



INVITATION SOIRÉE EPU

**CHUTES, CONFUSION, MÉMOIRE :
MIEUX REPÉRER, MIEUX TRAITER**

JEUDI 18 DÉCEMBRE 2025 À 19H45

PROGRAMME

Une soirée organisée et animée par

le Dr Karim Gallouj (Chef du pôle de Gérontologie et Chef du service de Médecine gériatrique - CH Tourcoing)
& le Dr Elise Courtin (Médecin généraliste - Membre de la Formation Médicale Continue Tourcoing-Mouvaux-Neuville)

19h45	Accueil
20h00	LES CHUTES DE LA PERSONNE ÂGÉE : PRISE EN CHARGE ET CONSULTATION DÉDIÉE
20h20	TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : DIAGNOSTICS ET PRISE EN CHARGE
20h40	TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : APPROCHES THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES ET NON MÉDICAMENTEUSES
21h00	QUESTIONS/RÉPONSES
21h15	Cocktail dînatoire

Hôpital de Jour
Consultations gériatriques
(chutes – mémoires –
plaies chroniques –
oncogériatrie - prévention du
vieillissement- Botox)

Equipe Mobile de
Gériatrie (EMG)

EGED

Soins Médicaux et de
Réadaptation (SMR)
Gériatrique
Soins médicaux et de
Réadaptation Polyvalent

Court Séjour Gériatrique (CSG)

EHPAD
Isabeau du Bosquel

EHPAD Les Maisonnées
Unité d'Hébergement
Renforcée (UHR)

EHPAD Mahaut de Guisnes
Pôle d'Activité de Soins Adaptés
(PASA)

Unité de Soins de Longues Durée (USLD)
Mahaut de Guisnes

Filière gériatrique
de territoire



LES CHUTES DE LA PERSONNE ÂGÉE : PRISE EN CHARGE ET CONSULTATION DÉDIÉE

Docteur Valentina Martinelli
Gériatre
CH DRON, Tourcoing



Tourcoing, le 18 décembre 2025



CHUTE :



Perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité, faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait



CHUTES REPETEES:

au moins deux chutes sur un intervalle de temps de 12 mois

CHUTE GRAVE:

- une chute avec au moins une autre chute dans la dernière année (chutes répétées)
- une chute qui justifie une hospitalisation ou une intervention médicale.
- une chute avec station au sol de plus de 1 heure.
- une chute chez une personne fragile.
- une chute sans cause évidente, faisant suspecter une perte de connaissance.



Quelques chiffres récents...

Chaque année en France: 100 000 hospitalisations,
10 000 décès liés aux chutes chez > 65 ans. [2022]

Prévalence de 10% pour les chutes répétées (au
mois 2 chutes en 12 mois).
[Maunourry et al. 2008]

Le 39% des résidents en maison de retraite font
des chutes multiples.

[Lord, Ward et al., 1993]



Facteurs prédisposant:

- Âge > 80 ans
- Sexe féminin
- ATCD de fractures traumatiques
- Polymédication (> 4 lignes)
- Prise de BDZ, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques, diurétiques, antiarythmiques
- Troubles de la marche et de l'équilibre
- Faiblesse musculaire des membres inférieurs
- IMC < 21Kg/m² et/ou perte de poids (>5% en 1 mois ou >10% en 6 mois)
- Arthrose des membres inf ou du rachis
- Anomalie des pieds
- Troubles de la sensibilité des membres inf
- Baisse de l'acuité visuelle
- Syndrome dépressif
- Déclin cognitif



Facteurs précipitant:

- Maladies cardiovasculaires
- Hypotension orthostatique
- AVC, épilepsie, état confusionnel
- État infectieux
- Vertiges
- Hyponatrémie, hypoglycémie
- Chaussures non adaptées
- Consommation d'alcool
- Environnementaux: éclairage, encombrement de la configuration du lieu de vie, tapis ...



Signes de gravité:

- Traumatisme physique
- Impossibilité de se relever seul, station au sol > 1 heures
=> rhabdomyolyse
- Hypothermie, escarre, PNP, déshydratation
- Syndrome post-chute

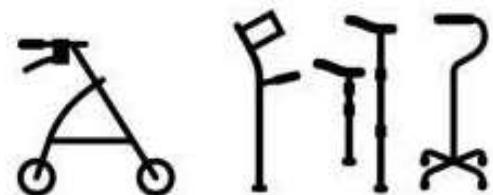
Les trois questions pour repérer un risque de chute chez une personne âgée :



1. Êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois ?
2. Vous sentez-vous instable en vous mettant debout ou en marchant ?
3. Avez-vous peur de tomber ?

