

COMMUNICATION : COMMENT COMPRENDRE UN MALADE ALZHEIMER ET COMMENT S'EN FAIRE COMPRENDRE ?

**Intervention du Docteur BERLIOZ-THIBAL
01 décembre 2006**

La maladie d'ALZHEIMER est une maladie cérébrale, dégénérative, d'évolution insidieuse et, surtout, d'évolution progressive. C'est la plus fréquente des pathologies démentielles puisqu'elle représente 65 % des démences, notamment après 65 ans. Elle augmente régulièrement avec l'âge et, à partir de 70 ans, elle va doubler tous les cinq ans pour atteindre une personne sur cinq après 80 ans et une personne sur quatre après 85 ans, ce qui représente en France, en 2006, 850 000 personnes (13 % d'hommes et 20 % de femmes). Il devrait y avoir, en 2020, 1 300 000 personnes atteintes de cette maladie. C'est la première cause de dépendance du sujet âgé et c'est un des défis le plus important que notre société va devoir affronter au cours du siècle à venir.

LES LESIONS DE LA MALADIE SONT SPECIFIQUES ET INVISIBLES A L'IMAGERIE CEREbraLE

C'est à dire que, lorsque l'on fait un scanner cérébral ou une IRM cérébrale, on ne voit pas les lésions d'une maladie d'ALZHEIMER. On ne les voit qu'au microscope lorsque l'on fait un examen anatomopathologique : on voit ce que l'on appelle des plaques séniles, qui sont des lésions autour des cellules, et une dégénérescence neurofibrillaire. Dans un premier temps, ces lésions là vont perturber le fonctionnement des neurones et leurs connections et, en définitive, entraîner la mort de ces neurones. Contrairement à d'autres cellules (de la peau, de l'estomac, etc), les cellules du cerveau ne se régénèrent pas ; leur perte est définitive et entraîne une perte des fonctions auxquelles elles sont rattachées. Tous les neurones ne sont pas touchés de la même façon et toutes les régions cérébrales ne sont pas touchées de la même façon non plus. Les symptômes vont être fonction du siège de la maladie ; certaines zones cérébrales sont atteintes avant d'autres et la perte des neurones va prédominer au niveau du cortex temporal. Vous savez peut-être qu'il y a un médiateur - une substance qui favorise le passage de l'influx nerveux - que l'on appelle l'acétylcholine qui est le plus diminué dans la maladie d'ALZHEIMER ; c'est sur ce facteur-là qu'agissent les médicaments dont nous disposons actuellement.

DEFINITION DE LA MALADIE PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (O. M.S.)

Pour l'O.M.S., c'est une altération progressive de la mémoire suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Apparue au moins depuis six mois et associée à un trouble d'au moins l'une des fonctions suivantes : le calcul, le langage, le jugement, l'altération de la pensée abstraite, les praxies (lorsque la personne ne peut plus faire les gestes), la gnose (les personnes ne sont pas conscientes de leurs troubles) et puis les modifications de la personnalité.

LA MALADIE SE MANIFESTE PAR TROIS TYPES DE SYMPTOMES :

- un déficit des fonctions intellectuelles avec, au premier plan, les troubles de la mémoire ;
- une réduction des activités de la vie quotidienne et, parfois, une modification du comportement ;
- une modification de l'humeur.

La maladie d'ALZHEIMER est, avant tout, un trouble de la mémoire et, si la mémoire du langage est précocement atteinte, la mémoire de la communication non verbale, qui est probablement plus archaïque, va rester très longtemps intacte.

LA COMMUNICATION

La communication c'est ce qui nous permet de partager des informations et donc d'avoir des interactions avec les autres. Mais pour communiquer, il faut être deux, et lorsqu'on transmet un message, si la personne a du mal à recevoir le message ou à y répondre, alors la communication devient difficile.

