des patients au stade précoce (MMS > 17)
    - 12 à 15 séances prises en charge à 100%, sur prescription médicale (renouvelable une fois)

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **Les plateformes de répit et d'accompagnement (mesure 1)**
  - **Relais professionnel offrant une pause aux aidants de patients Alzheimer**
    - Le plus souvent familiaux (conjoints ou enfants dans la majorité des cas)
    - Pour pallier à leur épuisement
    - Proposition d'une palette diversifiée de dispositifs : information, écoute, soutien psychologique, accueil de jour, hébergement temporaire, accompagnement de la personne malade (garde de nuit, service à domicile de type « baluchonnage »...), séjour de vacances aidant / aidé...

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **Les unités cognitivo-comportementales (UCC, mesure 17)**
  - **Prise en charge spécifique pour les patients jeunes et âgés, à domicile ou en institution, présentant des troubles du comportement**
    - Unité sécurisée de 10 à 12 lits au sein d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique ou polyvalent
    - Programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale
    - Pour stabiliser ces troubles et assurer les soins à l'origine de la situation de crise (en l'absence d'une indication de court-séjour en spécialité d'organe ou de réanimation)
  - Dans l'objectif de revenir au domicile d'origine

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **Les Pôles Activités et de Soins adaptés (PASA, mesure 16)**
  - **Accueil en journée des résidents d' EHPAD ayant des troubles du comportement modérés**
    - 1 ou plusieurs fois par semaine
    - Activités sociales et thérapeutiques menées par des professionnels formés dans un environnement adapté
    - Implication des familles

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **Les Unités d'hébergement renforcée (UHR, mesure 16)**
  - Hébergement permanent en USLD ou EHPAD de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée avec troubles du comportement sévères
    - Activités sociales et thérapeutiques menées par des professionnels formés dans un environnement adapté
    - Implication des familles



# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **La visite longue du médecin traitant au domicile du patient**
  - **Situer le patient dans son cadre de vie habituel**
    - Déplacement à domicile
  - **Vérifier l'adéquation entre ses besoins, ceux de son entourage et les moyens thérapeutiques et médico-sociaux mis en place**
    - Convention entre médecins et CNAMTS
    - Patient diagnostiqué, diagnostic posé
    - Déroulé à adapter suivant le stade de la maladie

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **La visite longue I suite**
  - **Reparler du diagnostic**
    - Nommer la maladie : ne pas aborder ou détourner la question nuit à la prise en charge et à la qualité du suivi de l'aidant et de son entourage
    - S'adresser directement au patient pour l'aider à exprimer ses besoins, ses difficultés, ses émotions mais également les activités réalisées sans problème
      - « *Je constate que vous êtes... je comprends pourquoi vous ressentez que... vous vous débrouillez bien...* »
    - Dans un second temps, questionner l'aidant

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- La visite longue I suite

- Réaliser l'évaluation médicale, psychosociale et environnementale

- Différente d'une évaluation gériatrique standardisée
- Éléments à privilégier (HAS décembre 2011) :
  - Chutes « *Avez-vous des troubles de l'équilibre ?* »  
« *Etes-vous tombés récemment ?* »
  - Poids « *Avez-vous perdu du poids ?* »
  - Désorientation spatiale « *Avez-vous des difficultés pour retrouver les pièces de la maison ?* »  
« *Vous perdez-vous à l'extérieur de la maison ?* »
  - Conflits « *Y a-t-il des sujets de disputes ou des conflits entre vous ?* »
  - Sommeil « *Comment se passe la nuit ?* »

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **La visite longue I suite**

- **Repérer les besoins du couple aidant-aidé tout au long d'une journée**

- Dérouler avec le patient et son proche la façon dont se passe concrètement une journée pour identifier les nouveaux besoins et mettre en œuvre les aides adéquates

*« Qu'est ce qui vous gêne le plus ? »*

- Repérer les moments difficiles et ceux où cela se passe bien, et valoriser ces séquences

*« Qu'est-ce qui se passe vraiment bien pour vous ? »*

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- La visite longue I suite

- Evaluer l'implication de l'aidant

- Repérer sur quoi, dans quoi, comment intervient l'aidant dans la vie de tous les jours, où il est compétent, ce qu'il souhaite continuer de faire, là où il pourrait être relayé

*« Qu'est-ce que vous êtes prêts à faire ? En quoi vous sentez-vous à l'aise ? Si vous ne deviez garder qu'une chose, que préféreriez-vous ? Activités de soin ou occupationnelles ? »*

- Faire ainsi le point sur l'intervention des professionnels à domicile

- Occasion de discuter des échecs, des aides essayées, d'évoquer le recours à de nouvelles ressources

*« Comment se passe la toilette, l'habillage, la prise de médicament ? Les repas ? Qui les prépare ? Comment faites-vous les courses ? Qui s'occupe du ménage ? De l'entretien du linge ? Sortez-vous vous promenez ? Seul ou accompagné ? Avez-vous d'autres loisirs ? Pourquoi selon vous cela n'a pas marché ?... »*

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

## • La visite longue I suite

### – Sécuriser la vie quotidienne au domicile

- Repérer sur quoi, dans quoi, comment

« Avez-vous une voiture ? Avez-vous eu des accidents ? »

« Avez-vous une cuisinière à gaz ? L'utilisez-vous ? »

« Avez-vous une carte bancaire ? L'utilisez-vous ? »

« Etes-vous chasseur ? Avez-vous des armes à la maison ? »

« Avez-vous des animaux ? Qui s'en occupe ? »

- Il vous est également possible de trouver un motif pour ouvrir le réfrigérateur afin d'en vérifier le contenu.

