

Researchpaper

Psychothérapie intégrative et prise en charge des personnes Agées atteints d'Alzheimer au Maroc. Programme MBT–NEXA Alzheimer Léger*

Khadija OUADI¹, Lamiaa BENCHIKHI², Nadia TEFFAHI³, Yasmine OURZIK⁴, Hicham KHABBACHE⁵

¹Laboratoire Homme, Sociétés et Valeurs, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Kenitra, Maroc

²Laboratoire Homme, Sociétés et Valeurs, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Kenitra, Maroc ;

³Laboratoire Homme, Sociétés et Valeurs, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Kenitra, Maroc

⁴Laboratoire des Sciences Humaines Appliquées, Fès, Maroc

⁵Laboratoire des Sciences Humaines Appliquées, Fès

PAPERINFO

PaperHistory

Received.....

Accepted.....

Keywords

Vieillessement; .

Maladie d'Alzheimer;

Programme MBT–
NEXA Alzheimer Léger

ABSTRACT

Aging is shaped by social and personal representations that seek to control its effects, giving rise to the imperative of “aging well.” This idea is often linked to the illusion of not aging and to the denial of human finitude. Alzheimer’s disease is presented as a major risk of aging, posing both a demographic and clinical challenge, particularly in the Moroccan context where the elderly population is increasing.

From a psychoanalytic perspective, aging involves narcissistic issues and is connected to the ego ideal, leading to a manic logic of “doing” rather than “being.” Traditional psychiatric classifications, such as the DSM-5, have historically marginalized geriatric psychiatry, making a multidisciplinary approach necessary—one that integrates psychoanalysis into modern psychotherapeutic practices.

The MBT–NEXA Mild Alzheimer program is a mentalization-based protocol adapted for older adults with mild Alzheimer’s disease. It was implemented over a three-month period at the Day Hospital “Psychological Support and Cognitive Stimulation” in Taza. This protocol offers an integrative approach combining psychotherapy, cognitive rehabilitation, and sensory, bodily, spiritual, and socio-cultural stimulation.

Despite constraints related to an illiterate population and limited resources, the program was successfully implemented with the collaboration of Ms. Azdade, a local psychologist, creating a supportive environment for clinical practice. The final evaluation showed improvement rather than deterioration among patients, suggesting the development of a form of positive resilience through the program.

This article highlights the importance of adapting clinical interventions to the cultural and cognitive context of participants in order to better address aging-related disorders.

Introduction

La vieillesse reste difficile à définir, tant pour les individus que pour les sociétés. Le verbe « appréhender » illustre cette ambivalence : comprendre le vieillissement, mais aussi le redouter. Jean-Marc Talpin (2014) explore les tensions psychiques, sociales et culturelles liées au vieillissement. Vieillir suscite à la fois l'espoir de vivre longtemps et la crainte des pertes associées à l'âge (dépendance, maladie, institutionnalisation).

*Corresponding author. Email: khadija.ouadi@uit.ac.ma lamyaa.benchikhi@gmail.com nadia.teffahi@uit.ac.ma ; yasmine.ourzik@usmba.ac.ma; hichamcogn@gmail.com

Chaque sujet tente de maîtriser le vieillissement par des représentations, des pratiques et des idéaux. C'est dans ce contexte qu'a émergé le modèle du « bien vieillir », devenu un impératif à la fois individuel et collectif. Ce modèle est porté par des discours publics, médiatiques, industriels et politiques qui responsabilisent — voire culpabilisent — le sujet : bien vieillir impliquerait de gérer son corps, son apparence, sa cognition, son réseau social et même son patrimoine. Ce processus comporte également une dimension économique marquée (cosmétiques, fitness, alimentation, voyage, etc.).

La maladie d'Alzheimer s'inscrit parmi les risques du vieillissement ; au Maroc, elle risque de constituer une difficulté supplémentaire pour une société confrontée à une augmentation importante du nombre de personnes âgées.

