



Promotion et prévention de la santé cognitive des personnes âgées

ayant une plainte cognitive subjective, un trouble
neurocognitif léger ou majeur

24 septembre 2021

Chantal Viscogliosi, erg. PhD et Jessica Déry, erg. M.Read.

4 personnes ... 4 histoires

Plainte cognitive subjective

- Dit oublier de plus en plus des éléments d'une tâche en cours, oublie ce qu'il allait chercher
- Se souvient de l'histoire de son livre en cours et de sa série télévisée
- Tests de dépistage réussis

TNC léger / mineur

- Difficulté à se souvenir des rendez-vous
- Multiples post-it et ne s'y retrouve plus
- Fait encore ses repas mais difficulté à suivre une nouvelle recette et doit se relire plusieurs fois pour savoir où il est rendu.

TNC majeur léger

- Appartement → Unité de courte durée gériatrique (UCDG) → Résidence privée
- Se perd dans la résidence
- Oublie d'aller chercher sa médication
- Autre changement de milieu de vie envisagé

TNC majeur modéré

- Vit à domicile avec conjointe
- Rappels nécessaires pour faire hygiène et tâches familiales antérieures (vider poubelles)
- Agressivité envers conjointe lors des rappels
- Épuisement conjointe/ changement milieu de vie envisagé

Les troubles neurocognitifs en chiffres

AU CANADA:

- En 2021: Plus de 500 000 Canadiens atteintes d'un trouble neurocognitif (TNC)
- En 2030 : 912 000 Canadiens
- 76 000 nouveaux diagnostics chaque année
- Un diagnostic émis toutes les 5 minutes
- 65% sont des femmes
- 56% des Canadiens se préoccupent d'être atteintes de la maladie d'Alzheimer
- 46% des Canadiens se sentiraient honteux s'ils étaient atteints TNC

AU QUÉBEC:

- Proportion des personnes de 65 ans et plus atteintes :
 - En 2030: 25,0%
 - En 2050: 27,0%

(Société Alzheimer du Canada, 2021;
INSPQ, 2015; Belleville, 2013)

Conséquences des déficits cognitifs

IMPACTS DES TNC:

- Déclin cognitif;
- Perte d'autonomie;
- ↓ qualité de vie;
- ↑ coûts des services de santé.

DÉFIS:

- Réduire les coûts sociaux et économiques;
- Réduire les listes d'attente pour les services de soutien à domicile et pour l'accès à l'hébergement;
- Retarder l'évolution des incapacités plutôt que de la précipiter.



Objectifs de la formation

Partie 1 : Réserve cognitive

- Expliquer les notions de neuroplasticité qui sous-tendent la promotion et la prévention au regard de la santé cognitive;
- Expliquer les facteurs contributifs du maintien de la santé cognitive et les facteurs de risque de pertes cognitives;
- Expliquer aux aînés les ressources disponibles en promotion et prévention au regard de la santé cognitive ;
- Enseigner les concepts de neuroplasticité et les facteurs contributifs pour accompagner les aînés et leurs proches aidants dans la promotion et la prévention au regard de la santé cognitive.



Objectifs de la formation

Partie 2 : Stratégies cognitives

- Sensibiliser les personnes ayant une plainte mnésique subjective sur la promotion et la prévention au regard de la santé cognitive;
- Proposer aux aînés ayant un trouble neurocognitif mineur des recommandations touchant les facteurs contributifs, les facteurs de risque et des ressources éducatives;
- Proposer aux aînés ayant un trouble neurocognitif majeur des recommandations favorisant le maintien des capacités préservées ainsi que des ressources pouvant les soutenir.

Plan de la formation

Partie 1 : Réserve cognitive

- 1.1 Neuroplasticité
- 1.2 Facteurs de risque de pertes cognitives
- 1.3 Facteurs contributifs au maintien de la santé cognitive

Partie 2: Stratégies cognitives

- 2.1 Contexte de vieillissement normal et de plaintes cognitives subjectives
- 2.2 Contexte de TNC mineur
- 2.3 Contexte de TNC majeur

Partie 1.

Réserve cognitive

1.1 Neuroplasticité

Types de neuroplasticité

« **La plasticité cérébrale correspond à la capacité du cerveau à se modifier**, tout au long de la vie, dans ses structures (on parlera de réserve cérébrale) ou dans son adaptation fonctionnelle (on parlera de réserve cognitive), tant lors de lésions cérébrales que sous l'effet de stimulations cognitives » [1]. Cette propriété du cerveau bien connue chez l'enfant est à l'œuvre à tous les âges de la vie. » (Croisile, 2006)

Neuroplasticité fonctionnelle:

- En réponse à des stimuli sensoriels
- Reconfiguration des réseaux préexistants
- Changements microstructurels sans changement macrostructurel

Neuroplasticité adaptative:

- Changements macrostructurels
- Augmente l'efficacité cognitive

Renforcement des synapses "chemins" utilisées et affaiblissement des synapses "chemins" non utilisées

Neuroplasticité: réserve cognitive et réserve cérébrale

RÉSERVE CÉRÉBRALE:

- Caractéristiques structurelles du cerveau (volume cérébral et nombre de neurones).
- Favorisé par l'activité physique car augmente la vascularisation cérébrale et favorise le développement de nouveaux neurones tout au long de la vie.

RÉSERVE COGNITIVE :

- Propriétés du cerveau qui permettent de **préserver la cognition** malgré la présence de changements cérébraux (Belleville,2021).
- **Se développe à travers les nouvelles stimulations** cognitives tout au long de la vie: enrichissement des liens synaptiques et plus grande efficacité du cerveau, fort utile en présence d'atteintes cognitives.
- Adaptation à la présence de zones dysfonctionnelles par la maladie en mobilisant les zones cérébrales saines pour qu'elles puissent réaliser les fonctions cognitives qui sont menacées.

Neuroplasticité et performance cognitive

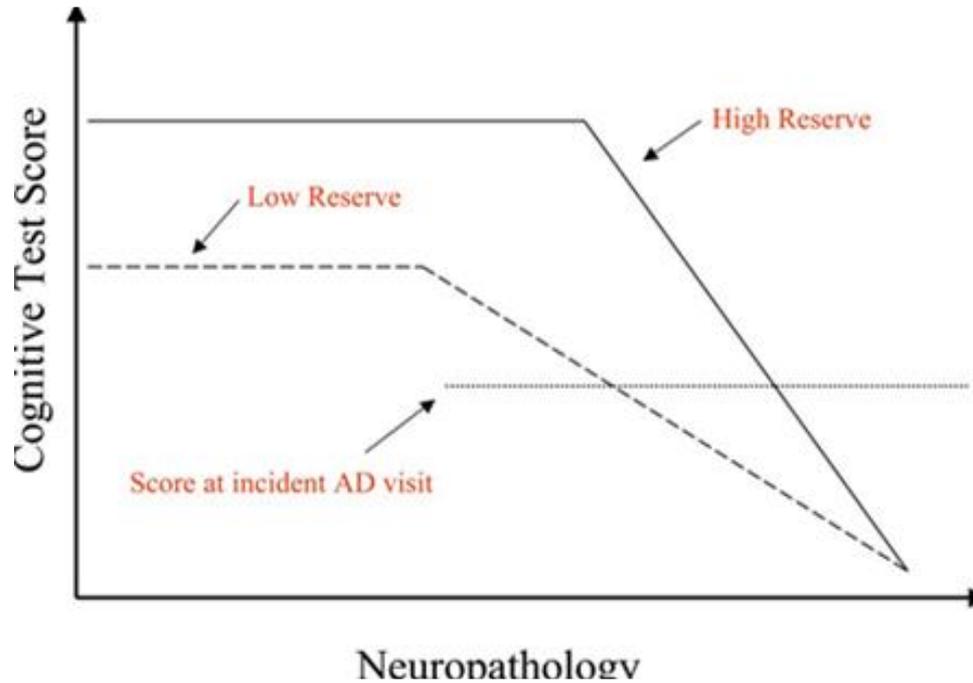
Zone de développement cognitif influençant l'efficacité du traitement cognitif :

- Mémoire de travail
- Fonctions exécutives
- Vitesse de traitement de l'information

Ces domaines font partie de l'intelligence fluide qui diminue avec l'avancement en âge.

Réserve cognitive : implication

- La gravité de l'atteinte n'est pas un prédicteur parfait de la gravité des déficits cognitifs.
- La réserve cognitive module la relation entre la lésion cérébrale et les manifestations cliniques.
 - Elle peut donc limiter l'impact négatif de la lésion cérébrale sur la cognition.
- Les individus ayant une bonne réserve cognitive peuvent avoir plus de lésions neuropathologiques au cerveau avant de répondre aux critères de TNC majeurs.
- Effet positif de l'éducation sur la récupération post-AVC (AVC légers et modérés)
 - Éducation ↑ de la réserve cognitive neuroplasticité adaptative supérieure



Partie 1.

Réserve cognitive

1.2 Facteurs de risque de pertes cognitives

Facteurs de risque de pertes cognitives

Facteurs environnementaux

- Pollution atmosphérique
- Expositions neurotoxiques au travail

Facteurs individuels

- Âge
- Diabète
- Hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé
- Sédentarité, manque d'activité physique
- Mauvais régime alimentaire, malnutrition
- Consommation élevée d'alcool, abus de substances
- Niveau d'éducation formelle peu élevé
- Traumatismes crânio-cérébraux
- Mauvaise gestion des médicaments
- Absence d'activités cognitives
- Déficits visuels et auditifs
- Isolement social
- Obésité
- Tabagisme
- Stress
- Dépression

Facteurs précipitants les pertes cognitives

Facteurs environnementaux	Facteurs individuels
<ul style="list-style-type: none">• Ruptures brutales survenant dans la vie de la personne;• Changements d'équipe/remplacement ;• Modifications dans la vie relationnelle ;• Sur-stimulation ou sous-stimulation ;• Épisodes de canicule ;• Retour d'hospitalisation.	<ul style="list-style-type: none">• Déficiences sensorielles (perte ou altération d'un ou plusieurs sens) .• Douleurs .• Troubles du sommeil .• Traitement .• Maladie psychique et/ou somatique.• Déshydratation.

Partie 1.

Réserve cognitive

1.3 Maintien de la santé cognitive

Facteurs de protection des pertes cognitives

- Facteurs génétiques
- Sommeil
- Interaction sociales
- Saine alimentation
- Éducation
- **Activités cognitivement stimulantes**
 - Stimulation cognitive, entraînement cognitif
- Activités physiques
 - Aérobiques: vascularisation, facteurs de croissance

- Environ 40% moins de risque pour les personnes de 60 ans et plus ayant 6 activités différentes ou plus de loisir de développer un TNC majeur que pour celles en ayant moins de 6
- Maintien de la cognition malgré un niveau d'éducation inférieur dans l'enfance

(Consortium national de formation en santé, 2020 ; INSPQ, 2017 ; INSPQ, 2021; Livingston et al., 2020; Stern, 2012; Thomas et Baker, 2013 dans Crutz et Evans, 2018)