La communication orale :

La maladie d'ALZHEIMER a un profond effet sur le langage et son premier symptôme sera le manque du mot ; elle va atteindre la parole et l'usage des mots ainsi que la compréhension des mots entendus. Le premier signe, c'est le manque du mot ; c'est le trouble qui est le plus fréquemment rapporté par le patient ou par sa famille. Au début, cela se limite à des pertes sur les mots usuels mais cela peut être compensé par des périphrases ou par des paraphrases : on le dit autrement ou on répète le dernier mot de la phrase. On prend un mot pour un autre : on dit une pomme pour une poire. Par contre, au début de la maladie, tout ce qui est compréhension, tout ce qui est écrit ou lu, reste préservé. Mais le patient a une perte dans l'initiative, dans la conversation ; il a une réduction de la parole. Il peut avoir des difficultés à énoncer les noms propres, à énoncer les dates, à donner une approximation. Il peut aussi avoir du mal à comprendre les anecdotes ou à comprendre les paroles rapides, à suivre certaines conversations, à ressentir l'humour.

A un stade plus modéré, le manque d'humour va devenir plus fréquent ; il y aura des paraphrases plus nombreuses et la personne aura tendance à répéter les derniers mots entendus. La compréhension et l'expression écrite vont s'altérer aussi. Par contre, tout ce qui peut être lecture, tout ce qui peut être répétition, est conservé. La personne peut buter sur des conversations simples, peut demander qu'on lui répète des consignes toutes simples quand la maladie évolue. Elle doit réfléchir un peu plus longtemps pour communiquer sa pensée et l'expression va perdre un peu de sa spontanéité. A ce stade, le vocabulaire va s'appauvrir. Il va parfois y avoir une répétition de mots et la personne aura tendance à s'exclure des conversations sociales, des réunions familiales. Elle aura encore plus de mal à soutenir des conversations.

A un stade plus sévère, malheureusement il peut y avoir une désintégration importante du langage oral ou bien la compréhension devient déficitaire. Le tableau peut évoluer jusqu'à l'aphasie globale, c'est à dire que la personne ne parle plus ou ne s'exprime qu'avec des mots incompréhensibles ou un jargon incompréhensible, voire uniquement avec des cris ou des sons plus ou moins incompréhensibles.

Optimiser la communication

Au fur et à mesure que la maladie va progresser, le langage, en tant que mode de communication, va devenir de moins en moins efficace et vous allez devoir trouver de nouveaux modes de communication pour transmettre un message. Alors que faire dans cette situation tout à fait habituelle ?

Lorsque je voyais les familles en consultation, c'était : *elle utilise un mot pour un autre ; elle a du mal à s'exprimer, pour trouver ses mots ; elle n'arrive plus à exprimer ses désirs tout simples ; à rentrer à la maison, à mettre un manteau.* Des choses comme cela. Ou bien la personne s'arrête

au milieu de la phrase. Ou quand on lui parle, la personne dit : *oui, oui, j'ai compris*, mais n'a pas réellement compris la consigne simple.

La communication avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer exige cinq principes de base :

**beaucoup de conviction ;
une certaine créativité ;
beaucoup de compréhension ;
de la patience ;
des petites techniques.**

De la conviction, parce qu'il faut toujours avoir à l'esprit que la personne, peu importe ses capacités et malgré l'atteinte de ses facultés cognitives, a toujours un fond qui peut être atteint. On peut toujours garder un contact, très, très longtemps, et je dirais même jusqu'au bout (et pas forcément par le langage).

Beaucoup de créativité, parce que de temps en temps il faut avoir un peu d'imagination pour que le sens du message passe.

Compréhension de l'effet de la maladie sur la communication.

Beaucoup de patience, parce qu'il faut ralentir son flux de paroles. Il faut écouter. Regarder. Attendre une réponse. Il faut répéter sa phrase, et parfois, plusieurs fois avant que la consigne soit comprise.

Et puis il faut **quelques techniques** toutes simples pour essayer de transmettre le message ou les sentiments de façon efficace.

Je vais essayer de vous donner des petites astuces, des petites façons de faire, mais je pense que vous avez remarqué vous-même beaucoup de choses.

POUR OPTIMISER LA COMMUNICATION ENTRE VOTRE PROCHE ET VOUS

Il faut créer un espace de communication. Essayer de faire un choix judicieux au niveau de la durée et reconnaître à votre proche la qualité d'interlocuteur. C'est valable pour le proche mais c'est valable aussi pour le soignant qui intervient auprès d'un patient atteint d'une maladie d'ALZHEIMER. Mais, à la maison, il est parfois plus facile de choisir le bon moment : il y a des jours où la personne a envie de parler, et aussi des jours où elle n'en a pas envie. Ce n'est pas très grave ; il faut essayer de choisir le bon jour.

