

**Contribution à la prise en charge neuropsychologique non médicamenteuse de la personne âgée atteinte d'une démence**

\*\*\*

HADBI Mohamed –BOULADJERAF Bekhtaoui/  
Université d'Oran -2-

**Introduction :**

Les maladies neuro dégénératives sont nombreuses. La grande diversité des troubles cognitifs et comportementaux qu'elles entraînent pose un problème thérapeutique très difficile et nécessite une prise en charge psycho socio familiale très particulière.

La démence est une de ces maladies. Elle se caractérise par une détérioration progressive des fonctions cognitives, exécutives et par un trouble du comportement.

Le diagnostic est essentiellement clinique reposant sur l'examen neurologique et sur une évaluation neuropsychologique de la mémoire en particulier qui est généralement le principal motif en consultation de neurologie.

La prise en charge non médicamenteuse d'un certain nombre de cas de démence justifie une approche spécifique relevant de diverses disciplines en particulier de la neuropsychologie.

Si le nombre de cas de la maladie d'Alzheimer est actuellement estimé à 75000 cas dans notre pays<sup>1</sup>, aucun chiffre exact n'est avancé à l'heure actuelle pour ce qui concerne les démences séniles, ni pour les cas pris en charge, ni pour ceux qui vivent sous leur toit familial. Mais quel que soit les chiffres cette pathologie pourra rapidement augmenter dans notre pays si aucune prévention n'est entreprise. Cette progression est due d'abord à une augmentation de l'espérance de vie, car le facteur âge demeure un facteur de risque majeur.

En Algérie les personnes âgées mis à part celles qui sont hébergées dans des centres spécialisés, vivent à domicile, elles sont prises en charge par leurs proches.

**Problématique**

La prise en charge non médicamenteuse des démences justifie une approche spécifique. La littérature internationale révèle que différentes approches thérapeutiques coexistent pour venir en aide aux patients atteints de démences.

---

\* - **Abstract** : The unmedicated neuropsychological care with dementia is based on different theoretical and clinical approaches.

The present article presents the results of a particular therapeutic intervention for patients with senile dementia. This therapy that we baptize : « cognitive psycho-sensory brain stimulation » has, as a target not only the sick in his environment but his family environment sphere which remains a Key partner in the care. We present the main principles of this approach and evaluate its effectiveness through an experimental clinical.

**Key words** : Dementia –unmedicated therapy- verbal communication –cognitive psycho –sensory brain stimulation –cognitive function –executive function.

<sup>1</sup> Revue algérienne de la santé, numéro spécial Alzheimer n°9 Février 2008.

Nous citerons toutefois<sup>1</sup>:

- La thérapie comportementale (Bayles et kim 2003).
- Les groupes de parole (Carreel 1990).
- La thérapie de réminiscence (Spector, Orrel, Davis et Woods 2002).
- la thérapie de validation (Feil 1972 ; Neal et Briggs 2002)
- L'approche cognitive (Juillerat, van der linden, Seron et al 2000, Mulligan et Juillerat 1997, Van der linden et Juillerat 1998, Teil et Marina 1992, Dubois Runund 1995, de Rotrou 2003).
- La stimulation cognitive (Frambourt de Rotrou et Cimetière 1998, de Rotrou 2003).
- La thérapie éco-systémique.

L'objectif commun de toutes ces approches est de venir en aide aux patients atteints de démences avec une prise charge thérapeutique non médicamenteuse en s'appuyant sur diverses approches théoriques et cliniques. Il est bien entendu que cet objectif n'est pas de récupérer ou de rétablir une fonction ou une capacité déjà perdue mais d'agir sur ce qui n'est pas encore altéré pour le maintenir le plus longtemps possible, car dans ce type de pathologie neuro-dégénérative, ce qui est perdu ne peut être restauré.

L'objectif de la prise en charge va être d'agir sur ce délai, de faire en sorte que l'altération se produise le plus tardivement possible. Il n'existe pas d'approche syndromique car il s'agit de maladies évolutives et hétérogènes. Ce caractère hétérogène et la présence de tableaux complexes et composites sont pris en compte aujourd'hui dans les diverses prises en charge. Les troubles concerneront principalement les capacités mnésiques, langagières mais aussi les fonctions exécutives praxiques, gnosiques, et enfin les troubles comportementaux.

Les personnes âgées ont une dépendance lourde. Cette dépendance est encore plus lourde lorsque la personne âgée est atteinte d'une démence. Le système d'aide et de soins ne répond pas ou répond mal aux besoins de ces personnes et de leurs accompagnants (aidants)<sup>2</sup>. En effet il se caractérise avant tout par sa fragmentation et l'absence de coordination des multiples intervenants. La réorganisation des soins inappropriés aux personnes âgées constitue à l'heure actuelle un enjeu prioritaire en Algérie si nous savons que le nombre de personnes âgées augmente. Cette priorité réside surtout dans la prévention et le diagnostic précoce de la démence. L'un des premiers signes d'entrée dans la maladie est le trouble de la mémoire associé à un déclin cognitif même léger. Parfois les troubles du langage ou encore l'incohérence sévère du discours perturbant le contact avec l'entourage (associée à une surdité verbale ou une agnosie auditive sévère), sont les précurseurs de l'entrée dans la démence. On parlera ici d'aphasie motrice primaire pouvant évoluer vers une démence.

