

MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS : MIEUX Y FAIRE FACE, ENSEMBLE

Publié le 25 juillet 2026 par Micha Dutrisac



Selon les projections de la société Alzheimer Canada sur les troubles neurocognitifs, il y a 17 nouveaux diagnostics de trouble neurocognitif par heure au Canada. C'est donc près de 1 million de canadiens qui pourraient être touchés d'ici 2030 et près de 1,7 millions d'ici 2050. Bien qu'il n'existe pas encore de traitement curatif pour la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs, des études ont montrées qu'en agissant sur 14 facteurs de risque modifiables tout au long de notre vie, il était possible de réduire la prévalence de la maladie de 45%. En adoptant de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge et en les maintenant tout au long de la vie, nous avons le pouvoir de réduire notre risque et

d'influencer positivement celui de nos enfants et des générations futures. Pour les personnes qui vivent avec la maladie, comme pour leurs proches, il est important de savoir qu'il existe de nombreuses approches permettant d'en atténuer les répercussions et d'améliorer la qualité de vie. Une meilleure compréhension de la maladie, une planification précoce et l'accès aux ressources disponibles permettent de traverser ce parcours avec davantage de sérénité. Cet article se veut surtout un résumé du sujet et des ressources disponibles pour vous accompagner, mais n'hésitez pas à vous référer aux différents professionnels impliqués ainsi qu'à consulter les différents liens fournis si vous souhaitez approfondir le sujet. Face à ces défis, personne ne devrait rester seul : avec le soutien de l'entourage et des professionnels, il est possible d'y faire face, ensemble.

Catégories [Santé des aînés](#), [Santé selon votre âge et activités préventives](#)

Étiquette: [À la une](#)

Définition

La démence (ou trouble neurocognitif) est un déclin lent, progressif et irréversible des fonctions cognitives et de l'autonomie avec une altération de la mémoire, de la pensée, du jugement et de l'apprentissage. Parmi les causes de trouble neurocognitif, la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente. Elle représente à elle seule **environ 70%** des démences. C'est une condition qui entraîne la mort graduelle des cellules du cerveau, les neurones. Les autres causes incluent entre autres :

- La démence vasculaire;
- La dégénérescence fronto-temporale;
- La maladie à corps de Lewy;
- La démence associée à la maladie de Parkinson;

Plusieurs de celles-ci peuvent fréquemment être observés en même temps, définissant ainsi le trouble neurocognitif mixte.

En 2025, on estimait que 771 939 personnes au Canada vivaient avec un trouble neurocognitif.

Cela représente environ 8% des personnes de 65 ans et plus.

Source: [Société Alzheimer Canada](#)

Symptômes

Les principaux symptômes varient selon le type de trouble neurocognitif.

Pour la maladie d'Alzheimer, on observe surtout des **troubles de mémoire** et une **perte progressive de l'autonomie** dans la vie quotidienne. Au début de la maladie, les symptômes se manifestent surtout par une difficulté à se rappeler des faits ou des événements récents, c'est-à-dire qui se sont déroulés dans les jours, les semaines ou les mois précédents. Puis, au fur et à mesure que la maladie progresse, les pertes de mémoire affectent les événements plus anciens de la vie de la personne. Concernant l'autonomie dans la vie quotidienne, ce sont surtout les tâches complexes qui sont affectées en premier (ex : la gestion du budget ou la préparation d'un repas), puis les difficultés s'aggravent jusqu'à affecter les tâches simples, comme prendre un bain ou manger.

Certains signes précurseurs pouvant faire penser à un début de trouble neurocognitif et justifier une évaluation médicale sont bien identifiés.

D'autres troubles cognitifs, psychologiques ou comportementaux peuvent aussi se manifester à un moment ou à un autre au cours de l'évolution de la maladie. Par exemple, au niveau cognitif, on observe souvent des **troubles du langage** (ex : difficulté à trouver les bons mots), de **l'attention** (ex : difficulté à demeurer concentré sur une tâche en présence d'autres stimuli simultanés), de la **vitesse de traitement de l'information**, des **fonctions exécutives** (ex : difficultés de planification, troubles du jugement) et de **l'orientation** (ex : difficulté à se situer dans l'espace et dans le temps). Ces différents symptômes peuvent se manifester plus ou moins tardivement et être plus ou moins prédominants selon la personne et le type de trouble neurocognitif en cause.

Dans la démence à corps de Lewy, la présence de trouble du sommeil paradoxal avec des rêves « réels » qui sont vécus par la personne lors de la nuit sont assez caractéristiques (la personne crie, vit son rêve, parfois le partenaire peut recevoir un coup accidentel, ou la personne peut tomber de son lit par exemple). Aussi, des hallucinations visuelles peuvent se manifester et évoluer avec la maladie.

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs sont également plus susceptibles de présenter des **symptômes psychologiques**, telle la dépression, l'anxiété, l'irritabilité, l'agitation, ou encore, des troubles du sommeil. Dans certains cas, ces symptômes peuvent même être les premiers signes de l'apparition d'un trouble neurocognitif.

De plus, elles peuvent présenter ce qu'on appelle des **troubles du comportement liés à la démence**. Ainsi, elles peuvent agir de façon inappropriée ou perturbatrice (par exemple, en criant, en lançant des objets, en frappant ou en errant), souvent par une mauvaise compréhension et une mésinterprétation de la réalité qui les entoure. Ces comportements peuvent être particulièrement difficiles à gérer pour les fournisseurs de soins et les proches aidants. La *Société Alzheimer* propose un livret avec différents conseils sur la façon d'agir [en présence de ces symptômes chez un proche](#).



Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD)

Il est possible d'observer parfois chez certaines personnes atteintes de démence un phénomène nommé le « **syndrome crépusculaire** ». Cela se manifeste par un changement de l'état mental (désorientation, délires/hallucinations, angoisse, agressivité) et du comportement (agitation, errance, impulsivité) plus important spécifiquement **en fin d'après-midi ou début de soirée**. Les causes

possibles sont, entre autres, la fatigue en fin de journée, une perturbation du cycle circadien en lien avec la maladie, une diminution de l'activité physique ainsi qu'une diminution de la luminosité mettant à risque de mésinterprétation de l'environnement.

Enfin, les personnes atteintes de démence sont plus susceptibles de présenter une aggravation rapide de la confusion et de la désorientation, appelée **délirium**, en réponse à certains problèmes physiques tels que la douleur, une infection, la difficulté à respirer, la rétention d'urine ou la constipation par exemple. Une fois ces troubles traités, les personnes peuvent revenir de façon plus ou moins rapide à leur état cognitif antérieur au problème développé, mais certains conserveront malheureusement des déficits permanents.

Vieillessement normal ou pathologique ?

Selon la Société Alzheimer, voici quelques éléments clés permettant de faire la différence entre le vieillissement normal et un début de trouble neurocognitif.

Vieillessement normal

Vieillessement normal

Il n'y a **PAS de répercussion** fonctionnelle importante dans le vieillissement normal

Vous ne vous souvenez plus des détails d'une conversation ou d'un événement qui s'est déroulé il y a un an.

Vous ne vous souvenez plus du nom d'une connaissance.

Vous oubliez occasionnellement des choses ou des événements.

Vous rencontrez parfois des difficultés à trouver vos mots.

Troubles neurocognitifs

Troubles neurocognitifs

Il y a des **répercussions fonctionnelles significatives** dans le trouble neurocognitif

Vous ne vous souvenez plus des détails d'un événement récent ou d'une conversation récente.

Vous ne reconnaissez pas les membres de votre famille, ou vous ne vous souvenez plus de leur nom.

Vous oubliez fréquemment les choses ou les événements.

Vous faites fréquemment une pause pour trouver vos mots, et utilisez un mot au lieu d'un autre.

Vieillessement normal

Votre mémoire vous préoccupe, mais ne préoccupe pas vos amis ni vos proches.

Troubles neurocognitifs

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

En plus de ceux mentionnés ici, certains autres signes précurseurs pourraient faire penser à un début de trouble neurocognitif et justifier une évaluation médicale. [Ils sont bien expliqués sur le site de la Société Alzheimer.](#)

Évolution et pronostic

Encore une fois, l'évolution est très variable d'une personne à l'autre et d'un trouble neurocognitif à l'autre, mais de façon générale, on peut classer la maladie d'Alzheimer selon trois stades : léger, modéré et avancé.

Stade léger

Tel que mentionné plus tôt, les problèmes de mémoire et de langage commencent à se manifester. La personne a plus de difficulté à retenir de nouvelles informations et elle peut commencer à présenter des changements de comportements. L'orientation dans le temps peut être problématique, mais l'orientation dans l'espace demeure souvent intacte. Généralement, la personne a besoin d'un peu d'aide pour continuer à fonctionner dans sa vie quotidienne.

Stade modéré

À ce stade, on note une augmentation des troubles cognitifs et la personne perd peu à peu ses capacités à accomplir seule les activités de la vie domestique et quotidienne. Celle-ci présente de la difficulté à exécuter des tâches plus simples et peut nécessiter d'être accompagnée pour faire ses courses, son ménage, s'habiller, prendre un bain ou simplement faire sa toilette. Sur le plan social, le jugement est altéré et les difficultés d'orientation peuvent maintenant affecter la capacité à se situer dans l'espace. Il est plus difficile de reconnaître les personnes et les objets, ainsi que comprendre ce qui est vu et entendu, menant souvent à de la confusion. Cette confusion peut d'ailleurs entraîner des symptômes de psychose chez une minorité de patients, tels que des hallucinations ou des délires. C'est généralement à ce stade que commencent à apparaître les troubles du comportement liés à la démence. Les traits de personnalité peuvent aussi devenir plus tranchés, empirés par une perte d'inhibition.

Stade avancé

En fin de maladie, les troubles cognitifs sont beaucoup plus importants et il devient difficile pour la personne atteinte de prendre soin d'elle-même, nécessitant de l'aide parfois jour et nuit. Elle peut ne plus reconnaître les membres de sa famille proche ou même son propre visage dans un miroir. Faire preuve de jugement devient impossible pour celle-ci et les capacités de communication sont limitées. Une démence avancée peut également interférer avec le contrôle des muscles et la personne présente plus de difficulté à se mobiliser (la mettant à risque de chute), ainsi qu'à se nourrir et/ou avaler. Elle devient totalement dépendante des autres, et ce, même jusqu'à devenir incapable de sortir du lit. À ce stade, la fin de vie est proche. À noter toutefois que la plupart des décès ne sont pas causés par la maladie elle-même, mais par ses complications (ex : la difficulté à avaler augmente le risque de déshydratation, de malnutrition et de pneumonie).

