

La maladie d'Alzheimer au quotidien

Maladie d'Alzheimer (MA)

Démences Sénile de Type Alzheimer (DSTA)

I - La sénescence commence-t-elle plus tôt qu'on ne croit ?

Le vieillissement normal (sénescence physiologique) avec son retentissement cérébral est une donnée incluse dans chaque vie d'être humain.

Nous sommes tous "le vieux de quelqu'un" et les enfants disent déjà de leur mère (ou de leur père) "elle ne comprend rien", lorsqu'elle n'a pas rapidement assimilé ce qu'ils ont facilement engrangé, eux. La mère évacue le problème en étant fière de son fils... un génie !

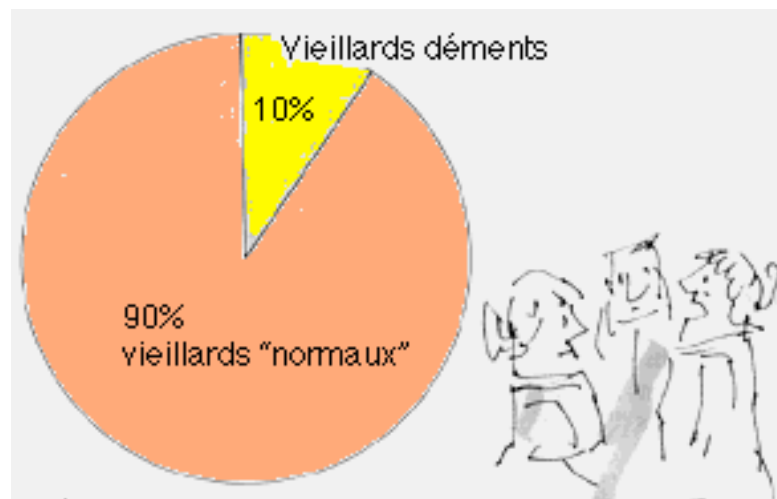
La mère ne pense jamais "ma tête ne va pas bien".

Pourquoi ? Tant que la mémoire et l'orientation - aptitudes de base avec lesquelles nous fonctionnons tous chaque jour - ne sont pas perturbées... "sa tête va bien".

II - Dès que les tempes grisonnent...

Au contraire, dès que les tempes grisonnent, ne plus savoir où on a posé un objet inquiète et la façon d'évacuer le problème devient "qui c'est qui a pris ce que j'avais posé là ?", pour éviter de mettre en avant le vieillissement, de penser à une possible maladie d'Alzheimer ... puisque le mot, mis à la mode par les médias est employé à tout bout de champ.

Il est employé à la place de démence, terme général qui désigne une pathologie de l'intelligence (traduit dans le langage quotidien par "elle n'a plus toute sa connaissance". Or il y a plusieurs causes capables de faire perdre l'intelligence : les maladies d'Alzheimer, de Kreutzfeld Jacob, de Pick, etc... ; les tumeurs cérébrales et les infarctus cérébraux à répétition.



Avoir des absences de mémoire ou ne plus s'orienter à la perfection dans une ville est certes un handicap (qu'on pourrait appeler insuffisance cérébrale partielle), comme l'est le fait de s'essouffler en montant les escaliers (insuffisance cardiaque partielle).

Mais ce trouble (déficit cognitif parcellaire) n'évoluera pas obligatoirement vers la démence, tout comme l'essoufflement d'effort ne conduit pas forcément à l'insuffisance cardiaque globale.

Dire à cette personne qu'elle débute une maladie d'Alzheimer, c'est peut-être créer les conditions de sa survenue ; c'est à coup sûr l'angoisser car les mots causent des maux.

III - Pourquoi le langage commun a-t-il adopté le terme Alzheimer, alors que la maladie d'Alzheimer ne représente qu'une partie des démences ?

— Parce que la maladie d'Alzheimer survient généralement chez des adultes âgés de 50 à 65 ans, donc considérés comme jeunes de nos jours ; ayant une importance socio-économique, des enfants encore à élever puisque les femmes font des enfants plus tardivement. "Tu te rends compte si ça nous arrivait", dit chacun devant la télé.

— Du fait de sa médiatisation.