### – Informer sur les dispositifs existants

- Besoin de coordination et d'information sur les ressources

– Pour tous : MAIA, réseaux mémoire, CMRR, CMP

– Personnes < 60 ans : + MDPH

– Personnes > 60 ans : + CLIC, réseaux géronto, ESAD

– Besoin de répit de l'aidant : accueil de jour, halte-répét, plateforme de répit, association de famille...

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **La visite longue I suite**
  - **Pallier aux difficultés financières**
    - Informer sur les aides financières possibles
      - Caisse d' Assurance Maladie : prise en charge des soins à 100% au titre de l' ALD 15 (sur ordonnance du médecin traitant)
      - Allocation personnalisée pour l' Autonomie (APA / délivrée par le Conseil Général) : après 60 ans
      - Prestation de compensation du handicap (PCH / MDPH) et allocation adulte handicapé (AAH / MDPH) : avant 60 ans
      - Aide sociale (Conseil Général)
      - Carte d' invalidité (MDPH)
    - Traitement spécifique des patients jeunes
      - Médecine du travail, centre de génétique...
      - Contactez le Centre national de référence pour les malades Alzheimer jeunes : liste des référents médicaux sur [www.centre-alzheimer-jeunes.fr](http://www.centre-alzheimer-jeunes.fr)

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **La visite longue I suite**

- **Préparer l'avenir**

- Informer sur les mesures de protection future et les directives anticipées

- A aborder quand la personne est encore peu affectée et si le moment est opportun

- *« Avez-vous pensé à l'avenir et à la gestion de vos biens ? »*

- **Repérer la souffrance et les signes d'épuisement de l'aidant**

- Evaluation de sa fatigue physique

- *« Qu'est-ce qui vous fatigue le plus ? Sur une échelle de 0 à 10 (0 pas fatigué du tout et 10 extrêmement fatigué), quelle note donneriez-vous à votre fatigue actuellement ? »*

- Evaluation de son état psychologique

- *« Avez-vous parlé de la maladie de votre proche à quelqu'un de votre entourage ? Avez-vous arrêté des loisirs auxquels vous teniez ? Vous sentez-vous triste sans gaieté dans la journée ? Qu'est-ce qui vous fait plaisir ? »*



# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

## • La visite longue | Le test de mini-Zarit

– Evaluer la souffrance des aidants dans le maintien du malade à domicile

Notation : 0 = jamais    ½ = parfois    1 = souvent    0    ½    1

1. Le fait de vous occuper de votre parent entraîne t-il :

- Des difficultés dans votre vie familiale ?
- Des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs ou dans votre travail ?
- Un retentissement sur votre santé (physique et ou psychique) ?

2. Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?

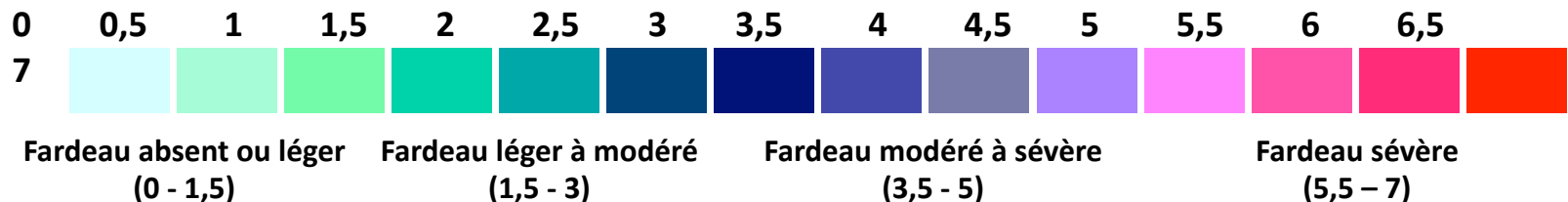
3. Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?

4. Souhaitez-vous être davantage aidé pour vous occuper de votre parent ?

5. Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?

Score : ...+...+...+...+...+...+... = ..... / 7

Total : .....



# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **La visite longue I suite**
  - **Si l'aidant ne va pas bien**
    - Ne pas hésiter à faire le lien avec le médecin traitant de l'aidant
      - « Voulez-vous que j'appelle votre médecin et que je lui en parle ? Je vous donne un courrier pour votre médecin. »
    - Lui proposer une formation pour l'aidant
      - L'orienter vers l'antenne locale de France Alzheimer
      - [www.francealzheimer.org](http://www.francealzheimer.org)
      - Autres associations labellisées du secteur
    - Pour acquérir des attitudes et des comportements adaptés aux situations de la vie quotidienne et éviter d'éventuelles maltraitements
    - Réunions d'information et d'aide aux aidants mises en œuvre par les partenaires locaux

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **La visite longue I suite**

- **Prévenir la iatrogénie médicamenteuse**

- Polymédication fréquente chez la personne âgée : majoration du risque iatrogénique grave
  - Réévaluation régulière des prescriptions
  - Prise en compte des comédications, de la fonction rénale... pour éviter surdosage et interaction

