

L'approche intégrative dans la MA

Dr Agnès Michon, neurologue, IM2A
20 mai 2019



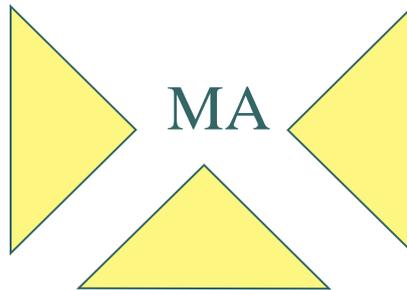
ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

 **iMa** institut
de la mémoire
et de la maladie
d'Alzheimer

La Maladie d'Alzheimer à la frontière de 3 champs

GERIATRIE

Fréquence élevée
avec l'âge
Déclin cognitif lié
à l'âge
polymorbidité



NEUROLOGIE

Lésions cérébrales
Déficit cognitif
Modèles neurochimique, génétique, toxique,
inflammatoire

PSYCHIATRIE

Manifestations
psychiatriques et
comportementales
Modèle psychique

l'enrichissement des différents champs

Facteurs organiques
o liés au vieillissement
o liés à des lésions spécifiques

Facteurs psychologiques

Facteurs socio-
environnementaux

EVALUATION

TRAITEMENT INTEGRATIF

Pharmacologique
Non Pharmacologique
(capacités préservées,
résilience)

Approche
psychothérapeutique

Mesures sociales
environnementales

Démarche clinique intégrative

- Comprendre le substrat organique: diagnostic précis
- Comprendre les répercussions cognitives et comportementales: quels moyens « d'être au monde »?
- Comprendre l'expérience de la maladie dans sa subjectivité
- comment elle s'inscrit dans l'histoire de vie
- Dans la réalité actuelle, quelles résonances?
- Quels moyens le sujet a-t-il pour s'adapter? Rôle de la personnalité pré-morbide.
- L'environnement est-il facilitateur ou non? Quelles relations inter-individuelles? Quelle relation aidant-patient ? Quel problématique au niveau du réseau?

Présentation de Mr D

Présentation par les étudiants

- Mr D 95 ans, hospitalisé pour une hétéroagressivité,
- MMS à 6
- désorienté, se croit en 1926, en Allemagne
- reste fixé à l'entretien sur le fait que sa femme le trompe et qu'il doit beaucoup d'argent au médecin.
- grande difficulté pour la conduite de l'entretien.
- Pas de troubles de l'humeur.
- Conclusion: démence sévère.

L'entretien avec Mr D.

Entretien

A fixé l'événement
Tb du langage
DTS, tb mémoire
Perte du fil du discours

Laisser la pensée
s'élaborer et
l'accompagner:
oscillations présent-passé

Valorisation de sa parole
Témoin d'une époque
Poids d'une histoire familiale

Se souvient d'avoir vu les étudiants la veille, mais pense que les étudiants lui parlaient en Allemand, donc que cela se passait en Allemagne. Je lui rappelle où il est, et que selon toute vraisemblance, ses échanges avec les étudiants étaient en Français. Il peut me dire alors que n'entendant pas bien, il a pu penser qu'on lui parlait allemand. Il n'entend pas bien car une institutrice, alors qu'il était petit, lui a donné une gifle sur l'oreille gauche (une certaine émotion vient en parlant de cela, ce que je lui fait remarquer). En effet me répond-il, il y a des choses qu'il n'aurait pas dû entendre, petit: les disputes entre ses parents, des mots grossiers. Le discours va par la suite se fixer sur cette période de son enfance avec des idées de culpabilité, de responsabilité, même quand les questions concernent le présent.