Les émissions sur "la maladie d'Alzheimer", produit ciblé "maladie" ont un meilleur score d'écoute (Audimat) que celles parlant de la vieillesse.

IV - Vous avez-dit Alzheimer ? De quoi s'agit-il ?

L'altération mentale des personnes âgées s'est, de tout temps, manifestée. Cependant, l'espérance de vie étant jadis assez faible, peu de personnes atteignaient soixante quinze ans et le stade de la démence sénile.

Lorsque la longévité a augmenté (à la fin du dix-neuvième siècle) l'attention des scientifiques s'est portée sur le problème de la démence sénile. Certains ont décelé chez des sujets plus jeunes que de coutume des signes identiques à la sénilité : deux Allemands en particulier, Krapelin et Alzheimer, insistèrent sur le fait que certaines démences séniles n'étaient pas forcément le fait de l'âge.

Alois Alzheimer publia, en 1906 et en 1911, le rapport d'autopsie du cerveau de deux personnes de 51 et 56 ans, qui présentaient une démence sénile caractérisée par la dégénérescence des cellules nerveuses remplacées par une substance amyloïde (ce terme peut être imagé par le mot "gélatine"). Krapelin, psychiatre, nomma cette forme de démence "maladie décrite par Alzheimer", ce qui est devenu : maladie d'Alzheimer.

Vous avez entendu autour de vous des gens dire « C'est terrible, il perd la tête alors qu'il n'est pas vieux » montrant la différence qu'ils font entre les atteintes reliées à l'âge et celles qui surviennent à un âge où il n'est pas "normal" de perdre la tête.

- La sénescence ou vieillissement physiologique, désigne les changements qui apparaissent avec le passage du temps ; elle fait suite à l'enfance, l'adolescence, l'adulte.

- La sénilité désigne une diminution importante des facultés mentales survenant au cours de la sénescence.

- Vous connaissez des personnes âgées qui ne sont pas séniles, qui ont "toute leur tête" ; des personnes âgées séniles "qui n'ont plus leur tête" ; et quelques personnes "qui n'ont plus leur tête" sans être âgées : c'est la démence avant la sénescence du corps, dite démence présénile.

- Il existe une forte présomption de maladie d'Alzheimer ...

- si une démence débute avant soixante cinq ans ;
- si on a éliminé les autres causes possibles ;
- si son évolution est progressivement invalidante.

Mais si le diagnostic de certitude ne pouvait être apporté jusqu'alors que par l'examen microscopique du cerveau soit après autopsie, soit après biopsie cérébrale, en **2010 pour Bruno Dubois et ses collaborateurs il n'est plus nécessaire d'attendre l'examen post-mortem pour confirmer la MA, le diagnostic peut désormais être posé grâce aux biomarqueurs identifiables facilement chez les patients vivants, même à une stade très précoce de la maladie.**

La revue *Impact médecin* du 24/10/2010 signale que dans l'article paru le même jour dans la revue *The Lancet Neurology*, le groupe d'expert piloté par Bruno Dubois (UMR 975 Inserm, Université Pierre et Marie Curie, Groupe Pitié Salpêtrière, AP-HP), redéfinit la MA comme un syndrome clinico-biologique permettant de poser un diagnostic beaucoup plus précoce. Pour Bruno Dubois et ses collaborateurs "il n'est plus nécessaire d'attendre l'examen post-mortem pour confirmer la MA, le diagnostic peut désormais être posé grâce aux biomarqueurs identifiables facilement chez les patients vivants, même à une stade très précoce de la maladie".

D'après les auteurs et contrairement à l'approche traditionnelle de diagnostic de la MA, la présence d'une démence avérée n'est plus nécessaire. Pour satisfaire les critères diagnostiques de la MA, les patients doivent présenter des troubles épisodiques de la mémoire (par ex. difficultés d'apprentissage d'une liste de mots, même avec des indices) ainsi que des signes biologiques (au moins un biomarqueur positif) visibles par IRM, neuroimagerie PET, ou analyse du liquide céphalorachidien (LCR). Ainsi, les patients sont identifiés avec plus de précision à un stade plus précoce.

Les auteurs soulignent que la simplicité des critères proposés présente l'avantage principal "de ne plus attendre que le patient ait développé une démence avérée ou de ne plus exclure du diagnostic et des traitements de nombreux patients qui ont des signes de la maladie malgré l'absence d'incapacité fonctionnelle."