Tenir compte de sa fatigue : Peut-être pas après une consultation. Peut-être pas après une sortie ou une toilette.

Lui laisser le temps de choisir sa réponse et de parler à son rythme avant de l'aider.

Eviter aussi de la déranger quand elle est plongée dans une activité car la personne aura plus de mal à gérer les informations diverses et variées.

Ne mettez pas le patient sous pression. On est dans une société où on fait tout vite, alors quelquefois on a tendance à lui sauter dessus et à l'aider à finir sa phrase. Il a besoin de temps pour rassembler ses idées et il aura besoin de plus en plus de temps pour s'exprimer, même s'il s'exprime mal. Si vous interrompez le patient, il aura du mal à communiquer ultérieurement. Il peut se décourager car, finalement, on le fait à sa place.

Laissez-lui le temps de finir sa phrase et, éventuellement, répétez les derniers mots de façon à ce que le fil reste tendu dans la conversation. Et s'il n'arrive pas à finir sa phrase, et bien tant pis, passez à autre chose.

Au bout d'un certain temps, **on peut quand même l'aider**, lui prêter des mots, « *tu veux dire ceci, tu veux dire cela* » ce qui favorisera la réussite de cette phrase et soulagera la personne. Il ne faut pas aller trop vite, mais essayer de l'aider tranquillement. S'il a du mal à trouver ses mots pour certains objets familiers, vous pouvez lui demander de vous le montrer et prononcer vous-même le mot.

Lorsqu'il y a des erreurs on a tendance à vouloir les rectifier. Il faut le faire bien sûr, mais sans insister. Quand on utilise un mot pour un autre, si la compréhension est normale, peut être qu'il ne faut pas corriger systématiquement. Vérifiez en tout cas que vous avez bien compris en reformulant le message. Il dit « donne-moi le clou sur la table ». Interrogez : « tu veux dire le pain sur la table ? » Quand on fait un test, on demande la saison pour voir si l'orientation est bonne. Lorsque la personne trouve une saison mais que ce n'est pas la bonne, au lieu de lui dire : *mais non, on n'est pas en été, on est en automne*, il faut peut être lui dire autrement : *mais non regardez dehors, les feuilles sont tombées, il fait plus froid, on est encore en automne*.

Rectifier les erreurs de reconnaissance du patient, cela c'est difficile surtout lorsque cela concerne le plan familial. Il faut essayer de ne pas blesser le patient et de ne pas se formaliser parce que s'il est extrêmement difficile que votre mère ne vous reconnaisse pas, il est aussi difficile pour le patient de se rendre compte qu'il n'a pas reconnu sa fille ou son fils. Lorsque l'on vous dit, *bonjour madame*, et que vous êtes la fille ou l'épouse, c'est vraiment difficile. En même temps, si on arrive à prendre un peu de distance par rapport à cela, on peut dire les choses autrement : *tu ne m'as pas reconnue aujourd'hui, c'est parce que j'ai changé de chemisier, mais je suis ta fille (ou ta femme)*, mais ce n'est pas facile.

Continuer à poser des questions simples et, notamment, des questions fermées. C'est à dire des questions auxquelles le patient va pouvoir répondre par oui ou par non. Eviter les questions du genre pourquoi ? comment ? qui vont amener à une réponse beaucoup plus élaborée que la personne n'est peut-être pas capable de faire. Poser des questions fermées et avoir des réponses, c'est peut être maintenir le patient dans une alerte et soutenir sa capacité d'attention.

Donner des choix limités. Ne pas dire : *qu'est-ce que tu veux pour ton petit déjeuner ?* Mais plutôt « est-ce que tu veux du thé ? est-ce que tu veux du café ? », Ce sera une réponse active. Est-ce que tu veux faire une promenade ?