L'entretien avec Mr D. (suite)

Délire de persécution?
Compatible avec le dg de MA

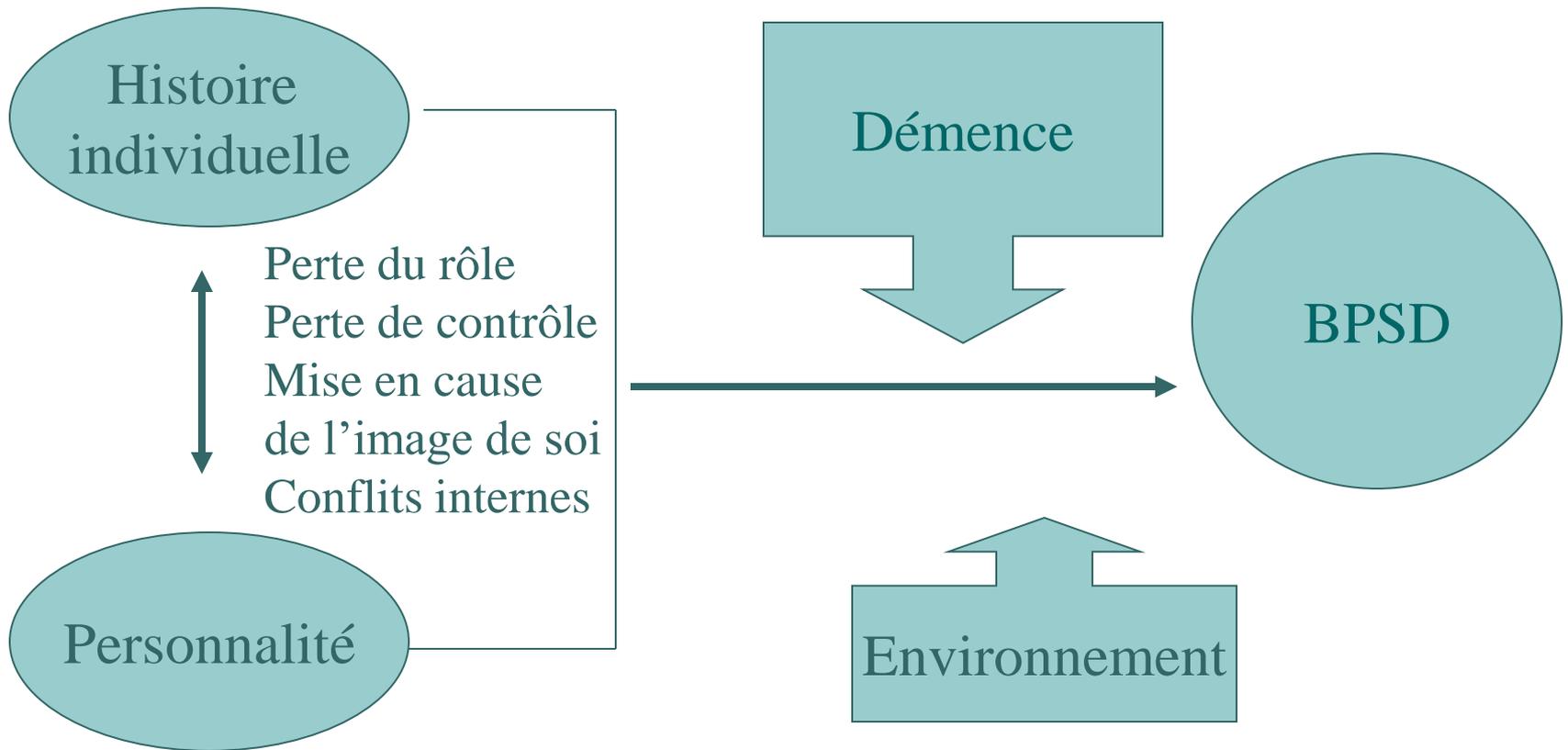
Validation sans jugement permet d'aborder l'angoisse d'être violent

Il se souvient très bien d'une bagarre qu'il a eue la veille avec son voisin de chambre. De s'être senti menacé par son voisin qui voulait lui prendre ses chaussures, d'en être venu aux mains. Si il y avait eu un couteau dans la chambre il aurait pu le tuer. Heureusement qu'il n'y en avait pas. Ensuite un médecin est venu les séparer et tout est rentré dans l'ordre. Finalement ils ont fait la paix et restent bons voisins, ce qui est important pour lui. Ce qu'il décrit correspond aux faits qui m'ont été rapportés. Je lui confirme que tout cela s'est réellement passé. Il peut par la suite parler de ses trous de mémoire et exprimer sa peur terrible de ce qui peut en résulter et de ce qui peut lui arriver. Il s'effondre en pleurs.

