

**La maladie d'Alzheimer**  
*Psychoéducation et approches cliniques...*  
**Alzheimer's disease**  
*psychoeducation and clinical approaches...*

**LAOUDJ Mabrouk-MCA en Psychologie, Université de Bejaia**

**Résumé**

La psychoéducation est un apport essentiel dans la gestion du trouble du comportement chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, car elle permet d'évaluer la cause de la problématique en privilégiant l'évaluation du comportement sur le terrain. Dans ce cas, le psychologue clinicien qui observe le trouble du comportement du malade atteint de la maladie d'Alzheimer, doit identifier l'origine du comportement et proposer des interventions pour modifier ce comportement. Il travaillera surtout avec les proches aidants et les membres du personnel soignant. Nous l'avons constaté, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont souvent la cause de l'épuisement des membres de la famille et du personnel soignant. C'est pour cette raison et d'autres, qu'ils doivent puiser en eux même des aptitudes et des attitudes : communication, résolution du problème, reconnaissances des limites, sentiment d'estime de soi et de confiance personnelle, attentes réalistes, acceptation de l'aide nécessaire et pour les proches c'est surtout, la volonté de maintenir un réseau de soutien social.

**Mots clés :** l'Alzheimer, personne âgée, psychoéducation, psychologue, soutien social.

**Abstract**

Psychoeducation is an essential contribution in the management of behavioural problems in elderly people who has Alzheimer's disease, because it allows evaluating the cause of the problem by favoring the evaluation of behaviour in the field. In this case, the clinical psychologist who observes the behavioural disorder of the patient with Alzheimer's disease, must identify the origin of the behaviour and propose interventions to modify this behaviour. He will mainly work with caregivers and members of the nursing staff. We have seen that the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) are often the cause of burnout for family members and caregivers. This is why, they must draw skills and attitudes within themselves: communication, problem solving, recognition of limits, feeling of self-esteem and personal confidence, realistic expectations, acceptance necessary help and for loved ones it is above all the desire to maintain a social support network.

**Keywords:** Alzheimer's, elderly person, psychoeducation, psychologist, social support.

## Introduction

La Maladie d'Alzheimer augmente avec le vieillissement. Elle augmente surtout avec la sénilité (vieillesse cérébrale) liée à l'allongement de l'espérance de vie.<sup>1</sup> La maladie d'Alzheimer est donc, un enjeu de santé publique qui se trouve à la croisée de plusieurs disciplines médicales. Elle mobilise aussi les compétences du : Neuropsychologue; Neuroradiologue; Neurophysiologiste; Biologiste...etc. Cependant, le rapport entre vieillissement et capacité de travail prend une gravité croissante du fait du nombre des personnes âgées au sein des populations actives en Algérie. Comme leur capacité de travail est souvent antagonique avec ce qu'on attend d'elles, il en résulte des problèmes non seulement de stress et surtout de mortalité importante, par exemple à la suite d'accidents du travail mais surtout au cours des phases terminales d'enfoncement dans les maladies démentielles. Nous citons en l'occurrence, la maladie d'Alzheimer. Nous devons dans cette perspective, étudier les fondements neuropsychologiques du vieillissement en rapport avec l'affaiblissement corrélatif des capacités physiques, mentales et sociales pour que le malade puisse dans les premiers stades de la maladie s'adapter aux exigences de la tâche effectuée.

### 1. Coup d'œil historique et données épidémiologiques

En (1901), le Dr. Alois Alzheimer neurologue de sa profession examine une patiente nommée: Mme Auguste Deter Elle présentait une démence inconnue associée à des : troubles de mémoire, du langage, troubles psychologiques, désorientation temporo-spatiale, des hallucinations...etc. Le 8 avril 1906 elle décède. L'étude histologique de son cerveau montre une grande atrophie corticale. En (1907) le médecin en question publia un article intitulé sur ce cas clinique, qui l'avait intitulé : "*Une maladie à caractéristique grave du cortex cérébral*".