Les troubles du comportement telles que l'agitation, l'agressivité sont parfois observés, c'est l'influence du milieu familial qui peut être parfois incriminée dans la survenue de ces troubles.

---

Journal de thérapie comportementale et cognitive 2007 N° 17, 1, 45-52. <sup>1</sup>

<sup>2</sup> Revue algérienne de la santé op cit.

**L'objectif de notre étude :**

La présente étude vise à la fois deux objectifs:

D'une part la mise en place des moyens de diagnostic précoce (la réalisation de cette perspective nécessite dans un premier temps l'élaboration d'échelles d'évaluation et de diagnostic adaptées au milieu Algérien); d'autre part proposer une conduite à tenir en vue d'une prise en charge de la démence et vérifier l'impact de celle-ci sur l'évolution de la maladie.

**Méthodologie**

Nous avons adopté la méthode clinique expérimentale préconisant un groupe expérimental auquel nous avons appliqué notre programme thérapeutique, et un groupe témoin n'ayant pas subi ce programme.

Notre étude a démarré en décembre 2013 au niveau de service de neurologie du CHU -Oran.

Elle a concerné 179 patients. Nous avons retenu 109 patients : 34 femmes et 75 hommes pour avoir répondu à nos critères d'inclusion à savoir:

- Patients âgés de plus de 55 ans.
- Patients atteints d'une démence ou d'un début de démence répondant à la théorie du M.C.I (Mild cognitive impairment).
- Absence de pathologies associées.
- T.D.M (Examen tomодensitométrique) normal ou objectivant une atrophie corticale.

La totalité des malades retenus ont subi systématiquement un examen neuropsychologique évaluant à la fois le niveau mnésique et cognitif. La plainte mnésique a été le motif le plus fréquent de la consultation neurologique. Les patients dont les plaintes n'ont pas été objectivées par l'examen psychométrique et dont le niveau cognitif est normal n'ont pas été retenus, ce qui a réduit notre échantillon expérimental à 59 patients.

Les résultats d'une étude similaire menée par nous même entre 2007 et 2010 sur « la plainte mnésique comme signe d'un début de démence »<sup>1</sup> ont montré qu'une plainte mnésique non objectivée par l'examen psychométrique était une plainte qui émanait la plupart du temps du patient lui-même. Elle est considérée comme une plainte subjective sans déficit cognitif et n'aurait en rien un début de démence. Elle répondait donc à la problématique déjà soulevée à travers la littérature sur le vieillissement normal.

**Les outils**

L'évolution neuropsychologique des patients a été faite à l'aide des outils suivants :

- Echelle d'évaluation mnésique d'attention et de concentration
- Batterie d'évaluation cognitive (BEC 96) de Signoret.

---

<sup>1</sup> Résultats présentés lors des XI journées d'entretien du CHU-Oran 2008.

**Prise en charge et résultats :**

**I-Prise en charge :**

Elle consiste en une guidance familiale se caractérisant par un accompagnement du malade dans toutes ses activités quotidiennes. Cet accompagnement est une sorte d'encadrement dans un but rééducatif guidé et orienté par l'équipe de neuropsychologie du service de neurologie du CHU-Oran.

Des consultations de contrôle sont régulièrement assurées tous les trois mois pour les malades assidus. Un bilan est établi à chaque contrôle afin de confronter les résultats des différents examens pratiqués à chaque consultation de contrôle.

La guidance familiale comporte un programme d'accompagnement composé d'activités quotidiennes que l'entourage accompagnant accepte de pratiquer dans le foyer où réside habituellement le malade. Ce programme consiste en :

**1-Activités langagières et de communication verbale :**

Faire des stimulations linguistiques en parlant régulièrement au sujet en faisant des efforts de communication afin de garder avec lui un contact linguistique sur des thèmes familiaux ou socioprofessionnels évoquant des événements récents et anciens.

**2-Statut du malade dans sa famille :**

Ne pas isoler le patient en le laissant longtemps seul. Pour les sujets vivants seuls et ayant des enfants mariés, faire un tour de rôle d'accompagnement suivant une rotation à tour de rôle chez leurs enfants mariés.

**3-Stimulations cérébrales cognitives psycho-sensori-motrices :**

Stimuler quotidiennement le sujet à faire des activités habituelles simples : cuisiner, faire un ménage léger, lingerie, ablutions et prières, des activités manuelles de bricolage en faisant appel à la pensée logique opératoire en rapport avec les stades du développement intellectuel décrit par la psychologie génétique etc....

**4-Soins d'hygiène corporels :**

Accompagner le patient pendant les moments de Soins d'hygiène. Ne pas tout faire pour lui, le laisser se débrouiller seul quand il s'agit d'activités simples. Par exemple mettre ses vêtements seul. L'aider seulement en cas d'échec total.