Diagnostic

Le diagnostic d'un trouble neurocognitif tel que l'Alzheimer nécessite une évaluation médicale complète de la personne concernée. Il est important de consulter un médecin si l'on soupçonne un trouble cognitif chez soi ou un proche afin de faire **l'histoire complète** des symptômes, procéder à un **examen physique** et demander des **tests appropriés**, tel qu'une prise de sang et parfois une imagerie du cerveau, afin d'éliminer d'autres causes potentiellement réversibles qui pourraient expliquer les atteintes. De plus, un **examen de l'état mental** pourra être fait afin de caractériser et quantifier les déficits notés (trouble de mémoire, difficulté d'organisation, etc.). Enfin, dans certains cas plus complexes, il peut être nécessaire d'avoir recours à une évaluation plus approfondie en **neuropsychologie**, afin de bien distinguer la démence du trouble de la mémoire normal lié au vieillissement ou encore de la dépression.

À noter que le médecin ne pourra qu'émettre un diagnostic *probable* de maladie d'Alzheimer ou autres démences, car un diagnostic *définitif* nécessite l'analyse pathologique d'un prélèvement des tissus du cerveau, ce qui ne peut pas, évidemment, se faire du vivant de la personne.

Il existe cependant un examen appelé TEP-scan qui permet de visualiser certaines zones dysfonctionnelles du cerveau et d'appuyer le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, puisque certaines anomalies observées à cet examen sont associées à cette maladie. Ce test n'est toutefois pas requis pour tout le monde. Un médecin s'occupera de déterminer les personnes qui pourraient en bénéficier.

Et le dépistage génétique dans tout ça ?

La plupart des cas de maladie d'Alzheimer sont « sporadiques », c'est-à-dire qu'ils ne sont pas héréditaires. Cela est le résultat d'une association complexe entre les gènes, les facteurs environnementaux et le style de vie.

Seuls de rares cas de la maladie d'Alzheimer sont héréditaires (ou « familiaux »). Ils représentent moins de 5 % de tous les cas.

Le test génétique est uniquement une option pour les membres des familles ayant cette forme familiale à début précoce de la maladie d'Alzheimer.

Ainsi, la plupart du temps, le dépistage génétique n'est **PAS** recommandé, car même si positif, il ne fera que pointer vers une susceptibilité. En effet, le dépistage ne peut pas prédire définitivement si une personne sera atteinte ou non de la maladie d'Alzheimer. Qu'il y ait ou non présence de susceptibilité génétique, les conseils de prévention demeurent les mêmes.

Traitement

Les progrès réalisés dans la compréhension des démences sont prometteurs pour le développement de traitements spécifiques modifiant l'évolution de la maladie. Cependant, à l'heure actuelle, le traitement se limite majoritairement à la **prise en charge des symptômes** et à la **prévention de la progression de la maladie**. Dans cet article, les notions sont divisées en deux catégories : le volet non pharmacologique, qui regroupe les interventions ne faisant pas appel aux médicaments, et un volet pharmacologique, qui repose sur les médicaments disponibles.

Volet non pharmacologique

Tel que mentionné, il n'existe actuellement aucun traitement pouvant inverser le déclin cognitif qui accompagne la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs. Cependant, les personnes touchées peuvent adopter certaines mesures qui les aideront à lutter contre les symptômes et préserver leur qualité de vie aussi longtemps que possible.

La manière la plus efficace de contrer les symptômes des troubles neurocognitifs avant même d'avoir recours aux médicaments, consiste à **adopter de saines habitudes pour préserver la santé du cerveau**.

Il est important de comprendre que toutes ces mesures sont également recommandées pour les individus en santé souhaitant **PRÉVENIR** le déclin cognitif.

Bouger plus, manger mieux, et stimuler son cerveau ! [Luciapp](#), une application québécoise, peut vous aider à atteindre vos objectifs.

Pour en apprendre davantage sur les mesures concrètes à mettre en place, n'hésitez pas à vous référer à notre document à ce sujet.



Prévention et traitement des troubles neurocognitifs : volet non pharmacologique

L'illustration ci-dessous présente un bon résumé des différents facteurs de risque à éviter ou modifier, ainsi que les bonnes habitudes de vie à adopter à cet effet.

À noter que certains facteurs de risque sont hors de notre contrôle, tels que l'**âge** (après 65 ans surtout), le **sexe féminin** (pour la maladie d'Alzheimer), la **génétique** et les **antécédents familiaux**, un **statut socio-économique plus faible** (soit un revenu et un niveau d'éducation plus bas) ainsi que le fait d'avoir fait un **AVC** par le passé ou d'être atteint d'une **maladie vasculaire athérosclérotique** (à noter que les AVC et les maladies cardiaques peuvent être prévenues par l'adoption de saines habitudes de vie également)