Exemple d'activités cognitivement stimulantes

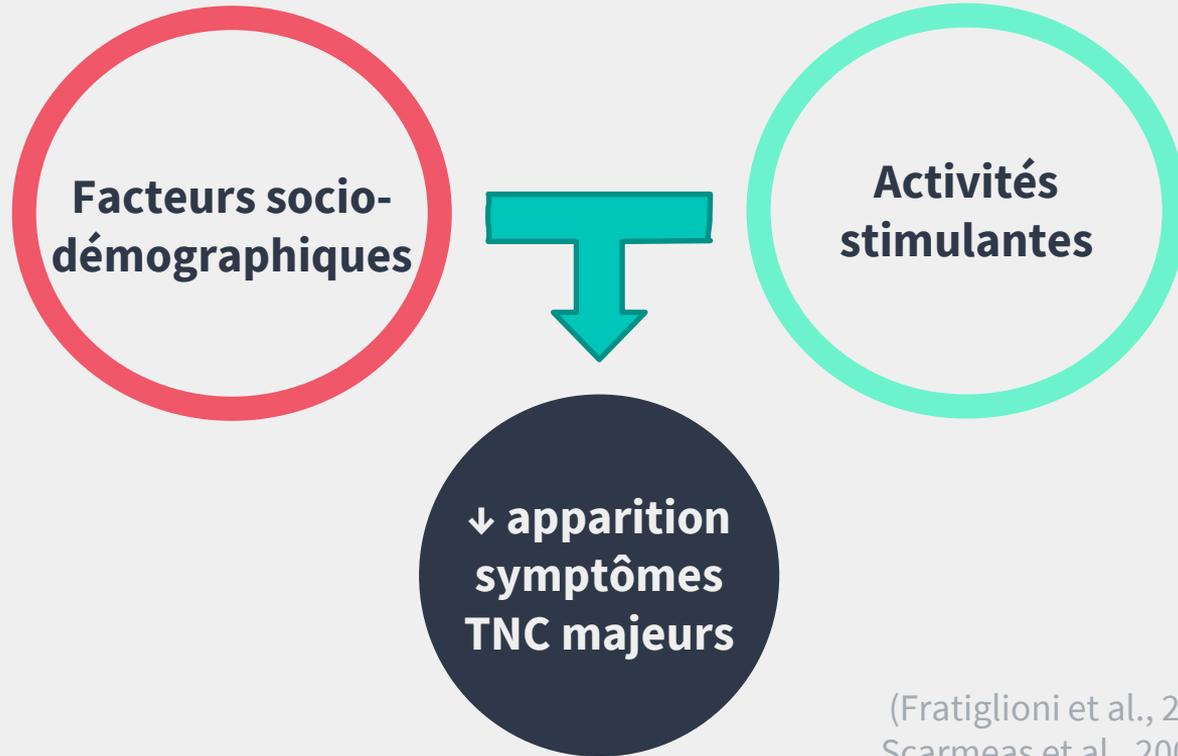
- **Continuer d'apprendre tout au long de sa vie**: apprendre à jouer d'un instrument de musique, pratiquer un nouveau sport, apprendre une nouvelle langue, mémoriser des dates de naissance ou des numéros de téléphone, réparer des objets ou des appareils dans la maison, etc.
- **Jouer à des jeux cognitivement stimulants**: échecs, jeux de table, jeux vidéo, jeux de mots, casse-têtes, etc.
- **Briser sa routine**: prendre une route différente pour aller faire l'épicerie, changer l'ordre de ses activités, etc.
- **S'adonner à des activités culturelles**: assister à un concert ou visiter une exposition.

(Consortium national de formation en santé, 2020 ; INSPQ, 2017 ; INSPQ, 2021; Livingston et al., 2020; Stern, 2012; Thomas et Baker, 2013 dans Crutz et Evans, 2018)

Tableau 3 Mécanismes pour préserver la santé cognitive et facteurs de protection associés (21)

Facteurs de protection retenus	Mécanismes pour préserver la santé cognitive	
	La réserve cognitive	La santé vasculaire
Activité physique	✓	✓
Participation sociale	✓	✓
Engagement cognitif	✓	
Saine alimentation		✓

Promotion/prévention de la santé cognitive chez les aînés:



(Fratiglioni et al., 2004; Karp et al., 2006; Scarmeas et al., 2001; Scarmeas & Stern, 2003; Scarmeas et al., 2003)

Partie 2.

Stratégies cognitives

2.1 Gradation des troubles neurocognitifs

Gradation des troubles neurocognitifs

Plainte cognitive subjective

- Léger déclin des fonctions cognitives
- Inhibition, encodage spontané, confiance en ses capacités;
- Encodage et récupération en mémoire, attention partagée, vitesse de réaction, intégration de nouveaux concepts abstraits

TNC léger / mineur

- Modeste déclin cognitif par rapport au niveau de performance antérieur
- **Maintien de l'indépendance dans les activités quotidiennes** complexes mais des efforts plus grands, des stratégies compensatoires, ou une accommodation peuvent être nécessaires)

TNC majeur

- **Déclin cognitif significatif** par rapport au niveau de performance antérieur
- **Altération de l'indépendance dans les activités quotidiennes** (au minimum, besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes (gestion \$, gestion de la médication)

Léger : difficultés avec les activités instrumentales de la vie quotidienne (travaux ménagers, gestion financière)

Modéré : difficultés avec les activités de base de la vie quotidienne (alimentation, habillage)

Grave : complètement dépendant

Partie 2.

Stratégies cognitives

2.2 Vieillesse normale et plaintes cognitives subjectives



Vignette clinique 1

- Dit oublier de plus en plus des éléments d'une tâche en cours;
- Oublie ce qu'il allait chercher;
- Se souvient de l'histoire de son livre en cours et de sa série télévisée;
- Tests de dépistage réussis.

Se questionne sur ce qu'il peut faire pour éviter l'évolution des déficits en troubles neurocognitifs

Changements anatomiques

Changements observés dans le cerveau des personnes âgées dont le vieillissement est normal :

- Diminution du poids et du volume du cerveau :
 - Perte des épines dendritiques
 - Réduction de la densité synaptique
- Perte de neurones dans le néocortex, l'hippocampe et le cervelet
- Raréfaction de la vascularisation

Changements fonctionnels

- Léger déclin des fonctions cognitives par rapport aux individus plus jeunes
- Performance correspondant aux valeurs de référence des tests standardisés
- Ralentissement des processus cognitifs: 30-80% de la variance
- Fonctionnement sensoriel explique 90% du fonctionnement cognitif après 70 ans
 - Importance des aides visuelles et auditives pour prévenir le déclin cognitif

Habilités touchées et préservées

Habilités préservées	Habilités touchées
<ul style="list-style-type: none">• Mémoire sémantique• Mémoire implicite• Mémoire prospective• Mémoire procédurale• Pic de réminiscence en mémoire autobiographique	<ul style="list-style-type: none">• Mémoire des faits récents• Efforts supplémentaires pour les activités non familières• Difficulté à faire 2 choses à la fois• Inhibition• Encodage spontané• Confiance en ses capacités• Encodage et récupération en mémoire• Attention partagée;• Vitesse de réaction• Intégration de nouveaux concepts abstraits

Plaintes pouvant être rapportées par le patient

- Ne se souvient plus des détails d'une conversation ou d'un événement qui s'est déroulé il y a un an;
- Ne se souvient plus du nom d'une connaissance;
- Oublie occasionnellement des choses ou des événements;
- Il lui arrive de trouver difficilement ses mots. Préservation du langage;
- Se dit préoccupé de sa mémoire alors que ses amis et ses proches ne le sont pas.

Objectifs d'intervention

- Maintenir la santé cognitive et favoriser la neuroplasticité du cerveau;
- Éduquer le patient et ses proches sur son fonctionnement cognitif, les facteurs de risque et les facteurs de protection;
- Supporter le patient dans la mise en action de saines habitudes de vie afin de favoriser le maintien de ses capacités;
- Offrir des activités de stimulations cognitives.

Stratégies d'intervention

STRATÉGIES D'INTERVENTION POUR LE MAINTIEN DE LA SANTÉ COGNITIVE

- 1. Stimulations cognitives**
- 2. Interventions psychosociales**
- 3. Saines habitudes de vie**
- 4. Exercices physiques**
- 5. Entraînement cognitif** (Interventions favorisant la neuroplasticité)

1. Stimulation cognitive

- Le cerveau garde sa capacité à se restructurer positivement en réponse à de la stimulation, même à un âge avancé

(Centers for Disease Control and Prevention and The Merck Company Foundation, 2007; Mahncke et al., 2006)

- ↑ performance à des tests cognitifs par entraînement :
 - Vitesse de traitement (attention)
 - Mémoire :
 - Imagerie
 - Élaboration
 - Méthode des lieux...
 - Résolution de problèmes : « stop and think »
 - Amélioration tâches « vie quotidienne » ?

(Fraik et al., 2007; Levine et al., 2007; Yesavage et al., 1990)

2. Interventions éducatives et psychosociale

OBJECTIFS :

- Mieux comprendre son fonctionnement cognitif;
- Se normaliser;
- Prendre confiance.

(Winocur et al., 2007)

EFFETS:

- Améliorent les performances à des tâches cognitives.

(Belleville et al., 2006; Winocur et al., 2007)

3. Saines habitudes de vie

- Un stress important ou chronique ↓ les capacités fonctionnelles du cerveau
 - Peut causer des dommages irréversibles aux neurones
 - ↑ risques de développer la MA
 - Techniques de relaxation ↓ le stress et ↑ mémoire

(Fillit et al., 2002; Wilson et al., 2003; Galvin et al., 2006)

- Saine alimentation (oméga 3, antioxydants) ↓ les déficits cognitifs

(Solfrizzi et al., 2006; Zandi et al., 2004)

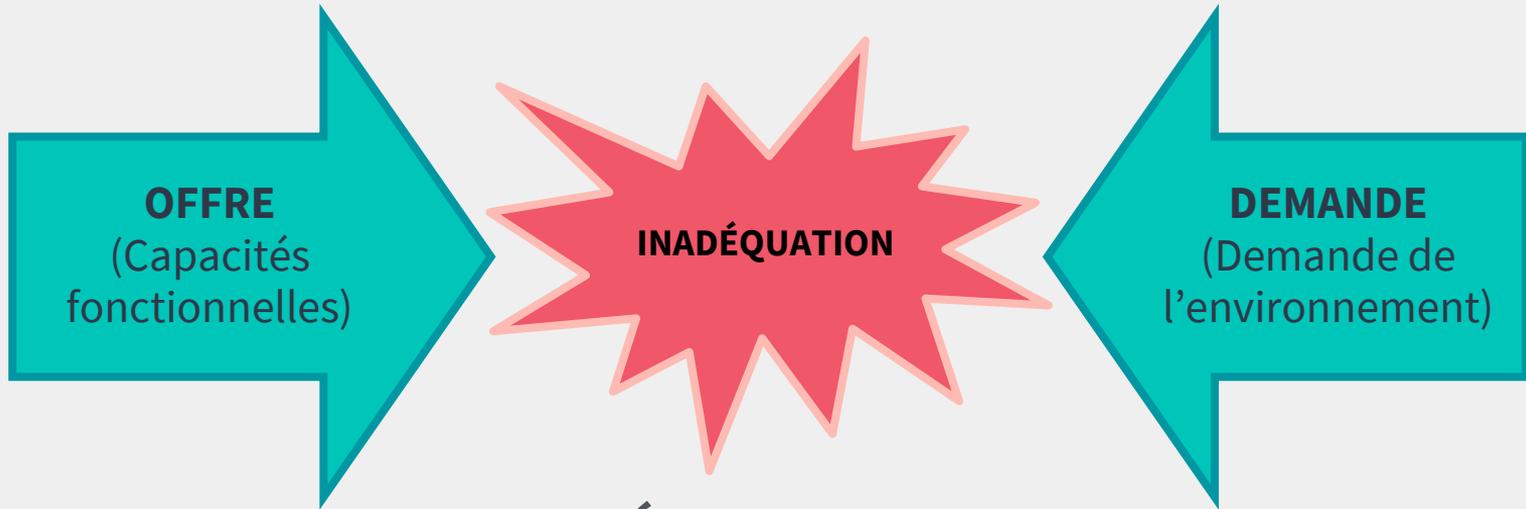
4. Exercices physiques

- Combinaison d'entraînement d'aérobie et d'entraînement cognitif
↑ les résultats aux tests cognitifs (Fabre et al., 2002)
- Entraînement en aérobie et programmes mixtes (aérobie, renforcement et flexibilité) ↑ les performances aux tâches de fonctions exécutives (planification, inhibition, etc.) (Colcombe & Kramer, 2003)
- Déclin des fonctions cognitives moindre chez les PA actives (Hogan, 2005; Lemaire & Bherer, 2005; Spirduso, et al., 2005)
- « Hypothèse cardiovasculaire » :
 - Exercice ↑ le fonctionnement cardiovasculaire, donc la capacité de l'organisme à fournir de l'oxygène
 - L'exercice stimulerait la production de neurotransmetteurs et autres substances liées à la plasticité du cerveau

5. Entraînement cognitif

Se mettre au défi cognitivement!

- Solliciter les capacités préservées;
- **Interventions favorisant la neuroplasticité** (Gilbert, n.d.), par exemple:
 - Apprendre de nouvelles technologies;
 - Se familiariser avec les réseaux sociaux;
 - S'initier aux jeux vidéo;
 - S'inscrire à l'Université du 3^e âge;
 - Prendre de nouveaux chemins lors de la promenade;
 - Cuisiner de nouvelles recettes ;
 - Augmenter le niveau de difficulté des tâches.