*« Tous les médicaments ont-ils toujours leur raison d'être ?  
Les traitements spécifiques de la maladie sont-ils bien tolérés ? Le rapport risque/bénéfice est-il favorable au maintien de la prescription actuelle ? »*

- **Iatrogénie des neuroleptiques**

- Prescrits pour les troubles du comportement perturbateurs (cris, agitation, agressivité, déambulation), ils provoquent des effets indésirables (sédation excessive, troubles de la marche, chutes, AVC, décès)

➤ **Tout trouble du comportement doit faire l'objet d'une enquête et d'un bilan diagnostique**

# Les dispositifs du Plan Alzheimer 2008-2012

- **La visite longue | suite**
  - Ne remplace pas la visite du suivi habituel
    - VL : 46 €
    - MD (majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée hors astreinte régulée) : 10 € +/- IK (indemnités kilométriques pleines, au delà de 2 km aller / 2 km retour)
      - Soit une cotation à 56 € +/- IK (VL+MD+IK)
  - Pour rappel, cotation pour l'évaluation des troubles cognitifs :
    - ALQP006 : 69,12 €

## Soirée 2 | Atelier 2

Répondre aux besoins en adaptant les orientations thérapeutiques, sociales et médico-sociales

**Vous êtes appelés au domicile de Monsieur J, 79 ans, par sa belle-fille**

# Cas clinique | 1

Patient atteint d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée il y a 5 ans. Son MMS était à 16/30 lors de son dernier contrôle.

- Depuis une semaine, ses troubles comportementaux se sont nettement majorés
- Depuis le début du suivi, il a toujours été très méfiant mais il refuse à présent, régulièrement, d'ouvrir sa porte aux aides à domicile
- Il mange moins car il pense qu'on veut l'empoisonner
- Il signale également que son voisin lui vole son courrier
- Lors de la discussion, il n'y a pas de possibilité de lui faire évoquer le moindre doute sur la véracité de ses dires
- Il n'y a pas d'hallucinations

## Que faites-vous ?

# Cas clinique | 1

- **Éliminer une cause organique ou iatrogène**
- **Rechercher des éléments en faveur d' un trouble dépressif délirant**
  - Présence ici de notion de mort au travers de l' empoisonnement, de troubles alimentaires, d' un délire de préjudice.
  - Mais y a-t-il une baisse des intérêts, une vision pessimiste de l' avenir, un ralentissement psychomoteur, des troubles du sommeil, des idées suicidaires...?

Sur la clinique et le bilan biologique demandé, la recherche d' une cause organique a été négative.

- Il n' y a pas non plus d' argument net en faveur d' un trouble anxio-dépressif.
- Il n' y a pas eu de notion de chutes et aucun syndrome extra-pyramidal n' est retrouvé.

Sa belle-fille va venir vivre quelques jours avec lui et ne souhaite pas d' hospitalisation dans l' immédiat. Son état clinique permet actuellement d' envisager cette solution.

# Cas clinique | 1

## Quelle adaptation thérapeutique proposer ?

- **Si l' anxiété prime sur le délire :**
  - Dans ce cas utilisation de benzodiazépines à demi-vie courte
- **Si le délire comme ici semble à l' origine du trouble anxieux et met à terme en danger le patient du fait de ses refus de prise en charge :**
  - En l' absence de cause organique ou iatrogène
  - En l' absence de dépression ou d' anxiété au 1er plan
  - En l' absence d' argument pour une maladie à corps de Lewy...
- Il convient alors de **discuter de l' indication d' un traitement par antipsychotiques atypiques à faibles posologies** en respectant les recommandations de l' ANSM (principalement Risperidone / Risperdal<sup>®</sup>, Olanzapine / Zyprexa<sup>®</sup>, Clozapine / Léponex<sup>®</sup>)
  - La durée du traitement sera assez brève (quelques semaines). Leur utilisation doit cependant rester exceptionnelle vu les problèmes de tolérance que l' on peut rencontrer et de la majoration du risque de décès par trouble cardio-vasculaire.



**Vous êtes appelés au domicile de Madame V, 82 ans, où elle vit seule**

# Cas clinique | 2

Sa famille s'inquiète de l'aggravation de ses troubles du comportement depuis quelques jours.

- Elle est **plus désorientée**, veut sortir en pleine nuit « *chercher ses enfants à l'école* » et présente des **idées de persécution** centrées sur son aide ménagère qui « *l'espionnerait* ».
- Cette patiente est suivie en consultation mémoire depuis 2 ans.
- Un diagnostic de maladie d'Alzheimer avec lésions vasculaires associées avait été posé et elle est traitée par IChE.
- Son MMS était à 14 lors de la dernière consultation.

**Quel diagnostic évoquez-vous ?**

**un syndrome confusionnel**

**Que faites-vous ?**

- Rechercher une cause organique à l'origine de ces troubles
- Réaliser un examen clinique le plus complet possible pour orienter la prise en charge et la demande de bilans complémentaires

# Cas clinique 1 2

- **Principales causes de confusion en gériatrie**

- Infections avec ou sans hyperthermie
- Médicamenteuses
- Troubles métaboliques
- Divers (fécalome, globe urinaire, douleur...)
- Décompensation cardio-vasculaire
- AVC, hématome sous-dural
- ...