Le vieillissement de la population se distingue comme l'un des plus significatifs. Dans les pays du Nord, Avec le vieillissement des sociétés modernes et le nouveaux progrès dans la prestation des soins de santé, on prévoit une évolution progressive vers plus de capacités et de fonctionnalités de la part des personnes âgées. (Franco Del Como, MPhyl, DPsych, Daniel Plotkin, MD, 2006); (PDM-2). Ce processus, amorcé depuis plusieurs décennies, a atteint un stade avancé et suscite aujourd'hui de vives préoccupations. Dans de nombreux pays du Sud, le vieillissement est désormais engagé, et son évolution rapide attire de plus en plus l'attention des chercheurs comme des décideurs. « Le Maroc n'échappe pas à cette dynamique ; la progression du vieillissement y devient un enjeu démographique majeur, appelant une prise de conscience accrue et une action renforcée de la part des responsables politiques et institutionnels ». Comme l'indique le Haut-commissariat au Plan (2025), Dans cette perspective, il devient nécessaire de développer des stratégies spécifiques pour accompagner cette population fragile. Une approche intégrative pourrait permettre à la fois une compréhension plus fine du vieillissement psychique et une meilleure prise en charge des personnes présentant une psychopathologie.

Cette réalité ouvre une réflexion psychologique essentielle :

- Comment intervenir avec efficacité pour rendre cette période de la vie plus équilibrée et moins douloureuse ?
- Comment gérer les situations où le vieillissement révèle des troubles dégénératifs graves entraînant des déficiences mentales ; comme la maladie d'Alzheimer ?
- Peut-on ralentir ce processus fatal et troublant d'une maladie dégénérative telle que L'Alzheimer ?

À ces questions, plusieurs pistes peuvent être avancées :

- Une approche intégrative apparaît pertinente pour cerner les troubles liés au vieillissement.
- L'articulation d'approches biologique, neurologique et psychanalytique serait susceptible d'améliorer la prise en charge des personnes Agées atteints d'Alzheimer.
- La mise en place d'un programme pluridisciplinaire favoriserait une prise en charge modèle des patients atteints d'Alzheimer (thérapie psycho-dynamique ; prise en charge neurologique).

Etude théorique de la recherche :

Dans la partie V de PDM-2 (Franco Del Como, MPhyl, DPsych, Daniel Plotkin, MD, 2006) c'est la première fois qu'une section distincte sur les personnes âgées est incluse dans un manuel ou un système de diagnostic majeur (PDM, DSM ou ICD). Cela a abouti à un travail qui met en lumière les aspects émotionnels et psychologiques des troubles mentaux chez les personnes âgées et qui contribue à améliorer les attitudes à leur égard.

1. Classification des personnes âgées (PDM-2 et DSM-5)

Bien qu'il n'existe aucun paramètre biologique ni psychologique permettant de définir le terme « vieux », il est généralement admis que la vieillesse commence à 65 ans ; En effet, une étude épidémiologique récente sur les

troubles mentaux chez les personnes âgées aux Etats- Unis (Reynold, Pietrzak, El-Gabalawy, Mackenzie et Sareen, 2015) a divisé les personnes âgées en quatre groupe : les « jeunes » âge (55 à 64 ans). « Age moyen » (65 à 74 ans). « Vieux » (75 à 84 ans) et « Très vieux » (85 ans et plus).

Du point de vue psychanalytique, (Talpin, 2014) le vieillissement mobilise des enjeux narcissiques et s'inscrit dans l'idéal du moi, nourri de sources infantiles, parentales, sociales et identificatoires. Le « bien vieillir » s'appuie souvent sur l'illusion de ne pas vieillir, ou de ne pas en manifester les signes, et fonctionne comme une formation réactionnelle face aux pertes (corporelles, sexuelles, symboliques), au désinvestissement, à la mort et aux traumatismes non symbolisés. Le sujet tend à poursuivre la vie dans une logique maniaque du « faire » plutôt que de l'« être », au prix d'un déni de la finitude.

(Talpin, 2014) montre que même les psychanalystes, lorsqu'ils construisent des modèles du vieillissement, risquent d'introduire des normes implicites : certains valorisent la sublimation, la mentalisation ou le renoncement, d'autres l'expression pulsionnelle tardive. Ces modèles peuvent dissimuler leur propre rapport angoissé au vieillissement. Ainsi, le vieillissement demeure pris entre l'espoir de bien vieillir et l'angoisse de mal vieillir. Il interpelle autant le sujet que le clinicien, ce qui invite à interroger les troubles liés au vieillissement.

Le DSM-5 avait tendance à transformer tout comportement qui s'écarte de la normalité en diagnostics psychiatriques, rendant ainsi tout le monde malade. Les versions précédentes du DSM laissaient peu de place à la psychiatrie des personnes âgées. En effet, peu de sujets ont pris en compte les caractéristiques cliniques des troubles mentaux chez les personnes âgées. (Benjamin Calvet Jean-Pierre Clément, 2014).