Ils précisent : "La valeur de ces définitions réside dans l'application potentielle d'essais cliniques de traitements affectant la maladie. Des individus identifiés comme "asymptomatiques à risque de MA" (car biomarqueurs positifs) ou "présymptomatiques de la MA" (car porteurs de mutations génétiques) pourront être accueillis dans des essais visant à retarder l'apparition des signes cliniques.

V - Les mots causent des maux

A son origine, la maladie d'Alzheimer a été considérée comme une démence relativement rare. Comme aujourd'hui, même la personne qui "perd un peu la tête" à 80 ans est qualifiée "d'Alzheimer", cela donne l'impression d'une épidémie !

Associer la forme présénile de démence - maladie d'Alzheimer - aux démences séniles est responsable de l'inflation médiatique des maladies d'Alzheimer.

“Grand père est sénile, gâteux” n’est pas honorable car cela véhicule l’idée de vieillesse et de mort ; par contre “il fait une maladie d’Alzheimer” le garde dans le monde des vivants et laisse permis l’espoir d’une guérison.

Nous avons 60 malades dans le service de Long séjour et 55 présentent une démence : 6 ont une maladie d’Alzheimer, 49 présentent une démence sénile.

La vieillesse et son corollaire la mort n’est pas chose nouvelle mais chose à redécouvrir par notre société qui n’investit que le corps, qui a remplacé l’éthique par l’esthétique.

La glorification des top modèles qui n’ont pour mérite que leurs mensurations en est l’exemple extrême. Ne vaudrait-il pas mieux s’extasier devant un cul-de-lampe imaginé par l’esprit et modelé par le travail de l’artisan ?

Faisons attention aux valeurs dont nos enfants s’imprègnent pour la vie en voyant nos comportements télévisuels.

Devant le succès populaire du terme “Alzheimer”, les médecins ont suivi l’évolution du langage et pour être compris ont pris l’habitude d’employer pour caractériser le dément de 80 ans sénile, l’expression démence sénile de type Alzheimer, puisqu’il s’agit aussi d’une pathologie de l’intelligence.

La maladie d’Alzheimer (M.A.) débute, en général, vers cinquante/soixante ans, ou plus jeunes encore. La détérioration des fonctions intellectuelles est plus massive et profonde que dans d’autres démences.

La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) survient chez des personnes de plus de soixante-cinq ans. Dans la démence sénile de type Alzheimer, la détérioration des facultés intellectuelles - bien que très proche de celle de la maladie d’Alzheimer - est plus lente, évolue généralement par paliers sur une plus longue durée.

Quand les troubles sont d’ordre mental, ou paraissent tels, la langue française, au cours de son histoire, les a désignés par des termes successifs.

« Fou, aliéné, démence, Alzheimer...

Chacun sait que les troubles de la mémoire, des raisonnements et du jugement (les fonctions cognitives) ; les troubles de l’humeur, des comportements, de la perception ; les épisodes de désarroi, de confusion, de délire, peuvent nous affecter à tout âge.

Mais ils sont plus fréquents dans la vieillesse, et deviennent pour ceux qui les subissent, mais aussi pour les proches, familles et soignants, source d’étonnement, d’inquiétude et de souffrances.

Fou, fol, folle, folie sont employés depuis le XI^e siècle (follette et folâtrer depuis les XII^e et XV^e). Ils ont désigné longtemps les troubles mentaux les plus graves.

Au XIII^e siècle apparaissent les termes d’aliénation et d’aliéné, qui peu à peu doublent et écartent folie et fou.

Dément serait du XV^e siècle mais ne s’installe vraiment qu’au XIX^e siècle. Il a remplacé et éliminé, comme terme scientifique, les termes dérivés de folie et d’aliénation, qui demeurent dans le langage commun avec des sens figurés ne renvoyant pas à des maladies.

Il est légitime de penser que les termes de dément et de démence garderont la connotation scientifique qui les a substitués à folie et aliénation, le langage commun ayant adopté en cette fin du XX^e siècle, le terme **Alzheimer**, du fait de sa médiatisation.