Protéger aujourd'hui sa mémoire de demain

LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LE RISQUE DE DÉMENCE



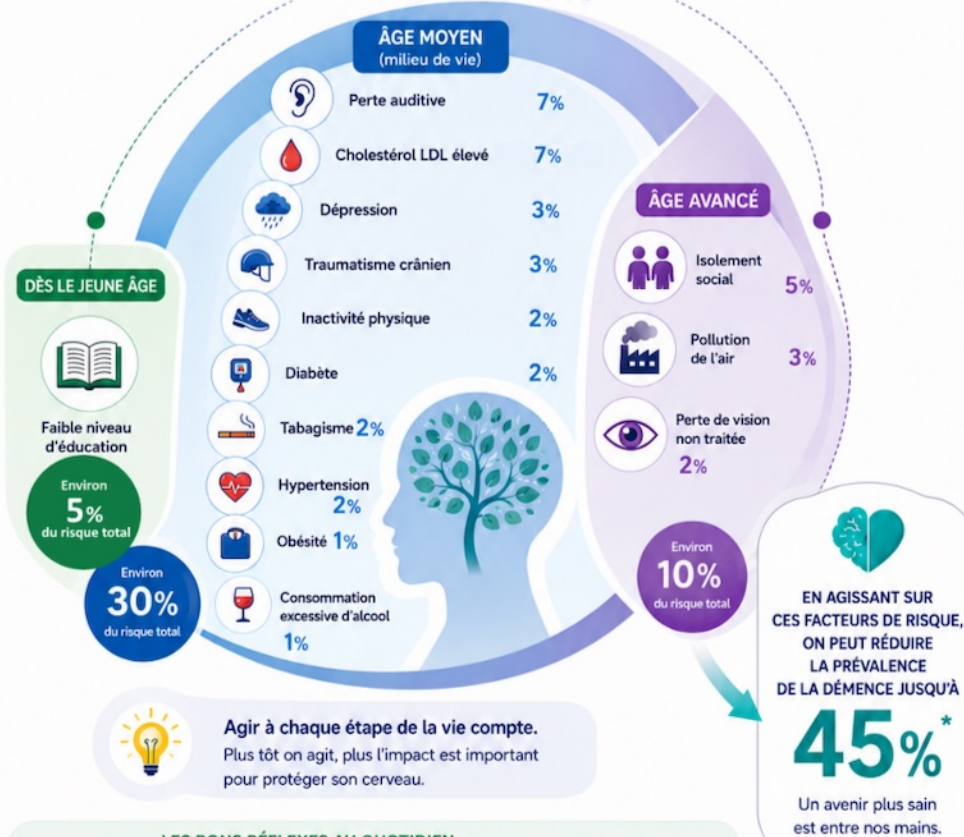
La démence n'est pas une fatalité.

De nombreux facteurs liés à notre mode de vie peuvent **augmenter** ou **réduire** le risque de déclin cognitif et de démence.



Agir tôt, à chaque âge, c'est protéger sa mémoire et préserver son autonomie.

LES 14 FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES TOUT AU LONG DE LA VIE



LES BONS RÉFLEXES AU QUOTIDIEN



Être actif physiquement



Adopter une alimentation équilibrée



Maintenir le lien social



Stimuler son cerveau



Bien dormir



Surveiller sa santé



Chaque petit geste compte pour préserver votre mémoire et votre qualité de vie.



Source : The Lancet Commission on dementia prevention, intervention and care: updated report (2024)
DOI : 10.1016/S0140-6736(24)01296-0 | www.thelancet.com/infographics-do/dementia-risk

Générateur d'image OpenAI. (2026).
ChatGPT (version GPT 5.4)
[grand modèle de langage].
Généré le 20 mai 2026 à
<https://chat.openai.com>



ASSISTÉ
PAR L'IA



Image générée par Dr Martin Lanoue avec l'assistance de l'intelligence artificielle

Générateur d'images OpenAI. (2026). ChatGPT (version 5.4) . Généré le 20 mai 2026 à [ChatGPT](#), adaptation d'une idée originale des publications du Lancet (2020 et 2024) et de [l'image du site web Alzheimer Canada](#)

Impact des autres conditions médicales sur la santé cognitive

Au-delà de maintenir de bonnes habitudes de vie, il est important de rechercher les autres facteurs possiblement contributifs au déclin cognitif et les adresser. Cela peut-être des carences nutritionnelles (carence en vitamine B12 ou autres), une dysfonction de la glande thyroïde (ou une correction insuffisante si la personne est déjà traitée), une atteinte neurologique, une dépression active, des plaintes physiques de toute sorte (comme une douleur mal contrôlée), ou des troubles du sommeil.

L'insomnie et l'apnée du sommeil peuvent occasionner des symptômes cognitifs, notamment des troubles de la mémoire et de l'attention. Rechercher l'apnée du sommeil et la traiter peut améliorer ces symptômes, autant chez les personnes qui n'ont aucune atteinte cognitive que celles qui ont un diagnostic de trouble cognitif établi comme la maladie d'Alzheimer.

Néanmoins, pour l'insomnie, il est toujours préférable de tenter de la traiter sans médicaments, lorsque cela est possible ([voir notre article sur le sujet](#)).

Certains médicaments, surtout ceux ayant un effet sédatif ou anticholinergique, méritent une attention particulière : plusieurs études ont observé une association entre leur usage prolongé et les troubles cognitifs. Le lien de cause à effet n'est pas démontré, mais la recommandation demeure la même pour tous : **leur usage devrait rester occasionnel et de courte durée lorsque c'est possible**.

En vente libre : Benadryl® et Nytol® (diphenhydramine), Sleep-Eze® (diphenhydramine), Graval® (dimenhydrinate), et plusieurs produits « nuit » ou « PM »

Sur ordonnance : somnifères et anxiolytiques comme le lorazépam (Ativan®), certains relaxants

musculaires (Flexeril®), certains antidépresseurs et certains médicaments pour la vessie hyperactive par exemple.

Chez les personnes âgées, ces médicaments augmentent aussi la somnolence, la confusion et le risque de chute. Il existe souvent des solutions de rechange plus sûres : parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si un tel médicament vient d'être commencé et que la confusion augmente, il peut en être la cause : signalez-le rapidement. Avant de prendre un médicament en vente libre, demandez au pharmacien si vous pouvez le prendre sans risque pour votre condition.

