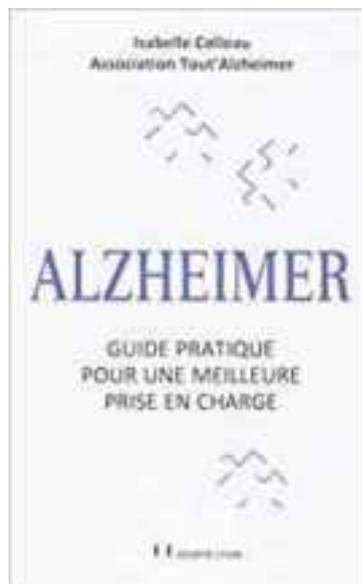


Mieux comprendre la maladie d'Alzheimer pour la prendre en charge

Isabelle Colleau Formatrice et fondatrice de l'association Tout 'Alzheimer auteur déjà de plusieurs ouvrages sur la maladie d'Alzheimer, j'ai voulu mettre en écriture une formation pour les professionnels qui sont sur le terrain.

Mais cette formation peut aussi être offerte aux familles, aux aidants qui recherche des réponses face à l'attitude de leur proche et comprendre son mécanisme.

Je vous recommande pour compléter cette formation mon « Guide Alzheimer pour une meilleure prise en charge » Edition GUY TREDANIEL



Bienvenue parmi les professionnels de santé intervenant auprès des personnes atteintes de maladies appelées « neuro-dégénératives », et, plus particulièrement de celles atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Vous êtes aidant professionnel auprès de personnes, vivant à domicile, présentant une perte d'autonomie psychique conjuguant plusieurs altérations, plus ou moins accentuées, du domaine de la pensée et du comportement ou vous avez choisi d'être en structure mais vous êtes confrontés à la maladie d'Alzheimer ou tout simplement vous êtes aidant naturel.

Ces problèmes de santé particuliers que présentent les personnes chez qui vous intervenez ou vos résidents, votre proche sont parfois associés à une dépendance physique induisant des interventions de soins répondant aux besoins de la vie quotidienne.

Ce livre a été produit dans l'intention de vous aider à comprendre les troubles que manifestent les personnes malades pour mieux les accompagner et participer au projet, ou contrat, de soins mis en place pour eux et leurs proches.

Parmi les personnes bénéficiant de vos services, certains sont atteints de troubles dits « cognitifs ». Cela signifie que ces troubles touchent le raisonnement, la mémoire, le jugement, le langage, etc.

À ces problèmes de communication, selon l'avancée de la maladie, s'ajoutent des troubles du comportement plus ou moins sévères (errance ou déambulation, agressivité, cris, dépression, apathie -perte de l'élan, de l'envie- etc.). Ils peuvent également être accompagnés, dans certains cas, d'atteintes physiques (lenteur, tremblements, douleurs, perte de mobilité). Ces personnes sont malades, et pour certaines d'entre elles, victimes de dépendances (incapacité d'assumer, seules, tout ou partie des actes de la vie de tous les jours). Elles ont besoin d'intervenants, professionnels ou non professionnels, qui les comprennent, adoptent des techniques de communication et de relation facilitantes, qu'on appelle également « médiation », les soutiennent et les accompagnent au mieux dans la réalisation de leurs capacités (habiletés, compétences) « à faire » par elles-mêmes.

Les pathologies (maladies) diagnostiquées chez ces personnes sont plus généralement la maladie d'Alzheimer, la maladie de parkinson, la maladie « à corps de Lewy », etc. Ces affections sont classées parmi les maladies dites « neuro-dégénératives » signifiant ainsi qu'elles détruisent, progressivement mais inéluctablement, d'où le mot « dégénérescence » la commande cérébrale, notamment les cellules cérébrales, les neurones, et les influx nerveux qui leur permettent de communiquer entre elles.