---

<sup>1</sup> [En Algérie, elle est de 74,5 ans pour les hommes et 78,1 ans pour les femmes.] Source-ONS.

Concernant , les études de prévalence, on note environ, 35 millions de personnes qui sont atteint aujourd'hui de la maladie d'Alzheimer dans le monde. L'estimation est en faveur de 115 millions de malades d'ici l'année 2050. Il y a zéro traitement curatif jusqu'au jour d'aujourd'hui. On note également, 225000 personnes diagnostiquées chaque année soit : 1 cas toutes les 2minutes 30secondes. La maladie d'Alzheimer touche de plus en plus de femmes. Autrement dit, on a un homme pour quatre femmes et une femme pour cinq hommes surtout après l'âge de quatre-vingt-cinq ans (1 ♀ / 4 ♂ & 1 ♂ / 5 ♀). Il y a presque 200.000 cas d'Alzheimer en Algérie, selon les sources du service de neurologie du CHU de Blida. La fréquence de la maladie, elle est de 2 à 4 % une fois passé l'âge de 65 ans.

Elle augmente proportionnellement pour dépasser les 15 % à l'âge de 80 ans. Les formes héréditaires dites « familiales » de la maladie sont très rares et représentent moins de 1 % des cas, elles se déclarent avant 60 ans. Les symptômes commencent parfois dès l'âge de 30 - 40 ans.

## **2. Description clinique et facteurs de risques**

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative. Elle est plus fréquente au cours du vieillissement :

- **Vieillissement normal** : Processus régulier et dynamique que subit tout organisme après sa phase de développement.
- **Vieillissement pathologique** : Phénomène qui apparaît plus tardivement et qui se traduit par une dégradation physique, mentale et sociale importante de l'individu.

A l'échelle de détérioration globale de Barry Reisberg, on définit sept (07) stades de déclin des capacités du patient atteint de la maladie d'Alzheimer:

- **STADE 1** : pas de déclin cognitif.
- **STADE 2** : déclin cognitif très léger.
- **STADE 3** : déclin cognitif léger.
- **STADE 4** : déclin cognitif modéré.

- STADE 5 : déclin cognitif relativement grave.
- STADE 6 : déclin cognitif grave.
- STADE 7 : déclin cognitif très grave.

Il existe selon la littérature scientifique trois facteurs de risques :

1°/ Le facteur principal c'est l'âge où l'augmentation exponentielle favorise la maladie.

2°/ Le second facteur c'est lorsque on a un parent du premier degré qui en était déjà atteint.

Dans ce cas, le risque est deux fois plus élevé.

3°/ Le troisième facteur de risque est lorsqu'on a plus d'un membre de la famille qui a été déjà touché par cette maladie. Dans ce cas, le risque est sept fois plus élevé.

### **3- Etiologie et prédispositions**

1/- A l'échelle macroscopique, les études neurobiologiques notent principalement :

a) Une atrophie Corticale.

2/- A l'échelle microscopique, les études scientifiques montrent :

- a) L'accumulation à l'extérieur des neurones des peptides  $\beta$ -amyloïde conduisant à la formation de « plaques amyloïdes » encore appelées: « plaques séniles ».
- b) L'accumulation anormale de la protéine TAU dans les neurones conduisant à leur dégénérescence.

3/- En ce qui concerne les prédispositions génétiques, les scientifiques mettent l'accent sur le chromosome 19, porteur du gène codant pour L'APOLIPOPROTÉINE E (apoE) qui est le seul transporteur du cholestérol dans le cerveau. Avec l'atteinte de ce chromosome le risque est huit (08) fois plus élevé pour développer la maladie d'Alzheimer.

4/- Pour ce qui est de la réponse immunitaire et inflammatoire, certains experts proposent que l'inflammation soit la troisième caractéristique anatomopathologique de la maladie d'Alzheimer. Car, l'apparition des plaques amyloïdes entraînent une activation des cellules immunitaires et inflammatoires du cerveau et surtout au niveau des cellules microgliales.