DEUX SCÉNARIOS POSSIBLES

- ↓ capacité
- Exigences de l'environnement maintenues

- Dans la zone de capacités fonctionnelles: déclenche la flexibilité
- Ne fonctionne pas si la demande dépasse cette zone
- ↑ graduelle du niveau de difficulté pour maintenir l'écart entre les capacités et les exigences

RESSOURCES

Faites travailler vos méninges!

- Belleville, S., Fontaine, F.S., et Gilbert, B. (2009). Faites travailler vos méninges.
- Document téléaccessible à l'adresse suivante :
http://centrevantage.ca/wp-content/uploads/2020/02/29-a-5180_memoire_fr.pdf

Sommaire

- 7** Prenez votre temps...
- 9** Soyez attentif!
- 11** Faites des associations
- 11** Entraînez votre mémoire
- 13** Cherchez à partir de points de repère
- 15** Profitez davantage de votre agenda!
- 17** Ayez recours à d'autres aide-mémoire
- 19** Reconnaissez les bonnes habitudes pour garder votre cerveau en santé
- 21** En résumé
- 23** Des logiciels pour le cerveau

Profitez davantage de votre agenda!

Vous arrive-t-il de prendre des notes incomplètes dans votre agenda? Par exemple, omettez-vous parfois d'inscrire le lieu d'une rencontre? Vous arrive-t-il de vous demander ce que telle note signifie?

Lorsque vous utilisez votre agenda, prenez le temps de bien inscrire tous les renseignements; cela vous simplifiera la vie! Utilisez pour cela le truc des « 3 P » : notez la **P**ersonne que vous rencontrez, la **P**lace de la rencontre et la **P**ériode de la journée (c'est-à-dire l'heure du rendez-vous).

Trucs pour mieux organiser votre agenda

- Favorisez les agendas de petit format que vous pouvez emporter. De plus, optez pour un agenda aéré, dans lequel les jours sont divisés en trois sections (avant-midi, après-midi, soirée).

RESSOURCES

Musclez vos méninges

- S'adresse aux personnes de 50 ans et plus.
- 10 ateliers de 2 heures en groupe (20 heures) sur des thèmes différents.
 - Donne des informations sur la mémoire et les autres facultés intellectuelles.
 - Donne des trucs pour mieux se rappeler des noms, numéros, des listes etc.
 - Donne des activités pour stimuler la mémoire et la concentration.
- Une foule de sujets intéressants seront abordés, par exemple:
 - le lien entre le stress et la mémoire;
 - comment mieux utiliser sa créativité;
 - le rôle des sens dans la mémoire;
 - comment oxygéner ses neurones grâce à la marche;
 - bien nourrir son cerveau.
- Offre variable selon les régions

RESSOURCES

Trousses de stimulation cognitive (3 éditions)

- Développées par l'équipe du Centre d'expertise gériatrique du CIUSSS MCQ;
- Favorise la stimulation de 5 catégories d'habiletés cognitives : attention, langage, mémoire, raisonnement, activité globale;
- Activités à faire quotidiennement seul ou avec un aidant, réparties sur 4 semaines;
- Il est visé que la personne intègre un moment dans son quotidien afin de réaliser des activités de stimulation cognitive ;
- Accessibles gratuitement à partir de l'adresse suivante :
https://ciusssmcq.ca/covid-19/programme-pour-eviter-le-deconditionnement-physique-et-cognitif/Dépliant_ciusssmcq

RESSOURCES

Trousses de stimulation cognitive

(3 éditions)

Activités de la semaine 3

ATTENTION VISUELLE: TROUVER LA CIBLE

CONSIGNE : ENCERCLEZ LES BOUILLOIRES.



Source : Pixabay

POUR ALLER PLUS LOIN :

- Soulignez les louches **seulement** si elles sont suivies des tasses.
- Comptez le nombre :
 - de planches à découper : __ et de râpes à fromage : __.

LANGAGE : REMETTRE DE L'ORDRE

CONSIGNE : TROUVEZ LES MOTS DONT LES LETTRES ONT ÉTÉ MÉLANGÉES.

Exemple : Trouvez un nom de couleur : **LUBE** → **BLEU**

Trouvez un nom de sport : **EOXB** → _____

Trouvez un nom d'arbre : **MLEEZ** → _____

Trouvez un nom d'animal : **ERRADN** → _____

Trouvez un nom de bijou : **ONRMTE** → _____

Trouvez un nom de légume : **EPIAOUR** → _____

Trouvez un nom d'oiseau : **RCEBUOA** → _____

Trouvez une partie du corps humain : **EERACUV** → _____

Trouvez un nom d'un mois de l'année : **OORTBEC** → _____

Trouvez un nom de vêtement : **AESOLTTP** → _____

Trouvez un nom de métier : **RHAEECCITT** → _____

Trouvez un nom d'insecte : **INCCCOEELL** → _____

POUR ALLER PLUS LOIN :

- Pour augmenter le niveau de difficulté, ne fournir que les lettres, sans l'indice.

RESSOURCES

Memory Workout (anglais)

- Guide qui propose des exemples d'exercices pour aider les personnes atteintes d'une maladie cognitive à développer et exercer régulièrement leur cerveau.
- Disponible à l'adresse suivante: https://the-ria.ca/wp-content/uploads/2018/11/BUFU-Guide-Memory-Workout_AODA.pdf

train your brain!

These exercises will get your brain moving, but feel free to come up with some ideas of your own. Pick the things you like to do and devote an hour every day, three to five times a week. You'll notice the difference!

word and number games

Crosswords, Word Searches, Word Jumbles and Sudoku puzzles are all wonderful and fun ways to improve memory. You can modify these games to suit your needs by seeing how many words you can get in 20 minutes, rather than focusing too long on completing the puzzles.

matching game

This is a variation of a card game called – appropriately enough – "Concentration" or "Memory." Divide a deck of playing cards into sets of pairs (i.e. two red Kings, two black Twos, two red Jacks, two black Tens and so on...). You can start with just three sets (six cards) to begin and then gradually build until you can work with more sets. Shuffle the cards and place them face-down on the table. Turn over one card. Turn over another card, in an effort to find the match for the first card. If it's not a match, turn them both back over. Turn over two new cards each turn, one after the other. Keep going until you are able to remember the positions of the cards when they are face down in order to match cards with their partners. Say the names of the cards out loud – "King bottom left, Queen top right."

solitaire

There are many kinds of Solitaire games. Use a deck of cards or play on the computer.

RESSOURCES

Vieillir en bonne santé cognitive

- Melançon, L., et coll. (2018). Vieillir en bonne santé cognitive. Document téléaccessible à l'adresse suivante : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3487976>



Table des matières

Qu'est-ce qui reste intact en vieillissant ? 7

S'exprimer et comprendre	7
Reconnaître des objets et des visages	7
Se rappeler	8

Qu'est-ce qui diminue en vieillissant ? 8

Être rapide	8
Percevoir notre environnement	9
Être attentif	9
Apprendre du nouveau	10
Analyser l'espace qui nous entoure	12
Atteindre un but : planifier, s'organiser, résoudre des problèmes	13

Quelles sont les autres menaces à la cognition ? 14

Prévention : comment maintenir de bonnes capacités cognitives ?	16
Faire de l'exercice physique	16
S'occuper de sa santé	16
Bien s'alimenter	17
Dormir, dormir	19
Socialiser!	19
Choisir des activités et des loisirs intellectuellement stimulants	20
Cultiver la santé affective	20

Conclusion 22

Se rappeler

Les connaissances acquises au fil du temps, la culture générale et le sens des mots s'améliorent.

On demeure capable d'apprendre et de se souvenir d'une suite de mouvements comme pour patiner, tricoter, faire de la bicyclette ou du piano.



Être rapide

On est moins rapide parce que la transmission et le traitement des informations entre les cellules de notre cerveau diminuent avec l'âge. Cela se répercute sur les tâches que nous faisons au quotidien, par exemple : se préparer le matin, faire des commissions.

Comment s'aider?

- Accepter son nouveau rythme et s'en mettre moins à l'horaire.
- Prévoir plus de temps pour une tâche ou une activité.
- Demander aux autres de parler plus lentement.
- Faire répéter.
- S'accorder plus de temps pour répondre.

RESSOURCES

Expériences partagées: suggestion pour bien vivre avec la maladie d'Alzheimer

- Société Alzheimer du Canada (2013). Expériences partagées : suggestions pour bien vivre avec la maladie d'Alzheimer.
- Document accessible : https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Exp%C3%A9riences-partag%C3%A9es_00-Le-document-entier_Soci%C3%A9t%C3%A9-Alzheimer.pdf

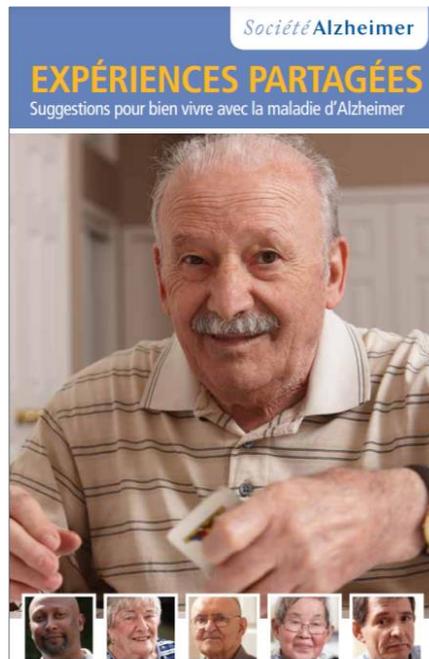


Table des matières

Les informations contenues dans ce livret visent à répondre à vos questions et à vos préoccupations relatives à la vie au quotidien avec la maladie d'Alzheimer. Les questions abordées sont les suivantes :

Section 1 : Éprouver des émotions diverses et variées.....	5
Section 2 : Le dire aux autres	9
Section 3 : S'informer sur la maladie	14
Section 4 : Anticiper les changements à venir.....	19
Section 5 : Continuer à s'occuper de soi-même.....	26
Section 6 : Planifier l'avenir	31

Certains sujets traités dans ce livret sont délicats et il se peut que vous n'ayez pas envie de les aborder maintenant. Vous pourrez y revenir plus tard.

Vous pouvez obtenir des ressources supplémentaires – livres, feuillets d'informations et vidéos – auprès de la Société Alzheimer. Certaines de ces ressources ont été rédigées par des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le site Web de la Société - www.alzheimer.ca - contient des informations et des ressources pour aider les personnes à vivre avec la maladie et explique comment la Société peut être utile. Il existe aussi des conférences et des ateliers qui pourraient vous intéresser. Pour plus de renseignements, communiquez avec la Société Alzheimer de votre région ou consultez notre site Internet au www.alzheimer.ca.

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivent des expériences et des émotions sur la vie avec la maladie d'Alzheimer. Nous n'en avons retenues que quelques unes seulement, et votre expérience ne sera pas nécessairement la même. Voici certains de leurs commentaires :

Déni	« Parfois je me dis qu'ils ont fait une erreur et que je n'ai pas la maladie d'Alzheimer. Je fonctionne encore. »
Colère	« Ça me met en colère de ne pas pouvoir me reprendre en main. »
Angoisse	« Je suis terrifié à l'idée de perdre mes facultés. »
Culpabilité	« Je me sens coupable, comme si j'étais un poids mort suspendu au cou de mon mari. »
Frustration	« Je commence à parler avec les gens et j'oublie de quoi je parle; ça me bloque. »
Souffrance	« Ne me corrigez pas quand je fais une erreur. Ça me blesse. »

RESSOURCES

Autres ressources

- **OMS (2017). Ligne directrice sur la réduction des risques de déclin cognitif.** Document téléaccessible à l'adresse suivante : https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/french_foreward_executive_summary_dementia_guidelines.pdf
- **Société Alzheimer du Canada. Au sujet des troubles neurocognitifs.** Site téléaccessible à l'adresse suivante: <https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs>
- **Réseau FADOQ. Vos clubs et leur programmations.** Site téléaccessible à l'adresse suivante : <https://www.fadoq.ca/bas-st-laurent/a-propos/clubs-fadoq>
- **Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR).** Site téléaccessible à l'adresse suivante : <https://www.aqdr.org/>
- **L'APPUI pour les proches aidants.** Site téléaccessible à l'adresse suivante : <https://www.lappui.org/>

Partie 2.