Tous ces termes peuvent vous sembler obscurs. Aussi, avant d'entreprendre votre relation de soins avec la personne « malade » et ses proches ou bien encore avec son « aidant naturel », qui peut être un membre de la famille, un voisin, une amie, il vous faut d'abord comprendre ce qu'il se passe d'un point de vue anatomique (au niveau des organes ou parties d'organes atteints) et physiologique (fonctionnement) du corps humain. Vous serez ainsi mieux « armés » pour donner du sens à vos observations et à vos pratiques de soins. Vous comprendrez aussi davantage la nécessité d'adapter nos attitudes d'aide en fonction des difficultés du malade.

Puis, après la présentation de ces quelques éclairages biologiques succincts sur le système nerveux et son vieillissement dit « normal », et ses conséquences sur la santé, les mécanismes du vieillissement pathologique, c'est-à-dire anormal, de ce système cérébral, vous seront illustrés. Dans ce chapitre seront abordées, de façon concrète, les répercussions de ce vieillissement pathologique sur les acquis (savoir lire, écrire, parler), le comportement, la relation aux autres.

Les risques encourus par les personnes malades et leurs aidants ne seront pas oubliés de ces schémas car les conduites et pratiques professionnelles tendent, au mieux, à mobiliser l'autonomie conservée de la personne, et selon le niveau de la maladie, à prévenir les dangers et l'aggravation des troubles. Nous évoquerons donc les éléments de prévention.

Nous explorerons les modalités de soins et d'accompagnement avant de conclure par une approche sur les aidants, professionnels et non professionnels.

Commençons donc par le commencement, c'est-à-dire, l'étude, modeste, de la biologie humaine, notamment du système nerveux, affecté par les maladies citées plus haut.

Comprendre pour mieux observer et évaluer les symptômes, adapter sa façon d'être à chaque cercle familial, faire évoluer ses pratiques de soins et d'accompagnement en fonction des troubles présentés par la personne malade et de la situation de l'aidant, mettre en place des techniques de médiation et de relation adaptées, respecter le rôle et la place de la famille dans le programme d'interventions, rester vigilant quant à la disponibilité et la santé des aidants familiaux ou du cercle de proximité, sont les bases de l'accompagnement à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

1 Anatomie et fonctionnement du système nerveux

Constitution-rôle et vieillissement normal du système nerveux

- Composition du système nerveux : Le système nerveux fait partie, avec le système locomoteur qui permet de nous déplacer et les organes des sens (la peau, les yeux, les oreilles, etc.) qui nous renseignent, voire nous alertent, sur les conditions de notre environnement, des organes chargés de la fonction dite « de relation ». Cette fonction de relation, très importante pour comprendre les troubles induits par la maladie d'Alzheimer, nous met en contact avec l'environnement et les gens qui nous entourent. Elle nous permet la compréhension des événements et notre adaptation aux diverses situations. En effet, les organes qui contribuent à cette fonction de relation nous renseignent sur les odeurs, la température, les bruits, etc. Ces divers messages sont transmis au système nerveux, via les nerfs, qui les réceptionne et les analyse avant d'envoyer les commandes d'actions adaptées aux situations et aux risques
- En plus d'intervenir dans la fonction de relation, le système nerveux est aussi responsable de l'ensemble des influx nerveux nécessaires au bon fonctionnement de notre organisme, dans son intégralité. Il est, certes, le maître d'œuvre de toutes nos pensées et de nos agissements volontaires, mais il est également aux commandes et à la régulation des battements de notre cœur, de nos mouvements respiratoires, de la libération de nos hormones, etc. Il est à souligner que, dans le cas de la maladie d'Alzheimer, ce rôle, autonome, de contrôle des fonctions vitales, n'est pas touché. D'un point de vue anatomique, le système nerveux est composé de trois parties : le système nerveux central, particulièrement affecté dans la maladie d'Alzheimer, le système nerveux périphérique, chargé de recueillir l'information et de diffuser les ordres en provenance du cerveau, et le système nerveux autonome, qui comme son nom l'indique, fonctionne « tout seul

L'organe atteint dans les maladies neurodégénératives est le système nerveux central (cerveau ou cortex cérébral ou encéphale).