En effet, les troubles mentaux sont très diversifiés chez le sujet âgé : ils concernent aussi bien les troubles liés à l'évolution d'une affection de l'adulte comme ceux qui témoignent d'une maladie à début tardif. Ces troubles sont spécifiques de la personne âgée par leur mode d'apparition ou leur signification. On ne serait trop insister sur l'importance des facteurs environnementaux et sociaux chez la personne âgée, qu'ils aient un rôle déclenchant, aggravant, ou seulement concomitant et qu'ils soient causes ou effets,

Par ailleurs, les neurosciences sont devenues une référence quasi-obligatoire (J.-M. Léger, 2006), voire exclusive, pour comprendre tout phénomène psychique. Cette omnipotence tend à s'imposer comme un dogme: toute connaissance produite hors du cadre expérimental devient suspecte.

Or, l'intérêt de la présente recherche réside précisément dans la prise en considération d'une approche multidisciplinaire où la psychanalyse constitue l'un des dispositifs d'une psychothérapie moderne utile dans les troubles mentaux. Comme le souligne Chevance (1999, 2003, 2005), « il est possible et intéressant, d'un point de vue clinique, de voir que neurosciences et psychanalyse sont complémentaires pour la compréhension de l'être humain ». Chevance (2004) a également souligné la croyance selon laquelle des sciences comme la biologie ou la génétique réduiraient la portée scientifique de la psychanalyse, alors qu'elles la valorisent, dans la mesure où elle explore les profondeurs de l'être humain. Toutefois, le principe de complémentarité exclut de fait que l'une puisse se substituer à l'autre.

2. Troubles dégénératives d'Alzheimer :

*** Définition (Larousse Médicale)**

Maladie d'Alzheimer — affection neurologique chronique, d'évolution progressive, caractérisée par une altération intellectuelle irréversible aboutissant à un état démentiel. Autrement dit, selon Larousse médicale :

- C'est une maladie du cerveau qui dure longtemps (chronique) et s'aggrave avec le temps (évolution progressive).
- Elle provoque une détérioration des fonctions intellectuelles (mémoire, raisonnement, langage...), qui est irréversible — elle ne se corrige pas, mais s'aggrave.
- Dans ses formes avancées, elle conduit à un état de démence sévère, avec perte d'autonomie mentale et souvent physique.

Explication détaillée (en termes simples)

- *Neuro-affection progressive*
 - La maladie touche le système nerveux central, avec destruction lente et continue des neurones (cellules du cerveau).
- *Déclin cognitif irréversible*
 - Irréversible signifie que les pertes de capacités mentales (mémoire, attention, langage) ne sont pas récupérables, même avec traitement.
 - La progression mène à une démence importante — terme médical désignant une combinaison de troubles intellectuels qui affectent la vie quotidienne.
- *Évolution clinique*
 - La maladie débute souvent par des oublis et difficultés cognitives légers, puis les troubles s'accroissent avec le temps.
 - À un stade avancé, la personne peut perdre la capacité de communiquer, de reconnaître ses proches ou même d'accomplir des actes simples.
- *Origine et cause*
 - Larousse ne précise pas de cause unique (elle reste inconnue), mais la maladie est liée à des altérations biologiques du cerveau comme des plaques amyloïdes et des enchevêtrements neuro-fibrillaires.

Etude pratique de la recherche

❖ Population de l'étude

La population étudiée est composée de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, présentant un niveau léger : Homme et Femme dans la ville de Taza qui gardent des habilités très intéressantes :

- Mémoire procédurale
- Repérage spatial partiel
- Capacités d'initiation avec guidance
- Empathie + affectivité
- Self agency (surtout via l'action)
- Sentiment d'identité préservé
- Conscience du déclin (anxiété cognitivo-mnésique).

Mais qui souffrent des fragilités suivantes :

- Affaiblissement de mémoire épisodique
- Manque de planification, et de flexibilité mentale et psychique
- Manque de confiance cognitive
- Fatigabilité et évitement social
- Sensibilité à l'échec

❖ L'échantillon : définition et critères de sélection

L'échantillon a été sélectionné parmi la population de patients Alzheimer bénéficiant du centre « Soutien Psychologique et Stimulation Cognitive » dans la ville de Taza, à partir du mois de janvier 2023.