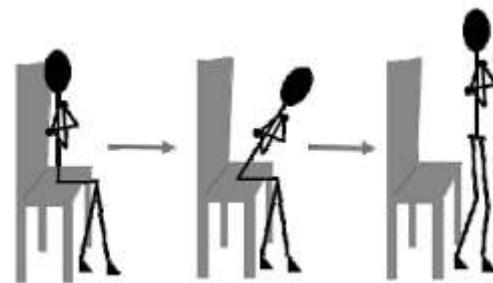
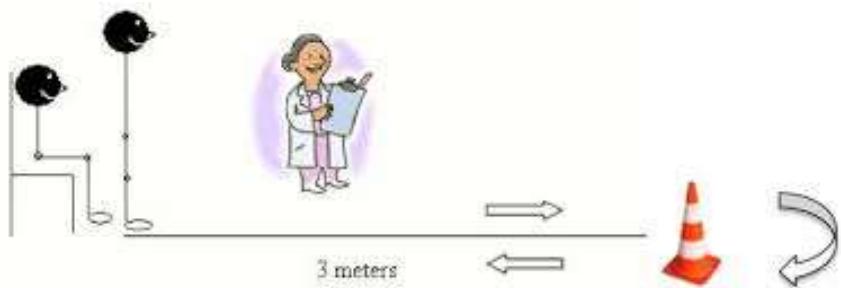
CONSULTATION CHUTE :

- Courrier d'adressage
- Antécédents
- Traitements habituels
- Si trouble cognitif => accompagner le patient
- Biologie récente si disponible
- Aide technique à la marche + + +



CONSULTATION CHUTE :

- Mode de vie/statut fonctionnel
- Détection des éléments de fragilité
- Evaluation du chaussage
- Timed Up and Go test (TUG)
- Station unipodale
- Test du lever de chaise
- Double tâche



PAS DE CONSULTATION CHUTE SI:

- Le/la patient(e) ne déambule plus
- Troubles cognitifs très évolués avec impossibilité à comprendre les consignes
- Traumatisme physique très récent



INDICATION A UN HDJ CHUTE :

- Si TUG > 20 sec
- Troubles de la marche et de l'équilibre importants avec risque de chute élevé



HÔPITAL DE JOUR CHUTE

2 offres :

- Une existante: HDJ diagnostic
- Une deuxième qui sera mise en place dans un avenir proche: HDJ de rééducation dite HDJ SMR

HÔPITAL DE JOUR CHUTE

Diagnostic

Suite à une consultation chute

Suite à une demande d'un médecin

L objectif : évaluer le risque de chute et proposer un plan d'accompagnement personnalisé.

HÔPITAL DE JOUR CHUTE

Diagnostic

- Accueil administratif par secrétaire
- Prise en charge par IDE : questionnaire gérontologique, biologie
- Evaluation par diététicienne
- Evaluation gériatrique
- Évaluation par rééducateur (kiné/podo/ Ergo)
- Analyse de la sur tapis de marche
- Ostéodensitométrie à US

HÔPITAL DE JOUR CHUTE

Rééducation

- A venir
- Rééducation sur tapis de marche avec simulation d'obstacles
- Travail avec masque de réalité virtuelle
- Travail sur le souvenir de la marche avec psychologue: TCC, EMDR

Merci pour votre attention

Hôpital de Jour
Consultations gériatriques
(chutes – mémoires –
plaies chroniques –
oncogériatrie - prévention du
vieillissement- Botox)

Equipe Mobile de
Gériatrie (EMG)

EGED

Soins Médicaux et de
Réadaptation (SMR)
Gériatrique
Soins médicaux et de
Réadaptation Polyvalent

Court Séjour Gériatrique (CSG)

EHPAD
Isabeau du Bosquel

EHPAD Les Maisonnées
Unité d'Hébergement
Renforcée (UHR)

EHPAD Mahaut de Guisnes
Pôle d'Activité de Soins Adaptés
(PASA)

Unité de Soins de Longues Durée (USLD)
Mahaut de Guisnes

Filière gériatrique
de territoire



Recommandations pour le diagnostic de la Maladie d'Alzheimer

Dr Karim Gallouj

Pôle de gérontologie CH de Tourcoing

EPU 18 /12/25

Quels sont les différents stades de la maladie d'Alzheimer ?