Lui donner les mots clefs quand le patient commence à avoir du mal à exprimer sa pensée et que le discours est partiellement incohérent. Lui donner quelques mots suffit parfois à comprendre ce que la personne a envie d'exprimer. Il dit *bus*, il dit *maison*, c'est peut être que la personne a envie de rentrer à la maison par le bus. Il faut donc reformuler les choses en essayant de capter le mot clef du message. C'est une attitude qui va confirmer ce qu'il a envie de dire et peut-être éviter ces accès d'irritation ou d'agitation qui peuvent se produire lorsque le patient n'est pas compris.

S'il devient anxieux, essayez de vous référer simplement à ses besoins fondamentaux. C'est une chose que l'on a parfois du mal à comprendre et, très souvent, dans le milieu hospitalier où je travaille, il faut quelques jours pour que les soignants y pensent. S'il devient anxieux, c'est peut être simplement qu'il a envie d'aller aux toilettes ; il a peut être soif, ou faim. Ce sont des signes qui sont décodés plus facilement par la famille que par les soignants. On peut quelquefois aussi anticiper : on ne comprend pas trop, alors on propose : *tu veux boire, tu veux aller aux toilettes ?*

Autre forme de troubles du langage, le malade qui répète sans cesse la même chose. Il ne sert à rien de lui dire, *arrête de me poser toujours la même question, ou bien : je te l'ai déjà dit.* Mais, souvent, c'est le premier réflexe que l'on a. En général, ce trouble est une marque d'angoisse. Alors, prenez le temps de répondre, une fois, deux fois, trois fois. Essayez de détourner ou de renvoyer gentiment la question. Mais si tout échoue, et bien passez à autre chose, et négligez la question. Il vous demande l'heure qu'il est plusieurs fois dans la journée, et bien on peut dire : *ce n'est pas encore le soir, tu dois être fatigué. Quelle heure il est ? Ce n'est pas l'heure, regardons par la fenêtre. Quelle heure il est ? Marie est passée tout à l'heure, elle va revenir bientôt. Quelle heure il est ? Tu n'as pas froid ?* etc.. Et puis, essayez de passer à autre chose et négligez la question

On a le droit aussi par moment de livrer notre réel degré de compréhension. On a le droit de dire : *et bien non, je ne te comprends pas, mais ce n'est pas grave, on essaiera plus tard.* Ne pas prétendre forcément comprendre la personne lorsque l'on n'y arrive pas. Dire simplement ce qu'il en est, le maintien dans son respect de personne.

Essayez de hiérarchiser et de valider, c'est à dire de positiver, ce que veut dire la personne. Légitimer son point de vue. Lorsque la maladie est assez évoluée, on constate en effet que les patients reparlent de leur mère, de leurs parents, et on a l'impression qu'ils sont toujours vivants. Essayez alors de dire : *oui, c'est normal, ta mère est toujours présente* (sous entendu : dans ton coeur). Ne pas asséner : *elle est morte depuis 50 ans.*

Soyez approbatif : essayez d'approuver ; dites oui de la tête. En situation de délire, ne pas forcément le contredire d'une façon brutale, ce qui en général déclenche des réactions plutôt agressives, mais ne pas entrer dans le délire.

POUR OPTIMISER LA COMMUNICATION ENTRE VOUS ET VOTRE PROCHE

La communication verbale

Il faut se placer face au malade et pas vous debout, lui assis. Il faut se mettre au même niveau car il ne doit pas avoir à lever les yeux pour vous regarder. Prenez le temps de capter son attention : éteignez la radio et la télévision. Dans mon expérience hospitalière, dans les chambres des patients lorsque l'on fait la toilette, que l'on parle et que vous avez la télévision qui fonctionne, il n'y a aucune communication qui peut se faire entre le soignant et la personne.

Créer éventuellement un contact par geste : le prendre par la main, par le bras, l'accompagner. Etablir un contact visuel car, et c'est valable pour tout le monde, c'est extrêmement désagréable de parler avec quelqu'un qui ne vous regarde pas en face. Donc essayer de capter le regard.

Lorsque le patient a des troubles évolués et qu'il ne reconnaît pas quelqu'un de sa famille, **toujours se présenter en rappelant des repères familiaux simples :** *je suis ta fille ; mon mari c'est, mes enfants sont* Ne pas hésiter à appeler le patient par son prénom.