5/- Au niveau du mécanisme protéinique du prion, les experts scientifiques constatent qu'un agent infectieux situé à la surface des cellules du cerveau appelée protéine prion se replie de façon anormale et se transforme en une forme pathogène. Dans la maladie d'Alzheimer, les dépôts amyloïdes cérébraux et la protéine tau dans les désordres neurofibrillaires sont des propriétés d'autoréplication de type prion.

#### **4- Symptômes, évaluation diagnostic et traitement**

Les symptômes les plus manifestes dans la maladie d'Alzheimer sont :

- Altération de l'état général (perte de poids...) et du système cardio-vasculaire ;
- Perte de mémoire et déficits sensoriels et moteurs ;
- Troubles Neurologiques (réflexes, posture, ...etc.) ;
- Absence d'hygiène personnelle ;
- Rigidité mentale ;
- Troubles alimentaires ;
- Stéréotypies ;
- Altération de l'expression orale (discours réduit non spontané, phrases courtes et logorrhée) ;
- Écholalie ;
- Les troubles des fonctions exécutives ;
- Les troubles de l'écriture (dysorthographe), du mouvement (apraxie), du comportement et des troubles de l'humeur.

En ce qui concerne l'évaluation et le traitement préconisés à la maladie d'Alzheimer sont comme suit :

a) **L'évaluation neuropsychologique** s'effectue par un professionnel de la santé (neurologue, neuropsychologue, psychiatre...). Les praticiens utilisent une batterie de test évaluatifs destinés à ce type de maladie démentielle, à savoir :

- 1/- Le Mini Mental State Examination (MMSE).
- 2/- Le Physical Self-Maintenance Scale (PSMS).
- 3/- Functional Activities Questionnaire (FAQ).
- 4/- Hachinski Ischémic Score (HIS)
- 5/- Geriatric Depression Scale (GDS)
- 6/- Questionnaire de Plainte Mnésique (QPM) de Mac Nair.

b) **Les examens neuroradiologiques et biologiques** se font à travers :

- L'IRM (imagerie par résonance magnétique).
- Une TEP (Tomographie par Émission de Positons) au glucose qui mette en évidence les zones du cerveau en souffrance.
- Une PL (Ponction Lombar) pour montrer la présence de dépôts anormaux de protéine amyloïde et de Protéine Tau.

c) **Le diagnostic différentiel**

Concernant la maladie d'Alzheimer le diagnostic différentiel doit se faire sans les troubles suivant :

- Les Troubles Cognitifs Mineurs.
- Les Démences Vasculaires.
- Les Démences à Corps De Lewy.<sup>2</sup>
- Les Démences Fronto-Temporales.

---

<sup>2</sup> La maladie à corps de LEWY est une pathologie neurocognitive caractérisée par des dépôts anormaux de la protéine Alpha-Synucléine. Ces dépôts se forment à l'intérieur des cellules nerveuses du cerveau.

#### **d) Le traitement médicamenteux**

Tous les essais de traitement de la maladie d'Alzheimer ont aujourd'hui pour but uniquement de ralentir la progression de la maladie et permettre au patient et à son entourage de s'adapter à ce handicap mental. Malheureusement, au jour d'aujourd'hui il n'existe pas de traitement purement curatif, qui s'attaque directement aux causes et aux mécanismes liés à l'origine de la maladie. Seuls, les inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase et la Mémantine sont utilisés. Ils renforcent les circuits cérébraux et stabilisent dans certains cas le tableau clinique de la maladie. l'Aducanumab, est un anti-amyloïde spécifique des oligomères bêta-amyloïdes impliqués dans la physiopathologie de la maladie d'Alzheimer. Il est prescrit en perfusion mensuelle pour traiter la maladie d'Alzheimer.