Réflexions sur l'entretien avec Mr D.

- Etablir le diagnostic, objectiver les troubles: indispensable
- MMS=MA ? Attention à la vision réductrice. Et la richesse de l'entretien? Le "dément" n'est pas un être seulement en voie de régression.
- S'arrêter à la démarche Dg+TT (MA ± AChE ± NL): suffisant? Aide peu à aborder la subjectivité donc à créer un lien avec le patient. Aide peu à faire face à l'impuissance thérapeutique.
- S'intéresser à la valeur du discours: début de travail thérapeutique: permet au sujet d'accepter son handicap cognitif sans la blessure du regard de l'autre
- L'entretien peut permettre de retrouver une certaine continuité entre ce qui vient de l'histoire personnelle et ce qui fait souffrir actuellement.

Comprendre les troubles du comportement: un modèle intégratif



La démence: le point de vue du patient

Ne nous enterrez pas avant qu'on soit morts,
Ne parlez pas à notre place.

Congrès de l'Alzheimer Disease International
Barcelone

En miroir de nos représentations

*Qui ne se souvient pas est plus mort
que des morts*

Victor Hugo

La perte de mémoire contribue à l'image déshumanisée

A l'inverse souligner la persistance d'une mémoire n'est pas rien

Dans quelle mesure les pratiques soignantes avec les déments permettent-elles d'entretenir un lien social avec eux jusqu'au terme de leur démence, tel qu'un échange soit rendu possible avec leur différence et leur altérité? *N. Rigaux: le pari du sens*

Le vécu du patient: ses représentations sur la maladie

- Pire que le cancer

« Le cancer je pourrais le supporter, ça c'est l'horreur de penser qu'on devient débile »

- Dégénérescence, dégradation, destruction du cerveau

« C'est la dégénérescence des cellules du cerveau... les neurones s'en vont... C'est quand même autre chose que la sénilité, c'est la dégringolade du cerveau, quelque chose qui fait que le cerveau ne répond plus »

- Perte de conscience de soi, perte d'humanité

« Cela m'a impressionné de voir cette dégénérescence, cette inconscience qui s'est installée chez elle. J'ai peur de devenir comme ça, de devenir quelqu'un qui peut provoquer un accident... elle ne me reconnaissait plus, elle me mordait au lieu de m'embrasser... c'est une incommunication complète »

La façon dont le patient se perçoit à travers ses troubles

- Être privé de son libre-arbitre, de son autonomie
 - « *Je me déresponsabilise de ma vie, je n'ai pas de projet* »
- Ne plus être dans la réalité, être hors norme, désaxé, être fou
 - « *Est-ce que mon problème de mémoire est normal ou est-ce que c'est inscrit dans mon imagination ? ... J'ai l'impression de ne plus faire la part du rêve et de la réalité, de ne pas tenir compte de certains éléments extérieurs dans ma conduite... je voudrais redevenir normal* »
- Être idiot, être annulé

J'ai des difficultés à rentrer à la maison. Ma vie est devenue folle. Comme si c'était un coup.

Avant je n'avais pas une mémoire merveilleuse, mais je n'avais pas ces problèmes. Peut-être parce que je suis distrait, mais ce n'est pas sûr. Ce qui m'arrive maintenant, c'est comique. Maintenant j'ai peur. Par exemple de ne pas savoir rentrer à la maison. Ca m'est arrivé encore une fois. Moi-même je ne peux pas m'expliquer ce qui se passe. Les choses que j'aime le plus, je peux le faire, par exemple me promener, lire. Mais souvent j'oublie ce que j'ai lu. Je sais que c'est intéressant, mais je ne me souviens pas des personnages par exemple.