L'échantillon comprend 13 participants (9 femmes et 4 hommes), âgés de 61 à 79 ans, avec un âge moyen de 68,84 ans.

Les caractéristiques de l'échantillon peuvent être résumées dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Distribution des participants de l'étude

<i>Participant</i>	<i>Sexe</i>	<i>Âge</i>	<i>Niveaud'instruction</i>
1	Femme	74 ans	Secondaire
2	Femme	69 ans	Universitaire
3	Femme	63 ans	Collège
4	Femme	77 ans	Secondaire
5	Homme	61 ans	Primaire
6	Homme	76 ans	Universitaire
7	Homme	62 ans	Secondaire
8	Homme	79 ans	Primaire
9	Homme	68 ans	Universitaire
10	Homme	61 ans	Collège
11	Homme	75 ans	Secondaire
12	Homme	64 ans	Universitaire
13	Homme	66 ans	Primaire

Note : Il s'agit d'un échantillon intentionnel, constitué selon la disponibilité des patients. Les informations disponibles sur la population sont restreintes. L'échantillon ne représente pas nécessairement la population, mais constitue une unité d'analyse empirique sur laquelle le chercheur applique l'intervention.

❖ Outils de l'étude

1. Echelles psychométriques et tests utilisés :

Les échelles psychométriques et tests utilisés avant et après intervention sont :

Exposition des tests utiliser

- **Efficienne cognitive globale**

Outil : Montreal Cognitive Assessment (MoCA) — Version arabe (Annexe 2)

Le MoCA constitue un instrument de dépistage de l'atteinte cognitive légère et de l'efficienne cognitive globale.

Nous avons utilisé la version marocaine en langue arabe, validée et adaptée culturellement.

Le score maximal est de 30 points ; un score inférieur à 26 suggère un déficit cognitif.

- **Échelle de dépression de Beck (BDI / BDI-II)**

Élaborée par Aaron T. Beck. Référence internationale en clinique et recherche.

Versions : BDI (initiale) et BDI-II (révisée).

Comprend 21 items, cotés de 0 à 3. Score maximal = 63.

Interprétation indicative :

- 00–13 : minimale
- 14–19 : légère
- 20–28 : modérée
- 29–63 : sévère

- ***Échelle d'anxiété de Taylor***

Test développé par J.A. Taylor dans les années 1950.

Traduite en plusieurs langues dont l'arabe.

Cotation : Oui = 1, Non = 0.

Le score total reflète le niveau d'anxiété manifeste.

- ***Échelle d'ajustement psychique***

Auteur : Mahfoud Benyaz (2003).

Évalue la capacité d'ajustement psychique (intégration, acceptation de soi et des autres).

Cotation Likert : 2 (accord), 1 (parfois), 0 (désaccord).

Scores : max = 160, moyen = 80, min = 0.

- ***Échelle d'équilibre socio-émotionnel (1986)***

Mesure la capacité du sujet à contrôler et maîtriser les situations sociales. Indicateur de flexibilité sociale, d'adaptation et de gestion des impulsions.

- ***Échelle d'autonomie fonctionnelle – IADL de Lawton & Brody (1969)***

Évalue l'autonomie par les activités quotidiennes et instrumentales. Dimensions : ADL et IADL. Utilisation de la version arabe adaptée dans cette étude.

2. Programme MBT–NEXA Alzheimer Léger

C'est un protocole thérapeutique intégratif basé sur la mentalisation, adapté aux personnes âgées atteintes de Maladie d'Alzheimer Léger. Dans un cadre institutionnel, qui est le Centre hospitalier de jour diagnostiqué par un Neurologue comme atteints d'Alzheimer léger « Soutien Psychologique et Stimulation Cognitive » dans la ville de Taza. La Durée de programme est de 3 mois.

❖ ***Catégorie :***

Dispositif clinique intégratif non pharmacologique
(orientation psychothérapique, neuro-adaptative et identitaire)

❖ ***Champ clinique :***

Gérontologie ; Alzheimer léger ; Institutionnel

❖ ***Fonction clinique principale :***

Préservation du self, de l'agency, de la participation et de la vitalité socio-affective en contexte neuro-dégénératif débutant.