Stratégies cognitives

2.3 TNC léger ou mineur

SYNONYMES:

- Trouble cognitif léger (TCL),
- Mild Cognitive Impairment (MCI)
- « zone grise » entre fonctionnement cognitif normal et maladie d'Alzheimer



“

Vignette clinique 2

- Difficulté à se souvenir des rendez-vous;
- Multiples post-it et ne s’y retrouve plus ;
- Fait encore ses repas mais difficulté à suivre une nouvelle recette et doit se relire plusieurs fois pour savoir où il est rendu;
- Ne se souvient plus s’il a payé ses comptes, oublie d’en payer ou en paie en double.

Critères diagnostics

TNC LÉGER OU MINEUR

- A. Évidence d'un modeste déclin cognitif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif** ou plus (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception – motricité ou cognition sociale) sur la base :
1. d'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien informé ou du clinicien quant à un déclin léger de la fonction cognitive et;
 2. d'un modeste déficit de la performance cognitive , de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou , en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée.

Critères diagnostics

TNC LÉGER OU MINEUR (SUITE)

- B. **Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec l'indépendance** dans les activités quotidiennes (c.-à-d., les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne telles que le paiement des factures ou la gestion des médicaments sont préservées, **mais des efforts plus grands, des stratégies compensatoires, ou une accommodation peuvent être nécessaires**)
- C. Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un délirium.
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, le trouble dépressif majeur, la schizophrénie).

Changements fonctionnels

TNC LÉGER OU MINEUR

- La personne ou leur famille rapporte un déclin de la mémoire;
- Le déclin neurocognitif qui est plus sévère que l'oubli normal lié au vieillissement mais n'est pas aussi sévère que les TNC majeurs;
- Pas de conséquences majeures sur leurs activités de la vie quotidienne et l'indépendance n'est pas compromise. Les personnes peuvent toutefois rapporter accomplir leurs tâches avec plus de temps et d'effort.
- Les troubles rapportés sont mesurables lors d'une évaluation objective avec un test standardisé.
- Affaiblissement des capacités de réflexion;
- Apprentissage de nouvelles choses encore possible.

Changements fonctionnels

HABILETÉS COGNITIVES POUVANT ÊTRE TOUCHÉES :

- Trouble de la mémoire épisodique (Belleville, 2013) / mémoire des faits récents (Gilbert, n.d.)
- Certaines composantes de la mémoire de travail (Belleville, 2013)
- Certaines troubles au niveau de la mémoire sémantique (Belleville, 2013)
- Difficultés de concentration (Gilbert, n.d.)
- Problèmes de planification et d'organisation (Belleville, 2013; Gilbert, n.d.)
- Tendance à chercher davantage ses mots en conversation (Gilbert, n.d.)

Prévalence et évolution

PRÉVALENCE:

- Surviennent chez environ 20 à 40 % des aînés

ÉVOLUTION:

- Ce trouble n'évolue pas nécessairement vers un trouble neurocognitif majeur
- Environ 40% des personnes atteintes de troubles cognitifs légers développeront éventuellement un trouble neurocognitif majeur

Objectifs d'intervention

- Maintenir l'autonomie le plus longtemps possible;
- Débuter la mise en place de séquences automatisées pour faciliter la réalisation des tâches à plus long terme;
- Offrir des activités stimulantes pour solliciter les habiletés cognitives préservées.

Stratégies d'intervention

- Favoriser la conscience des déficits;
- Guider la personne et son proche pour une auto-prise en charge et l'auto-application des stratégies;
- Entraînement cognitif
 - Intégrer dans la routine quotidienne un moment pour réaliser des activités d'entraînement cognitif
 - Offrir des défis pour stimuler l'ensemble des habiletés préservées
 - Passe-temps qui exigent de la concentration : cartes, scrabble, mots croisés, sudokus, etc.
- Commencer l'instauration de routine automatisée dans certaines tâches plus complexes significatives pour favoriser le maintien de l'autonomie à plus long terme
 - Profitez davantage de votre agenda!
 - Ayant recours à d'autres aide-mémoire

Stratégies d'intervention

Ateliers de groupe MÉMO (Belleville et al., 2006)

- S'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus présentant un TNC léger ou celles désirant mieux s'outiller face aux oublis qui deviennent plus fréquents en vieillissant.
 - *** ne s'adresse pas aux gens ayant un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou présentant des troubles cognitifs majeurs.*
- Vise l'enseignement de plusieurs stratégies cognitives permettant d'améliorer le fonctionnement de la mémoire.
- L'apprentissage est réalisé en petit groupe pendant 8 semaines.
- Offre variable selon les régions

Efficacité des interventions pour le TNC mineurs

- De plus en plus d'études :
 - Revues systématiques et méta-analyse – 7 essais cliniques randomisés (Jean et al., 2010; Reijnders et al., 2013; Simon et al., 2012; Teixeira et al., 2012)
 - Amélioration :
 - 44% mesures objectives de mémoire
 - 49% mesures subjectives
- Impact sur l'organisation cérébrale (Belleville et al., 2011)
- Impact sur la vie quotidienne pas automatiques

Retour sur la vignette 2

**Difficulté à se souvenir des rendez-vous
Multiples post-it et ne s'y retrouve plus**

Instauration d'un système de gestion des rendez-vous

- Vérifier les habitudes antérieures (calendrier, agenda)
- Retrouve-t-il la date spontanément ou a-t-il un système de vérification de la date (autre que le dispill!)

Fait encore ses repas mais difficulté à suivre une nouvelle recette et doit se relire plusieurs fois pour savoir où il est rendu.

Poursuite de la préparation de repas simple et complexe pour maintenir les habiletés

- Recette dans une pochette protectrice et surligner les étapes réalisées

Ne se souvient plus s'il a payé ses comptes; oublie d'en payer ou en paie en double.

Instauration d'un système de gestion des comptes

- Classement (à la réception, au paiement)
- Cahier de notes
- Système de validation (inscription sur la compte s'il est payé)

Retour sur la vignette 2

Maintien des habiletés mais instauration de routine automatisée

- Instauration de stratégies pour automatiser les tâches courantes (seront maintenues plus longtemps)
- Favoriser aussi la nouveauté dans certaines activités / tâches pour solliciter l'ensemble des habiletés cognitives et favoriser le maintien
- Enseignement sur l'évolution possible
- Favoriser la conscience des difficultés

Partie 2.

Stratégies cognitives

2.4 TNC majeur

“

Vignette clinique 3

- Appartement → UCDG → Résidence pour aînés
- Se perd dans la résidence
- Oublie d'aller chercher sa médication
- Autre changement de milieu de vie envisagé

Vignette clinique 4

- Vit à domicile avec conjointe
- Rappels nécessaires pour faire hygiène et tâches familiares antérieures (vider poubelles)
- Agressivité envers conjointe lors des rappels
- Épuisement conjointe et changement de milieu de vie envisagé

Critères diagnostics

TNC MAJEUR

- A. Évidence d'un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif** ou plus (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception-motricité ou cognition sociale) sur la base :
1. d'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien informé ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive; et
 2. d'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée.

Critères diagnostics

TNC MAJEUR

- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités quotidiennes** (c.-à-d., au minimum, besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne telles que le paiement des factures ou la gestion des médicaments).
- C. Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un délirium
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mentale

Gravité des troubles neurocognitifs

Légère

Difficultés avec les activités instrumentales de la vie quotidienne

(travaux ménagers, gestion financière)

Attention à ne pas confondre le trouble TNC majeur (gravité légère) avec un TNC mineur ou léger!

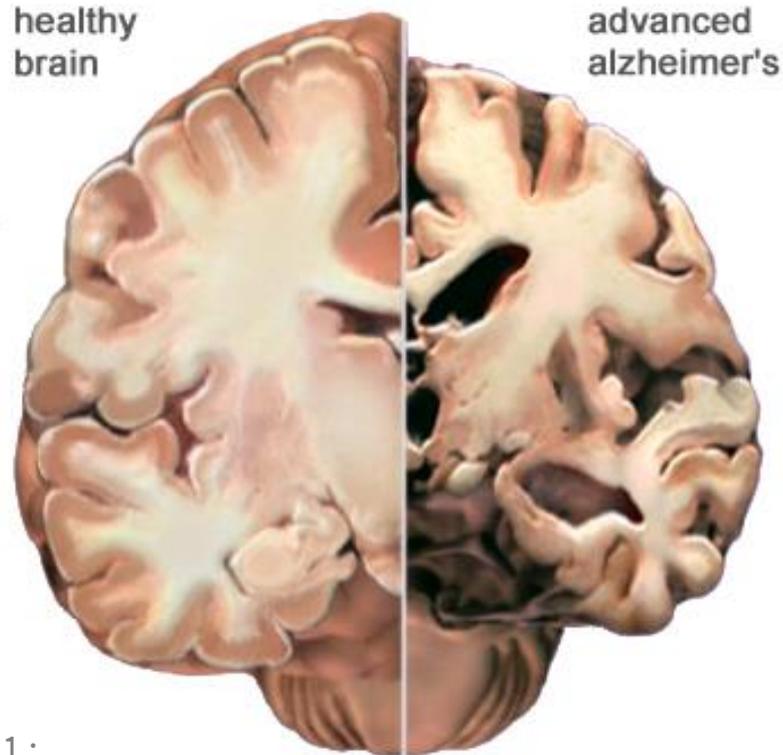
Modérée

Difficultés avec les activités de base de la vie quotidienne (alimentation, habillage)

Grave

Complètement dépendant pour la réalisation des activités de la vie quotidienne

CHANGEMENTS ANATOMIQUES



Tiré de Alzheimer Association 2021 :
https://www.alz.org/brain_french/09.asp.

Changements fonctionnels

HABILETÉS COGNITIVES POUVANT ÊTRE TOUCHÉES :

- La mémoire
- L'attention complexe
- Les fonctions exécutives
- Les capacités d'apprentissage et la mémoire
- Le langage
- Les fonctions perceptivo-motrices
- La cognition sociale

Signaux d'alerte

Relation sociale

Difficulté à suivre une conversation
Isolement
Retrait des activités sociales
Cessation de certaines activités de loisirs

Gestion de l'horaire et des rendez-vous

Oublie ses rendez-vous

Gestion de la médication

Oublie de prendre ses médicaments
Prend ses médicaments en double

Signaux d'alerte

Gestion financière

Oublie de payer ses comptes
Oublie son NIP
Ne parvient plus à compter un montant à fournir, le change à recevoir
Ne se souvient plus des transactions effectuées, de l'argent offert à un tiers

Langage

Pauses fréquentes pour trouver vos mots,
Utilise un mot au lieu d'un autre.

Hygiène

Oublie quand il s'est lavé la dernière fois ; pense qu'il s'Est déjà lavé et refuse de faire son hygiène « à nouveau »
Oublie de laver certaines parties du corps

Signaux d'alerte

Habillage

Remet les mêmes vêtements jour après jour
Ne met pas les vêtements dans le bon ordre
Ne choisit pas les vêtements appropriés à la température

Alimentation

Dame qui ne cuisine plus parce qu'elle dit que ça ne lui tente plus ou que ça ne goûte plus pareil
Préfère ne plus aller manger à la salle à manger avec ses pairs

Comportement

Changement de caractère (agressivité, apathie, euphorie, perte d'initiative et de motivation, indifférence à l'entourage, etc.) ;
Perte des convenances sociales (vulgarité, désinhibition, etc.) ;
Apparition d'un phénomène d'errance ou d'agitation, de cris, de confusion ou de délires
Apparition d'un sentiment de préjudice ou de persécution (la personne se sent volée, spoliée, etc.) ;

Signaux d'alerte

Se souvenir

Oublis fréquents

Ne plus se souvenir des détails d'un événement récent ou d'une conversation récente.

Ne plus reconnaître les membres de votre famille, ou vous ne vous souvenez plus de leur nom.

Oublis fréquents des choses ou des événements.

Votre mémoire préoccupe vos amis et vos proches, mais vous ne percevez aucun problème.

Fabulation, camouflages

Nombreux post-ils éparpillés dans la maison

Objectifs d'intervention

- Maintenir, voir améliorer l'autonomie, par la biais des automatismes.
- Améliorer la qualité de vie et l'estime de soi.
- Réduire le fardeau des aidants.
- Favoriser l'accès aux services pour les besoins réels.
- Réduire les coûts en service et retarder le changement de milieu de vie.

“

Stratégies d'intervention

Est-ce que, si je montre trois exercices à une dame une journée, et que le lendemain elle ne se souvient même pas qu'on les a travaillés la veille, je peux cesser mon intervention et conclure à une absence de capacité d'apprentissage?