Le système nerveux central – le cerveau

Intéressons-nous maintenant au système nerveux central, région la plus impactée dans la maladie d'Alzheimer et dans les maladies dites « apparentées ». Ce système nerveux central est constitué du cerveau, ou encéphale, organe principalement atteint dans la maladie d'Alzheimer, et de la moelle épinière qui circule dans le cerveau (dans les méninges exactement) et également dans la colonne vertébrale.

C'est notre cerveau qui traite les informations venant de l'environnement, organise nos mouvements volontaires et est responsable de nos « fonctions mentales supérieures » que sont le langage, le raisonnement, la mémoire, les émotions, etc. Ce cerveau, ou bien encore « cortex cérébral » en langage plus scientifique, est composé de trois parties que sont les hémisphères cérébraux, le tronc cérébral, ou bulbe rachidien, et le cervelet, situé sous le cerveau.

Voyons tout d'abord les deux hémisphères cérébraux.

Ils sont situés de chaque côté du crâne (os de la tête) et sont constitués de lobes. Chacun de ces lobes est une zone d'influence dans notre vie de relation.

Ainsi :

- ✓ Le lobe frontal, situé derrière le front, est responsable de la coordination motrice volontaire, notamment des muscles, des mouvements de la tête (je tourne la tête à droite si j'entends un bruit à ma droite) et ceux de la gorge, utilisés pour mâcher les aliments en bouche, puis les avaler.

Il contient aussi les centres de nos pensées (idées, associations d'idées), de la mémoire, du raisonnement, de l'organisation de nos activités, de notre comportement en société, du contrôle de nos valeurs.

- ✓ Le lobe pariétal, situé sur le dessus du crâne, reçoit et traite les informations relatives au toucher (ça pique, ça brûle ; c'est doux, c'est rêche), à l'orientation dans le temps et l'espace (savoir quel jour nous sommes, où nous nous trouvons, où sont placés les objets). Il nous permet également d'effectuer des tâches dans un ordre logique (enfiler ses vêtements, conduire une voiture).
- ✓ Le lobe temporal, dans lequel se trouve un petit organe très important nommé l'hippocampe, est le centre du langage et agit sur la mémoire immédiate, la mémoire verbale (ce que nous avons dit) visuelle et auditive (ce que nous avons vu et entendu). L'hippocampe est un tout petit organe dont le rôle essentiel est de passer les informations de la mémoire à court terme vers la mémoire à long terme et d'associer les idées entre elles (chat / souris / litière / ronronnement, etc.).
- ✓ Le lobe occipital, situé à l'arrière de la tête, au-dessus de la nuque, renseigne sur la vision (champ visuel, décodage visuel, association des couleurs, les formes, etc.), l'audition (sens des signaux), le goût (amer, sucré, acide, salé).

2 Voyons ensuite le tronc cérébral

Il assure la jonction entre le cerveau et la moelle épinière qui circule dans les vertèbres de notre colonne vertébrale (rachis). Ses activités sont multiples. Sur le plan moteur, le tronc cérébral assure l'équilibre. Sur le plan sensitif, il assure la réception, le décodage et la transmission des messages reçus, par les organes des sens par exemple (odeur de brûlé = alerte, danger), et enfin, sur le plan psychique, la régulation de la vigilance et des mécanismes du sommeil

3 Enfin, mais brièvement, intéressons-nous au cervelet

Son atteinte n'est pas significative dans la maladie d'Alzheimer mais il joue cependant un rôle fondamental dans la coordination des impulsions nerveuses qu'il reçoit, celles des mouvements musculaires et le maintien de l'équilibre. L'ataxie désigne l'ensemble des mouvements désordonnés que provoque une atteinte du cervelet. Le cerveau est composé de plusieurs lobes. Toutes ses parties sont altérées, lésées, dans la maladie d'Alzheimer, ce qui explique la variété des troubles et difficultés de cognition que peut vivre la personne malade dans sa vie de relation et pour l'accomplissement des activités de tous les jours. Le cerveau ne pèse que 1 kilogramme environ, voire 1,5 kg, ce qui représente seulement 2% du poids de notre corps.