Alzheimer Association Working Group

- Troubles neurocognitifs mineurs liés à une maladie d'Alzheimer :
- Troubles neurocognitifs majeurs avec altération fonctionnelle légère (stade léger)
- Troubles neurocognitifs majeurs avec altération fonctionnelle modérée (stade modéré)
- Troubles neurocognitifs majeurs avec altération fonctionnelle sévère (stade sévère)

Quelle est la définition du diagnostic précoce ?

- un diagnostic clinico-biologique :
 - de performances cognitives anormales lors d'un bilan neuropsychologique et
 - la positivité de biomarqueurs : anomalie du peptide bêta-amyloïde (diminution du peptide A β 42 ou du ratio A β 42/40 dans le LCS ou TEP amyloïde positif) et de la protéine tau phosphorylée (augmentation de la protéine tau phosphorylée dans le LCS ou TEP-Tau anormal).

Quelle est la définition du diagnostic précoce ?

- L'atteinte de la mémoire épisodique verbale est évocatrice du diagnostic mais d'autres formes cognitives sont possibles : notamment visuelles, langagières, ou dysexécutives/comportementales.
- Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est dit précoce lorsqu'il est porté soit au stade de trouble neurocognitif mineur, soit au stade léger de trouble neurocognitif majeur.

Existe-t-il une place pour le dépistage systématique en population générale de la maladie d'Alzheimer au stade précoce ?

- Non sauf si des thérapeutiques préventives efficaces venaient à être disponibles.
- Si bilan neuropsychologique normal, les biomarqueurs de maladie d'Alzheimer, à l'exception de protocoles de recherche sont inutiles

Quels sont les enjeux du diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer ?

- un accès précoce à des interventions médicales et psychosociales adaptées, telles que des traitements pharmacologiques et des programmes de soutien pour améliorer la qualité de vie et ralentir la progression de la maladie dès le stade précoce.
- planifier les soins à long terme, d'allouer les ressources de manière proactive et de mieux anticiper les besoins futurs en matière de soins de santé et de soutien communautaire.

Quelle est la place du diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer selon l'âge ?

- Quel que soit l'âge du patient, il est nécessaire de préciser au mieux quelles sont ses attentes, ses éventuelles inquiétudes, et son désir d'établir un diagnostic. Il sera important de faire la part des choses entre le souhait du patient et celui de son entourage.
- Chez les patients très âgés, poser un diagnostic à un stade précoce, même s'il ne repose que sur des critères cliniques et de neuroimagerie, est nécessaire afin de pouvoir anticiper les complications majeures de la maladie, qui vont aggraver le pronostic : perte de poids et malnutrition, troubles de l'équilibre et chutes, symptômes psycho-comportementaux et perte de la mobilité.

Quels outils utiliser pour repérer un trouble neurocognitif en soin primaire ?

- Score MMSE (indispensable)
- Mini-IADL (indispensable) à 4 items (téléphone, transport, budget, gestion des médicaments) : pour caractériser le retentissement sur les fonctions instrumentales de la vie quotidienne.
- Un test de mémoire épisodique verbal (si possible) : test des 5 mots de Dubois
- Test de l'horloge (si possible). Le test de l'horloge apparaît comme un test simple, rapide, et avec des propriétés psychométriques pertinentes pour le repérage des troubles cognitifs
- L'utilisation d'outils numériques validés

Quel bilan paraclinique de première intention en soin primaire réaliser ?

Bilan biologique :

- NFS, CRP, ionogramme sanguin incluant natrémie, calcémie, glycémie, albuminémie, urée, créatinine, TSH.
- En fonction du contexte clinique ou si âge de début <65 ans) : vitamine B12, folates, bilan hépatique, sérologies Lyme, VIH, syphilis.
- Si ces examens biologiques ont été pratiqués il y a moins de 6 mois dans le cadre du suivi, il est inutile de les prescrire de nouveau.

Quel bilan paraclinique de première intention en soin primaire réaliser ?

- Imagerie morphologique : une imagerie cérébrale systématique est nécessaire pour tout trouble cognitif avéré de découverte récente.
- L'IRM cérébrale devrait comporter notamment une séquence T1 volumétrique, une séquence FLAIR, une séquence sensible aux saignements (T2* ou T2EG, SWI ou SWAN).
- ne pas méconnaître l'existence d'une autre cause
- d'objectiver des lésions vasculaires (hypersignaux de substance blanche en lien avec une microangiopathie vasculaire quantifiée selon la classification de Fazekas, microsaignements)
- d'objectiver et de quantifier une éventuelle atrophie corticale diffuse ou focale, notamment hippocampique (score de Scheltens) et/ou lobaire

Quels patients orienter en consultation Mémoire ?