Quelques concepts

Mécanisme conscient

- Mémoire épisodique
- Processus de récupération explicite de l'information
- Fonctions exécutives
- Ex: Un enfant qui apprend ses mots de vocabulaire

Mécanisme inconscient

= **AUTOMATISME**

- Mémoire procédurale
- Processus de récupération implicite de l'information
- Ex: Un adulte, sans difficulté motrice, qui marche au quotidien

Façon habituelle d'apprendre

Repose habituellement sur:

- Fonctions exécutives
 - Initiative
 - Organisation
 - Inhibition des automatismes
 - Évaluation /auto-correction
- Mémoire
 - Épisodique
 - Procédurale

« Il ne se souvient jamais de ce que je lui dis »!

Ne fonctionne pas dans les troubles neurocognitifs

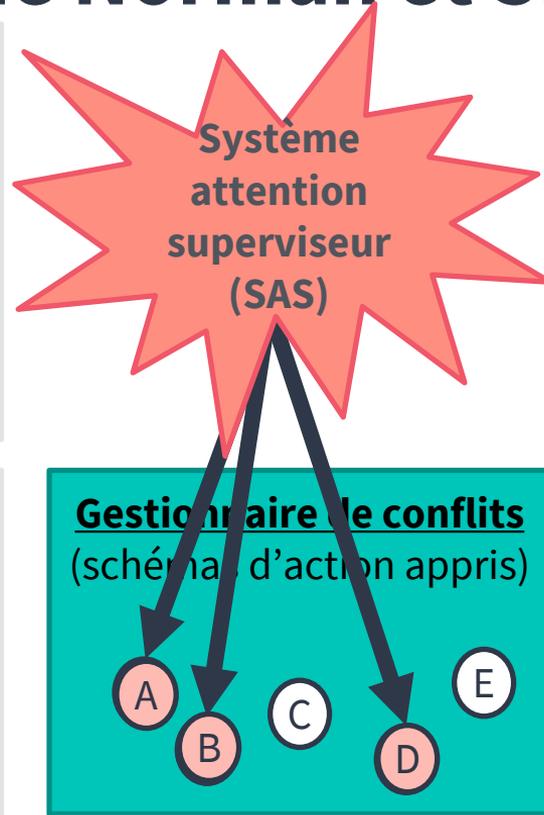
Modèle de Norman et Shallice (1986)

Situation nouvelle /
complexe

Stimuli nouveau
/ complexe

Situation familière

Stimuli connu



1 stimuli déclenche spécifiquement 1 schéma d'actions

Si présence d'un schéma d'action connu satisfaisant → déclenchement automatique sans y penser (mémoire procédurale, récupération implicite de l'information)

Si absence de schéma d'action connu ou insuffisant → fonctions exécutives, mémoire épisodique, récupération explicite de l'information

Action

MISER SUR LES CAPACITÉS PRÉSERVÉES :

- Apprentissage possible, favorisé par les stratégies cognitives qui utilisent les capacités préservées
 - Mémoire procédurale
 - Processus de récupération implicite
(Van der Linden et coll., 2004; Choi et coll., 2013; Crowe et coll., 2013)
- Favorisent le maintien de l'autonomie sans augmenter le fardeau de l'aidant (Cherry et coll., 2009; Clare et coll., 2001; Clare et coll., 2004; Déry et coll., 2019 ; Thivierge et coll., 2014; Van der Linden et coll., 2004; Choi et coll., 2013; Crowe et coll., 2013)
- Difficiles à transposer aux situations spécifiques
(Amieva et al., 2016; Clare et al., 2010)

Modèle d'interventions actuel dans le réseau de la santé

Les interventions sont majoritairement compensatoires (OEQ, 2016)

Peu d'occasions d'utiliser les capacités préservées de la personne ayant un TNC et de maintenir sa participation sociale dans des activités significatives (OEQ, 2016)

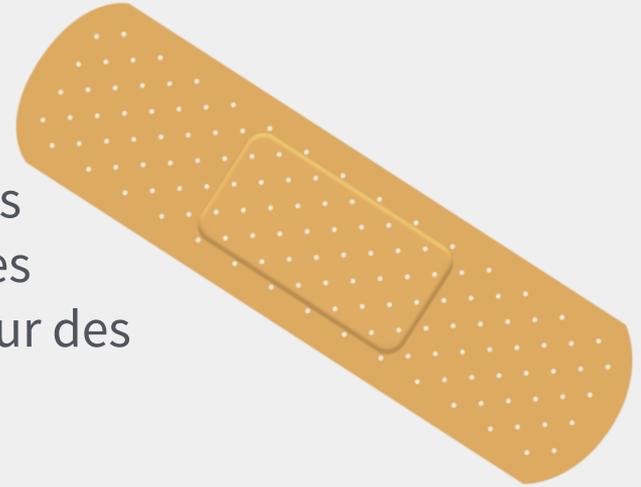
Situations cliniques fréquemment rencontrées :

- **Difficulté à l'hygiène** → Mise en place des services d'ASSS pour « faire à la place de » sans tenter de réentraînement
- **Oublie de fermer le rond de la cuisinière** → cuisinière débranchée, instauration de la popote roulante
 - *** sans savoir si la personne sera en mesure de faire réchauffer le repas, ou pensera de ne pas mettre le plat en aluminium au micro-onde!*
- **Erreur dans la gestion de la médication** → dispill → services d'ASSS 1 à 2 fois/jour
 - *** mais est-ce que le dispill fera penser de prendre la médication, est-ce le bon outil ou c'est un échec prévu à l'avance?*

Modèle d'interventions actuel dans le réseau de la santé

SURCOMPENSATION

- Accélération des incapacités
- Mise en place de services non nécessaires (surcompensation) → surcharge des listes d'attente → augmentation des délais pour des usagers qui présentent des besoins réels
- Interventions compensatoires = « Gros plaster »
- Stratégies cognitives: « Le plus petit plaster possible » pour maintenir l'autonomie



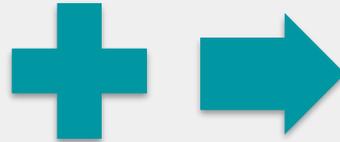
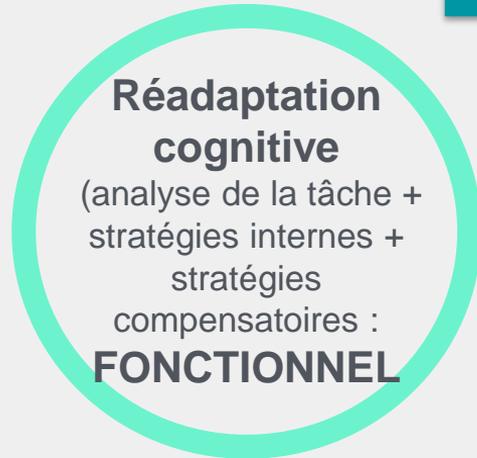
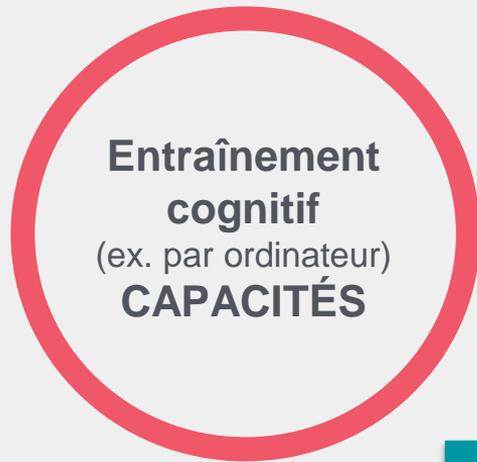
Modèle d'interventions actuel dans le réseau de la santé

MANQUE D'ACTIVITÉS SIGNIFIANTES

- Affecte la qualité de vie (De Medeiros, 2020)
- Contribue au développement de comportements difficiles (Logsdon et coll., 2007)
 - Nuisent à la collaboration proche-aidant - personne ayant un TNC, entraînant ainsi des conséquences néfastes pour ceux-ci dont:
 - l'abus (ex. physique, financier, psychologique)
 - l'erreur médicamenteuse
 - la négligence
 - les conflits avec le proche aidant (Reinhard, Given, Petlick et Bemis, 2008)

Types d'interventions cognitives

Type d'intervention	Description	Population visée	Effets démontrés
Entraînement cognitif <small>(Clare et Woods 2004; Martin et al. 2011)</small>	Habilités spécifiques Tâches standardisées	Sans diagnostic TNC mineur	↑rappel immédiat et espacé
Réadaptation cognitive <small>(Clare et Woods 2004; Clare et al. 2006; Bahar-Fuchs et al. 2013)</small>	Impacts fonctionnels Basé sur des objectifs fonctionnels travaillés hebdomadairement	TNC majeur léger et modéré	↑ performance ↑ satisfaction personnelle ↑ qualité vie
Stimulation cognitive <small>Clare et Woods 2004; Woods et al. 2012)</small>	Activités et discussion de groupe Stimulation globale	TNC majeur léger et modéré	Retard dans la progression des symptômes



**BÉNÉFICES DE LA COMBINAISON
DES INTERVENTIONS**

Efficacité des stratégies cognitives

- **Programmes qui visent à ↑ autonomie fonctionnelle** des personnes vivant avec un TNC
 - ↑ bénéfices économiques VS services usuels
- **Interventions non-pharmacologiques** auprès des personnes vivant avec un TNC et proches aidants
 - ↑ résultats économiques
- **Interventions en ergothérapie**
 - ↑ autonomie de la personne ayant un TNC
 - ↑ environnement
 - ↑ habiletés des proches aidants
 - Les interventions sont plus rentables auprès des personnes ayant un TNC et leurs proches aidants que les interventions usuelles

Stratégies cognitives misant sur les capacités préservées

Apprentissage sans erreur

(Clare et al., 2000; De Werd et al., 2013)

S'assurer de la réalisation des bons gestes à chaque répétition car le corps les retiens. Utile pour l'intégration d'aides externes, difficultés de mémoire prospective

1

Estompage

(Glisky et al., 1986; Bier et al., 2006)

Diminuer graduellement des indices lors de l'apprentissage. Repose sur les processus de récupération implicites

2

Encodage moteur

(Lipinska & Backman, 1997; Karlsson et al., 1989 ; Lekeu et al., 2002a)

Faire le mouvement en utilisant les zones motrices relativement préservées du cerveau, plus efficace que les consignes verbales. Repose sur la mémoire procédurale. Efficace pour les stades léger, modéré, grave

4

Récupération espacée

(Camp et al., 1996; Creighton et al., 2013)

Refaire les séquences à des délais de plus en plus espacées pour favoriser l'apprentissage. Favorise consolidation.