#### **e) Le pronostic**

Bien que la vitesse de progression de la Maladie d'Alzheimer soit variable, le déclin cognitif est inévitable. Le délai moyen de survie après le diagnostic est de sept (07) ans (ce chiffre reste aléatoire). La survie moyenne des patients à partir du moment où le malade ne peut plus marcher est d'environ six (06) mois.

### **5- Etat de santé mentale et travailleurs vieillissants**

La plupart des sociétés développées ou en voie de développement examinent avec force les liens qui pourraient influencer l'interaction entre le personnel vieillissant, les postes de travail attribués, et l'environnement du travail en général. A mesure qu'on comprendra mieux le phénomène du vieillissement, la prise en charge du travailleur vieillissant sera de vigueur et la maladie sera également vaincue ou atténuée. Les changements doivent toucher les comportements du travailleur âgé et ses besoins afin de préserver non seulement sa santé mais aussi, ses capacités productives. Etant donné que les facteurs sociaux et environnementaux sont extrêmement variables, il faut que les programmes psycho-éducatifs conçus à l'intention des travailleurs âgés diffèrent en conséquence. Les études en gériatrie et en gérontologie consacrent leurs objectifs pour l'analyse du

phénomène du vieillissement et son impact sur l'émergence des maladies démentielles avec l'âge. En réalité, il n'est pas facile de faire la distinction entre la part du vieillissement biologique et celle des conditions vécues au travail supportés de longues années. Car, les facteurs concomitants et prédisposant jouent l'essentiel dans l'accentuation des processus de vieillissement au travail. Donc, il faudra bien apprécier dans quelle mesure le psychologue du travail pourrait concevoir le poste de travail de façon qu'il soit mieux adapté aux différentes capacités (aptitudes) normales du personnel vieillissant ou âgé (45-60 ans).

Il est par ailleurs évident que la population âgée est hétérogène et assemble des personnes de capacité physique et mentale très inégale. Puisque la constitution physique du corps se transforme avec l'âge. La masse adipeuse (graisseuse) double en valeur relative tandis que la masse musculaire (muscle lisse) diminue, d'où une baisse de la force, de l'endurance et de la masse musculaires. Le vieillissement s'accompagne aussi de transformations importantes au niveau de l'appareil respiratoire, comme par exemple l'hypertrophie alvéolaire, d'où une réduction de la fonction respiratoire. Ces altérations fonctionnelles au niveau des appareils musculaire, cardio-vasculaire et respiratoire font que le sujet âgé devient moins apte à exercer des activités pénibles. S'ajoute à tout ça, l'affaiblissement des organes sensoriels qui contribue énormément à la baisse de la capacité de travail chez le sujet âgé. On sait aujourd'hui, qu'avec l'âge, l'œil, l'oreille, la sensibilité tactile, l'olfaction et la gustation subissent une série de transformations. Toute cette série d'altérations liées au vieillissement s'observent en même temps au niveau du fonctionnement cérébral. Elles contribuent progressivement à diminuer la capacité de travail, rendant indispensable la modification de la cadence si l'on veut que le travailleur âgé reste aussi productif que possible. Sans oublier aussi, le ralentissement psychomoteur qui se rattache surtout à des altérations au niveau du système nerveux central, singulièrement en ce qui concerne l'interprétation de l'élément d'information, et son traitement en vue de déterminer la réaction appropriée (ou inappropriée). Dans ce cas de figure, les tâches des traitements cognitifs les plus complexes se voient encore davantage ralenti chez le sujet âgé. En outre, on observe

une dégradation, avec l'âge, en ce qui concerne l'acquisition, la mémorisation et le rappel de l'information. Le codage (stockage) de l'information dans le système nerveux devient plus difficile et prend plus de temps à son exécution. Les altérations physiques et mentales décrites jusque-là, montrent que la performance au travail s'altère avec l'âge quand la situation exige beaucoup de fonctions mentales : des activités sensorielles, une attention sélective, de la mémoire et un traitement rapide de l'information.