Parler lentement, calmement, avec des phrases courtes et des mots simples pour transmettre des messages clairs : quand on a une grande explication, cela demande des efforts d'attention et de concentration que la personne ne sera pas capable de fournir. Si vous parlez de quelqu'un de votre famille, montrez des photos parce que le visage rappellera plus facilement des souvenirs.

Répéter les informations importantes. J'ai un souvenir à l'hôpital récemment de quelqu'un de très âgé, qui avait une démence très évoluée, qui venait de perdre son mari. L'aide soignante m'a dit : *on lui a dit que son mari était décédé mais je ne suis pas sûre qu'elle ait bien compris*

car elle ne dit rien. Alors je suis allée la voir, je me suis assise, je lui ai pris la main, je lui ai expliqué et, finalement, elle avait parfaitement compris. Elle m'a bien raconté où et quand elle s'était mariée, combien elle avait d'enfants, ce qu'elle avait fait dans sa vie alors que, hors de ce contexte là, on avait des contacts extrêmement limités. On lui avait répété cette information importante et elle avait absolument bien compris.

Donner une information à la fois parce que les capacités affaiblies de la mémoire compromettent la compréhension simultanée d'informations.

Terminer une action avant de passer à la suivante. Ne dites pas : *finis de manger, mets ton manteau, on sort.* Il faut donner une seule consigne à la fois pour limiter le choix des réponses.

Associer le malade à votre activité quotidienne. Donnez-lui des repères : *il est trois heures, c'est l'après-midi.* Aidez-le à se repérer dans la journée ainsi votre proche aura l'impression de participer à la vie commune et de ne pas être marginalisé au sein de la vie familiale.

N'oubliez pas non plus que, dans la communication verbale, **le ton est important.** N'utilisez pas trop les aigus. Le timbre de la voix aussi est important : si on se met à crier ou qu'on a une voix très aiguë, la personne va le ressentir comme une colère. Elle va se rendre compte de votre humeur (elle est bonne, elle est mauvaise) et votre état d'esprit (calme ou agité). La personne boit un peu comme un buvard votre état nerveux.

Ne pas mobiliser le patient sans lui parler. On voit cela beaucoup à l'hôpital : on vous emmène à un examen et on oublie de vous dire pourquoi. Même sans troubles de la mémoire, on n'aime pas beaucoup cela. Parlez à votre proche avant de le mobiliser, avant de le lever de son fauteuil.

Lorsque la communication orale est difficile, on peut utiliser la communication écrite (qui peut s'utiliser en même temps que la communication orale).

La communication écrite

Elle marche très bien par exemple chez des patients qui vivent chez leurs enfants qui travaillent. Dans un premier temps, les pense bêtes sur le frigo ou la table suffisent très bien pour que la personne puisse encore rester autonome au domicile. Là aussi, les messages doivent être courts. Ils doivent comporter une seule annotation. Etre faciles à comprendre. Etre écrits en gros, en majuscules de préférence, parce que ce n'est pas parce que l'on a des troubles de la mémoire, que l'on n'a pas aussi une baisse de l'acuité visuelle. Il faut enfin les laisser bien en évidence.

Lorsque l'écrit devient difficile, on peut utiliser alors des symboles ou des petits dessins : la baignoire pour la salle de bain, la cuvette pour les toilettes, etc. Tout cela pour permettre à la personne de se repérer. Là c'est pareil : les dessins doivent être simples, parlants, faciles à identifier par la personne, de taille suffisante pour être lus, placés à la hauteur des yeux et de couleur de préférence pour attirer l'attention. Vous remarquerez que votre proche, avec l'évolution de la maladie, a une perturbation de l'écriture.

On peut communiquer par images puisque les images permettent d'évoquer le souvenir. La mémoire des faits récents disparaît rapidement, par contre la mémoire des faits anciens reste très longtemps. Se souvenir du passé peut permettre d'évoquer des expériences : les hommes sont très sensibles lorsque l'on évoque avec eux leur service militaire, la guerre ou des événements familiaux, leur métier. Ce sont des choses qui restent encore très ancrées qui peuvent permettre d'évoquer les moments positifs de leur vie que, vous, vous connaissez. Cela diminue le sentiment d'isolement en permettant de communiquer encore.