Pour autant, à travers la description sommaire des parties principales de cet organe que vous venez d'étudier, vous faites déjà le lien entre ce que vous constatez dans votre relation de soin avec les patients Alzheimer.

Certains ne perçoivent plus les dangers, ont des réactions inappropriées, ne savent plus porter un aliment en bouche, le mâcher et l'avaler, se perdent dans leur quartier, ont des pertes de mémoire.

Comme vous l'avez certainement remarqué, la mémoire est citée à plusieurs endroits. Effectivement, nous verrons plus loin qu'il existe plusieurs « types » de mémoire, qui, malheureusement, peuvent être tous atteints.

La mémorisation est l'affection cognitive la plus impactée dans les maladies neuro-dégénératives ainsi que les troubles de l'orientation dans le temps et l'espace et la représentation du corps

Les neurones et les cellules gliales

Le cerveau contient de très nombreuses cellules, dont celles appelées « neurones » (environ 100 milliards).

Ces neurones, de composition et de forme très spécifiques, sont les célèbres « petites cellules grises » du détective belge Hercule Poirot d'Agatha Christie.

En effet, leur assemblage constitue la substance grise du cerveau. Ils ont la charge de recevoir et de transmettre les influx nerveux (messages ou informations) aux différentes parties du corps. Cela est possible parce qu'ils sont reliés en eux par de longs prolongements fibreux appelés « axones » et des points de contacts nommés « synapses » où sont libérés et traités les messages, sous forme de neuromédiateurs et de neurotransmetteurs (transmission des informations d'un neurone à un autre neurone), comme l'acétylcholine, qui peut être prescrite en traitement médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer pour améliorer cette transmission entre les neurones encore fonctionnels.

La particularité des neurones, contrairement aux autres cellules du corps, est de ne pas se diviser pour se multiplier. Un neurone mort est un neurone perdu. Il ne se renouvellera pas. Les neurones, cellules cérébrales spécialisées dans les fonctions cognitives et la transmission des informations, se meurent, sans possibilité de reproduction. Leur mort est responsable de la diminution, voire la perte des fonctions supérieures intellectuelles. Les neurones sont entourés, nourris, protégés par d'autres cellules, nommées « cellules gliales » Ces cellules gliales ont notamment pour rôle de mettre en place une gaine protectrice autour des axones (la gaine de myéline).

Cette gaine de myéline isole les fibres nerveuses (axones) entre elles et accélère la transmission des influx. Dans la maladie appelée « sclérose en plaque », cette enveloppe disparaît



Le développement et les acquis cognitifs :

Les fonctions dites « cognitives », ou « supérieures », sont produites par les différentes zones du cerveau que nous venons d'étudier et de leur rôle (apprentissages divers, connaissances acquises, maîtrise et gestion des données venant de l'environnement, savoir-faire, mémoire, raisonnement, contrôle de soi, langage, etc.). Parmi ces fonctions cognitives, on distingue le processus de mémorisation, les fonctions instrumentales, les fonctions exécutives et les capacités attentionnelles.

Avant d'étudier plus à fond le processus de la mémoire, classiquement une des premières fonctions « de la cognition » atteinte dans la maladie d'Alzheimer, voyons les autres fonctions.

Les fonctions instrumentales : Elles concernent l'apprentissage et l'utilisation du langage, du schéma corporel et des gestes, le calcul, la capacité à avoir une représentation visuelle et spatiale des objets, des lieux, etc.

Arrêtons-nous quelques instants sur cette notion de schéma corporel.

C'est l'image que nous nous faisons de notre corps, en mouvement ou non. Nous avons tous besoin d'équilibre, dans notre visage, nos membres, nos yeux, nos sourcils, éventuellement notre maquillage, l'implantation de nos dents, mais aussi de différenciation pour nous sentir « unique » et différent (bijoux, couleur de coiffure, style d'habillement, de chaussages, etc.). Certains aiment le conformisme (jusqu'aux uniformes), d'autres de l'originalité ! Un problème de santé touchant le corps et nous voilà