3

Stratégies cognitives misant sur les capacités préservées

Mnémotechnique

(Zoltan, 2007)

Utiliser des méthodes d'organisation des informations favorisant l'apprentissage de nouveau matériel

- Organisation du matériel
- Stratégie d'encodage et récupération
- Écoute active
- Prise de notes
- Répétitions
- Associations

5

Imagerie mentale

(Devolder & Pressley, 1989)

Utiliser des images mentales ou réelles à interioriser afin de soutenir l'encodage en profondeur. Très efficace, peu utilisée

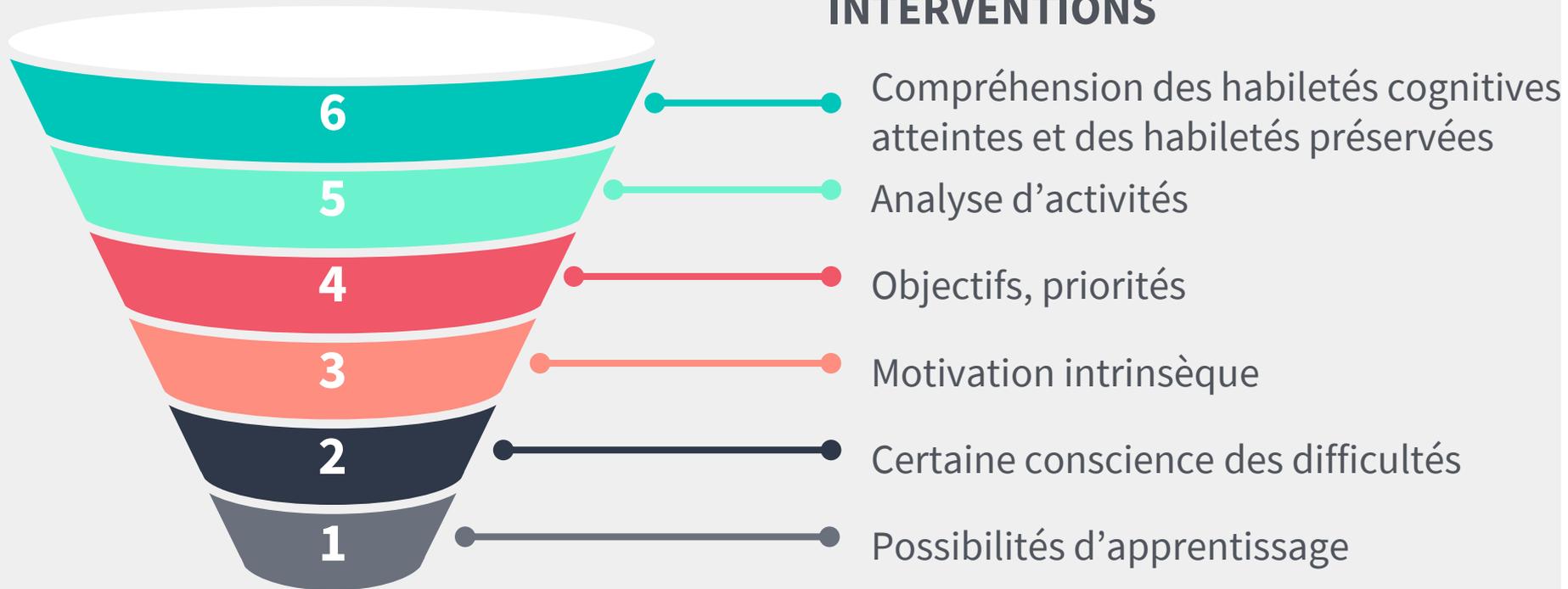
- Méthode des lieux (trajet; succession d'images mentales)
- Mot-clef
- Imager un mot difficile à retenir
- Images fournies

6

Aides mnésiques externes

- Calendrier à gros chiffres
- Cahier de visite
- Liste de numéros de téléphone
- Tableau avec les dates et les heures des rendez-vous
- Minuterie
- Agenda (onglets)
- Montre mémos (date, numéros de téléphone, noms, rendez-vous)
- Alarmes mentionnant l'action à poser
- Objets à la vue
- Portefeuille de conversations
- Fiches d'organisation des tâches ménagères
- Messages sur les lieux de passage
- Fiches d'actions nécessaires
- Fer à repasser intelligent
- Téléphone à numéros préenregistrés
- Liste sur la porte pour éléments à ne pas oublier

PRINCIPES GÉNÉRAUX DES INTERVENTIONS



PRINCIPES GÉNÉRAUX DES INTERVENTIONS



Possibilité d'apprentissage (Capacités)

Mémoire procédurale

Processus de récupération implicite de l'information



Motivation intrinsèque

Gains pour la personne

Faire plaisir à l'aidant n'est pas suffisant pour maintien de l'engagement à long terme



Certaines connaissances des difficultés

Engagement

Perception de pertinence

Nécessaire pour le transfert dans la quotidien (phases de la réadaptation)



Objectifs, priorités

Cibler les objectifs prioritaires

Éviter de vouloir tout travailler



PRINCIPES GÉNÉRAUX DES INTERVENTIONS



Analyse d'activité de l'ergothérapeute

Quelle est l'étape problématique de la tâche?

Partir de celle-ci pour identifier les solutions

Solliciter les ergothérapeutes du soutien à domicile (SAD)



Certaines connaissances des difficultés

Savoir avec quelles habiletés il est possible de travailler

Permettra d'orienter les stratégies

** Attention à l'aspect culturel et aux habitudes de vie antérieures

Critères d'exclusion

- Diagnostic non annoncé;
- Déni des incapacités;
- Désordre psychiatrique majeur;
- Dépression majeure;
- Déficience intellectuelle globale;
- Histoire passée ou courante d'abus d'alcool ou de drogue;
- Prise d'une médication antipsychotique ou autre affectant la cognition.

(Clare et al., 2010; Clare et al., 2004; Clare et al., 2000;
Thivierge, Jean et Simard, 2014)

Facteurs influençant l'efficacité de l'enseignement

- Efficacité en milieu contrôlé/réel (ex: UCDG)
- Diffusion des méthodes aux intervenants concernés (s'assurer de reproduire la même séquence d'entraînement)
 - Acceptation de l'intervention
 - Conscience des déficits vs anosognosie
 - Niveau socio-éducatif
 - Anxiété
 - Clarté de l'annonce du diagnostic
 - Croyances sur le vieillissement et les troubles neurocognitifs
- Favoriser le non-jugement et l'humour

PHASES DE LA RÉADAPTATION

- Reconnaissance du problème et des bénéfices
- Enseigner la procédure
- Comprendre la stratégie et apprendre à l'utiliser

1. Acquisition (stratégies externes)

2. Application (stratégies externes et internes)

- Utiliser la stratégie en contexte contrôlé
- Internalisation de la stratégie
- Compensation du déficit

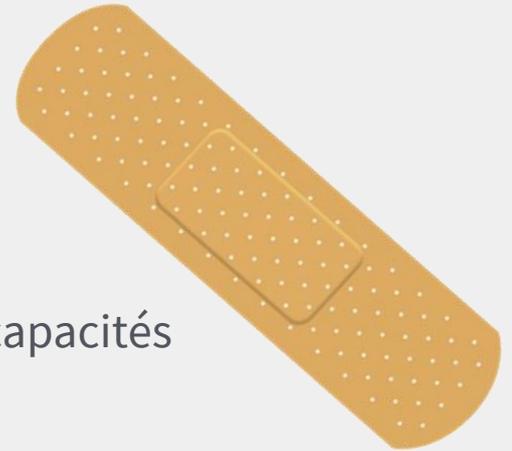
- Appliquer la stratégie spontanément dans le quotidien
- Transfert dans le quotidien
- Généralisation des habiletés à d'autres tâches

3. Adaptation (stratégies externes et internes)

** l'intégration spontanée au quotidien demeure difficile (Bier et al., 2008)

Favoriser la neuroplasticité

1. Utilisation des capacité préservées
2. Niveau d'exigence de la tâche
3. Adaptation dynamique : graduer le niveau
4. Alternance de plusieurs tâches requérant les mêmes capacités cognitives
5. Travail dans le contexte et feedback du thérapeute
6. Soutien nécessaire pour transfert dans le quotidien
7. Combinaison d'exercices physiques et de stimulation cognitive



Transfert et généralisation

- Pratique de plusieurs tâches sollicitant les mêmes capacités pour augmenter les capacités
- Pratique d'une tâche spécifique impliquant plusieurs capacités pour améliorer sa réalisation
- Amélioration d'une capacité n'améliore pas les tâches qui sollicitent la même capacités (sauf si très similaire)
- Pas de transfert dans les activités quotidiennes



“

Retour

Vignette clinique 3

- Appartement → UCDG → Résidence pour aînés
- Se perd dans la résidence
- Oublie d'aller chercher sa médication
- Autre changement de milieu de vie envisagé

Retour sur la vignette 3

Objectifs

1. Circulation chambre → salle à manger → infirmerie
2. Reconnaissance de la chambre
3. Aller chercher la médication 1x/jour à l'infirmerie

Routine automatisée

Séquence existante : doit se rendre à la salle à manger le midi
Ajout d'aller à l'infirmerie avant le repas

Apprentissage sans erreur

Éviter les erreurs entre les pratiques et durant les pratiques

- Accompagnement pour se rendre à l'infirmerie en dehors des rencontres d'ergothérapie (pairage)
- Intensification des rencontres d'entraînement pour accélérer l'apprentissage

Retour sur la vignette 3

Aides mnésiques externes

- Image du chat de Mme sur la porte de la chambre
- Flèche sur la porte de chambre de Mme (à l'extérieur) qui lui indique par quel côté partir pour l'ascenseur
- Aide-mémoire écrit sur le porte clé pour étages

Récupération espacée

- Pratiques du trajet de la chambre à la salle à manger / infirmerie

Estompage

- Fournir des indices suffisants pour éviter les erreurs et les réduire au fur et à mesure de l'apprentissage

Retour sur la vignette 3

Résultat

- Mme parvient à reconnaître sa chambre
- Se rend à l'infirmierie au bon moment et parvient à y aller avant de sortir de le cas échéant
- Réalise son trajet de la chambre à la salle à manger / infirmierie puis revient à sa chambre
- Rencontre de contrôle aux 6 semaines
- Maintien des acquis pendant plus de 18 mois.

Limites

- Ne peut trouver un autre chemin si l'ascenseur est en panne
- L'infirmierie a dû déménager. Un nouvel entraînement est alors nécessaire.



“

Retour

Vignette clinique 4

- Vit à domicile avec conjointe
- Rappels nécessaires pour faire hygiène et tâches familiales antérieures (vider poubelles)
- Agressivité envers conjointe lors des rappels
- Épuisement conjointe et changement de milieu de vie envisagé

Retour sur la vignette 4

Objectifs	1. Faire son hygiène de façon autonome
Enseignement à la conjointe	Incapacité et non « mauvaise foi » Impact de l'aspect culturel
Routine automatisée	Séquence existante : <ol style="list-style-type: none">1. regarde le téléphone pour la date2. Regarde le calendrier pour le jour (à partir de la date)3. Prend sa dosette fait par sa conjointe (à partir du jour) <p>Ajout d'une étape pour regarder son horaire afin de savoir ce qu'il doit faire dans la journée. Horaire complété par sa conjointe.</p>
Apprentissage sans erreur	Éviter les erreurs entre les pratiques et durant les pratiques <ul style="list-style-type: none">- Conjointe ramène M. à vérifier l'horaire lors de sa routine le matin.

Retour sur la vignette 4

Aides mnésiques externes

- Calendrier simplifié de la semaine ou de la journée avec tâches à faire.

Récupération espacée

- Pratiques de la séquence
- Augmentation du délai s'il réussit, réduction en cas d'erreur

Estompage

- Fournir des indices suffisants pour éviter les erreurs et les réduire au fur et à mesure de l'apprentissage

Retour sur la vignette 4

Résultat

- M. parvient à vérifier son horaire et savoir s'il doit se laver ou non dans la journée
- Réalise son hygiène seul
- Diminution des tensions avec la conjointe
- Diminution de l'épuisement de l'aidant
- Poursuite du maintien à domicile ; report du changement de milieu de vie

Limites

- Dépend de sa conjointe qui doit réaliser son horaire.

Partie 3.

Projet-pilote CIUSSS MCQ

Projet-pilote CIUSSS MCQ

AUTONOMISATION :

« Interventions ayant pour objectif d'aider les personnes âgées à **continuer de vivre à domicile** et **d'éviter ou de retarder la progression** vers des services plus intensifs et plus coûteux. L'autonomisation met l'accent sur le **développement ou le rétablissement des capacités** d'un usager à vivre de façon aussi autonome que possible et accorde une priorité à la **participation active** de l'usager et de son proche aidant dans les décisions qui concernent les services de soutien à domicile qu'ils reçoivent » (INESSS, 2015)

(Déry, Poulin, Morin, 2019)

Structure des interventions de RC

PROGRAMME

Service d'ergothérapie du soutien à domicile
Ergothérapeute spécialisé en cognition

MILIEU

Domicile de l'utilisateur

(Bier et al., 2008; Clare et al., 2000; Clare et al., 2001; Clare et al., 2004; Clare et al., 2010; Thivierge, Jean, et Simard, 2014)

ÉTABLISSEMENT DES OBJECTIFS

Les objectifs poursuivis sont choisis par l'utilisateur selon ses priorités afin d'assurer une signifiante et la motivation intrinsèque.

(Bier, Desrosiers et Gagnon, 2006; Clare et Woods, 2004; Van der Linden et Juillerat, 2004)

Structure des interventions de RC

INTENSITÉ ET FRÉQUENCE

Rencontres de 60 minutes (n = 1-11)

1 à 2x / semaine selon les contextes

(Clare et Woods, 2004; De Werd, Boelen, Olde Rikkert et Kessels, 2013).