- Tous les patients avec troubles neurocognitifs objectivés
 - Tous les patients avec une plainte cognitive suspecte et persistante, non expliquée par une cause autre (thytaire, toxique, pathologie du sommeil)
 - En cas d'inquiétude du patient et/ou de son entourage, forme débutante de la maladie, forme clinique non commune ou doute diagnostique, patient exerçant une activité professionnelle, antécédents familiaux au premier degré.

Quels patients orienter en consultation Mémoire ?

- Les situations complexes où médecins et/ou entourage mettent en évidence des comportements à risque pour le patient (conduite automobile, abus de biens, erreur de prises médicamenteuses...) alors que le patient apparaît anosognosique ou dans le déni.
- Dans ces cas, la consultation Mémoire pourra être l'occasion d'une prise de conscience même partielle des difficultés et pourra faciliter la prise en soins.

Quels patients orienter en consultation Mémoire ?

- Avoir une stratégie diagnostique graduée et personnalisée, avec un repérage, une évaluation de la plainte cognitive, un diagnostic syndromique (plainte isolée, trouble neurocognitif mineur, trouble neurocognitif majeur)
- Prescription d'examens complémentaires (imagerie encéphalique et examens sanguins) en amont de la consultation Mémoire, dès les soins primaires.

Comment orienter un patient suspect de trouble neurocognitif ?

- Patient présentant un trouble neurocognitif documenté par un médecin généraliste.
- Inquiétude ou demandes répétées de l'entourage.
- patient dont les signes débutent avant l'âge de 65 ans ou encore en activité ;
- histoire ou antécédents familiaux au premier degré ;
- doute diagnostique (troubles de la mémoire associés d'emblée à des signes neurologiques ou psychiatriques) ou forme non amnésique ;
- patient nécessitant une prise en soin immédiate (trouble grave du comportement, risque pour la sécurité, problématique médico-légale) ;

Comment orienter un patient suspect de trouble neurocognitif ?

Dans certains cas il sera préférable d'adresser le patient à une équipe spécifique :

- Les patients dont les troubles ont débuté avant l'âge de 65 ans ou appartenant à une famille avec forme monogénique de maladie d'Alzheimer doivent préférentiellement être adressés aux Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR).
- Les patients souhaitant participer à un protocole de recherche thérapeutique ou présentant des formes différents de la forme typique (amnésique) doivent être prioritairement adressés aux CMRR ou aux Consultations Mémoire de territoire

Comment orienter un patient suspect de trouble neurocognitif ?

- Un patient âgé de plus de 75 ans, polypathologique, ou présentant une altération de l'état général sera préférentiellement orienté à en hôpital de jour (HDJ) pour regrouper les examens et assurer une évaluation plus globale de la situation.
- A noter qu'un patient n'ayant pas de comorbidités ou en bon état général peut réaliser les examens en ambulatoire en ville ou à l'hôpital.

Quelle est la place de l'évaluation neuropsychologique ?

Le bilan neuropsychologique permet :

- d'objectiver le déficit cognitif devant une plainte,
- de préciser l'intensité / la sévérité des troubles,
- de préciser les fonctions cognitives préservées et atteintes : mémoire épisodique verbale et visuelle, fonctions attentionnelles et exécutives, fonctions instrumentales (langage, fonctions visuoperceptives et visuospatiales, praxies), ce qui permet de déterminer le profil cognitif et d'orienter le diagnostic,
- de préciser le niveau d'anxiété, l'humeur et autres éventuelles comorbidités,

Quelle est la place de l'évaluation neuropsychologique ?

- d'orienter la prise en soin en rééducation et d'adapter la mise en place de supports au domicile,
- de proposer une évaluation quantitative et de suivre le patient sur ces données.

Quelle est la place de l'évaluation neuropsychologique ?

Dans certaines situations, cependant, le bilan neuropsychologique n'est pas indiqué ou doit être différé : Trouble psychiatrique sévère et non équilibré.

- Consommation non sevrée d'alcool ou autres toxiques psychoactifs.
- Troubles cognitifs évolués, typiquement score MMSE ≤ 15 , à apprécier selon le contexte clinique, la nature des troubles (ex : atteinte du langage pénalisant le MMSE) et le niveau d'éducation du patient.
- Troubles sensoriels importants

Quelle est la place de l'évaluation neuropsychologique ?

Le bilan proposé doit prendre en compte le niveau d'éducation et un bilan adapté à l'illettrisme doit être proposé chez les patients ayant été scolarisés moins de 5 années, et/ou ne maitrisant pas la lecture et l'écriture en français ou ne maitrisant pas la langue française.