« Déséquilibré », empoté, notamment dans l'espace. N'avez-vous jamais remarqué que lorsque vous souffrez d'une partie du corps, un pied par exemple, vous allez inmanquablement le cogner contre quelque chose ? J'ai personnellement une fille handicapée qui présente une infirmité motrice cérébrale lui faisant quelque peu « oublier » l'existence d'une partie de sa jambe droite, du genou au pied, ainsi qu'une maladresse gestuelle. Ces problèmes d'équilibre, de représentation de son corps dans l'espace, la condamnent à chuter en présence d'obstacle au sol, à buter contre les meubles, renverser des objets. L'image qui représente le mieux tout cela est l'expression « un éléphant dans un magasin de porcelaine ». Les termes également utilisés pour exprimer ce schéma corporel sont l'image de soi.

À un stade avancé de la maladie d'Alzheimer, les personnes ne se reconnaissent plus dans le miroir.

Les fonctions exécutives : Ce sont l'ensemble des capacités qui permettent d'adapter nos comportements aux divers contextes devant lesquels la vie nous confronte au quotidien. Adoptons-nous toujours la même attitude selon que nous sommes en situation de mère, fille, épouse, amante, responsable au sein de son entreprise, belle-fille, copine d'un club sportif, en entretien de recrutement, etc. ? Elles nous permettent également d'anticiper, de planifier, d'adapter, d'organiser notre vie. Elles nous apportent la motivation, nous facilitent l'apprentissage des règles de la vie sociale et la prise d'initiative.

Les capacités attentionnelles : Au sens large, ces capacités comprennent plusieurs degrés de concentration (attention sélective, partagée, soutenue) : L'attention sélective nous permet de ne pas se laisser distraire par quelque chose en conduisant la voiture, de retenir et pouvoir raconter la trame d'un roman sans se perdre dans les détails. C'est « rester concentré ou revenir à l'essentiel » l'attention divisée ou partagée fait appel à au moins deux aptitudes simultanées : écouter une personne et noter en même temps ce qu'il dit ; écrire une transmission en essayant de ne pas faire de fautes. Enfin, l'attention soutenue, ce qu'on appelle aussi la vigilance, nous permet de réaliser une activité, une tâche sans « motivation » particulière, sans donner un sens véritable à l'objectif visé, tout en demeurant attentif aux divers parasites qui nous entourent (bruit, lumière, odeur). Il nous arrive, à tous, de dire « j'ai fait ceci » machinalement « sans y penser » ou « j'ai senti venir ce danger ».

Ces différentes fonctions s'élaborent durant l'enfance, évoluent puis se stabilisent plus ou moins à l'âge adulte, enfin diminuent progressivement, après une période d'adaptation, avec l'avancée en âge.

Cependant, Il est à noter que, concernant la maladie d'Alzheimer, il s'agit, non pas d'un

vieillesse- ment normal, mais pathologique, c'est-à-dire d'une maladie touchant le cerveau -donc neurologique- se caractérisant par une évolution progressive des troubles, allant jusqu'à affecter l'ensemble de ces fonctions cognitives.

Les fonctions cognitives sont construites de plusieurs systèmes fonctionnels et de capacités attentionnelles. Parmi ces systèmes on retrouve le processus de mémorisation, les fonctions instrumentales dans lesquelles se forge notamment le schéma corporel (corps = instrument de communication), et les fonctions exécutives dans lesquelles on retrouve la faculté d'adapter nos conduites et nos comportements au monde qui nous entoure



La mémoire

La fonction ou le processus de mémorisation (mise en mémoire)