- Un traitement non pharmacologique basé sur la mentalisation
- Un modèle identitaire et socio-affectif
- Un dispositif anti-retrait / anti-passivité
- Un outil de préservation du statut de personne
- Un support du “reste” du travail clinique (somatique, social, familial)

❖ *Argument de valeur clinique*

- Valeur ajoutée pour le patient :
 - Diminue anxiété cognitive
 - Diminue retrait social
 - Augmente sentiment d'utilité
 - Préserve dignité et rôle
 - Ralentit l'abandon instrumental
- Valeur ajoutée pour l'institution :
 - Réduit BPSD (agitation / résistance aux soins)
 - Facilite coopération aux soins
 - Réduit isolement institutionnel
 - Augmente visibilité clinique de l'équipe
 - Augmente attractivité institutionnelle
- Le programme valorise des axes rares

Défendus internationalement par des organisations de santé ([National Institute for Health and Care Excellence \[NICE\], 2019](#) ; [Organisation mondiale de la santé \[OMS\], 2017](#)). Pour offrir des soins centrés sur la personne de haute qualité, il faut comprendre clairement le modèle par ceux qui travaillent dans les soins de la démence ([Colomer& de Vries, 2016](#)) ([Kitwood, 1998](#))

- Clinique de la dignité
- Clinique identitaire
- Clinique symbolique (hammam et rituels)
- Clinique écologique (horticulture et animal)
- Clinique du “rester soi” vs “ne plus pouvoir”

❖ *Cadre clinique*

Ce protocole s'adresse à des personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté, vivant en institution. Il propose une approche intégrative centrée sur la mentalisation (MBT), articulée avec des modalités psychothérapeutiques, réadaptatives, sensorielles, corporelles, spirituelles et socioculturelles.

L'approche vise la préservation du lien, du self, de la dignité, de la participation sociale et de la vitalité émotionnelle, malgré la progression neuro-dégénérative.

La MBT est ici intégrée dans un dispositif multidimensionnel combinant :

- Ergothérapie
- Counselling motivationnel et psychodynamique
- Relaxation et pleine conscience
- Thérapie groupale
- Réadaptation neuropsychologique (temps, espace, attention)
- Stimulation sensorimotrice
- Activités nature (green care)
- Horticulture

- Psychoéducation
- Rituels spirituels
- Pratiques culturelles et soins d'hygiène (ex. hammam marocain traditionnel)

L'articulation de ces médiations vise à stimuler les processus de mentalisation, de participation sociale, de représentation émotionnelle, de continuité identitaire et de dignité subjective.

2. Fondements thérapeutiques

Le modèle MBT constitue l'axe central du dispositif. Il est adapté à la démence légère par :

- Simplification des médiations verbales
- Travail sur les indices affectivo-comportementaux
- Centration sur le non verbal
- Nomination émotionnelle
- Etayage de la continuité identitaire
- Maintien de l'intentionnalité dans l'action

Le protocole repose sur la coexistence de circuits de soin, incluant :

- Ergothérapie fonctionnelle
- Counselling motivationnel + psychodynamique
- Relaxation / pleine conscience adaptée
- Thérapie groupale
- Stimulation sensorimotrice
- Réadaptation neuropsychologique
- Thérapie assistée par l'animal (TAA)
- Activités nature (green care, horticulture)
- Protocoles spirituels / culturels
- Soins d'hygiène identitaires (ex. hammam marocain)

3. Objectifs thérapeutiques

3.1 Objectifs stratégiques

(Mise en place d'une stratégie visant à prévenir une régression accélérée des performances)

- Maintien des fonctions instrumentales (IADL)
- Préservation de la participation sociale
- Maintien de l'identité et agency
- Stabilité émotionnelle (l'anxiété accélère le déclin)
- Prévention du retrait et passivité
- Maintien des routines éco-somato-cognitives

3.2 Objectifs secondaires

- Soutien des capacités cognitives résiduelles (orientation, attention)
- Amélioration de la participation sociale et des interactions

- Réduction du sentiment de solitude et isolement
- Favorisation du plaisir, de la motivation et de la curiosité
- Apaisement somato-psychique et affectif
- Préservation de la dignité corporelle et identitaire

4. Déroulement de programme MBT–NEXA Alzheimer Léger

4.1. Organisation générale (MACRO)

Durée totale : 3 mois

Cadence :

- M1 : 4 séances / semaine (16 séances)
 - M2 : 3 séances / semaine (12 séances)
 - M3 : 2 séances / semaine (8 séances)
- Total = 36 séances

Durée par séance : 60–75 min (adaptable selon fatigabilité / syndrome frontal)

4.2. Programme par mois

Mois 1 – Phase d’attachement & installation

Objectifs :