- **Autres causes de confusion en gériatrie**

- Causes organiques multiples
- Causes environnementales
  - ▶ Attitude inadaptée de l'aidant
  - ▶ Changement de soignant ou d'aidant
  - ▶ Traumatisme psychologique

- **Son traitement actuel comprend (hors IChE) :**

- Digoxine 1cp tous les jours
- Oxybutynine (Ditropan®) 1cp /jour
- Sulfate de morphine (Skénan®) 30 mg 1cp x2 /
- Furosémide (Lasilix®) 40 mg/j
- Chlorure de potassium (Diffu K®) 600 mg/j

- Clorazépam (Tranxène®) 10mg x4/j
- Hydroxyzine (Atarax®) 100mg/j le soir au coucher
- Fluoxétine (Prozac®) 30 mg/j

# Cas clinique | 2

## Risque confusiogène de chaque médicament ?

- En cas de surdosage en digoxine
- Effet anticholinergique de l'oxybutynine
- Effet anticholinergique avec l'hydroxyzine à cette posologie
- Effets neurologiques des morphines plus risque de constipation
- Possibles troubles ioniques avec le furosémide
- Accumulation de benzodiazépines à demi-vie longue chez une PA
- Interaction IRS / donépezil et galantamine
- Risque d'une stimulation excessive du SNC avec le fluoxétine, de troubles du sommeil et d'agitation...
- Arrêt, introduction récente ou modification de posologie
- Erreur de prise dans ce contexte

## Que faites-vous ?



# Cas clinique 1 2

L' examen clinique n' oriente pas le diagnostic.

## Que faites-vous ?

- **Bilan minimum**
  - NFS, CRP, ionogramme sanguin, glycémie, calcémie, créatinine, digoxinémie
- **En deuxième intention**
  - ASP + thorax
  - Bilan hépatique, TSH, ECG

La recherche d' une cause organique a été négative sur la clinique et le bilan complémentaire demandé.

## Que faites-vous ?

### Indication de l' hospitalisation

- Gravité de la cause
- Absence de réponse au traitement
- Doute diagnostique
- Isolement
- Epuisement des aidants
- Dangerosité pour elle-même ou l' entourage

Madame J,  
54 ans,  
secrétaire

# Cas clinique | 3

**Sans antécédent personnel notable, présente des troubles de mémoire depuis 3 ans, mis sur le compte initialement d'un surmenage professionnel, qui a nécessité depuis 18 mois un arrêt de travail.**

- Elle a noté progressivement un manque du mot, des difficultés en calcul et en orientation spatiale, des troubles de programmation et de raisonnement, puis des troubles praxiques
- Initialement, elle a reçu de la tianeptine (Stablon®) à doses efficaces pendant plusieurs mois sans succès
- Le diagnostic de maladie d'Alzheimer a finalement été posé devant le profil neuropsychologique (syndrome amnésique à tous les modes et autres troubles cognitifs), et l'atrophie corticale globale particulièrement sévère dans les régions hippocampiques.
- Le MMS est à 17
- Son mari travaille encore, elle reste seule à la maison dans la journée
  - Plusieurs fois elle a cherché à sortir faire des courses et s'est égarée.
  - Des passants compatissants l'ont aidée à appeler son mari pour qu'il vienne la chercher.

# Cas clinique | 3

## Quelles mesures médico-sociales peuvent lui être proposées ?

- ALD 15
- Longue maladie (mise en invalidité après 3 ans)
- Prestation de compensation du handicap
- Carte d'invalidité
- Désignation de la personne de confiance
- Protection juridique
- Arrêt de la conduite automobile
- Essayer de lui faire accepter la présence d'une auxiliaire de vie avec qui elle pourra sortir
- Recours au gestionnaire de cas MAIA ou à l'IDE coordinatrice de Méotis pour établir le plan d'accompagnement
- Mise en contact avec les associations de famille (Flandres Alzheimer [www.alzheimer-adna.com/Ass/FlandreAlzheimer.html](http://www.alzheimer-adna.com/Ass/FlandreAlzheimer.html))

# Cas clinique | 3

- **Discuter la liberté de choisir entre le risque :**
  - Laisser sortir avec des coordonnées pour qu' on appelle son mari si elle est perdue (+ / - bracelet ou plaque d' identité sans adresse)
  - Prévenir le voisinage, et les commerçants qui la connaissent, le banquier
- **et l' empêcher de sortir...**

**Elle fait réchauffer les plats préparés le midi, mais n' arrive plus à manipuler si bien les boutons de la gazinière...**

## Peut-on la laisser faire ?

- **Rapidement changer la gazinière contre une cuisinière électrique avec une plaque type vitrocéramique ou induction**
- **Au pire : gazinière avec système de sécurité empêchant l' écoulement de gaz en l' absence de flamme**
- **Essayer le micro-onde**

# Cas clinique | 3

- **Expliquer pourquoi il est inutile de faire remarquer les oublis et les échecs**
  - Voir ce qui le gêne le plus dans cette situation et si possible trouver une solution
- **L' aider à mieux communiquer**
- **L' orienter vers l' antenne locale de l' Association France Alzheimer**  
afin qu' il bénéficie de la « Formation des aidants »
- **Proposer une prise en charge orthophonique pour la patiente**
- **Proposer un accueil de jour voire des séjours de répit (soumis à dérogation car < 60 ans) et une prise en charge par une ESAD**