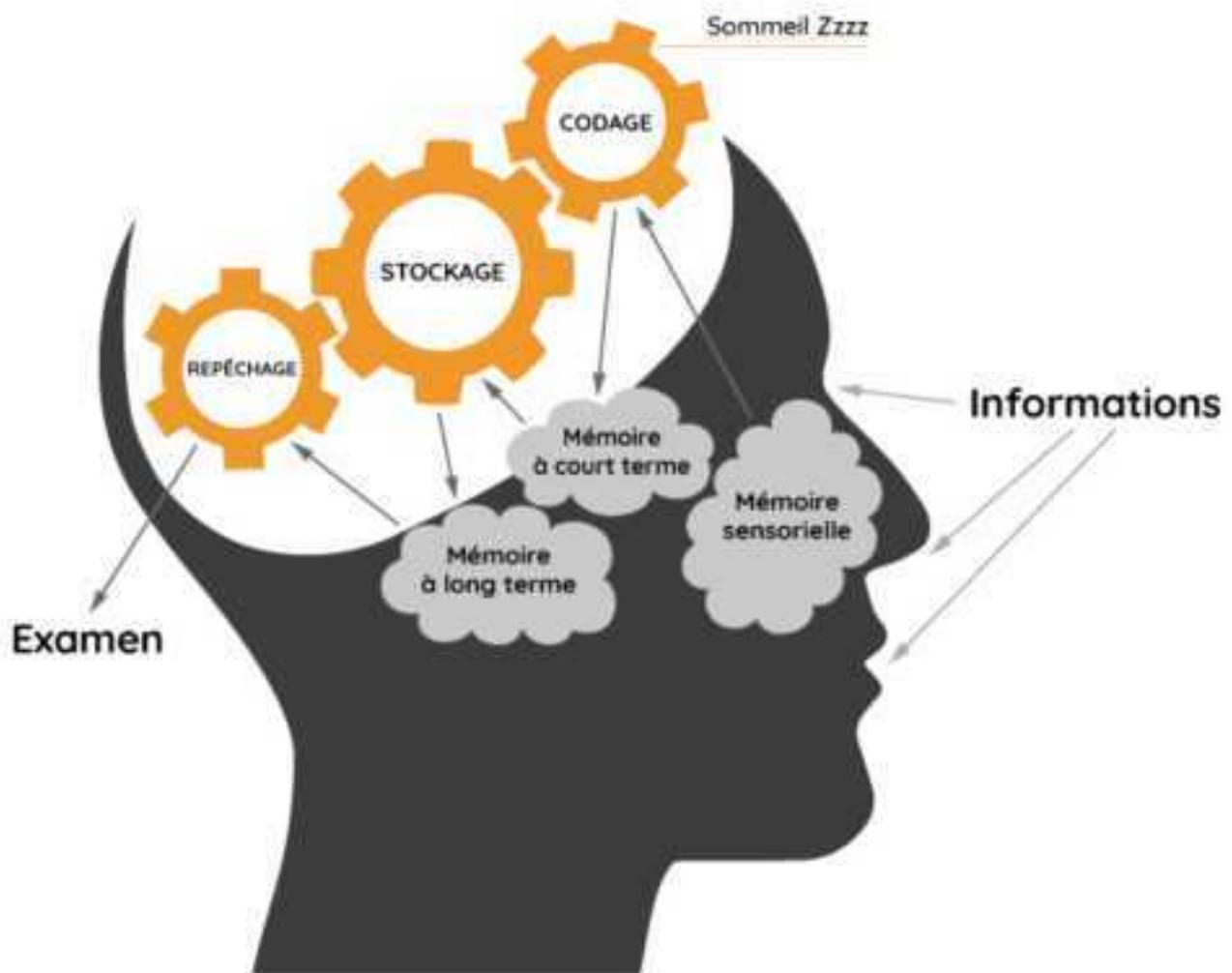
La mémoire est l'outil capital de notre fonction de relation et des fonctions cognitives en particulier. Elle intervient à tous les stades de notre développement, dans tous nos apprentissages, nos projets, notre vie de tous les jours. Elle ne constitue pas un seul bloc. Pour comprendre les différentes formes de mémoire, il faut auparavant avoir quelques notions sur le processus de mémorisation, c'est-à-dire comment se forme « la mise en mémoire » des événements auxquels nous sommes confrontés. Classiquement, cette mémorisation suit quatre étapes : la capture, le codage, la conservation et la restitution des informations que nous percevons.

Voyons cela de manière plus approfondie, étape par étape.