- Sécurisation affective
- Repères action → intention → émotion (MBT)
- Routine institution
- Diminution anxiété / agressivité / apathie
- Découverte de l’animal et médiation sensorielle
- Stimulation orientation (temps-espace)

Modalités dominantes :

- MBT et counselling motivationnel
- TAA (thérapie assistée par l’animal)
- Ergothérapie fonctionnelle
- Réadaptation neuropsychologique (orientation, attention)
- Relaxation courte (sensorielle)

Mois 2 – Phase de consolidation et participation

Objectifs :

- Participation sociale
- Emergence plaisir et motivation
- Stimulation communication et empathie rudimentaire
- Consolidation gestes de vie quotidienne
- Meilleure tolérance frustration

- Structuration routines cognition-corps

Modalités dominantes :

- Thérapie groupale
- Green care et horticulture
- Sensorimoteur et proprioception
- MBT ciblé sur partage émotionnel
- Psychoéducation aidants

Mois 3 – Phase de transfert et autonomisation

Objectifs :

- Continuité identitaire (même fragmentaire)
- Valorisation et sentiment d'être utile
- Prévention isolement affectif
- Maintien dignité et symbolique (spiritualité)
- Réduction symptômes comportementaux

Modalités dominantes :

- Rituels culturels & spirituels
- Hammam et soin identitaire
- Activités mixtes (TAA et groupal)
- Consolidation des routines sensorielles et motrices

4.3. Objectifs par séance (MICRO)

Ci-dessous les séances typologiques (les équipes tournent entre elles)

A. Séance MBT et Counselling Motivationnel

Objectifs :

- Nommer émotion / intention
- Mentaliser comportement
- Donner sens à l'action
- Réduire impulsivité / désorganisation
- Valider expérience subjective

Adapté Alzheimer: Phrases courtes, supports sensoriels, reformulation

B. Séance Ergothérapie fonctionnelle

Gitlin LN (2012–2015); Kielhofner MOHO (2008) ; CMOP-E (1996)

Objectifs :

- Identité par le faire
- Autonomie et ADL/IADL
- Renforcer geste familial
- Prévention repli passif

Ex : cuisine simple, pliage, organisation matérielle, couture

C. Séance Réadaptation Neuropsychologique

Clare & Woods (2004); Bahar-Fuchs et al. (2013); Livingston et al. (2017 ; 2020); Mograbi(2018)

Objectifs :

- Orientation (temps-espace)
- Attention soutenue
- Mémoire procédurale
- Continuité narrative

Outils : ligne du temps, calendrier, cartes, repères spatiaux et temporaires

D. Séance TAA (Animal)

Thérapie Assistée par l'Animal (TAA)

(Moretti et al. 2011), (Majic 2013), (Nordgren 2014), (Allen 1997), (Fine 2019)

Pour une personne atteint d'Alzheimer léger, Une thérapie basée sur l'intégration d'un chien ; est une intervention valorisante, pas infantilisante ; 3 effets majeurs documentés dans ce cas :

- Renforce identité, responsabilité et sentiment d'être encore capable
- Réduit anxiété face à la performance
- Active mentalisation intentionnelle (MBT) : "il veut / il attend / il fait ceci"
- Favorise initiative : on va vers l'animal au lieu de subir une tâche
- Renforcer la confiance en soi et l'autonomie et le sentiment de sécurité
- Inhiber les sentiments de solitude

Généralement ; Les interactions animalisées facilitent :

- Nomination émotionnelle
- Attention conjointe
- Empathie rudimentaire
- Réduction ruminations comportementales
- Externalisation des affects

E. Séance Thérapie Groupale

Objectifs :

- Reconnaissance mutuelle

- Partage affectif
- Prévention isolement
- Activation empathique

Forme : cercle, discussion guidée, jeu émotionnel, photos, musique

F. Séance Relaxation / Pleine conscience adaptée

Objectifs :

- Apaiser anxiété / agitation
- Augmenter la tolérance et inhibé la frustration
- Ancrage somatique

Durée courte : 5-12 min, assis ou semi-allongé

G. Séance Sensorimotrice

Objectifs :

- Réveiller sensorialité
- Coordination + proprioception
- Maintien moteur
- Expression non verbale

Supports : textures, massage, balle, tissus, eau

H. Séance Green Care / Horticulture

Bateman & Fonagy (2004–2016) ; Cove et al. (2020)