Quelle est la place de l'orthophoniste dans la démarche diagnostique ?

Le bilan orthophonique consiste à évaluer les troubles du langage et de la communication.

- Utilisation de tests standardisés et d'échelles qui abordent le vécu subjectif des troubles pour une appréciation au plus proche des aptitudes de communication des patients.
- Permet de mettre en évidence des changements et des signes pathologiques (dans le cadre d'une plainte de manque de mot, le bilan orthophonique permet de déterminer si le trouble correspond au vieillissement ou à un déficit sous-jacent.)
- Ce bilan aide à mettre en évidence le dysfonctionnement d'autres fonctions sensorielles et cognitives ayant des répercussions sur la communication.

Quelle est la place de l'infirmière dans la démarche diagnostique ?

Les 4 rôles que peuvent avoir les IPA ou IDE spécialisés dans la démarche diagnostique sont :

- Évaluation psychométrique de repérage avant orientation en consultation Mémoire ;
- Évaluation de l'autonomie et orientation d'emblée vers une prise en soins spécifique (filières médico-sociales) ;
- Évaluation des modifications du comportement, recherche d'un éventuel facteur médical aggravant et orientation d'emblée vers une prise en soins spécifique (thérapies non médicamenteuses), formation des aidants à la gestion des syndromes psycho-comportementaux ;

Quelle est la place de l'infirmière dans la démarche diagnostique ?

Évaluation des « fragilités » au-delà du trouble neurocognitif, comme les risques domestiques, les risques de chutes, les fragilités locomotrices, nutritionnelles, psychologiques par exemple (le programme Integrated Care for Older People – ICOPE – par exemple peut être proposé).

À l'issue du bilan initial médical, l'IPA ou IDE spécialisé peuvent jouer un rôle dans la poursuite de la prise en soins avec l'organisation de consultation post annonce diagnostique et/ou de suivi post-diagnostic, une implication dans les programmes d'éducation thérapeutique et faire le lien avec les différents acteurs du terrain.

Quelles sont les indications à un dosage des biomarqueurs Alzheimer dans le liquide cérébrospinal ?

La décision du dosage des biomarqueurs de maladie d'Alzheimer dans le LCS doit résulter du dialogue entre un médecin formé à la consultation Mémoire et le patient, ou si nécessaire son entourage familial. Le patient devrait être informé et pouvoir comprendre les enjeux diagnostiques et thérapeutiques et exprimer son accord pour la réalisation de l'examen.

- Le dosage des biomarqueurs de maladie d'Alzheimer dans le LCS peut être proposé pour tout patient avec trouble neurocognitif majeur sans cause formellement identifiée, afin d'étayer ou d'infirmer le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Quelles sont les indications à un dosage des biomarqueurs Alzheimer dans le liquide cérébrospinal ?

- Le dosage des biomarqueurs peut être proposé à un patient avec trouble neurocognitif mineur, en particulier en cas d'altération de la mémoire épisodique verbale documentée et objectivée par un test neuropsychologique, après explication des enjeux diagnostiques et thérapeutiques.
- Le dosage des biomarqueurs dans le LCS paraît d'autant plus opportun à proposer que le patient est jeune, notamment s'il exerce une activité professionnelle. Il est recommandé de proposer cette analyse chez tous les patients ayant un début avant 65 ans.

Quelles sont les indications à un dosage des biomarqueurs Alzheimer dans le liquide cérébrospinal ?

- En cas de présentation non commune de maladie d'Alzheimer
- En l'état actuel des connaissances, il n'est pas recommandé de doser les biomarqueurs du LCS chez un patient avec plainte cognitive sans anomalie objective aux tests neuropsychologiques ainsi que chez les individus asymptomatiques.

Quels sont les biomarqueurs plasmatiques actuellement disponibles et leurs indications ?

Les biomarqueurs plasmatiques de la maladie d'Alzheimer n'ont actuellement pas de place validée dans le cadre du soin courant, que ce soit en soin primaire ou en consultation mémoire spécialisée.

Cela est en train de changer

Quel est l'apport de la TEP FDG dans le diagnostic de maladie d'Alzheimer ?