De plus, **il ne faut jamais cesser un médicament par vous-même** : le problème traité pourrait réapparaître et certains doivent être diminués progressivement pour éviter un sevrage. Après plusieurs années d'utilisation, la décision de poursuivre ou de réduire devrait se prendre après avoir discuté des risques et des bénéfices avec votre médecin. L'idée, c'est d'éviter de les instaurer dès le départ, s'ils ne sont pas nécessaires.

Impact du milieu de vie sur la gestion des troubles cognitifs et les symptômes/comportements associés

L'environnement dans lequel vivra la personne est également un levier majeur pour une évolution favorable de la maladie. Ce dernier devrait être lumineux, chaleureux, sécuritaire, stable et devrait avoir des sources de stimulation, comme la radio, la télévision, ou même l'accès au journal.

La stimulation devrait être encouragée durant la journée, et diminuée en fin de journée et en soirée. De même, l'éclairage devrait être plus présent durant la journée, soit par la lumière naturelle ou de l'éclairage artificiel, et être légèrement tamisé en soirée avec des lumières "plus chaudes" afin d'imiter le déclin naturel de la lumière du soleil et ainsi préparer le cerveau au sommeil.

Cependant, il faut demeurer prudent car il faut garder un éclairage suffisant pour la sécurité des personnes âgées. En effet, lorsque la lumière est faible, les personnes atteintes de démence sont plus prédisposées à mal interpréter ce qu'elles voient, en plus d'augmenter certains risques physiques en lien avec les chutes ou autres traumatismes.

Le port d'un système d'alerte médical (bracelet, montre ou collier), proposé par certaines compagnies ou pharmacies, pourrait offrir une sécurité supplémentaire aux personnes vulnérables ayant encore une certaine autonomie et demeurant seules ou sans surveillance pour de longues périodes. En effet, en cas de chute ou d'incapacité à se relever, cela permettrait à l'individu d'envoyer un signal de détresse directement à des ressources d'aide en appuyant sur un bouton.

Aussi l'environnement doit être conçu pour aider à s'orienter dans le temps. Par exemple, les fenêtres permettent aux personnes de mieux se repérer dans la journée ainsi que le moment de l'année. Les sorties à l'extérieur et l'exposition à la lumière naturelle peuvent également favoriser cette orientation, tout en contribuant au bien-être général. L'utilisation d'un grand calendrier journalier, d'une horloge à gros chiffres, d'aide-mémoires (ex : notes), ainsi qu'un pilulier (Dispill) pour l'administration des médicaments sont tous des outils qui peuvent faciliter l'orientation et l'autonomie de la personne.

Par ailleurs, on note de plus en plus de grandes chaleurs durant l'été et il faut savoir que les études montrent que les personnes âgées ont plus de difficultés à s'y adapter et pourraient avoir des répercussions sur leur santé physique. [Mais la santé mentale et cognitive \(mémoire, apprentissage, comportement, humeur, etc.\) pourrait aussi être affectée de façon notable par ces chaleurs extrêmes](#). Une [étude](#) a même montré que l'exposition à des chaleurs extrêmes est associée à un déclin cognitif plus rapide chez certaines personnes.

Un environnement climatisé, bien tempéré et des adaptations aux chaleurs accablantes est nécessaire pour éviter les complications et l'aggravation des symptômes des troubles neurocognitifs.

Un environnement structuré et la mise en place de routines permettent aux personnes atteintes de démence de s'orienter et de se sentir en sécurité. Tout changement de l'environnement, des routines ou des soignants impliqués doit être évité autant que possible, ou être clairement et simplement expliqué aux personnes. La stabilité du milieu de vie est importante afin d'éviter la désorganisation ou des changements de comportements.

D'autres activités exécutées régulièrement peuvent aider les personnes à se sentir indépendantes et à focaliser leur attention sur des tâches utiles ou agréables (ex : plier des serviettes). De telles activités peuvent contribuer à réduire la dépression. Celles liées aux intérêts que la personne avait avant la démence sont de bons choix.

La stimulation ne doit pas être excessive, mais la personne ne doit pas être socialement isolée. Des visites fréquentes des membres du personnel et de la famille encouragent les personnes à garder un lien social.

Par ailleurs, des traitements alternatifs (non-pharmacologiques) plus spécifiques ont une place intéressante dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) mentionnés plus tôt. Si la personne atteinte avait déjà un intérêt dans l'une de ces activités étant plus jeune, cela a encore plus de chance d'avoir un effet positif. Ces traitements comprennent, sans s'y limiter :

- L'aromathérapie

- La massothérapie
- La musicothérapie
- La zoothérapie
- La luminothérapie
- L'évocation de souvenirs
- La rassurance et la validation
- S'assurer que les besoins de bases ont été répondus (hygiène, alimentation, sommeil, interactions sociales)
- Le [livret de la Société Alzheimer](#) mentionné plus tôt présente des actions idéales à poser par les proches en présence des comportements dérangeants du patient.

Si le patient présente un « syndrome crépusculaire » mentionné plus tôt, il peut être pertinent de chercher à éviter ou limiter les siestes en après-midi, mettre en place des activités de relaxation au moment où l'agitation se produit habituellement, optimiser l'éclairage en fin de journée, lui mettre à disposition des objets réconfortants et tenter du mieux possible de la rassurer et la distraire, notamment en essayant de l'impliquer dans des tâches à faire (mettre la table, plier des serviettes, etc.), par exemple.



Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitif au quotidien

Planification de l'avenir

Une autre part essentielle de la prise en charge des personnes démentes est la planification de l'avenir. Bien longtemps avant que l'individu n'ait besoin d'être placé dans un environnement plus adapté, les membres de la famille doivent planifier ce déplacement et évaluer les options de soins à long terme. Cette planification peut également impliquer différents professionnels, dont un médecin, un(e) travailleur(se) sociale, du personnel infirmier, et autres. Le placement dans un établissement de soins adapté est une décision qui doit mettre en balance la sécurité de la personne et la volonté de préserver le plus longtemps possible son autonomie, en s'appuyant sur des arguments tels que les souhaits de la personne, la sévérité de la démence, le degré du comportement perturbateur, les moyens financiers, la présence d'autres maladies non liées, ainsi que la disponibilité des proches

aidants. S'assurer que le testament est en ordre dès les premiers signes de la maladie est aussi important. Les travailleurs sociaux peuvent vous guider dans vos démarches.

Concernant la conduite automobile, le risque d'accident de la route serait 2 à 8 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble cognitif. Cela s'explique par différents impacts, notamment une difficulté à s'orienter, des oublis importants, un moins bon contrôle des mouvements ou une altération du jugement. Cependant, la conduite automobile étant un apprentissage intégré depuis longtemps, un diagnostic de trouble neurocognitif ne signifie pas nécessairement un retrait automatique du permis de conduire. En effet, en stade léger de maladie, le médecin s'occupera de déterminer les répercussions possibles de celle-ci sur votre conduite par le biais d'évaluations régulières. Si des inquiétudes sont soulevées mais que vous souhaitez maintenir la conduite, vous pourriez être référé pour une évaluation par un ergothérapeute ou même passer un examen sur la route, afin de s'assurer que la conduite est sécuritaire. Sachez que vous pouvez à tout moment décider volontairement d'annuler ou ne pas renouveler votre permis lorsqu'on anticipe un retrait éventuel, cela permet de garder un contrôle sur la situation et faciliter la transition en se préparant à un nouveau mode de fonctionnement. Mieux vaut cesser de conduire avant qu'on soit obligé de le faire, et de planifier à l'avance la vie sans voiture pour éviter les mauvaises surprises.

Il faut également planifier la trajectoire de soins désirée par le patient lui-même (selon son aptitude actuelle à communiquer ses souhaits ou alors ses volontés antérieures) ainsi que ses proches. Cela se fait entre autres en discutant avec votre médecin de famille qui inscrira dans votre dossier médical un [Niveau d'Intervention Médicale](#) (NIM ou « Niveau de soins »), ainsi qu'en remplissant des [Directives Médicales Anticipées](#) (DMA) soit via un notaire, soit par ses propres moyens et en le faisant parvenir à la RAMQ afin qu'elles soient déposées au Registre des directives médicales anticipées.

L'[Aide Médicale à Mourir](#) (AMM) est une autre avenue envisageable en cas de souffrance importante et irréversible qui est de plus en plus accessible aux personnes atteintes de démence. En effet, aussitôt que le diagnostic est posé, la personne peut faire une [Demande Anticipée d'Aide Médicale à Mourir](#) (DAAMM), d'où l'importance de se renseigner le plus tôt possible alors qu'elle est encore apte à prendre une décision libre et éclairée sur son avenir.

Le fardeau du soignant

Il est important de garder en tête que prendre soin d'une personne atteinte de démence est stressant et exigeant et les proches aidants peuvent s'épuiser et éprouver eux-mêmes des symptômes dépressifs, souvent en négligeant leur propre santé mentale et physique. La moitié des aidants naturels ressentiront ce qu'on appelle « le fardeau du soignant » et jusqu'à 35% développeront de l'anxiété ou des symptômes dépressifs. Si vous remarquez chez vous ou un proche aidant des signes d'épuisement

(irritabilité, labilité émotionnelle, isolement, manque de sommeil ou de concentration, anxiété, etc.), il est important de ne pas rester seul dans cette situation et d'obtenir de l'aide, par exemple :

- En consultant un médecin ou autre professionnel de la santé;
 - Le médecin de la personne atteinte de la maladie ainsi que le CLSC via [l'accueil psychosocial \(811\)](#) peuvent vous aider et vous supporter, mais aussi trouver des solutions afin de diminuer ce fardeau;
- En demandant de l'aide et du soutien aux membres de la famille et aux amis;
- En appelant à la Société Alzheimer de votre région (notamment via [le programme premier lien](#))
- En ayant recours aux programmes communautaires et ressources qui peuvent apporter un certain répit, alléger la charge de travail, fournir une aide concrète pour les repas ou le travail domestique, ainsi qu'une assistance pour les soins de la personne vivant avec un trouble neurocognitif;
- Préparer l'avenir immédiat et à plus long terme;
- En [prenant soin de soi-même](#) et de sa santé, notamment en maintenant une activité physique régulière et en ne délaissant pas les loisirs et autres activités qui nous font du bien;
- En se renseignant sur les implications et l'évolution attendue de la maladie, ainsi qu'en apprenant à mieux comprendre et gérer les besoins des personnes atteintes de démence et ce que l'on peut attendre d'elles, afin de prévenir des tensions inutiles.

Plusieurs ressources et services de soutien sont mis à votre disposition en cliquant sur le lien suivant :



Soutien aux personnes atteintes de trouble neurocognitif ainsi que leurs proches aidants

Volet pharmacologique

Selon le type spécifique de démence, des médicaments peuvent permettre d'atténuer les symptômes et parfois ralentir légèrement la progression, sans toutefois l'arrêter complètement. Les indications de ces médicaments dépendront également de plusieurs facteurs relatifs à chaque individu.