**La fille de la patiente vous contacte car elle se souvient que sa grand-mère, décédée à 80 ans, perdait aussi la mémoire les dernières années de sa vie.**

- Son grand oncle, qui avait fait plusieurs AVC, avait aussi des troubles de mémoire vers 75 ans mais est décédé d' un infarctus du myocarde
- Sa mère est fille unique. Elle a très peur pour elle-même et vous pose la question de l' hérédité et de la prévention



# Cas clinique | 3

## Que répondez-vous ?

- Dresser l'arbre généalogique permet d'établir le risque
- avant de consulter un centre mémoire ou le Centre national de référence pour les malades Alzheimer jeunes CMRR de Lille pour avoir plus de renseignements et connaître les dernières avancées de la recherche
- Faire connaître la possibilité de la confirmation diagnostique au moment du décès par un prélèvement cérébral

# Cas clinique | 3

Son mari la trouve de plus en plus triste, elle ne veut plus sortir, pleure souvent, ne supporte pas qu' on lui fasse la moindre remarque. Même s' il est patient, il ne peut s' empêcher de lui faire observer ses « *bêtises* » ou ses oublis malgré les nombreux aide-mémoires.

## Comment gérez-vous la situation ?

- **Vérifier si la patiente est vraiment dépressive :**
  - En fait avec vous elle est souriante, ne se dit pas triste, n' a ni trouble du comportement alimentaire ni du sommeil, n' a pas modifié son poids.
  - Elle n' a plus envie de sortir, mais vous comprenez qu' elle n' aime pas se mettre en échec en société.
  - En revanche elle est hyperémotive.
  - Un IRS type citalopram (Seropram® ou Seroplex®) peut l' aider
- **Proposer de l' aide au mari, notamment un soutien psychologique**
  - Il est normal qu' il perde patience
  - Il faut du temps pour accepter la situation.

Monsieur M, 72 ans,  
vit avec son épouse  
de 68 ans  
2 enfants éloignés

# Cas clinique | 4

- Alzheimer avec participation frontale, suivi depuis 3 ans par un neurologue, pas d'aide extérieure
- Autonome pour les actes de la vie quotidienne, troubles de l'humeur, anosognosique
- Progressivement, l'épouse a noté un manque du mot, des difficultés en calcul et en orientation spatiale, des troubles de programmation et de raisonnement, puis des troubles praxiques.

## Motif de la consultation au médecin traitant :

- Exposé des difficultés par l'épouse (difficile à évoquer en présence du mari)
- N'ose plus le laisser seul car risque de fugue et de se perdre
- Veut toujours sortir de la maison pour se promener : jusqu'à présent il faisait le tour du quartier et revenait. Récemment il s'est perdu, et a été ramené par des voisins.
- Si elle ferme la porte à clé, il passe par la fenêtre

# Cas clinique | 4

- Il ne supporte pas d' être contredit ou contrarié :
  - Il a failli à plusieurs reprises l' agresser physiquement ; auparavant ce n' était que verbal : elle commence à avoir peur
- Lorsqu' elle l' emmène faire des courses (ne peut rester seul) :
  - Il a des familiarités mal placées avec les vendeuses
  - Il fait des remarques désobligeantes aux clients (se moque de leur obésité, leur grand nez...)
  - Il a régulièrement des propos à connotation sexuelle

**Quelle conduite à tenir  
lui proposez-vous ?**

**Quelles solutions pour répondre  
à ses difficultés ?**

# Cas clinique | 4

- Si vous ressentez des difficultés pas clairement exprimées, trouver une solution pour rencontrer Madame sans le mari, ou l' éloigner temporairement
- Nécessité d' un réel temps d' écoute
- Education de la famille :
  - Ne pas contredire, ni s' opposer, ni refuser (apprendre à détourner le sujet)
  - Expliquer le comportement frontal, la désinhibition
- Analyser le degré de souffrance
  - Utiliser la mini Zarit
- Organiser la vie au quotidien avec périodes de répit
  - Avoir des activités spécifiques avec son mari, ritualiser, promenade, vaisselle, table à mettre
  - Nécessité de se faire aider pour tenir
    - ▶ Allocation Personnalisée Autonomie
    - ▶ Garde de jour
    - ▶ Accueil de jour
  - Prendre du temps pour elle (loisir, courses, détente)