La TEP-FDG cérébrale peut être réalisée après le bilan neuropsychologique et l'IRM cérébrale, chez des patients présentant un trouble neurocognitif objectif. Elle peut permettre de mettre en évidence un hypométabolisme cortical focal, dont la topographie peut orienter vers un diagnostic étiologique (exemple : hypométabolisme des régions associatives postérieures dans la maladie d'Alzheimer, hypométabolisme du cortex visuel ou bien signe de l'ilot cingulaire postérieur dans la maladie à Corps de Lewy)

Quel est l'apport de la TEP FDG dans le diagnostic de maladie d'Alzheimer ?

- Sa prescription doit être discutée et réalisée par un médecin expert de consultation Mémoire, et l'indication sera à pondérer en fonction de l'accessibilité de l'examen.

Quel est l'apport de la TEP FDG dans le diagnostic de maladie d'Alzheimer ?

La TEP-FDG cérébrale sera d'autant plus indiquée que :

- Le patient présente des troubles cognitifs évocateurs d'une maladie neurodégénérative autre que la maladie d'Alzheimer : suspicion de dégénérescence fronto-temporale, pathologie LATE, maladie à corps de Lewy, composante vasculaire...
- Le patient présente des troubles cognitifs évocateurs d'une maladie d'Alzheimer mais les biomarqueurs du LCS sont contre-indiqués, négatifs ou discordants, et/ou la TEP amyloïde n'est pas accessible, pas interprétable, ou négative.
- La présentation clinique atypique ou inconsistante fait douter de l'organicité des symptômes (suspicion de trouble cognitif fonctionnel).

Quel est l'apport de la TEP FDG dans le diagnostic de maladie d'Alzheimer ?

- La TEP-FDG cérébrale n'a pas d'indication en cas de forme commune de maladie d'Alzheimer confirmée par les biomarqueurs du LCS.

Quelles sont les indications à la TEP-amyloïde et à la TEP-Tau dans le diagnostic ?

Suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé, un TEP-scan cérébral amyloïde peut être proposé par tout médecin formé à la consultation Mémoire pour explorer un patient présentant, après évaluation neuropsychologique, un trouble neurocognitif majeur ou mineur suspect d'être secondaire à une maladie d'Alzheimer, en cas de contre-indication à la réalisation d'un dosage des biomarqueurs dans le LCS pourtant nécessaire au diagnostic étiologique ou en cas de résultats discordants / non conclusifs des biomarqueurs dans le LCS.

Quelles sont les indications à la TEP-amyloïde et à la TEP-Tau dans le diagnostic ?

Les situations justifiant d'un diagnostic étiologique par un TEP-Scan cérébral amyloïde sont :

- présentation non commune de maladie d'Alzheimer envisagée, comme un variant comportemental, dysexécutif, variant cortico-basal ou une aphasic progressive primaire variant non-fluent ou sémantique
- âge de début des premiers signes cliniques avant 65 ans
- doute sur la participation d'une maladie d'Alzheimer à l'expression des troubles cognitifs

Quelles sont les indications la TEP-Tau en soin courant ?

- aucune

Quelles sont les indications à réaliser des analyses génétiques ?

Une analyse génétique doit être proposée à tout patient débutant une maladie d'Alzheimer avant 66 ans même en l'absence d'autre antécédent familial.

- En l'état actuel des connaissances, l'analyse génétique à visée diagnostique n'est pas justifiée chez le patient avec un début tardif des symptômes (début après 65 ans), sauf de rares exceptions

Qui annonce le diagnostic de la maladie d'Alzheimer à un stade précoce ?

- Le diagnostic devrait être annoncé par le médecin qui a mené les investigations étiologiques, à l'occasion d'une consultation dédiée à l'annonce diagnostique.
- Le processus d'annonce :
 - doit s'adapter au patient afin de tenir compte de ses capacités de compréhension et d'appropriation du diagnostic,
 - peut nécessiter une ou plusieurs consultations. Le patient doit être informé le premier de son diagnostic,

Qui annonce le diagnostic de la maladie d'Alzheimer à un stade précoce ?

- avec accord du patient, cette annonce peut être partagée avec une personne de son choix. En cas d'incapacité à exprimer cet accord, le diagnostic est annoncé à la personne de confiance ou, à défaut, à un membre de son entourage en présence du patient,
- le médecin référent du patient devrait être informé du diagnostic ainsi que des modalités de l'annonce qui en a été faite.

Quelle est la place d'une consultation post-annonce diagnostique ?