Pensez-vous que c'est lié à une maladie ou que c'est l'âge : c'est l'âge.

Est-ce que cela vous inquiète ? Oui je me sens nul. Je pense que je suis vieux et que je suis fou.

C'est quoi la folie : c'est une bonne question, ce n'est pas de la folie, c'est de l'idiotie, c'est un état où je ne suis jamais capable de façon sûre de faire ce que j'avais pensé de faire. La folie c'est plus gai. L'idiotie c'est vous annuler..

Le vécu des oublis

- Oublier c'est: « *perdre les pédales, perdre ses moyens, être dans les vapes* »
- Perte de contrôle de son existence « *je suis prête à me noyer dans un verre d'eau... j'ai la sensation de me laisser embarquer... la logique m'échappe* »
- La pensée touchée au-delà de la mémoire « *c'est plus que la mémoire, c'est la pensée immédiate qui fiche le camp* »
- La personne touchée au-delà de la pensée « *C'est quand même un trouble de ma personne ça, la mémoire, la tête, ça fait partie de mon être. . C'est être en dehors de soi* »

Les modifications des relations avec l'entourage

- L'autre: réassurant ou trop protecteur
- Perception du changement des rôles
- Perception de la perte de confiance
- Perception des tensions
- Perception de la peur de l'autre

« Mon mari, je le sens aux aguets. Il m'épie pour voir si je peux, si je répons bien ou si j'ai compris ... à l'entendre parler, je suis au bord du tombeau... mon mari a peur. Il m'a dit qu'est-ce que tu vas devenir ? J'ai dit, écoute, arrête, pour l'instant je ne suis pas encore devenue, si ça se trouve tu seras encore moins bien que moi... Il voit déjà ma vie je ne sais pas comment, comme je ne la vois pas en tout cas. Alors il a peur et ça se transmet sur moi forcément et je perds souvent les pédales à cause de lui. Et je ne peux pas lui en vouloir parce qu'il se fait un sang d'encre»

La blessure du regard de l'autre et la perception d'une forme de stigmatisation sociale

« On m'a dit, pour ces gens là, il y a des maisons. On n'a pas le droit de nous faire ça. On m'a dit avec des gens comme ça, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse... Pourquoi je ne vois plus personne ? Parce qu'ils ne rapportent plus rien à personne, ils ne le disent pas, mais ça se voit bien, quelquefois qu'ils l'attraperaient. Parce que vous croyez à l'humain vous ? ... Ils passent de l'autre côté, ils préfèrent pas voir, vous savez il faut être lâche »

La peur de l'avenir

- Peur de perdre le contrôle de ses actes
- Peur de ne plus communiquer
- Peur de la perte de conscience de soi

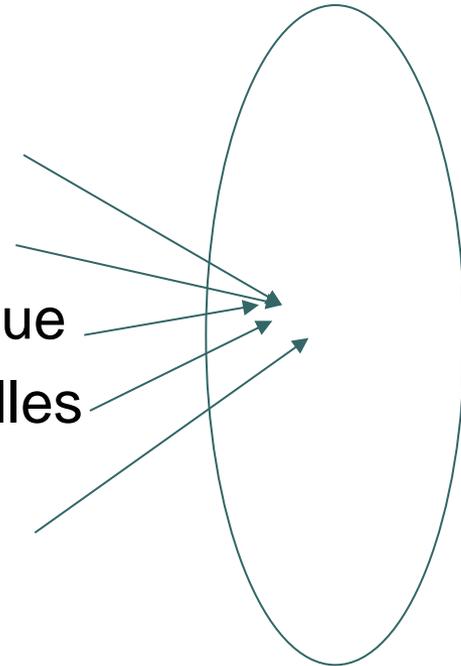
« J'ai peur de ne pas m'en rendre compte, plus que de faire une mauvaise bêtise... j'ai peur de ne pas maîtriser mon raisonnement... j'ai peur de moi, parce que je ne sais plus faire ce que je sais »