Tout d'abord, notre cerveau capte puis sélectionne les informations qui lui parviennent, de l'extérieur par nos organes des sens (yeux, oreilles, nez, peau, langue). De manière inconsciente, nous privilégions tous depuis l'enfance un mode de mémorisation. Ainsi, certains d'entre nous retenons mieux ce que nous avons lu, d'autres ce que nous avons vu,

d'autres encore, ce que nous avons entendu. Ensuite, il donne un code (encodage) à chaque information qu'il retient pour mieux la récupérer à l'occasion. Il range ses informations, comme dans une bibliothèque, selon un système qui lui est propre. Ainsi rangées, les informations sont conservées durant une période de stockage variable selon les individus (mémoire courte ou longue).

À l'occasion d'un besoin, d'un événement, d'un contexte, les informations sont restituées. Qui ne se rappelle pas, soudainement, à l'occasion d'un parfum circulant dans l'air, l'odeur particulière et unique de la « tarte aux pommes » ou du caramel que fabriquait notre mère, notre grand-mère il y a 20 ans ?



Les différents types de mémoire

Deux types de mémoire cohabitent : la mémoire à court terme et la mémoire à long terme.

- A. La mémoire à court terme, dite aussi la mémoire de travail ou la mémoire immédiate Ce type de mémoire permet la conservation temporaire d'informations pendant un temps limité. Ainsi lorsqu'on vous dicte l'adresse d'un patient où vous devez vous rendre, vous

ne la mémorisez que le temps de la noter ou de l'enregistrer dans votre GPS. Si, durant ce court laps de temps, vous recevez un appel téléphonique, vous risquez de ne plus vous souvenir de cette adresse ! Cette forme de mémoire requiert toute votre attention et votre concentration. C'est pourquoi certaines personnes ont besoin de « tout noter » de peur d'oublier.

B. La mémoire à long terme

Ce type de mémoire se différencie de la première par sa durée, plus longue, de stockage. Il s'agit de souvenirs. Lorsqu'on fait appel à des souvenirs, on parle de réminiscence (se remémorer, se rappeler). Elle est constituée de plusieurs systèmes d'enregistrement.

Ainsi la mémoire épisodique concerne les événements vécus personnellement dans une situation temporelle et spatiale donnée (pour mes 50 ans, je suis allée en Égypte avec ma fille aînée, j'ai visité Le Caire, il faisait beau, je me suis achetée cette petite robe que je mets encore l'été, etc.). Ces souvenirs sont, pour la plupart, chargés d'émotions.

L'atteinte de cette mémoire épisodique est précoce dans la maladie d'Alzheimer. La personne ne se souviendra pas de la visite du petit-fils à Noël, visite pourtant chargée d'émotions. Quant à la mémoire sémantique, elle constitue notre bagage culturel (langage, savoirs -connaissances géographiques, historiques, mathématiques, etc., représentations conceptuelles ou d'images -la forme d'une ampoule, d'une enclume, d'un râteau, le tableau « la Joconde »-). Cette mémoire ne fait pas appel à l'émotion.

Dans les maladies neurologiques affectant la mémoire, les connaissances s'effacent dans un second temps.

Dans les deux cas, lorsque nous faisons appel à notre mémoire épisodique ou à notre mémoire sémantique, nous nous exprimons par des mots. Cela implique que les tests qui évaluent ces deux formes de mémoire s'adressent aux personnes qui ont encore accès au langage.

Dans le registre de la mémoire à long terme existe également la mémoire implicite. C'est elle qui nous permet d'associer un nom à un visage, de reconnaître le pas d'un proche, le timbre de voix d'un collègue, la silhouette de nos enfants dans un groupe, etc. La perte de cette mémoire signe une aggravation de la maladie d'Alzheimer. Elle affecte particulièrement les aidants lorsque leur proche malade ne les reconnaît plus en tant qu'époux, fille, etc. Pour terminer le descriptif des « mémoires » à long terme, il faut citer la mémoire procédurale. C'est celle-ci qui fait que nous n'oublions pas nos savoir-faire, dès lors qu'ils sont acquis : faire du vélo, passer l'aspirateur, monter une mayonnaise, des œufs à la neige, se servir d'un tournevis, etc. En langage soignant, nous utilisons les termes « capacité » « habileté » ou « compétence » pour désigner ce que la personne sait encore faire, pour lui faciliter la mise en action, ce qui la valorisera à ses yeux et à ceux de son entourage, et lui permettre de conserver une partielle autonomie. Le processus de mémorisation est l'accomplissement de quatre étapes de traitement, par le cerveau, de l'information reçue (capture, codage, stockage ou conservation et restitution dans les souvenirs ou les activités.).