Les scientifiques et les médecins parlent de démences (au pluriel), de syndrome démentiel. La démence n'est pas une maladie : il y a des démences comme des cancers, maladies différentes les unes des autres, par leurs causes et leur mécanisme, par leur gravité, leur traitement, leur pronostic.

On estime que sur cent diagnostics de démence, dix à quarante pour cent seraient des diagnostics faux, de fausses démences¹.»

Lorsqu'on n'a pas fait toutes les investigations diagnostiques nécessaires, utiliser le terme maladie de type Alzheimer, évite de se trouver embarrassé si une tumeur est mise en évidence au scanner !

Un scanner ça sert à dépister entre autre les tumeurs, mais ça ne sert pas à faire le diagnostic d'une maladie d'Alzheimer. Si le radiologue répond "atrophie corticale" vous ne pouvez rien en conclure : il n'y a pas de corrélation obligatoire entre la forme et la fonction (l'image cérébrale du scanner et les capacités intellectuelles).

Lorber en a fait la démonstration en 1980 dans un article qui fit sensation : "Le cerveau est-il vraiment indispensable ?" (depuis d'autres travaux ont conforté ses dires).

Il décrivait le cas d'un étudiant anglais, esprit brillant (quotient intellectuel de 126, titulaire d'une licence de mathématiques avec mention "très bien"), menant une existence normale. L'étudiant avait une grosse tête. Le scanner cérébral montra qu'il était hydrocéphale : son crâne était rempli de liquide céphalo rachidien, à l'exception d'une mince couche de tissu nerveux, d'un millimètre d'épaisseur situé à la périphérie.

Lorber sur la lancée fit la même observation pour 600 hydrocéphales examinés.

Si avec seulement un dixième de cerveau (140 g) l'étudiant anglais était brillant les personnes âgées séniles avec davantage de tissu cérébral devraient avoir le prix Nobel !

VI - Les causes de la maladie d'Alzheimer

Elles sont encore inconnues en 2010.

Elle n'est pas due à sclérose des artères, ni au surmenage, ni à l'activité intellectuelle, ni aux infections contagieuses ; elle n'est pas secondaire à des atteintes affectives : divorce, perte du conjoint ou d'un enfant, retraite, perte de son travail, déménagement, etc.

Par contre tous ces facteurs peuvent avoir un rôle déclenchant, la maladie étant déjà présente. Vous entendrez les gens dire : "Il travaillait trop" ou "Depuis son divorce c'est plus le même".

Jadis nous entendions "il étudie trop, il risque d'attraper une méningite" jusqu'au jour où le microbe responsable a été découvert.

¹ Phillibert, préface de *Vieillir dans la tendresse*, V. Zimmerman, éd du Centurion

Plusieurs hypothèses quant à l'origine de cette maladie ont été successivement évoquées, sans qu'aucune ne soit confirmée.

La théorie chromosomique est mise en avant actuellement : les enfants atteints de mongolisme (maladie de Down) ont à partir de 30 ans, des lésions cérébrales identiques à celles de la maladie d'Alzheimer ; on retrouve sur le chromosome 21 des deux maladies des anomalies génétiques. Oui mais, comme d'autres chercheurs mettent en cause des anomalies des globules rouges et que d'autres ont trouvé plus de trente anomalies différentes dans les tissus des Alzheimer, **il faut savoir ... qu'on ne sait pas, en 2010.**

Magazine Québec Science, mai 2003 - Article "À côté de la plaque" « Faudrait-il revoir tout ce que l'on croit savoir sur la maladie d'Alzheimer ? par Isabelle Cuchet :

.../... L'hypothèse la plus communément répandue date du milieu des années 1980. Elle a fait de l'accumulation des plaques, constatée presque systématiquement dans le cerveau des patients décédés, les coupables idéales. Selon cette théorie, les amas qui se forment spontanément détruiraient les neurones et provoqueraient la démence. À l'intérieur de ces plaques, on retrouve un peptide appelé bêta-amyloïde, constitué de 39 à 42 acides aminés. « La plupart des chercheurs et des laboratoires pharmaceutiques tentent d'éliminer cette substance du cerveau », dit André Delacourte, directeur de recherche à l'Institut National Français de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), à Lille. "Ils ont tort", affirme-t-il, en mettant en cause plusieurs idées reçues sur cette question. D'abord, on ne comprend toujours pas comment les plaques provoquent la démence. On a même découvert récemment des personnes atteintes d'Alzheimer et dont les cerveaux étaient exempts d'amyloïde.