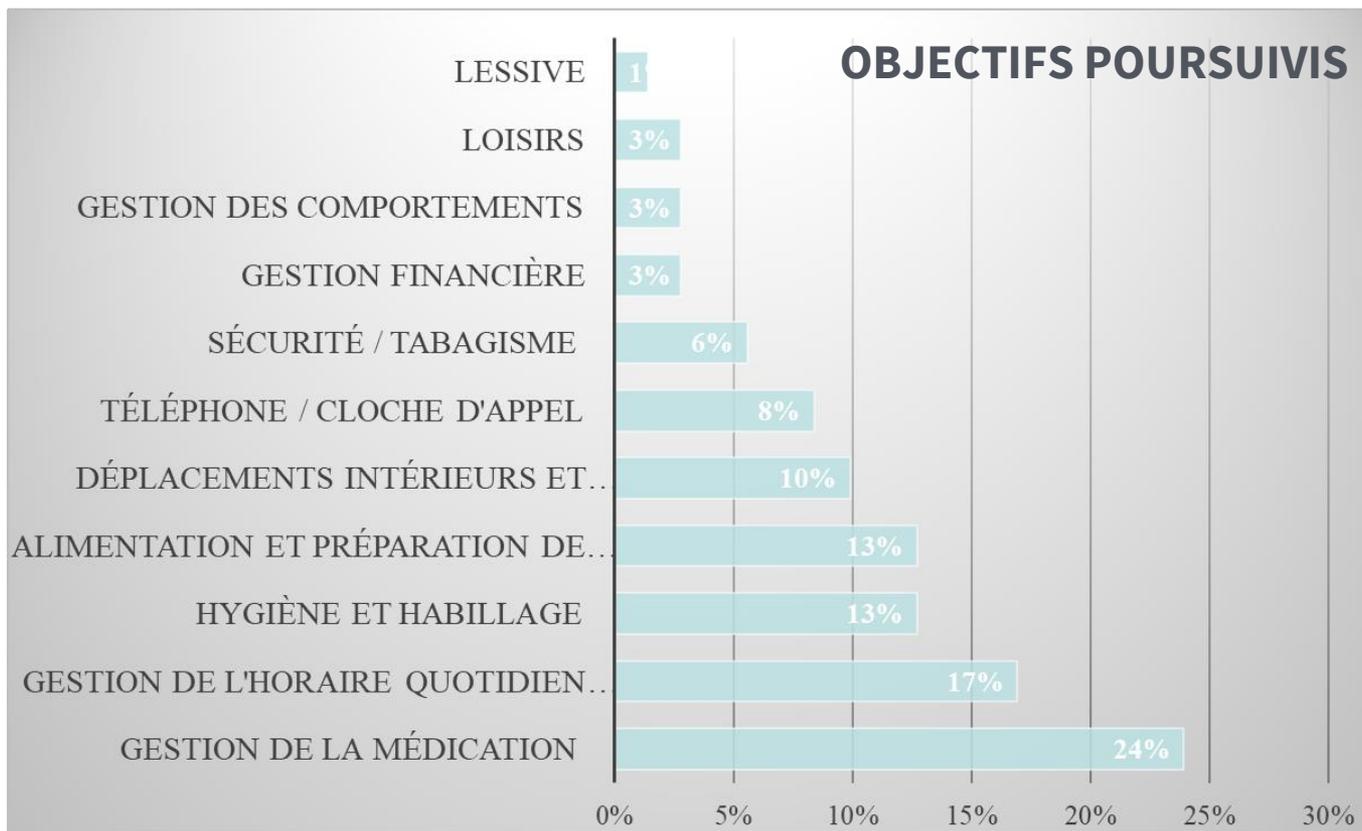
COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Participation du personnel non ergothérapeute au plan d'intervention

Contribution des proches

RENCONTRE DE CONTRÔLE AUX 6 SEMAINES (au besoin)

(Amieval et al., 2016; Cherry et al., 2009; Déry, Poulin, Morin, 2019)



Résultats du projet-pilote CIUSSS MCQ

DURÉE DU MAINTIEN DES ACQUIS

- Médiane : 35 semaines (Étendue : 9 à 78 semaines)
- 66% des objectifs répertoriés encore en cours et s'étendent jusqu'à 130 semaines
 - Durée du maintien s'étend à plus de 21 mois si les apprentissages sont utilisés hebdomadairement et ce, en dépit de l'évolution de la maladie (Amieva et al., 2016)

HEURES-SOINS

- Réduction / évitement chez 52% des usagers (au départ, tous ne nécessitaient pas des heures-services)
- Nombre d'heures réduites ou évitées :
 - Médiane : médiane 3h
 - Étendue: 1,5h à 7h

Résultats du projet-pilote CIUSSS MCQ

CHANGEMENT DE MILIEU DE VIE

- Report dans 88% des cas où il était question d'un changement de milieu de vie
- Durée du report :
 - Étendue : 2 – 13 mois (Médiane : 9 mois)
 - Plusieurs prolongations encore en cours (allant à plus de 24 mois) non comptabilisés

Résultats du projet-pilote CIUSSS MCQ

- ↑ sentiment de compétence
- ↑ satisfaction des usagers
- ↑ engagement dans des activités significatives
- ↑ acceptation de la maladie
- ↑ qualité de vie
- ↓ comportements difficiles (SCPD)
- ↓ fardeau des aidants
- ↓ tensions dans la relation entre l'utilisateur et son proche aidant

Projet en cours – VOLET PROCHES AIDANT

Phase 1: 2019: Développement d'ateliers sur les stratégies cognitives et de cahiers d'accompagnement:

- Consultations de proches aidants et d'intervenants sur les situations problématiques
- Validation des thématiques du programme
 - Groupe de discussion focalisé avec des proches aidants
- Élaboration du programme
 - Ateliers, algorithme décisionnel et cahiers d'accompagnement pour les proches aidants
- Expérimentation du programme
- Évaluation de la satisfaction
- Contexte de soutien à domicile

Phase 2: Automne 2021: Développement d'une application web interactive

- Nombre d'ateliers augmenté (8)
- Ateliers axés sur les causes « pourquoi » plutôt que sur domaines d'activités
- Cahier d'accompagnement avec annexes au choix, simplifié, incluant plus d'exemples d'application
 - Version proche aidant ET Version intervenant
- Application Web interactive
 - À partir du problème rapporté: Questions et exemples pour identifier la cause du comportement
 - Explication des stratégies: définition et capsules vidéo
 - Accompagnement pour la sélection et l'application RC
- Ergo disponible pour le soutien à l'application des stratégies

Projet en cours – VOLET RETOMBÉES DE LA RC

Phase 1 : Audits de dossiers

- 33 audits de dossiers réalisés à partir des interventions réalisées au CIUSSS MCQ
- Permet de supporter le déploiement

Phase 2 : Développement d'outils pour les proches aidants

- Société Alzheimer des Maskoutains – Vallée des Patriotes: Développement d'une application Web d'opérationnalisation des stratégies, d'atelier d'application et d'un cahier d'accompagnement (Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur)
- Grace Village - Résidence pour aînés: Développement de capsules de formation interdisciplinaire, fiches d'application personnalisée pour le maintien de l'engagement dans des activités signifiantes avec 10 résidents vivant avec un TNCM (Conseil de recherche en sciences humaines du Canada)

Projet en cours – VOLET RETOMBÉES DE LA RC

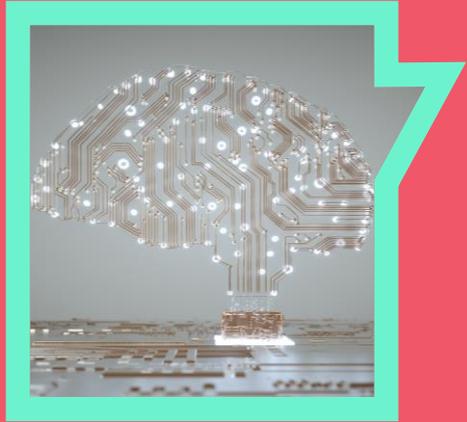
Phase 3 : Évaluation de l'implantation et des retombées

- CIUSSS Estrie-CHUS, Mauricie Centre du Québec et Capitale Nationale: projet pilote: réadaptation cognitive en soutien à domicile: collaboration interdisciplinaire: Formation à l'évaluation et à la réadaptation cognitive pour les ergothérapeutes et formation interdisciplinaire d'accompagnement à l'implantation de la réadaptation cognitive (Réseau québécois de recherche sur le vieillissement)
- Grace Village – Sensibilisation de la communauté aux interactions avec une personne vivant avec un trouble neurocognitif majeur (Conseil de recherche en sciences humaines du Canada)



CONCLUSION

- Comprendre ce qu'on observe et ce qu'on documente
- Entente sur l'objectif et les valeurs
- Trouver une motivation
- Travailler en équipe et continuité. Assurer une cohérence
- Installer des stratégies de façon précoce
- Utiliser des capacités préservées



Merci pour votre attention!

Période de questions

Pour les questions, nous contacter à:
Chantal.Viscogliosi@usherbrooke.ca

Jessica_Dery@ssss.gouv.qc.ca

Références

- Belleville S, Gilbert B, Fontaine F, Gagnon L, Ménard E, Gauthier S: Improvement of Episodic Memory in Persons with Mild Cognitive Impairment and Healthy Older Adults: Evidence from a Cognitive Intervention Program. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;22:486-499. doi: 10.1159/000096316
- Bier, N., Provencher, V., Gagnon, L., Van der Linden, M., Adam, S. et Desrosiers, J. (2008). New learning in dementia : Transfer and spontaneous use of learning in everyday life functioning. Two Case studies. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(2), 204-235. doi: 10.1080/09602010701406581
- Bier, N., Desrosiers, J. et Gagnon, L. (2006). Prise en charge cognitive de la mémoire dans le vieillissement normal, les troubles cognitifs légers et la démence de type Alzheimer. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 26-35. doi : 10.2182/cjot.05.0004
- Camp, C. J., Foss, J. W., Stevens, A. B., O'Hanlon, A. M. (1996). Improving prospective memory task performance in persons with Alzheimer's disease. Dans Maria Brandimonte, Gilles O. Einstein et Mark A. McDaniel (Eds.), *Prospective memory : theory and applications* (pp. 351-367). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates
- Cherry, K.E., Hawley, K.S., Jackson, E.M., et Boudreaux, E.O. (2009). Booster sessions enhance the long-term effectiveness of spaced retrieval in older adults with probable Alzheimer's disease. *Behavioral Modification*, 33, 295-313

Références

- Choi, J., et Twamley, E.W. (2013). Cognitive Rehabilitation Therapies for Alzheimer's Disease: A Review of Methods to Improve Treatment Engagement and Self-Efficacy. *Neuropsychology Research*, 23(1), 48-62. doi: 10.1007/s11065-013-9227-4
- CIUSSS MCQ (2021). Trousses de stimulation cognitive. Disponible à : https://ciusssmcq.ca/covid-19/programme-pour-eviter-le-deconditionnement-physique-et-cognitif/Dépliant_ciusss_mcq
- Clare, L. et al. (2010). *Goal-setting cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease : a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 928-939
- Clare, L., et Woods, R.T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease : a review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14 (4), 385-401
- Clare, L., Wilson, B.A., Carter, G., Roth, I et Hodges, J.R. (2004). Awareness in Early-Stage Alzheimer's Disease: Relationship to outcome of Cognitive Rehabilitation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26 (2), 215-226
- Clare, L. et al. (2001). Long-term maintenance of treatment gains following a cognitive rehabilitation intervention in early dementia of Alzheimer type: A single case study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11 (3/4), 477-494

Références

- Clare, L. et al (2000). Intervening with everyday memory problems in early Alzheimer's disease: An errorless learning approach. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22, 132-146.
- Colcombe S, Kramer AF. Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychol Sci*. 2003 Mar;14(2):125-30. doi: 10.1111/1467-9280.t01-1-01430. PMID: 12661673.
- Consortium national de formation en santé (2017). Découvrir les troubles neurocognitifs afin d'optimiser nos interventions. https://cnfs.ca/media/attachments/2018/05/10/cnfs_fiche_rsum_11_neurocognitif_v01_r01.pdf
- Craik, F.I., Winocur, G., Palmer, H., Binns, M.A., Edwards, M., Bridges, K., Glazer, P., Chavannes, R., Stuss, D.T. (2007). [Cognitive rehabilitation in the elderly: effects on memory](#). *J Int Neuropsychol Soc.*, 13(1), 132-42.
- Creighton, A., Van der Ploeg, E., O'Connor, D. (2013). A literature review of spaced-retrieval interventions: A direct memory intervention for people with dementia. *International psychogeriatrics*, 25(11), 1-21
- Croisile, B. (2006). La stimulation de mémoire. Quel rationnel ? Quels exercices ? *La Revue de Gériatrie*, 31 (6), 421-433.
- Dickstein DL, Kabaso D, Rocher AB, Luebke JI, Wearne SL, Hof PR. Changes in the structural complexity of the aged brain. *Aging Cell*. 2007 Jun;6(3):275-84. doi: 10.1111/j.1474-9726.2007.00289.x. Epub 2007 Apr 26. PMID: 17465981; PMCID: PMC2441530.