La durée de stockage de l'information varie selon le type de mémoire, à court ou à long terme.

D'une façon simple, les connaissances nouvelles que vous apprenez en lisant ces fiches seront rangées dans votre mémoire à court terme pour pouvoir les ressortir au moment des exercices, devoirs et en contact avec la personne soignée. Vos souvenirs plus anciens, sont rangés dans votre mémoire à long terme. La mémoire à long terme est conservée long- temps chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, notamment les souvenirs chargés d'émotions et de sentiments.

Parlons un peu des tests d'évaluation de la mémoire : Vous avez certainement déjà entendu parler ou lu les résultats obtenus par les personnes que vous prenez en soins à ces différents tests. Parmi eux, les deux plus usuellement pratiqués sont le test des 5 mots et le MMS (Mini Mental Score).

Le test de 5 mots est pratiqué au début de la maladie, lorsque le patient se plaint de troubles de la mémoire. Il évalue la mémoire à court terme. Il est demandé à la personne de lire à haute voix cinq mots (ex : lilas, banane, tournevis, chambre, chapeau). 5 à 10 minutes plus tard le patient doit citer ces mots, si possible dans l'ordre. Il peut être guidé dans cette épreuve en lui remémorant la catégorie à laquelle appartient chaque mot (fleur, fruit, outil de bricolage, pièce d'un logement, accessoire d'habillement de sortie). Le score s'établit sur 10 points. Le MMS est employé dans le cadre d'une suspicion de démence, le patient ne consulte pas de façon volontaire parce qu'il a un doute sur sa mémoire. Généralement, il présente d'autres signes, associés, d'altération des fonctions cognitives. Ce test explore donc la mémoire, mais aussi l'orientation tempo-ro-spatiale, le raisonnement, le langage, etc.

La cotation est sur 30. Un résultat inférieur à 20 confirme l'existence de troubles de la fonction cognitive. Nouvel arrêt sur l'orientation temporo-spatiale :

L'orientation temporo-spatiale permet de se repérer dans la date, le jour, l'heure, les lieux où nous sommes et où nous devons nous rendre.

Lorsque ces repères sont perdus, malgré les outils d'orientation que nous verrons plus loin, on parle de désorientation.

Cette désorientation est facteur d'isolement (peur ou incapacité de sortir non accompagné) ou d'égarement, psychologiquement très anxiogène.

On peut en rire lorsqu'on s'est trompé une fois de sens de circulation dans le métro, moins lorsqu'on s'égare de route en voiture (malgré le GPS !) et cela devient très handicapant et peut générer de véritables crises d'angoisse rien qu'à l'idée ou la représentation même d'avoir à se rendre dans un quartier de proximité, y compris avec un plan, que de toute façon on ne saura pas suivre. Lorsque se mêle à cela des problèmes de latéralité gauche-droite, cela devient très compliqué.

Certains sujets particulièrement désorientés s'égarer... dans leur logement (impossible de trouver les sanitaires). C'est pourquoi les déménagements et les transformations de logement, même lorsque c'est pour apporter un mieux dans le confort et la sécurité, risquent toujours d'aggraver la désorientation spatiale. Pour ce qui est de la désorientation dans le temps, elle influe nécessairement sur la prise des repas, des médicaments, le sommeil, les activités sociales (se rendre au magasin à 21 heures, appeler sa fille à 2h du matin, sonner chez des amis un dimanche à 6h, etc.).

Le vieillissement normal du système nerveux et ses retentissements sur la santé

La vieillesse est une période inévitable et naturelle de la vie. Elle est essentiellement