La communication par geste

Si la personne comprend mal les mots, elle va par contre très bien reconnaître les gestes d'affection, d'irritation ou de rejet, et elle les interprétera correctement. Les attitudes et expressions du visage vont être décodées et vont vous faire accepter (c'est sans doute vrai plus pour les soignants) comme ami ou ennemi. Si vous vous mettez en face de quelqu'un, que vous posez les mains sur lui et que vous le repoussez et si, en même temps, vous lui dites, « je t'aime », je pense qu'il retiendra juste que vous l'avez poussé et pas ce que vous lui avez dit. Il faut employer les gestes au maximum pour souligner vos paroles et pour l'aider à comprendre. Ils inspirent confiance et montrent l'attachement que vous pouvez avoir.

La personne ne va plus savoir faire des gestes simples comme s'habiller, faire un chèque, fermer la porte et elle peut aussi comprendre des gestes autrement. Il y a des situations extrêmement difficiles qui peuvent être mal ressenties, notamment par la famille. Exemple : la famille vient, contente de voir son père ou sa mère, et elle a l'impression d'être mal reçue parce que la personne va se lever, partir ou ne va pas reconnaître ses visiteurs. C'est une fausse impression en général. C'est que la personne a mal interprété le geste. En tout cas, il ne faut pas culpabiliser ni en vouloir à la personne, c'est une mauvaise interprétation des gestes. Par contre la personne peut avoir elle-même des gestes qui sont toujours les mêmes et qui auront toujours la même signification. Par exemple, quand elle a soif, elle va prendre un bol ou un verre. Pour aller aux toilettes, elle va se déshabiller. Cela permet, quand on les connaît, quand on les repère, d'aller un peu au devant.

On peut toucher la personne, cela fait aussi partie des plaisirs. On peut toucher la main, toucher le bras, il faut avoir des gestes plus affectueux et il faut les conserver. Il ne faut pas parler à la cantonade : on a l'habitude, on est dans une pièce et on parle à ses enfants et à son mari qui sont dans une autre. Mais non, avec un patient qui est malade, qui a des troubles de la mémoire, il faut lui parler en face à face, le plus près possible, le regarder droit dans les yeux avec un visage qui exprime des sentiments qui renforcent les paroles. Essayez de dire des choses en souriant, avec un regard fixe. En tout cas, tout au long de l'évolution de la maladie, adaptez votre attitude à ce que vous lui demandez et à ses possibilités pour essayer de le mettre le moins souvent possible en échec.

La communication avec votre proche va se modifier au cours de l'évolution de la maladie. Il y aura des choses qu'il ne pourra plus faire. Mais en conclusion, je voulais simplement dire que la qualité de vie de ces personnes dépendra en grande partie des relations que vous pourrez avoir avec eux. Que maintenir le contact peut être un processus complexe et même un véritable défi. Que certains jours on va penser qu'il n'y a aucun message qui passe mais certains jours ils passeront. Alors profitez des bons jours sans culpabiliser des mauvais. Ne renoncez pas et rappelez-vous qu'en général, de toute façon, vous faites de votre mieux.

+ + +
+ +

Quelques réponses aux questions posées par le public au Docteur BERLIOZ-THIBAL

Que faire face à un refus d'hospitalisation ?

L'angoisse de cette personne c'est de ne pas revenir. C'est de croire qu'on veut s'en débarrasser. C'est une grande angoisse d'abandon. Souvent les médecins traitants arrivent quand même à soigner le malade à domicile, mais s'il n'y a pas moyen il faut le rassurer en disant : *quand tu vas aller mieux, tu vas revenir*. Mais l'angoisse c'est : *on me met à l'hôpital et après j'irai en maison de retraite*. Pourtant, de temps en temps, on n'a pas le choix : il faut forcer le patient pour aller à l'hôpital. Je crois qu'il y a des établissements (peut être pas encore sur la région) qui ont des unités spéciales pour accueillir les patients atteints d'une maladie d'ALZHEIMER qui ont une autre pathologie, avec une prise en charge différente. Mais, quand il faut aller à l'hôpital, il faut y aller. Par contre, il faut accompagner la personne et la rassurer sur

le fait qu'elle va revenir. Sachez cependant que, lorsque la maladie est évoluée, on a la possibilité de faire intervenir l'hospitalisation à domicile, ce qui peut parfois éviter l'hospitalisation.