# Cas clinique | 4

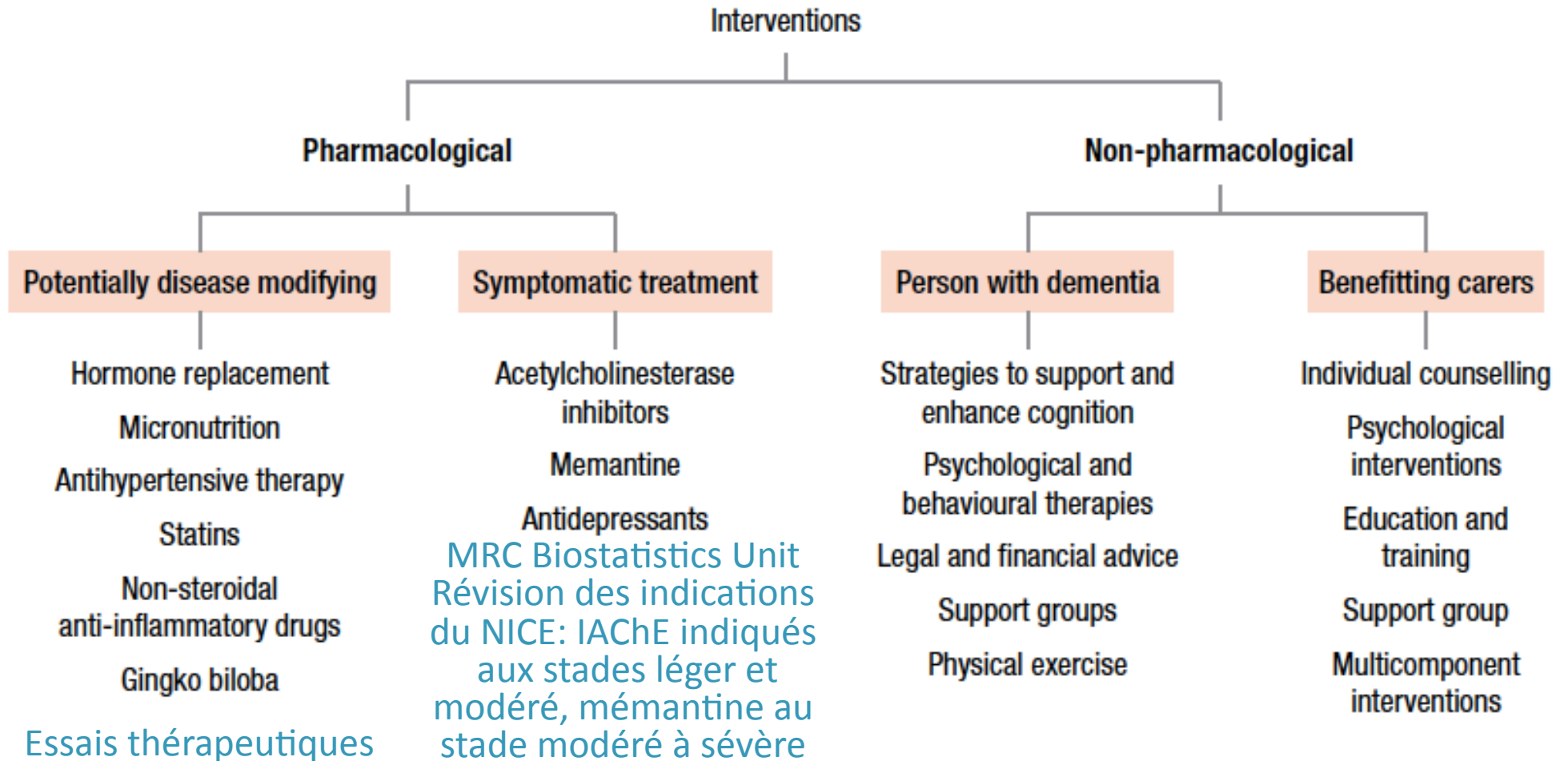
- **Traitement médicamenteux sur l'agressivité**
  - IRS, troubles de l'humeur associés
  - S'assurer qu'il n'y a pas de cause organique
- **Faire appel si nécessaire en cas de majoration des troubles à la mise en place des aides du secteur (à bien connaître)**
  - Service social, CLIC
  - Réseau gérontologique
  - MAIA (ou IDE MEOTIS si le secteur n'est pas couvert) surtout si < 60 ans
  - Recontacter le médecin qui assure le suivi cognitif pour une consultation rapprochée
- **Connaître les ressources si hospitalisation nécessaire (essayer d'éviter les urgences)**
  - Unité cognitivo-comportementale / UHR
  - Court Séjour Gériatrique
- **Juger de la nécessité de préparer une institutionnalisation (proposer la visite d'établissements adaptés)**
  - Connaître les EHPAD du secteur
  - Ceux qui accueillent spécifiquement cette population

# Point sur les thérapeutiques

- **Interventions thérapeutiques précoces efficaces pour :**
  - Améliorer les fonctions cognitives, traiter les symptômes dépressifs, améliorer l'humeur de l'aidant et retarder l'institutionnalisation.
    - **Il est faux de dire que « le diagnostic précoce ne sert à rien » ou qu'il n'y a « rien à faire »**
  - Peu de « preuves » que ces interventions sont plus efficaces si elles sont mises en route au stade précoce de la maladie
  - Difficile au plan éthique et pratique de conduire une étude randomisée contrôlée sur les effets d'un diagnostic précoce versus tardif (une étude observationnelle longitudinale serait possible)
    - **Toutes les recommandations préconisent un diagnostic précoce pour une meilleure prise en charge**