Références

- Crowe, J., et Gabriel, L. (2013). Errorless Learning and Spaced Retrieval Training for Clients with Alzheimer's Dementia. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 31(3), 254-267. doi: 10.3109/02703181.2013.796037
- Crutz, G. et Evans, J. (2018) Neuroplasticity in the context of cognitive rehabilitation. In N. Katz et J. Togli. Cognition, occupation and participation across the lifespan. Neuroscience, neurorehabilitation, and models of intervention in occupational therapy. 4th edition American occupational therapy association press.
- Déry, Poulin, Morin (2019). La réadaptation cognitive pour l'autonomisation des aînés présentant des troubles neurocognitifs. Présentation au comité consultation du MSSS.
- de Medeiros, M.M.D., Carletti, T.M., Magno, M.B. *et al.* Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* **20**, 44 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>
- De Werd, M.M.E., Boelen, D., Olde Rikkert, M.G.M., et Kessels, R.P.C. (2013). Errorless learning of everyday tasks in people with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1177-1190. doi: 10.2147/CIA.546809
- Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U., May, A., (2004). Neuroplasticity: changes in grey matter induced by training, 427, Nature

Références

- Fabre C, Chamari K, Mucci P, Massé-Biron J, Préfaut C. Improvement of cognitive function by mental and/or individualized aerobic training in healthy elderly subjects. *Int J Sports Med*. 2002 Aug;23(6):415-21. doi: 10.1055/s-2002-33735. PMID: 12215960.
- Fillit H, Butler R, O'Connell A, Albert M, Birren J, Contman C, et al. Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. *Mayo Clinic Proceedings*. 2002;77(7):681–696. Fratiglioni et al., 2004;
- Galvin JE, Roe CM, Xiong C, Morris JC. The validity and reliability of the AD8 informant interview for dementia. *Neurology* 2006; 67: 1942–8.
- Gilbert, B. (n.d.) Plaintes cognitives et vieillissement. AQNP. Document téléaccessible à l'adresse suivante : https://aqnp.ca/wp-content/uploads/PLAINTES-COGNITIVES_ok.pdf
- Gil-Pages, M., Sanchez-Carrion, R., Tormos, J., Ensenat, A., Garcia-Molina, A. (2019). A positive relationship between cognitive reserve and cognitive function After stroke: dynamic proxies correlate better than static proxies. *Journal of the international neuropsychological society*. 25, 1-12.
- Glisky, E.L. & Schacter. D.L. (1986). Remediation of organic memory disorders: Current status and future prospects. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1(3), 54-63

Références

- Gomez-Soria, I., Peralta-Marrupe, P., Calatayud-Sanz, E., et Latorre, E. (2021). Efficacy of cognitive intervention programs in amnesic mild cognitive impairment: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 94, 1-10.
- Haskins, E.C. (2012). *Cognitive Rehabilitation Manual*. Acrm Publishing. 154 p.
- Haute autorité en santé (2021). Patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2906096/en/patients-presentant-un-trouble-neurocognitif-associe-a-la-maladie-d-alzheimer-ou-a-une-maladie-apparentee
- Hogan M. Physical and cognitive activity and exercise for older adults: a review. *Int J Aging Hum Dev*. 2005;60(2):95-126. doi: 10.2190/PTG9-XDVM-YETA-MKXA. PMID: 15801385.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Avis rédigé par Annie Tessier, avec la collaboration de Marie-Dominique Beaulieu, Renée Latulippe et Carrie Anna McGinn. *ETMIS* 2015; 11(01): 1-57
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). La maladie d'Alzheimer (MA) et les autres troubles neurocognitifs (TNC). Document synthèse: repérage, diagnostic, annonce et suivi. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_DocumentSynthese_Reperage_diagnostic_annonce_suivi.pdf

Références

- Maheu, C. (2021). *La santé cognitive des personnes âgées : pourquoi et comment la préserver?* Québec : Institut National de la Santé publique
- Aube, D. (2017). *La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé*, Québec : Institut National de la Santé Publique. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2323_sante_cognitive_vieillir_sante.pdf
- Jean L, Bergeron ME, Thivierge S, Simard M. Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 Apr;18(4):281-96. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9. PMID: 20220584.
- Karp A, Paillard-Borg S, Wang HX, Silverstein M, Winblad B, Fratiglioni L. Mental, physical and social components in leisure activities equally contribute to decrease dementia risk. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;21(2):65-73. doi: 10.1159/000089919. Epub 2005 Nov 23. PMID: 16319455.
- Knapp, M., Lemmi, V., & Romeo, R. (2013). Dementia care costs and outcomes: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(6), 551–561. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1002/gps.3864>
- Lemaire, P., Bherer, L. (2005). *Psychologie du vieillissement: Une perspective cognitive*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.lemai.2005.01>

Références

- Levine, B., Stuss, D., Winocur, G., Binns, M., Fahy, L., Mandic, M., Bridges, K. & Robertson, I.H. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on strategic behavior in relation to goal management. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 143–152.
- Logsdon RG, McCurry SM, & Teri L. (2007). Evidence-based interventions to improve quality of life for individuals with dementia. *Alzheimer's Care Today*, 8(4), 309–318.
- Mahncke, H. W., Connor, B. B., Appelman, J., Ahsanuddin, O. N., Hardy, J. L., Wood, R. A., Joyce, N. M., Boniske, T., Atkins, S. M., & Merzenich, M. M. (2006). Memory enhancement in healthy older adults using a brain plasticity-based training program: a randomized, controlled study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(33), 12523–12528. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1073/pnas.0605194103>
- Martin, M., Clare, L., Altgassen, A.M., Cameron, M.H., et Zehnder, F. (2011). Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1
- Melançon, L., et coll. (2018). Vieillir en bonne santé cognitive. Document téléaccessible à l'adresse suivante : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3487976>

Références

- Société québécoise pour la recherche en psychologie (2021). Formation au programme d'intervention MEMO. <http://www.sqrp.ca/2019/02/04/formation-au-programme-dintervention-memo/>
- Murray Alzheimer Research and Education Program (n.d.). Memory Workout - Guide comprenant des exemples d'exercices pour aider les personnes atteintes d'une maladie cognitive à développer et exercer régulièrement leur cerveau. Disponible à https://the-ria.ca/wp-content/uploads/2018/11/BUFU-Guide-Memory-Workout_AODA.pdf (en anglais)
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2016). *Processus décisionnel soutenant l'évaluation en ergothérapie d'adultes et d'ainés présentant des incapacités cognitives ou perceptuelles*. Document téléaccessible à l'adresse suivante : https://www.oeq.org/DATA/NORME/44~v~oeq_processusdecisionnel_cognitif_2016.pdf
- OMS (n.d.). Lignes directrices de l'OMS pour la santé cognitive. Document téléaccessible à l'adresse suivante : https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/french_foreward_executive_summary_dementia_guidelines.pdf
- Rahja, M., Comans, T., Clemson, L., Crotty, M., & Laver, K. (2018). Economic evaluations of occupational therapy approaches for people with cognitive and/or functional decline: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 26(5), 635–653. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1111/hsc.12553>

Références

- Raz N, Rodrigue KM. Differential aging of the brain: patterns, cognitive correlates and modifiers. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006;30(6):730-48. doi: 10.1016/j.neubiorev.2006.07.001. Epub 2006 Aug 17. PMID: 16919333; PMCID: PMC6601348.
- Reijnders, J., van Heugten, C., & van Boxtel, M. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review. *Ageing research reviews, 12*(1), 263–275. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.003>
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of clinical and experimental neuropsychology, 25*(5), 625–633. <https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.625.14576>
- Simon, S. S., Yokomizo, J. E., & Bottino, C. M. C. (2012). Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 36*(4), 1163–1178. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.neubiorev.2012.01.007>
- Spirduso, W., Francis, K., & Macrae, P. (2005). *Physical Dimensions of Aging* (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.

Références

- Société d'Alzheimer du Canada (2013) Expériences partagées - Livret pour répondre à vos questions et préoccupations sur la vie avec une maladie cognitive (aussi proposé en format audio). Disponible à https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Exp%C3%A9riences-partag%C3%A9es_00-Le-document-entier_Soci%C3%A9t%C3%A9-Alzheimer.pdf
- Société Alzheimer (2021). Les troubles cognitifs légers. <https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/autres-formes-de-troubles-neurocognitifs/pathologies-liees-0>
- Alzheimer Association (2021). Autres changements du cerveau. https://www.alz.org/brain_french/09.asp
- Viscogliosi, C. (2020). Approches et stratégies pour favoriser l'autonomie des personnes atteintes de troubles neurocognitifs. Société Alzheimer de l'Estrie.
- Solfrizzi, V., Capurso, C., & Panza, F. (2006). Adherence to a Mediterranean dietary pattern and risk of Alzheimer's disease. *Annals of Neurology*, 60(5), 620. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1002/ana.20891>
- Stern Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet. Neurology*, 11(11), 1006–1012. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70191-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6)

Références

- Teixeira, P.J., Carraça, E.V., Markland, D. (2012) Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9(78). <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78>
- Thivierge, S., Jean, L., et Simard, M. (2014). A Randomized Cross-over Controlled Study on Cognitive Rehabilitation of instrumental Activities of Daily Living in Alzheimer Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1188-1199. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.008
- Thomas, C., Baker, C.I. (2013) Teaching an adult brain new tricks: A critical review of evidence for training-dependent structural plasticity in humans, *NeuroImage*, Vol. 73, 225-236, <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.03.069>
- Tisserand, D. J., & Jolles, J. (2003). On the involvement of prefrontal networks in cognitive ageing. *Cortex: A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 39(4-5), 1107–1128. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70880-3](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70880-3)
- Tulving, E. (1995). Organization of memory : quo vadis ? In M.S.Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 839-847). Cambridge: A Bradford Book, The MIT Press.
- Van der Linden, M. & Juillerat, A.C. (2004). La revalidation neuropsychologique dans la maladie d'Alzheimer à un stade précoce: principes, méthodes et perspectives. *Rev Neurol*, 160, 2S64-2S70

Références

- Vézina, J., Cappeliez, P., Landreville, P. (2013) *Psychologie gérontologique 3^e ed.*, Boucherville, Ga tan Morin  diteur
- Villeneuve, S., Belleville, S. (2010) Réserve cognitive et changements neuronaux associés au vieillissement, *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 8(2), 133-140
- Wilson RS, Evans DA, Bienias JL, Mendes de Leon CF, Schneider JA, Bennett DA. Proneness to psychological distress is associated with risk of Alzheimer's disease. *Neurology*. 2003 Dec 9;61(11):1479-85. doi: 10.1212/01.wnl.0000096167.56734.59. PMID: 14663028.
- Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M.A., Bridges, K., & Stuss, D.T. (2007, this issue). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 153–165.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E., Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*
- World Health Organisation (2012). *Dementia, a public health priority* Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/978?sequence=1>
- Zoltan, B. (2007). *Vision, perception and cognition. A manual for the evaluation and treatment of the adult with acquired brain injury*. 4th ed. Slack Incorporated. Thorofare, USA.

Références

- Zandi PP, Anthony JC, Khachaturian AS, Stone SV, Gustafson D, Tschanz JT, Norton MC, Welsh-Bohmer KA, Breitner JC; Cache County Study Group. Reduced risk of Alzheimer disease in users of antioxidant vitamin supplements: the Cache County Study. *Arch Neurol*. 2004 Jan;61(1):82-8. doi: 10.1001/archneur.61.1.82. PMID: 14732624.
- Yesavage, J. A., Sheikh, J. I., Friedman, L., & Tanke, E. (1990). Learning mnemonics: Roles of aging and subtle cognitive impairment. *Psychology and Aging*, 5(1), 133–137. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.133>