La consultation post-annonce diagnostique a pour objectif :

- D'évaluer le retentissement psychologique de l'annonce.
- Revenir sur ce qui a été dit lors de l'annonce parfois en reformulant.
- Permettre un entretien avec d'autres professionnels dans le cadre d'une consultation multidisciplinaire (psychologue, infirmière de consultation, IPA, assistante sociale..).
- Parler d'une éventuelle analyse génétique si indiquée et de la recherche thérapeutique si cela n'a pas été abordé à la consultation d'annonce.
- Elle sera proposée en priorité dans les situations complexes (patients jeunes ou très âgés, isolés, en cas de fragilité du patient et/ou des aidants...).

Les Thérapeutiques

Objectifs :

Améliorer la cognition ou retarder la progression des déficits cognitifs

Préserver l'autonomie dans la vie quotidienne

Traiter et retarder l'évolution des troubles du comportement

Guider et soutenir l'aidant

Traitements spécifiques

Anticholinestérasiques : Donépézil (Aricept), Rivastigmine (Exelon), Galantamine (Reminyl)

Mémantine (Ebixa)

Lecanemab (Leqembi) anticorps anti-amyloïde qui fixe le peptide amyloïde pour essayer de nettoyer le cerveau

Donanemab (Kisunla)

Orthophonie, psychomotricité

Thérapies non médicamenteuses

Elles sont **un élément important** de la prise en charge thérapeutique globale de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée

- ... même si elles n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité du fait de difficultés méthodologiques
- Elles ont pour objectifs l'amélioration du confort de la personne et la préservation de son autonomie : changement d'état de la personne dans le sens d'une amélioration, maintien de ses capacités restantes, ralentissement du déclin de ses capacités
- Elles se distinguent de l'animation qui vise avant tout à donner de la vie à l'institution sans forcément modifier l'état de santé de la personne

Les interventions à visée thérapeutique sont pratiquées par un personnel formé

- Elles peuvent être proposées à titre individuel ou collectif
- Des prises en charge globales peuvent associer plusieurs types d'interventions
- Elles sont proposées en fonction des capacités, des envies, des centres d'intérêt, etc. de la personne
 - Interventions s'appuyant sur les mémoires, le corps, le mouvement, les sens, les émotions...
 - Certains proscriivent les pratiques mettant en jeu les capacités intellectuelles des personnes afin de ne pas risquer de les mettre en échec, au bénéfice des jeux de hasard (loto, roulette, petits chevaux, etc.)
 - Une séance d'essai peut être proposée afin que la personne puisse savoir si elle y trouve de l'intérêt ou du plaisir
- Elles ne sont jamais imposées à la personne

- Le déroulement de chaque séance est quasiment « ritualisé »
 - Ancrer la séance dans le présent (rappel du lieu, de la date, de l'heure)
 - Présenter les personnes présentes pour favoriser la dynamique de groupe
 - Présenter l'intervention et ses objectifs
 - Réaliser l'intervention
 - Prévoir un temps de détente (relaxation)
 - Finir par un temps de synthèse globale

- **Leur mise en œuvre suit une méthodologie formalisée**
 - **Pour chaque personne, la mise en œuvre d'une intervention suit 4 étapes**
 - (1) Bilan initial et définition d'un objectif, (2) choix du type d'intervention, (3) mise en place d'un programme séquencé dans le temps et (4) évaluation de l'effet thérapeutique sur la cible définie
 - **Des critères de choix des personnes et des critères de fin de prise en soin** sont définis en équipe afin d'éviter une lassitude des personnes ou un épuisement des professionnels
 - **Les conditions de l'intervention sont optimisées**
 - Un **rythme** régulier (les études préconisent une dizaine de séances)
 - Un **lieu** identifié, de préférence spécifique, toujours le même et calme
 - Un **nombre** de participants de préférence inférieur à 10
 - Une **durée** conseillée maximale d'une heure pour chaque séance

Les différents types d'interventions non médicamenteuses (1)

- **Interventions portant sur la vie quotidienne**
 - Orientation (*Reality Orientation Therapy* – renforcement des repères spatio-temporaux et de l'identité)
 - Stimulation multisensorielle (Snoezelen)
- **Interventions portant sur la cognition**
 - Réadaptation, revalidation, stimulation cognitive, ateliers mémoire
- **Interventions portant sur l'activité motrice (autonomie fonctionnelle)**
 - Activité physique, Tai-Chi-Chuan, ergothérapie
- **Interventions sur les fonctions de communication**
 - Orthophonie

Les différents types d'interventions non médicamenteuses (2)

- **Interventions portant sur le comportement (1)**

- **Interventions diverses** : musique, danse, incitation au mouvement, thérapie par empathie, aromathérapie, stimulation multisensorielle, thérapie de la présence simulée, massage et contact bien-être, thérapie par les animaux familiers, remédiation cognitive, thérapie par réminiscence (renforcement des souvenirs personnels anciens), luminothérapie, jardin thérapeutique, etc.
- **Interventions liées à des activités spécifiques** (toilette, habillage, repas thérapeutique, accompagnement ou activités pendant la nuit en cas de troubles du sommeil, etc.)