- Peur de la dissolution existentielle

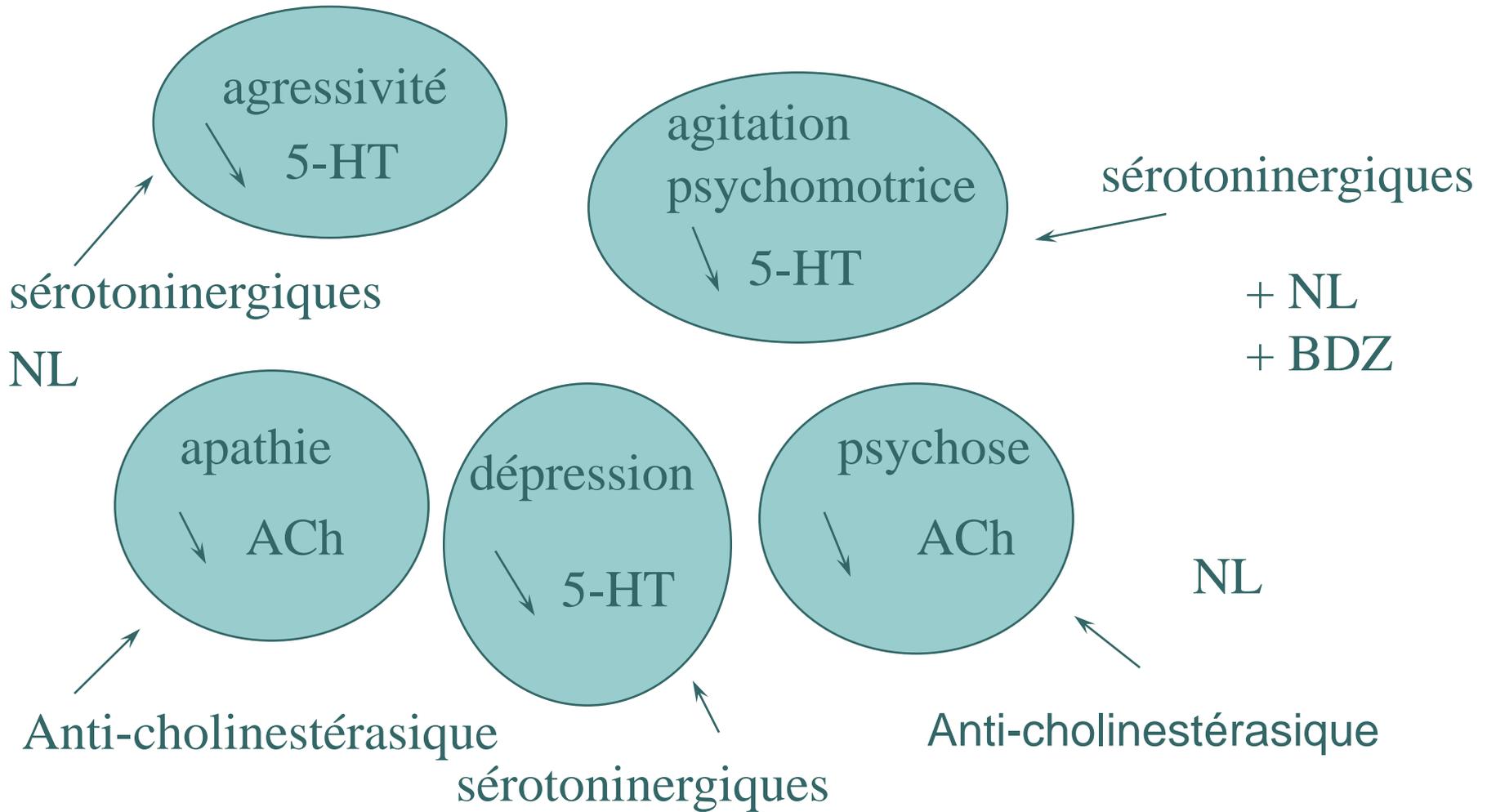
« Mon état de vie est précaire, ce qui est menacé, c'est tout ce que je savais, tout ce que j'ai construit sur le plan professionnel, tout a disparu... le côté marquant s'est évaporé »