« Dans une étude parue en septembre 2001 dans "Nature Neuroscience", le biologiste Lars Lannfelt, du Karolinska Institute en Suède présente une nouvelle forme familiale de la maladie, sans formation de plaques séniles », dit Judes Poirier, directeur du centre de vieillissement de l'Université McGill, à Montréal. Le contraire existe aussi. Dès 1991, d'autres travaux notaient l'existence de patients sains et à l'esprit vif dont les cerveaux montraient une forte accumulation d'amas de bêta-amyloïde à l'autopsie. Personne n'a jamais pu expliquer le phénomène. Autre argument, « la théorie a été élaborée à partir de très mauvais modèles », dit André Delacourte. Le problème avec Alzheimer, c'est que l'on ne peut être certain du diagnostic qu'après le décès du patient, au moment où l'on pratique l'autopsie de son cerveau.../... Alors, s'ils ne sont pas coupables, que font ces amas de bêta-amyloïde dans le cerveau de la majorité des malades ? Pour André Delacourte, ils seraient un marqueur de la maladie, une sorte d'effet secondaire inoffensif d'un dysfonctionnement plus profond et nocif, celui du gène codant pour la protéine APP, précurseur de

la bêta-amyloïde. Ce dysfonctionnement conduirait à la maladie de façon encore inconnue, et provoquerait en outre la formation des plaques de bêta-amyloïde; ces dernières étant en quelque sorte l'arbre qui cache la forêt. D'autres chercheurs vont plus loin : la prolifération du peptide serait, en réalité, un système interne de défense contre une maladie, dont on ignore tout. Il y a un an, le laboratoire pharmaceutique Élan a testé un vaccin thérapeutique chez les humains pour soigner la maladie d'Alzheimer. Trois cent-soixante patients ont reçu par injection des doses de bêta-amyloïde dans le cerveau dans le but de favoriser une réponse immunitaire - c'est-à-dire qu'ils en viennent à se débarrasser par eux-mêmes des plaques dans le cerveau. Les essais ont dû être interrompus d'urgence, car 19 personnes ont développé des encéphalites. Élan a divulgué fin mars les résultats de l'autopsie d'un patient qui a reçu le vaccin, une femme britannique décédée en février dernier. Les médecins ont trouvé moins de plaques dans son cerveau que dans celui d'autres malades qui n'ont pas reçu le traitement. Le vaccin aurait-il trop bien marché ? La disparition de la bêta-amyloïde a-t-elle pu déclencher l'inflammation du cerveau des patients ? Est-ce que les plaques ne seraient pas un neuroprotecteur d'une maladie inconnue ? Ces questions font beaucoup de bruit dans le milieu de la lutte contre la maladie d'Alzheimer. »

<http://www.cybersciences.com/cyber/4.0/2003/05/alzheimer.asp>

VII - L'Alzheimer ça commence comment ?

Les symptômes de début sont si minimes que rien de vraiment anormal n'est décelé par l'entourage ou la personne, alerte quinquagénaire qui poursuit son travail.

Lentement mais inexorablement la maladie évolue et des troubles deviennent évidents, notamment au niveau de la mémoire. " Je ne sais plus où j'ai mis..." , "On me raconte ou on m'explique quelque chose et dans les trois secondes qui suivent, j'ai déjà oublié".

Phénomène qui conduit à des répétitions incessantes, de plus en plus pénibles à supporter pour l'entourage. Ces troubles de la mémoire des faits récents s'accompagnent souvent et assez vite de troubles de la mémoire des faits anciens. Il devient difficile pour le patient de se souvenir du nom de son école, des personnes de son entourage, à l'époque scolaire, ou du président de la République après la guerre, etc.

Apparaissent aussi des troubles :

- **de l'orientation dans l'espace.**

"Je suis perdue, je ne sais plus quelle rue il me faut prendre pour retourner chez moi", dit une malade qui vient de faire son marché.) ;

- **de l'orientation dans le temps.**

Une personne ne sait plus, à dix ans près, en quelle année elle vit. Chacun peut se tromper au début d'une nouvelle année et écrire ou dire 98 au lieu de 99. Mais si cette personne affirme être en 82, voire, pire en 40, ça ne trompe pas beaucoup.