Objectifs :

- Responsabilité
- Cycle vivant et symbolique
- Plaisir ; curiosité
- Ancrage présent

I. Séance Spirituelle / Rituelle

Objectifs :

- Dignité symbolique
- Sens ; continuité, culture
- Pacification narcissique
- Apaisement anxieux

J. Séance Hammam / Hygiène identitaire

Sabat S. (2001); Beard RL (2004); Miller & Rollnick (2013)

Objectifs :

- Soins de soi
- Identité corporelle
- Diminution de l'agressivité
- Rituel culturel structurant

4. 4. Exemple de Planning (Réaliste)

MOIS 1 (semaine type – 4 séances)

<i>Jour</i>	<i>Séance</i>	<i>Objectifs</i>
Lundi	MBT + TAA	attachement + mentalisation affective
Mardi	Ergothérapie	autonomie + identité par le faire
Jeudi	Réadaptation neuropsychologie + orientation	temps + attention + procédural
Vendredi	Relaxation + sensorimoteur	apaisement + proprioception

MOIS 2 (3 séances/semaine)

<i>Jour</i>	<i>Séance</i>	<i>Objectifs</i>
Lundi	Thérapie groupale + MBT	empathie rudimentaire + partage
Mercredi	Green care + horticulture	participation + motivation
Vendredi	TAA	confiance + réduction solitude

MOIS 3 (2 séances/semaine)

<i>Jour</i>	<i>Séance</i>	<i>Objectifs</i>
Mardi	neuropsychologie + MBT	sens + culture + affect
Vendredi	Hamam + Rituel spirituel + groupal	soin identitaire + continuité

5. Attendus cliniques

- Diminution d'agitation et d'anxiété
- Diminution Meilleure présence à autrui
- Réduction comportements d'isolement
- Meilleure coopération aux soins
- Plaisir retrouvé
- Continuité identitaire (même partielle)

- Amélioration qualité de vie

7. Sécurité clinique

- Protocoles de prévention chutes
- Suivi de la fatigue
- Adaptation cognitive progressive
- Gestion consentement continu (TAA)
- Hygiène renforcée (ergothérapie + hammam)

8. Indication institutionnelle

Indications prioritaires :

- Alzheimer léger
- Anxiété cognitive
- Retrait social émergent
- Préservation IADL partielle
- Sentiment d'inutilité
- Conscience du déclin (fragile mais active)

Contre-indications institutionnelles :

- Alzheimer sévère
- Agressivité non contenue
- Anosognosie sévère
- Apathie majeure

Synthèse :

Il s'agit ici d'un modèle de programme intégratif, qui favorise la prise en charge des personnes âgées atteintes d'Alzheimer au Maroc ; on lui a donné le titre de : «Programme MBT–NEXA Alzheimer Léger ». C'est un programme que l'on voulait le rendre complet et évolutif, offrant une approche positive et active pour accompagner les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ce modèle inclut une évaluation continue, un soutien psychologique, des stratégies de gestion des symptômes, ainsi que la réhabilitation cognitive et fonctionnelle.

Résultats après l'exécution du Programme

Le programme a été mis en œuvre malgré certaines limites liées aux moyens utilisés et aux spécificités de la population ciblée, notamment l'analphabétisme, ce qui a nécessité une adaptation des actions proposées. Sa réalisation a été rendue possible grâce à l'appui de Mme Azdade, psychologue de la région, et s'est déroulée au Centre Hospitalier de jour « Soutien Psychologique et Stimulation Cognitive » de la ville de Taza, offrant un cadre favorable aux interventions auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La durée du programme, limitée à trois mois, peut expliquer le caractère peu significatif des différences observées entre les évaluations pré- et post-intervention. Néanmoins, l'amélioration observée, en l'absence de régression, suggère un effet positif du programme, pouvant contribuer à renforcer la résistance au déclin chez des patients atteints d'Alzheimer à un stade léger. Une approche statistique corrélative a été adoptée pour comparer objectivement les résultats avant et après l'intervention, à l'aide du logiciel SPSS (version 23).

Les méthodes statistiques utilisées incluent :

- Fréquences
- Pourcentages
- Moyennes arithmétiques
- Ecart-types
- Test « T » pour échantillons liés

II. Résultats – Présentation, interprétation et discussion

Présentation des résultats

1. Statistiques descriptives

A. Résultats du test de capacités cognitives avant et après programme

Les résultats du test cognitif avant l'application du programme montrent une variation allant de 17 à 24, avec une moyenne de 20,38, indiquant une baisse significative des capacités cognitives chez les patients. À l'évaluation distante, une amélioration notable des capacités a été observée.