# Point sur les thérapeutiques

- **Type d'interventions**





# Point sur les thérapeutiques

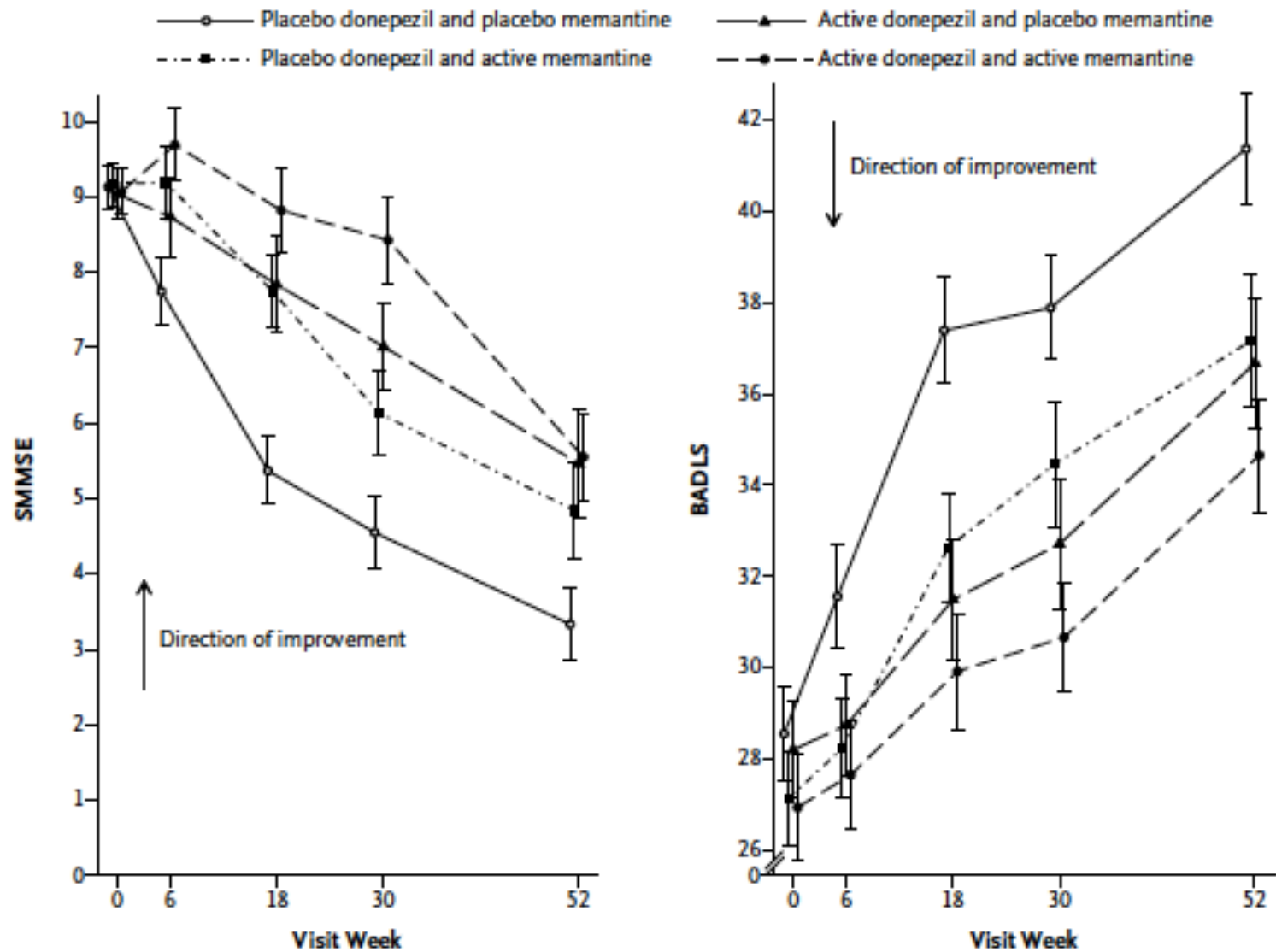
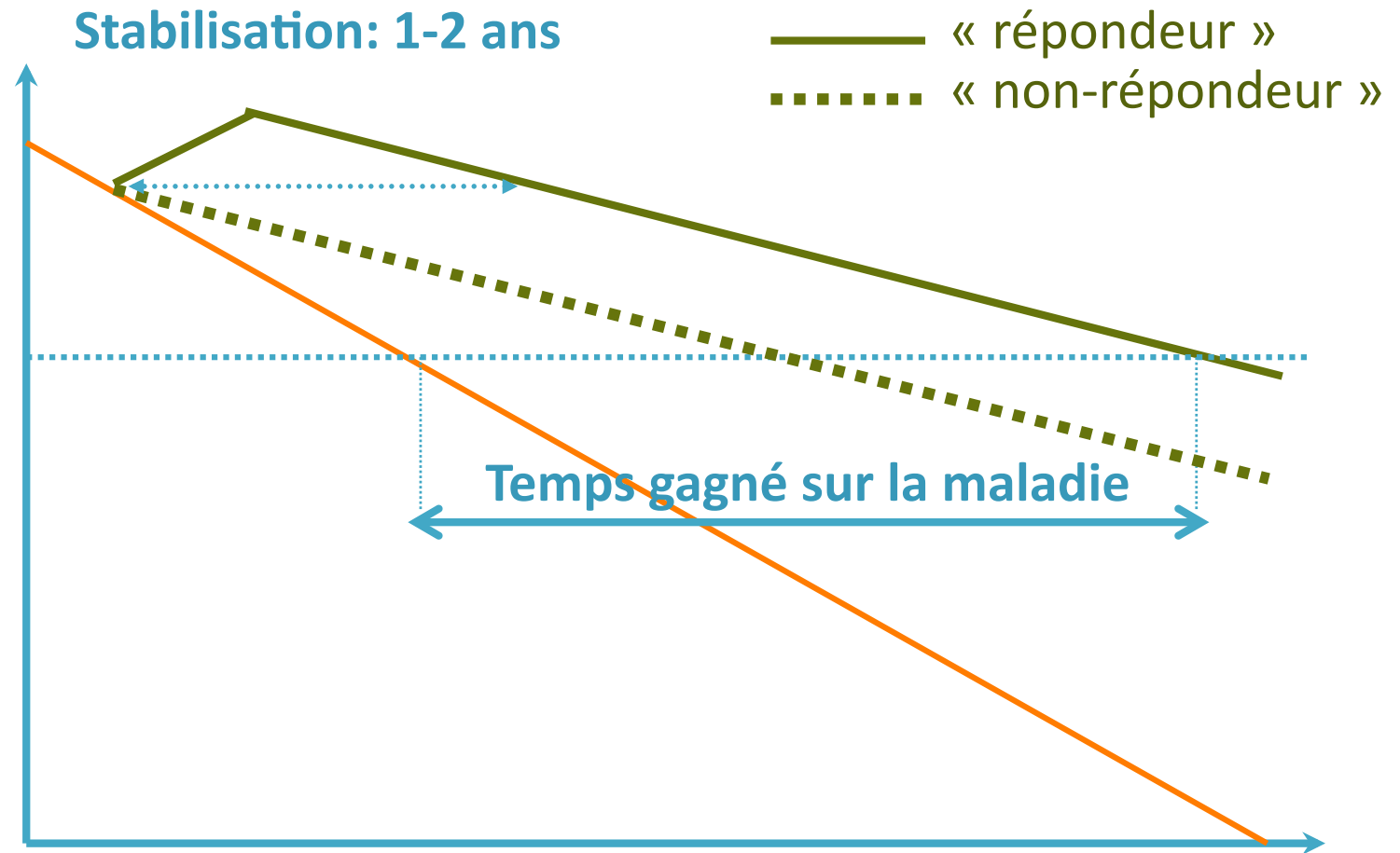