En revanche, une souplesse accrue doit être indispensable aux travailleurs vieillissant dans le domaine psychologique surtout : si le travailleur vieillissant sait mal ce qu'on attend de lui sur les lieux de travail, son efficacité et sa confiance en soi risquent de s'en trouver diminuées. L'état de santé du travailleur vieillissant se dégrade lorsqu'il est inquiet de son avenir (par exemple retraite, promotion, chômage, maladie chronique...). Par ailleurs, les capacités fonctionnelles ou, les capacités physiques du travailleur vieillissant sont souvent diminuées, ainsi que la tolérance aux facteurs de stressogènes exogènes. Les programmes psycho-éducatifs doivent tenir compte de ces dégradations si l'on veut éviter d'autres comorbidités. Enfin, La meilleure façon de maintenir la capacité de travail d'un personnel vieillissant consiste à adopter une nouvelle conception des emplois, pour tenir compte des besoins individuels et assurer une certaine flexibilité dans les milieux professionnels. Bien qu'il convient de souligner qu'un certain nombre d'aptitudes mentales et sociales peuvent évoluer favorablement avec l'âge : il faut prendre acte de ces atouts et en tirer profit. Les travailleurs âgés possèdent un plus grand dévouement, une meilleure qualification grâce à une longue expérience, et un caractère plus stable du fait de leur expérience en évènements de vie. Ces capacités intrinsèques, les rendent particulièrement aptes à certaines tâches exigeantes. La société doit en tenir compte de leurs dispositions qui font souvent défaut aux plus jeunes.

## **6- Psychoéducation et approches cliniques**

La seule alternative crédible, c'est la Psychoéducation. Elle s'impose comme apport essentiel dans la gestion du trouble du comportement chez la personne âgée atteinte de la Maladie d'Alzheimer. La Psychoéducation s'articule sur plusieurs approches cliniques:

I- L'approche Neuropsychologique ou Cognitive.

II- L'approche Multimodale.

III- L'approche par Diversion.

IV- L'approche par Validation de Naomi Feil.

V- L'approche « Humanitude » de Yves Gineste et Rosette Marescotti

Ci-dessous, on va évoquer brièvement les différents types de psychoéducation.

### **A - L'approche Neuropsychologique ou Cognitive**

- Elle repose sur le développement des stratégies d'encodage (imagerie) et de récupération (indices).
- Elle favorise l'utilisation des capacités mnésiques préservées du savoir-faire du malade et de ses habilités motrices (mémoire procédurale).
- Elle propose pour l'aidant principal (un membre du personnel soignant ou un proche aidant), le soutien psychologique qu'est indispensable.
- Elle permet l'utilisation des services de « l'hôpital à domicile », du fait que l'accompagnement est souvent perçu comme un « fardeau » pour l'accompagnateur.

### **B- L'approche Multimodale<sup>3</sup>**

Celle-ci, consiste à acquérir une meilleure compréhension de l'ensemble des variables : Environnementales, Psychologiques et médico-psychiatriques, de façon à assurer une intervention individualisée et pertinente. Elle affirme que les troubles de

---

<sup>3</sup> L'approche multimodale est de nature : Bio-psycho-socio-environnementale de N.TUMEL, 2009.

comportement trouvent rarement leur origine chez la personne, mais résulteraient d'une dissonance entre les caractéristiques de la personne et celles de l'environnement social. Comme par exemple : une personne peut devenir agressive lorsque certaines conditions sont réunies, à la suite d'une demande répétée à une activité qu'elle n'aime pas. Toute approche multimodale, débute par plusieurs actions. La collecte des données sur toutes les causes d'apparition et de maintien des comportements problèmes s'effectuent à partir de la lecture du dossier médical, des réponses aux questionnaires neuropsychologiques et sur les observations. Ensuite formuler diverses hypothèses sur la fonction des Troubles de Comportements Perturbateurs (TCP) afin :

- D'éviter une situation indésirable ;
- De Soulager une douleur physique ;
- Diminuer l'irritabilité ou un malaise lié à l'anxiété.