Une personne, un jour de janvier sec et froid, vous annonce que nous sommes le 13 août, ce qui montre aussi les troubles du raisonnement.

• **de la pensée abstraite.**

La résolution d'un problème simple devient impossible. Une personne subitement ne reconnaît plus ce qu'elle appelle « tous ses papiers » et ne parvient plus, comme auparavant, à remplir ses documents administratifs.

• **du jugement.**

Une personne commence à se livrer à des dépenses inconsidérées, hors de ses moyens, alors qu'elle gérait jusque-là son budget avec un grand bon sens.

• **du langage, se traduisant par un manque du mot.**

Nous nous plaignons presque tous de ne pas toujours retrouver un mot ou un nom. Rien d'alarmant. Il s'agit ici d'une personne qui se montre incapable de nommer des objets usuels posés devant elle sur une table. D'un crayon, elle dira : « Ça, c'est pour écrire ». Elle ne retrouvera pas le mot crayon.

• **de la reconnaissance des objets, l'agnosie.**

Quand on lui montre un crayon, la personne, non seulement ne peut pas le nommer, mais ne le reconnaît plus et ne sait plus déterminer sa fonction.

• **de la reconnaissance des visages.**

Au fur et à mesure que la maladie évolue, le patient n'identifie plus les visages, en particulier les visages de ses proches, et au pire son propre visage dans un miroir. Au point qu'il se plaindra de ne pas se sentir seul dans sa salle de bains et priera « l'étranger » de sortir.

L'ensemble de ces symptômes n'apparaît pas au tout début de la maladie, mais d'une manière progressive.

Remarquez aussi que je décris des troubles que nous rencontrons tous, à tout âge : "J'ai oublié d'acheter le pain", "Quel jour sommes nous ?", "Comment s'appelle cette personne, je la connais mais je ne peux pas y mettre un nom dessus ?". Mais ça ne nous arrive pas tous les jours, ni pour tous les actes de la journée.

Le médecin doit penser à l'Alzheimer - mais aussi à d'autres causes, notamment à un état dépressif - chez une personne qui présente avant soixante cinq ans au moins deux des manifestations suivantes qui mettent en cause l'activité cérébrale :

- a) elle peut s'être perdue quand elle se déplace dans un endroit inconnu ;
- b) ses collègues de travail s'aperçoivent d'une baisse de l'efficacité professionnelle ;
- c) la difficulté à trouver des mots et des noms devient évidente pour l'entourage.
- d) elle peut lire un chapitre d'un livre mais n'en retient que peu de choses ;
- e) elle a moins de facilité à retenir les noms des personnes qui lui sont présentées pour la première fois ;
- f) les intimes peuvent être surpris de découvrir qu'un objet de grande valeur a été perdu ou égaré ;
- g) les difficultés de concentration sont évidentes.

Le diagnostic différentiel entre les nombreuses causes susceptibles de donner un état démentiel nécessite de faire des examens biologiques, radiologiques, psychologiques, dont il ne sera pas fait état dans cet exposé

VIII - La maladie d'Alzheimer ça évolue comment ?

Quand la diminution des performances dans les situations professionnelles difficiles intervient, le retentissement social attire l'attention : la maladie est déjà à un stade plus avancé.

La personne ne se "sentant" pas physiquement malade, se défend d'abord en évoquant "la faute des autres" mais une anxiété s'installe. Peu à peu, la personne prend conscience des troubles : l'anxiété augmente, prélude à une dépression réactionnelle, toujours présente même si elle est plus ou moins masquée.

Ensuite s'installent des troubles du langage, du raisonnement logique, du jugement, toujours plus ou moins insidieusement ; mais toujours en progression constante.

Puis surviennent des troubles de la réalisation des actes de la vie quotidienne plus ou moins associés à une déambulation permanente, à de l'agressivité.

L'évolution conduit à l'incontinence et la dépendance totale jusqu'au jour où la personne ne sait même plus marcher, devient alitée en permanence, meurt.