Par exemple, pour la maladie d'Alzheimer, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase pourraient être

indiqués chez les personnes ayant une atteinte légère à modérée.

Chez les personnes ayant une atteinte modérée à sévère, un autre médicament, la mémantine, peut être indiqué seule ou en combinaison avec les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase. À noter toutefois que la RAMQ ne remboursera qu'un seul des deux.

Des traitements par anticorps monoclonaux dirigés contre la protéine amyloïde peuvent parfois être proposés pour certains patients atteints de la maladie d'Alzheimer, mais encore davantage d'études sont nécessaires pour statuer sur leur place dans le traitement de la maladie puisqu'actuellement, leur effet semble limité et ces médicaments comportent leur lot d'effets secondaires.

Certains centres universitaires proposent des études cliniques. Si vous désirez participer à un projet de recherche, vous pouvez vérifier la liste sur [le site web de la société Alzheimer](#).

Comme mentionné, les options de traitement varieront selon le type de trouble neurocognitif. En effet, concernant la démence vasculaire unique, les traitements mentionnés plus haut ne seront d'aucune efficacité, à moins qu'il y ait aussi une composante de maladie d'Alzheimer (forme mixte). Pour la composante vasculaire, il faudra surtout se concentrer sur la protection vasculaire, notamment en assurant un bon contrôle du cholestérol, du diabète et de la pression artérielle, en cessant/diminuant le tabagisme et l'alcool si lieu, ainsi qu'en ayant recours, au besoin, à des médicaments antiplaquettaires afin de réduire le risque de caillots sanguins.

De plus, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase seront indiqués chez les patients atteints de démence à corps de Lewy ou de démence parkinsonnienne, mais pas chez ceux atteints de démence fronto-temporale. Ainsi, les spécificités quant aux traitements de chaque type de démence seront à discuter avec votre médecin, souvent un spécialiste comme un gériatre ou un neurologue s'il s'agit d'une forme moins fréquente.

Pour ce qui est du soulagement des SCPD, différents traitements peuvent être tentés lorsque ceux-ci demeurent importants et envahissants malgré une approche non pharmacologique optimisée. En effet, certains antipsychotiques peuvent aider en cas d'anxiété, d'agitation, de délire ou d'hallucination. Les antidépresseurs ont également démontré une efficacité notamment sur la labilité émotionnelle, les comportements impulsifs, la paranoïa et tout autre atteinte de l'humeur ou symptôme anxieux.

À noter qu'il n'y a pas suffisamment d'évidences à ce jour démontrant l'efficacité du Ginkgo biloba, des Omega-3 ou des anti-oxydants comme la vitamine E dans la prévention et le traitement de la démence. Les compléments en vitamine B12 sont uniquement suggérés chez les personnes qui présentent une carence en vitamine B12. Jusqu'à présent, aucune preuve non plus n'a indiqué que le cannabis était utile pour le traitement ou la prévention des troubles neurocognitifs. Enfin, la mélatonine pourrait être

utilisé afin d'améliorer les troubles liés au sommeil, mais ne s'est pas directement avéré un traitement efficace contre les troubles neurocognitifs en soi.

Bibliographie

1. Gouvernement du Québec. **Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs** . Québec (QC): Gouvernement du Québec; 15 mai 2024. Disponible sur:
<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/alzheimer-autres-troubles-neurocognitifs>
2. Agence de la santé publique du Canada. **Démence : Vue d'ensemble** . Ottawa (ON): Gouvernement du Canada; 20 janvier 2025. Disponible sur:
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/demence.html>
3. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). **Guide d'usage optimal pour le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et de la démence mixte** . Québec (QC): INESSS; 2015. Disponible sur:
<https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guide-dusage-optimal-pour-le-traitement-pharmacologique-de-la-maladie-dalzheimer-et-de-la-demence-mixte.html>
4. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. **Dementia prevention, intervention, and care**. Lancet. Décembre 2017. 390(10113):2673-734. doi:10.1016/S0140-6736(17)31363-6.
5. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. **Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission**. Lancet. Aout 2020. 396(10248):413-446. doi:10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
6. Soh XC, Hartanto A, Ling N, Reyes M, Sim L, Majeed NM. **Prevalence of depression, anxiety, burden, burnout, and stress in informal caregivers: An umbrella review of meta-analyses**. Archives of Gerontology and Geriatrics Plus. 2025. 2(3):100197. doi:10.1016/j.aggp.2025.100197.
7. Hudon, Carol. **Maladie d'Alzheimer** . Montréal (QC): Association québécoise des neuropsychologues; 2013. Disponible sur:
<https://aqnp.ca/documentation/degeneratif/maladie-d-alzheimer/>
8. Melançon L, Bélizaire G, Daoust AM, Ouellet C. **Vieillir en bonne santé cognitive** . Montréal (QC): Association québécoise des neuropsychologues; 2018. Disponible sur:
<https://aqnp.ca/documentation/degeneratif/vieillir-en-bonne-sante-cognitive/>
9. Gouvernement du Québec. **Personnes proches aidantes** . Québec (QC): Gouvernement du

Québec; 18 novembre 2025. Disponible sur:

<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personne-proche-aidante>

10. Gouvernement du Québec. **Aide médicale à mourir** . Québec (QC): Gouvernement du Québec; 11 septembre 2024. Disponible sur:

<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medical-e-a-mourir>

11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. **Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence** . Québec (QC): Gouvernement du Québec; 2014 Disponible sur:

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>

12. Keene, Christopher; J. Montine, Thomas. **Epidemiology, pathology, and pathogenesis of Alzheimer disease**. UpToDate . Waltham (MA): UpToDate Inc.; 10 juillet 2025. Disponible sur:

<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-and-pathogenesis-of-alzheimer-disease>

13. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. **Prévention, promotion de la santé cognitive** . Montréal (QC): CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 08 janvier 2026. Disponible sur:

<https://iugm.ca/fr/partage-de-connaissances/dossiers-thematiques/prevention-promotion-de-la-sante-cognitive>

14. Société Alzheimer du Canada. Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer. Toronto (ON): Société Alzheimer du Canada. Disponible sur: <https://alzheimer.ca/federationquebecoise/fr>

15. Société Alzheimer de Montréal. **Troubles cognitifs et sécurité routière : à quoi s'attendre?** . Montréal (QC): Société Alzheimer de Montréal; publié le 25 juin 2025. Disponible sur:

<https://alzheimermontreal.ca/troubles-cognitifs-et-securite-routiere-a-quoi-sattendre/>

16. Société Alzheimer des Maskoutains-Vallée des Patriotes. Société Alzheimer des Maskoutains-Vallée des Patriotes . Saint-Hyacinthe (QC). Disponible sur: <https://www.alzheimermvp.com/>

17. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). **Troubles de la mémoire** . Montréal (QC): Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Disponible sur:

<https://www.chumontreal.qc.ca/repertoire/geriatrie-unite-soins/troubles-memoire>

18. Société de l'assurance automobile du Québec. **Conditions médicales** . Québec (QC): Gouvernement du Québec; dernière modification le 23 déc 2024. Disponible sur:

<https://saaq.gouv.qc.ca/securite-routiere/comportements/sante-conducteurs/conditions-medicales>

19. Nord, Élyanthe. **Apnée du sommeil et déclin des facultés cognitives : quels sont les liens?** *Le Médecin du Québec* ; 1^{er} octobre 2022. Disponible sur:

<https://lemedecinquebec.org/archives/2022/10/nouvelles-syndicales-et-professionnelles/a>

[pnee-du-sommeil-et-declin-des-facultes-cognitives-quels-sont-les-liens/](#)

20. Bherer, Louis. **Prévenir la maladie d'Alzheimer en marchant** . Montréal (QC): Observatoire de la prévention de l'Institut de Cardiologie de Montréal; 8 décembre 2025. Disponible sur: <https://observatoireprevention.org/2025/12/08/prevenir-la-maladie-dalzheimen-marchant/>
21. Juneau, Martin. **Même en très faibles quantités, l'exercice a des effets positifs sur la santé** . Montréal (QC): Observatoire de la prévention de l'Institut de Cardiologie de Montréal; 13 mars 2026. Disponible sur: <https://observatoireprevention.org/2026/03/13/meme-en-tres-faibles-quantites-lexercice-a-de-s-effets-positifs-sur-la-sante/>
22. L'Appui pour les proches aidants. Info-aidant . Montréal (QC): L'Appui pour les proches aidants. Disponible sur: <https://www.lappui.org/fr/nous-sommes/info-aidant/>
23. Tableau de bord Luci . Québec (QC): Luciapp. Disponible sur: <https://luciapp.ca/fr/public/dashboard/home/detail>
24. Radio-Canada. **Apprendre une langue pour retarder l'arrivée de l'alzheimer** . Montréal (QC): Radio-Canada; 21 juillet 2025. Disponible sur: <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/moteur-de-recherche/segments/rattrapage/2116671/peut-on-prevenir-maladie-alzheimer-avec-exercices-cognitifs>
25. Huang, Juebin; C. Levin, Michael. **Maladie d'Alzheimer**. Manuel MSD, version professionnelle . Rahway (NJ): Merck Sharp & Dohme LLC; avril 2025. Disponible sur: <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-neurologiques/syndrome-confusionnel-et-d%C3%A9mence/maladie-d-alzheimer>
26. Lanthier Médical. **Trouble neurocognitif majeur** . Québec (QC): Lanthier Médical. Disponible sur: https://lanthiermed.com/publication/trouble_neurocognitif_K42ONooNm6QR
27. Salut Bonjour Magazine. Bien se préparer à un rendez-vous concernant sa santé cognitive. 24 janv 2026; p.22.
28. Michael R. Kolber and Christina S. Korownyk. **Treating dementia with brain amyloid medications**. Canadian Family Physician . Mai 2026; 72 (5) 330-331; DOI: <https://doi.org/10.46747/cfp.7205330>
29. Côté, Gilles. **Démence** . Québec (QC): Omnipratique. Disponible sur: <https://omnipratique.net/>

```
document.addEventListener('DOMContentLoaded', function () {
document.querySelectorAll('.print-button').forEach(function(button) {
button.style.cursor = 'pointer';
button.addEventListener('click', function() {
var image = document.querySelector('.print-area');
if (!image) {
alert("Image à imprimer introuvable");
}
```



```
return;
}
var originalContent = document.body.innerHTML;
var imageSrc = image.currentSrc || image.src;
document.body.innerHTML =
" +
' ' +
";
window.print();
document.body.innerHTML = originalContent;
location.reload();
});
});
});
function afficherMedia() {
window.open(document.getElementById("imageApercu").src, "_blank");
}
```