Cependant, le plan d'intervention multimodal comprend 3 étapes :

La première étape porte sur les aménagements préventifs. La deuxième pour déterminer les moyens de prévention active. La dernière sur le traitement direct des causes des troubles du comportement.

### **C- L'approche par Diversion**

Celle-ci, vise à faire diversion à partir du vécu positif du malade. Si l'attention est suffisamment dirigée, le climat émotionnel durant le soin sera plus agréable et cette expérience sera vécue positivement par le malade, ce qui influencera donc la mémoire émotionnelle et rendra les soins subséquents plus faciles. L'application de la stratégie de diversion comprend 12 étapes et elle exige l'intervention de deux soignants:

- Un Agent de Diversion (AD) : qui vise à centrer l'attention vers l'évocation verbale des contenus significatifs d'une fenêtre autobiographique identifiée et validée.
- Un Agent de Soins (AS) : qui prodigue l'acte de soin.

## **D- L'approche par Validation de Naomi Feil**

C'est une méthode humaniste utilisée après des personnes âgées désorientées. Elle valide l'émotion, c'est dire ce que le patient ressent est fondamentalement vrai. Elle a pour but de maintenir la communication pour développer une relation respectueuse. Alors que dans ce cas, les troubles du comportement chez le patient (e) sont considérés comme un moyen pour combler les manques. Cette méthode, facilite l'expression des émotions et permet à la personne âgée d'écarter des événements qui ont été perturbateurs dans sa vie. La validation utilise l'empathie et construit la confiance. Elle permet également aux personnes âgées de rester à domicile, améliorer leur bien-être physique, favoriser l'estime de soi et prévenir le repli sur soi. Elle réduit le stress et aide à résoudre des conflits passés non réglés. Elle réduit le passage à l'état végétatif. Elle apporte au personnel soignant plus de motivation et de plaisir à travailler et à aider les familles. Naomi Feil propose cette technique en (04) stades :

### **Stade I :**

- Reconnaître l'émotion de la personne malade.
- Eviter les confrontations.
- Répéter ou paraphraser les mots de la personne mal orientée.
- Aider la personne à exprimer ses émotions.

### **Stade II :**

- Lorsque les énoncés du malade sont incomplets ou incohérents, construire des phrases à partir des mots que la personne utilise en tentant d'exprimer sa réalité.
- Faire jouer de vieilles chansons familières ou des mélodies religieuses, cela pourrait faciliter la communication même quand l'expression verbale est incompréhensible ou absente.

### **Stade III :**

- Utiliser le toucher et la musique.
- La parole est remplacée par des mouvements et des sons répétitifs.
- Imiter les mouvements du malade tout en utilisant une voix

rassurante et un contact visuel qui favorisera une relation de confiance.

#### **Stade IV :**

- Il est difficile de rentrer en contact avec le malade à ce stade final, les mouvements sont erratiques et le contact visuel est restreint. Toutefois, la validation peut restaurer la dignité, apporter joie et soulagement.

#### **E- L'approche « Humanitude » de Yves Gineste et Rosette Marescotti**

Ces deux auteurs, découvrent en 1983 le concept de « vivre et mourir debout ». Ils ont travaillé la question de la « bonne traitance ». Autrement dit, une personne malade accompagnée d'une façon adéquate peut éviter de finir ses jours en grabataire. C'est une approche basée sur le respect, l'autonomie de l'individu et la tendresse. Elle vise principalement à améliorer les soins offerts aux personnes âgées avec une meilleure écoute. Elle utilise le toucher-tendresse et elle contribue à travers les méthodes de soins classiques c'est-à-dire des techniques de mobilités, elle adapte le malade à ses propres situations individuelles et aux conditions de travail et lors de l'activité d'hygiène. L'application de cette méthode, exige le face à face à la hauteur du visage, de regarder le malade et de diriger son regard dans ses yeux, d'annoncer et expliquer chaque geste, en transformant le toucher utilitaire en toucher tendresse et par là, elle permet de favoriser la vocalité. Exemple, on suggère d'amener le patient à se tenir debout 10 mn/j devant le lavabo pour le soin d'hygiène.