Va-t-on faire enfin quelque chose pour un diagnostic précoce de la maladie d'ALZHEIMER ?

On estime qu'il y a actuellement un retard de diagnostic de 5 ans, très souvent parce qu'il y a une banalisation des troubles, à commencer par le médecin qui peut mettre ces troubles sur le compte du vieillissement normal. Mais il existe maintenant des tests de dépistage (qui vont se généraliser) pour aider à diagnostiquer la maladie car on sait bien que plus on traite la maladie tôt, plus on en ralentit l'évolution dans les premières années. Les médicaments, vous les connaissez, ce sont le COGNES, l'ARICEPT et l'EXELON qui, globalement, ont la même efficacité et agissent de la même façon. Ils ne font que ralentir l'évolution de la maladie car malheureusement on n'a pas de traitement qui guérissent. Cependant on espère bien que les labos vont faire quelques progrès là-dessus.

Quand on fait un diagnostic de la maladie d'ALZHEIMER, surtout au début, on a seulement des faisceaux d'arguments ; c'est beaucoup plus facile quand la maladie est évoluée. On n'a aucun marqueur biologique et sur le scanner ou sur l'IRM on ne voit rien (on les fait pour s'assurer que le patient n'a pas d'autres maladies ou voir si ce n'est pas un problème vasculaire). On fait aussi des dosages sanguins, notamment de la thyroïde pour voir s'il n'y a pas une hyperthyroïdie ou une hypo thyroïdie. On cherche ce que l'on appelle, en terme médical, des démences curables : si c'est un problème de thyroïde, on va traiter la thyroïde. On cherche autre chose. On cherche par exemple s'il n'y a pas une tumeur.

Que faire pour éviter les fugues ?

J'ai travaillé dans un hôpital où il y avait des soins de suite et une institution de long séjour et nous avons essayé plein de choses. Le bracelet : les malades l'enlevaient ou cela leur faisait mal. Le code pour leur éviter de sortir : ils sortaient avec une famille ou sortaient par le parking du sous sol qui n'était pas fermé. En institution on arrive à éviter les fugues quand il y a des couloirs de déambulation (certains établissements ont été construits en rond ce qui permet au patient de sortir et de ne pas se cogner contre la porte). J'ai lu quelque part qu'on peut aussi mettre quelques chose sur la porte - par exemple : un vêtement - pour que la personne ne la reconnaisse pas.

Quoi qu'il en soit, c'est extrêmement difficile d'empêcher de sortir quelqu'un qui a envie de sortir. Ce qui peut aider, c'est de faire sortir la personne en sortant avec elle. Mais bien sûr, on ne peut pas passer sa journée à se promener.

Et l'Ebixa ?

Je ne l'ai pas nommé avec les trois autres médicaments parce qu'il est indiqué quand l'altération est sévère. On commence donc par l'un des trois autres, et ce n'est que lorsque la maladie s'aggrave ou bien lorsqu'elle est détectée trop tard et que le MMS (test sur l'orientation) est $<$ ou $=$ à 15, que l'on peut effectivement donner de l'EBIXA. Mais il est quelquefois un peu limité chez les personnes âgées lorsqu'il y a une insuffisance rénale.

A-t-on évolué sur la connaissance de l'origine de la maladie ?

Pour l'instant il n'y a pas de cause. Hormis les maladies à caractère génétique qui touchent des patients extrêmement jeunes - 40 ans - il est vrai que l'on vous donne un tas de facteurs divers et variés du genre : l'âge, l'environnement, etc. Simplement on a l'impression que, de temps en temps, la dépression peut faire le lit de la maladie (c'est pour cela que l'on s'acharne à la traiter). Alors on ne sait pas très bien si cela favorise la maladie d'ALZHEIMER ou si cela en est le prélude. Par contre, qu'il y ait un événement déclenchant, c'est un peu surprenant. En effet,

est-ce que c'est l'événement qui est déclenchant ? Où est-ce l'événement qui fait que la famille en prend conscience ?

FIN DES ENTRETIENS