Prise en soin intégrative

- Pharmacologique
- Réadaptation cognitive
- Approche psychothérapeutique
- Intervention auprès des familles
- Intervention sociale



....pharmacologique



... Réadaptation cognitive

- Facilitation des procédures déficitaires:
 - Accès à l'information: procédures d'indiçage
 - Suppléance à la programmation déficitaire : guidance verbale
- Rétablissement de la fonction déficiente:
 - Stimulations répétées (informations, procédures)
 - Séquenciation et techniques d'estompage
- Compensation par des aides extérieures:
 - Tiers superviseur d'action
 - Agenda, supports visuels



IMPORTANCE DE LA MÉMOIRE IMPLICITE



L'importance de la mémoire implicite ou inconsciente

- Préservée dans la MA
- C'est le comportement qui signe l'apprentissage
- Faire appel implicitement à ce que sait le patient pour faciliter la construction d'un dialogue et entrer en relation
- S'appuyer sur ces traces inconscientes dans les entretiens

« Je pense que la mémoire dans notre subconscient, que on emmagasine, le, comment, par exemple, demain je repenserai à vous »

...L'approche psychothérapeutique

- Importance du vécu subjectif: perte de contrôle, atteinte de l'image de soi, blessure du regard de l'autre, perte du rôle, vécu de séparation-abandon, discordance entre le vécu subjectif et la réalité objective
- Importance de l'histoire du sujet dans sa singularité, les éléments affectifs, les souvenirs
- Quelle réactivation de blessures antérieures?
- Préserver l'estime de soi. Restauration de l'identité du sujet, de son rôle, de sa compétence
- Quelles perception des relations?
- Quelle perception du futur et quelles possibilités d'investissement du futur? Quelles alternatives?
- Discours riche d'allusions métaphoriques utiles
- Reconnaître la richesse émotionnelle

...L'intervention auprès des familles

- Approche centrée sur la relation patient- aidant
- ajustement relationnels, réajustement des rôles, réactivation de conflits antérieurs
- Perte de l'image de l'autre, séparation pressentie, présence-absence
- Ressentiment, colère, injustice, victime
- Isolement, honte
- Culpabilité
- Perte de la communication, de la réciprocité
- Sentiment de non reconnaissance
- Surinvestissement
- Impuissance
- Dénier de ses propres besoins/limites et déni de la réalité psychique de l'autre
- Prendre en compte la temporalité: processus d'adaptation

...L'intervention sociale

- Va au-delà des mesures de protection juridique, d'aides à domicile et de placement
- l'adaptation (du sujet et du système) au handicap cognitif / l'adaptation du sujet à une réalité / les résistances à l'aide
- Travail avec le réseau: écoute des attentes et des possibilités de chacun... ou de l'impuissance, sans effacer le patient
- l'encadrement: entre soutien et contrainte. Dans quelle mesure le patient y a-t-il sa place?
- Le rôle de chacun dans les décisions. Quelle place au rôle social et à « l'autonomie » du sujet dément?
- La décision et l'impact du changement de lieu de vie: choix et non-choix, prise en compte de la subjectivité de chacun, validation de son savoir, de ses choix de vie de son expérience et non pas négation
- Travail sur les représentations, changer le regard de l'autre, ouvrir sur un possible ou des alternatives

L'éthique, un moteur pour le soin

« Il y a-t-il une vie sans
SAVOIR ? »

Merci de votre attention

Agnès Michon

Neurologue, Département de Neurologie

Institut de la Mémoire et de la Maladie d'Alzheimer

Hôpital de la Salpêtrière, Paris

agnes.michon@aphp.fr