#### **Quels sont les indicateurs d'efficacité de ces méthodes ?**

Seules les thérapies de gestion des comportements, les stratégies éducatives spécifiques des aidants et des équipes, et la stimulation cognitive semblent avoir une efficacité durable dans la prise en charge des troubles neuropsychiatriques associés aux démences.<sup>4</sup> Il n'y a pas à

---

<sup>4</sup> Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia Livingston *et al.* (78)

ce jour un niveau de preuve suffisant pour recommander une intervention non pharmacologique spécifique pour réduire ou prévenir la déambulation chez les patients atteints de démence.<sup>5</sup>

Trois études ont été retenues et elles avaient démontré l'efficacité sur le comportement après six (06) semaines et sur les scores de dépression après une (01) année.<sup>6</sup> La stimulation non pharmacologique (ex. lumière, activité physique, stimulation tactile) sur la cognition, le comportement, l'affectivité, le rythme veille/sommeil; Montre qu'elles sont efficaces sur l'amélioration cognitive. Alors que, les troubles du comportement et le sommeil sont améliorés par une lumière vive et/ou la stimulation tactile.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use Robinson *et al.* (130).

<sup>6</sup> Validation therapy for dementia (Cochrane). Neal. Barton Wright. (131)

<sup>7</sup> Non-pharmacological interventions in cognitively impaired and demented patients- a comparison with cholinesterase inhibitors Luijpen *et al.* (90)

## **Conclusion**

Communiquer et gérer les troubles du comportement lorsqu'on côtoie une personne atteinte de la Maladie d'Alzheimer s'expose à des défis de taille. Savoir intervenir, demande certaines habilités et connaissances en psychoéducation. Celle-ci, s'avère très bénéfique pour les familles et le personnel soignant afin de mieux traiter, soulager et surtout accompagner. Enfin, nous incitons à plaider pour le développement de la recherche scientifique et ce pour de nouvelles approches d'encadrement neuropsychologiques, afin de : « VIEILLIR EN BONNE SANTÉ ». Car, les rapports entre âge et activité professionnelle sont encore mal connus à de nombreux égards, notamment sur les effets à long terme du vieillissement sur le travail et, inversement, du travail sur le vieillissement.

Il importe, pour toutes les catégories socio-professionnelles, d'améliorer l'information concernant les travailleurs âgés, de susciter une prise de conscience et de développer des attitudes positives à leur égard. L'information nécessaire doit être établie et diffusée par les laboratoires de recherche ou autres sociétés savantes (neurologie et gériatrie), par les pouvoirs publics et à travers les partenaires sociaux...

## Bibliographie

- Feil, N. (1999). *Validation. Pour une richesse pleine de sagesse !*, 2ème édition. Paris France: Pradel.
- Grise, J. (2014). *Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Communication et gestion des troubles de comportement*. Quebec, Canada: Presses Université Laval.
- Haute autorité de santé (2009). *Synthèse des recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer ; [http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/confusion\\_aigue\\_chez\\_la\\_personne\\_agee\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations.pdf](http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_synthese_des_recommandations.pdf)*.
- Organisation mondiale de la santé sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (2012). *Rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*.  
[http://www.alzheimer.ca/fr/northbay/Get\\_Involved/Raise-your-voice/WHO-report-dementia-2012](http://www.alzheimer.ca/fr/northbay/Get_Involved/Raise-your-voice/WHO-report-dementia-2012).
- Ploton , I. (1995). *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon, France : Chronique sociale.