Figure 3. Mean Scores on the Standardized Mini-Mental State Examination (SMMSE) and the Bristol Activities of Daily Living Scale (BADLS), According to Visit Week and Treatment Group.

# Traitements actuels = symptomatiques



# Risques vasculaires (MA et DVa)

- **Facteurs de risques pour la maladie d'Alzheimer à l'âge moyen de la vie**
  - La prévention repose sur la prévention des maladies vasculaires (contrôle de la tension artérielle, du diabète, du cholestérol, du poids (femme), du tabac, de l'alcool ; hyperhomocystéinémie, cardiopathies, sevrage brutal en oestrogènes à la ménopause ?
- **Facteurs protecteurs :**
  - Alimentation « régime méditerranéen », exercice physique, loisirs, convivialité...
    - Ces mesures n'empêcheront peut-être pas la maladie mais contribueront à reculer le moment de sa survenue

# Cas particulier des malades jeunes (< 65 ans)

- **20 000 cas en France**
    - 5 000 < 60 ans
    - Présentation atypique
    - Diagnostics différentiels
      - Délai diagnostique
    - Formes génétiques X 5
    - Conséquences familiales, sociales, financières, médico-légales...
    - Concernés par la recherche
      - Bénéfice aux patients, familles et équipes
      - Egal accès à la recherche
- **Devoir citoyen**

- **Quel type de participation ?**
  - Cohorte (observationnel, suivi standardisé)
  - Recueil ponctuel d'informations (enquête, questionnaire) ou requalification d'un prélèvement biologique (sang, LCR) ou d'un examen complémentaire (imagerie, neurophysiologie) réalisé dans le cadre du soin à visée diagnostique, pour la recherche, nécessitant le consentement du patient
  - Don du tissu cérébral à l'issue du décès (requalification)

- **Quel type de participation ?**
  - Participation à des études cliniques nécessitant des examens supplémentaires à ceux du simple soin : examens cliniques, neuropsychologiques, biologique, d'imagerie, ou une intervention (réadaptation, groupe de parole...)
  - Participation à l'évaluation de nouvelles technologies (tablette, domotique...)
  - Participation au développement de nouvelles molécules diagnostiques (par ex : marqueurs d'imagerie) ou thérapeutiques

- **La majorité des cas de maladie d'Alzheimer sont des cas sporadiques**
  - Moins de 2% sont des formes familiales autosomiques dominantes (au moins deux apparentés du 1<sup>er</sup> degré avec un début < 65 ans) et dans les 2/3 de ces cas familiaux les mutations génétiques sont connues
  - Dans un certain nombre de cas, il existe d'autre cas dans la famille, mais on ne peut affirmer le caractère autosomique dominant (probables facteurs de susceptibilité génétique)

# Sensibilisation au diagnostic précoce et à la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

**Comité thématique Méotis**  
Pr Florence Pasquier, neurologue  
Dr Brigitte Helfrich, généraliste  
Dr Joël Cliche, gériatre  
Dr Patrick Cousin, généraliste  
Dr Pierre Forzy, gériatre  
Dr Patrick Fournier, gériatre  
Pr Raymond Glantenet, généraliste  
Dr Jean Roche, psychiatre  
Mme Karine Fraysse, directrice Méotis

**Aide méthodologique HAS**  
Dr Christian Michel, généraliste

**Soutien logistique , réalisation & évaluation**  
Médecins libéraux et hospitaliers partenaires  
Méotis : IDE coordinatrices, Karine Fraysse  
URPS Médecins Libéraux Nord-Pas-de-Calais :  
Sabine Verroul, Caroline De Paw