Les différents types d'interventions non médicamenteuses (3)

- **Interventions portant sur le comportement (2)**

- **Les animations flash : gestion immédiate d'un trouble du comportement**

- Elles ont pour **objectif** de faire chuter les troubles du comportement en moins de 15 minutes, par une action immédiate
 - Elles se pratiquent dans un **lieu calme**, la chambre de la personne ou une salle d'activité
 - Elles sont proposées en fonction des **centres d'intérêt de la personne** : actualité, photos souvenir, activité manuelle, promenade, musique, relaxation-respiration, défouloir, bien-être
 - En cas d'échec, une stratégie alternative est recherchée

Lorsque la communication verbale est préservée

- Informatique
- Lecture
- Atelier cognitif adapté au niveau des participants
- Atelier réminiscence

Lorsque la communication verbale est altérée

- Animal
- Arômes et odeurs
- Musique, chant, rythme
- Danse, expression corporelle, incitation au mouvement, Tai-Chi-Chuan, équilibre
- Plante, jardin
- Atelier Snoezelen

La stimulation sensorielle

- **Le principe**

- La stimulation sensorielle regroupe plusieurs méthodes qui consistent à stimuler les personnes sur tous les plans sensoriels : auditif, visuel, kinesthésique, gustatif, olfactif

- **Les objectifs**

- La stimulation des sens aide à **réduire le sentiment de solitude, le stress et la rupture avec l'environnement**

La stimulation sensorielle

- Les 2 méthodes les plus utilisées sont **l'aromathérapie et le Snoezelen**
 - Elles se pratiquent toutes deux **à titre individuel** plutôt qu'en groupe
 - **L'aromathérapie** emploie diverses senteurs afin de susciter une réaction (plaisir, souvenir d'expérience passée, etc.)
 - **Le Snoezelen** consiste à exposer la personne à des expériences sensorielles différentes et choisies spécifiquement pour chacune (lumières colorées, massages avec des huiles essentielles odoriférantes, bains bouillonnants, musique, sons de percussion, textures à palper, etc.)
 - Cette méthode nécessite l'aménagement d'un espace spécifique bénéficiant de différents outils ou de disposer d'un chariot équipé

Approches non médicamenteuses



La thérapie du
Voyage



Approches non médicamenteuses



Approches non médicamenteuses

Tovertafel



Réduit la nervosité et les comportements agités



Stimule l'activité physique



Rompt l'apathie



Promeut l'interaction sociale entre les professionnels et les résidents



Augmente la satisfaction des professionnels au travail



Améliore les relations entre les professionnels et les résidents

Approches non médicamenteuses

Snoezelen :
Espace et
chariot

Poupées
empathiques

Couvertures
lestées

Balnéothérapie



Approches non médicamenteuses

Casques de
réalité
virtuelle



La Médiation animale



Thérapies non médicamenteuses

Snoezelen

Couverture lestée

Poupée empathique

Thérapie du voyage

Médiation animale

Musicothérapie

Aromathérapie

Robot type Nao

Activité physique

Autres traitements :

Contrôler les facteurs de risque cardio vasculaire

Equilibrer les autres maladies (diabète, cholestérol,...)

Corriger les déficits sensoriels

Adapter l'environnement

Accueil de jour, ESAD

Kinésithérapie, orthophonie

Traitements complémentaires en cas de troubles du comportement
(antidépresseurs, anxiolytiques)

Aider, soulager et préserver la santé mentale et physique des aidants

Merci pour votre attention

Hôpital de Jour
Consultations gériatriques
(chutes – mémoires –
plaies chroniques –
oncogériatrie - prévention du
vieillissement- Botox)

Equipe Mobile de
Gériatrie (EMG)

EGED

Soins Médicaux et de
Réadaptation (SMR)
Gériatrique
Soins médicaux et de
Réadaptation Polyvalent

Court Séjour Gériatrique (CSG)

EHPAD
Isabeau du Bosquel

EHPAD Les Maisonnées
Unité d'Hébergement
Renforcée (UHR)

EHPAD Mahaut de Guisnes
Pôle d'Activité de Soins Adaptés
(PASA)

Unité de Soins de Longues Durée (USLD)
Mahaut de Guisnes

Filière gériatrique
de territoire