**5-Les sorties**

Laisser le patient sortir s'il n'y a pas pour cela de contre-indication pour faire par exemple des petites courses chez l'épicier voisin. Pratiquer également des sorties de détente et des visites familiales en particulier chez les proches.

**6- Lecture et documentation :**

Ceci concerne seulement les malades ayant conservé leur niveau d'acquisitions scolaires antérieures. Comme nous l'avons indiqué plus haut quinze familles ont accepté d'accompagner leurs parents soumis à notre expérimentation (groupe expérimental). Il s'agit pour ces familles de suivre la guidance en pratiquant le programme que nous leur proposons dès le début de prise en charge, lorsque l'examen neuropsychologique du patient révèle une entrée dans la démence ou déjà le malade présente un tableau clinique d'une démence.

## **II-Résultats :**

Les résultats partiels appréciables auxquels nous sommes parvenus indiquent que les sujets du groupe expérimental (15 familles) ayant pratiqué de façon plus au moins stricte le programme d'accompagnement tel que nous l'avons indiqué à la famille, évoluaient cliniquement (témoignage de la famille) avec une stabilité des signes observés lors de la première consultation. C'est ce que nous avons constaté nous-mêmes lors de nos consultations de contrôle.

Notons toutefois que les témoignages étaient variables d'une famille à l'autre en ce qui concerne l'appréciation des capacités cognitives et exécutives ainsi que de la qualité du comportement du parent. Ceci s'explique probablement par le caractère hétérogène du tableau clinique complexe et composite des démences. Ce qui a notre sens justifie la coexistence de plusieurs approches thérapeutiques rapportées par la littérature dans le domaine de la prise non médicamenteuse des syndromes démentiels. Mais nul ne peut espérer une guérison définitive. Ce que nous espérons c'est d'agir sur la vitesse de l'évolution de la maladie. C'est-à-dire un ralentissement de la dégradation. Faire en sorte que celle-ci se produise le plus tardivement possible.

Autrement dit faire préserver au malade le plus longtemps possible ses fonctions cognitives et exécutives et son confort pour son autonomie.

## **Conclusion :**

La particularité de notre prise en charge thérapeutique des démences fait que notre présent travail nécessite encore un effort de recherche afin de juger de l'efficacité de notre thérapie ainsi que la fiabilité de nos résultats. Pour cela nous souhaitons évaluer d'avantage notre programme en préconisant une séance hebdomadaire pour le sujet seul au cours de laquelle ce dernier subit un entraînement de stimulation cérébrale agissant sur son acquis cognitif, et une autre séance en présence de l'entourage. Nous pourrions donc grâce à cette méthode renforcer le programme d'accompagnement familial en insistant sur les capacités cognitives et exécutives non détériorées afin de les maintenir et en même temps stimuler d'autres fonctions ayant fait défaut à cause de la maladie.

**Bibliographie :**

- BARD A, Bard ritchell. (1987) « le cerveau » traduit de l'anglais par richai I Ann Batez , pu, Montréal, Masson, Paris.
- Barbizet, ph, Duizabo. (1977) «Abrégé de neuropsychologie », Masson, Paris.
- Collas H, Frenaux O, Rousseau T. (2004). «Les troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer: intérêt de la thérapie éco-systémique en institution : étude de cas. Glossa, 89; 60-71.
- Collette F. Van Der Linden M, et Meulemans T.A (2002), « cognitive neuropsychological approach to Alzheimer's discusse. Erlbaum.
- Dubois Remund c .(1995). « La prise en charge des troubles du langage et de la communication; étude de cas, In F Eutache et A, Agniel (Eds), Neuropsychologie clinique des démences: évaluation et prises en charge, Marseille, Solal Editeurs; 283-300.
- Eustache F. Faure S.(1996). «Manuel de neuropsychologie, Dunod, Paris.
- Juillierat A.C Van Der Linden M, Seron X et al: (2000) , «La prise en charge des patients Alzheimer au stade débutant » in X, Seron, ET M , van Der Linden (Eds), traité de neuropsychologie clinique. Marseille. Solal.
- Rousseau T. (2006), «Evaluation cognitive, évolution des capacités de communication, thérapie écosystémique des troubles de la communication dans le cadre des démenences. GECCO (CD nom) Isbergues, ortho-édition.
- Rousseau T.(2002), « évaluation et thérapie des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer In s.Vinter et P. Perruchet (Eds), Mémoires et apprentissages implicites. Besançon, Presses universitaires franc-comtoises ; 123-134.
- Rousseau T, (2001) « Thérapie écosystémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. Glossa ; 75,14-21.
- ROUSSEAU T. (2001). « Approche cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer, Psy et Système nerveux central 2001, synapse: 138-139.
- Rousseau T (1998). « Thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer. La revue Française de psychiatrie et de psychologie médicale b 20: 88-90.
- Revue algérienne de la santé, numéro spécial, Alzheimer, N° 9 Fev 2008.