IX - Similitudes étiologiques mais différences pratiques entre la démence sénile (DSTA) et présénile (MA)

Que la démence soit sénile ou présénile la succession des événements est identique sauf que, chez le grand vieillard, la mort survient parfois avant la fin de l'évolution du fait de l'aggravation d'une autre pathologie du vieillissement, cardiaque notamment.

Par contre l'évolution est différente. Celle-ci est accélérée dans la maladie d'Alzheimer où on a l'impression que sur une personne au physique jeune le vieillissement cérébral s'effectue sur une planche savonnée. L'évolution vers la mort se déroule statistiquement sur une durée de huit mois à huit ans.

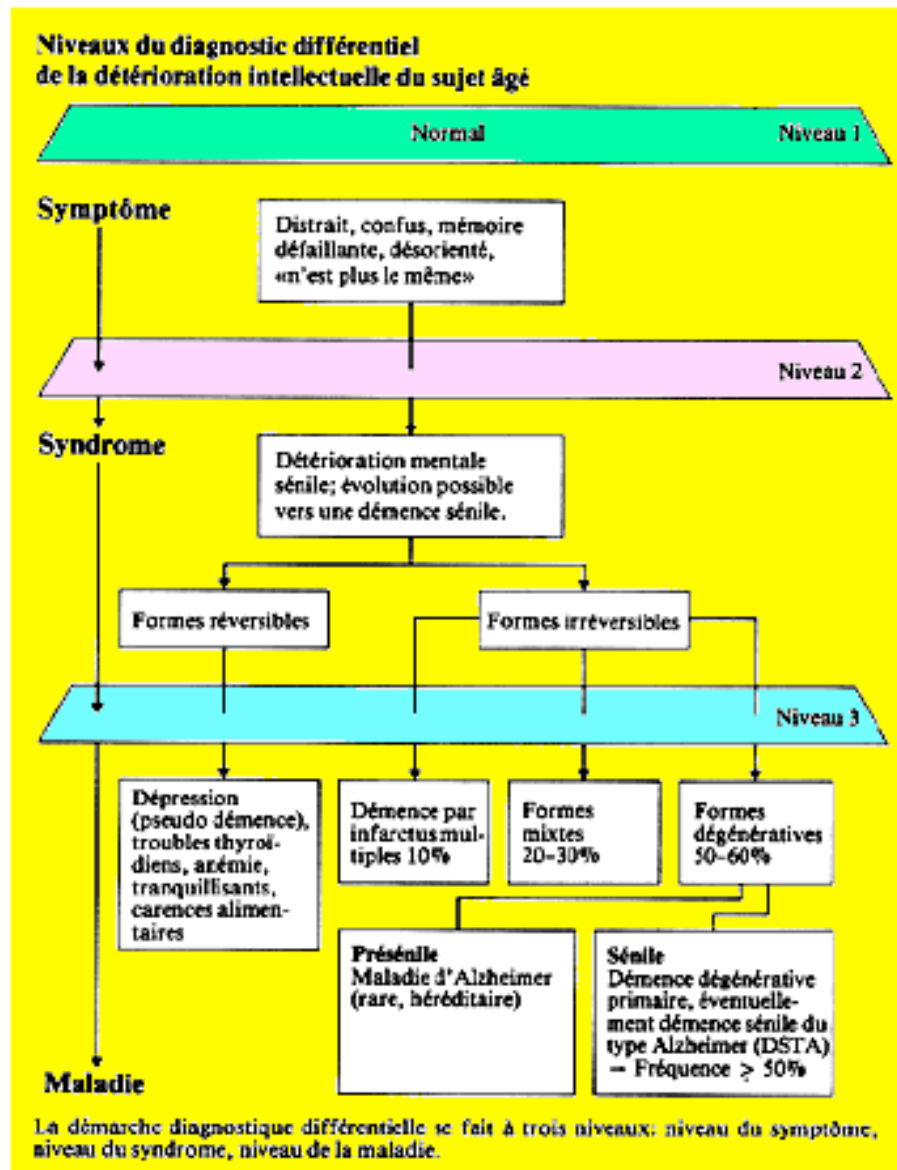
L'évolution est plus lente, en marche d'escalier, dans la démence sénile, où la baisse des fonctions cérébrales survient plutôt par paliers de pertes successives. Comme des pathologies d'autres organes sont présentes, le décès survient souvent avant que la démence n'ait atteint son stade ultime (responsable de complications entraînant la mort dans la maladie d'Alzheimer).

La personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer a un physique d'adulte de la soixantaine c'est à dire sans vieillissement physique handicapant.

Si vous regardez autour de vous, vous conviendrez que les gens de moins de soixante cinq ans sont pleins de dynamisme. Aussi, "l'Alzheimer", relativement jeune, bouge, a de l'énergie. Mais son action n'est plus dirigée vers un but déterminé : son potentiel physique n'est plus parfaitement "cerveau commandé".

Ceci entraîne une conséquence importante sur la famille qui l'entoure : elle est sollicitée minute après minute, 24 h/24, mois après mois. Et de temps à autre elle craque, épuisée physiquement et moralement.

Le vieillard qui fait une démence sénile bouge moins (l'arthrose et l'essoufflement limitent son déplacement rapide). C'est un malade en général plus calme, plus facile à "garder" par le conjoint, si celui-ci est aidé pour la réalisation de certains actes de la vie quotidienne, notamment la toilette. Il est apte durant longtemps à mémoriser, à faire certains apprentissages.



Source dessin : Frache S., Kirch A., Lambert B., Wagner N. , *L'informatique dans l'évaluation des performances cognitives des personnes âgées*, mémoire, Nancy.

X - Différencier pour agir...

Si nous avons insisté pour différencier la maladie d'Alzheimer de la démence sénile qui atteint le vieillard, c'est parce que nous savons par expérience qu'il est possible d'obtenir des résultats étonnants chez les personnes âgées en agissant sur l'ambiance de vie en institution (environnement matériel et entourage humain), alors que nos résultats sont moindres sur l'Alzheimer jeune, dont l'évolution nous prend de court.

Bibliographie partielle (cf [la Bibliographie du site](#))

- Arcand M., Hébert R., Précis pratique de gériatrie, Maloine, Paris, 1987, 629 p.
- Barrère H., La relation psychosociale avec les personnes âgées, éd. Privat, Toulouse, 1993, 168 p
- Beauvoir S. (de), La vieillesse, NRF, Paris, 197, 604 p.
- Fagherazzi-Pagel H., Mourir en long séjour, P. U. de Nancy, 1993, 248 p.
- Ferrey G., Le Goues G., Psychopathologie du sujet âgé, Masson, Paris, 1993, 198 p.
- Fondation de France, Vivre au Cantou,, cahier n°7, Paris, 1993, 133 p.
- Frache S., Kirch A., Lambert B., Wagner N. , L'informatique dans l'évaluation des performances cognitives des personnes âgées, mémoire, Nancy.
- Gaillard J-P., Place de la médecine générale dans la théorie de la complexité, Exercer, mai-juin 1994, n°27, p 25
- Gérontologie (F. N. de), Gérontologie et Société, Cahiers parus de 1985 à 1995.
- Hugonot R., Violence contre les vieux, ÉRÉS, Toulouse, 1990, 144 p.
- IPSEN (brochures du laboratoire), La maladie d'Alzheimer ; Velas B., Démences séniles de type Alzheimer : reconnaître et agir ; Mica M., Guide pour la famille, Paris, 1985
- Kagan Y., Dictionnaire de pratique gérontologique, Frisons-Roche, Paris, 1996, 840 p.
- Lamy Y., L'évolution des métiers de la gériatrie, ENSP, Rennes, 1992, 145 p
- Levesque L., Roux C., Lauzon S., Alzheimer, comprendre pour mieux aider, Erpi, Montréal, 1990, 332 p.
- Léger J-M., Tessier F-F., Mouty M.D., Psychopathologie du vieillissement, Doin, Paris, 1989, 254 p.
- Maisondieu J., Le crépuscule de la raison, Centurion, Paris, 1989, 222 p.
- Messy J., La personne âgée n'existe pas : une approche psychanalyste de la vieillesse, Rivages, 1992, 192 p
- Mishara B.L.Riedel R. G., Le vieillissement, PUF, Paris, 1985, 268
- Personne M., Soigner les personnes âgées à l'hôpital, Privat, Toulouse, 1991, 239 p.

Dr Lucien Mias - 17 décembre 94

Ultime Actualisation : octobre 2010