B. Résultats du test de dépression (BDI) avant et après programme

Les scores de dépression avant intervention étaient compris entre 14 et 23, avec une moyenne de 18,54, ce qui indique des niveaux légers à modérés de dépression. Après le programme, une diminution des scores a été observée chez l'ensemble des participants.

C. Résultats du test d'anxiété (Taylor) avant et après programme

Les évaluations pré-intervention révélaient des niveaux d'anxiété allant de léger à modéré. La moyenne atteignait 22,54. Après intervention, les scores ont diminué de manière significative chez tous les participants.

D. Résultats du test d'ajustement psychologique avant et après programme

Les évaluations pré-intervention indiquaient un manque d'ajustement psychologique léger à modéré. Après intervention, diminution significative des scores chez tous les participants.

E. Résultats du test d'équilibre adaptatif avant et après programme

Les scores pré-intervention indiquaient des niveaux faibles à modérés. La moyenne atteignait 21,38. Après programme, amélioration claire de l'équilibre adaptatif sur l'ensemble de l'échantillon.

2. Analyse statistique des résultats

Tableau 2 : Résultats du test t pour les moyennes pré- et post-test (MoCA)

<i>Application</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Écart-type</i>	<i>T</i>	<i>p (Sig.)</i>
Pré-test	20,38	2,364	0,24	0,80
Post-test	20,46	2,537	0,24	0,80

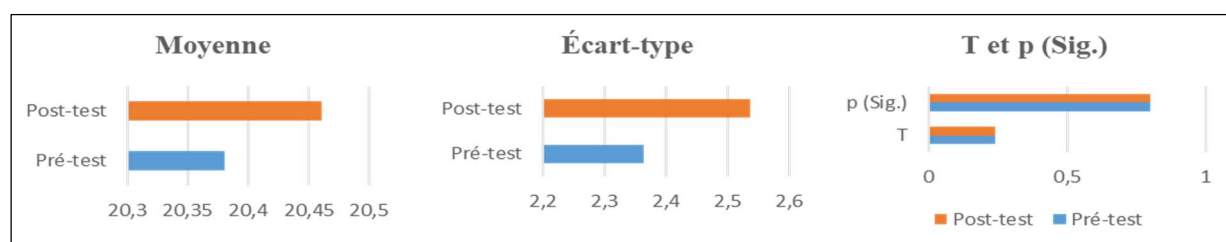


Figure 1 : Présentation des résultats du test t pour les moyennes pré- et post-test (MoCA)

Les résultats de la figure 1 et du tableau 2 montrent qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les moyennes pré et post-test du MoCA dans l'échantillon expérimental. La valeur t (0,249) et la valeur p (0,808) ($> 0,05$) indiquent l'absence d'effet significatif du programme sur la performance cognitive globale.

Tableau 3 : Résultats du test « T » pour l'échelle de dépression (Beck) et l'échelle d'anxiété (Taylor)

Échelle	Moyenne pré	Moyenne post	T	p (Sig.)
Dépression (Beck)	18,54	11,00	-10,855	0,000
Anxiété (Taylor)	22,54	16,23	-8,766	0,000

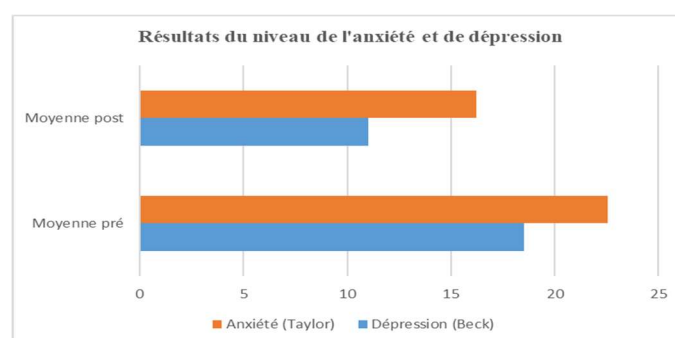


Figure 2 : Présentation des résultats des niveaux de dépression et d'anxiété pré et post-test

Les résultats de la figure 2 et du tableau 3 montrent une diminution significative des niveaux de dépression et d'anxiété post-test. Les valeurs t (-10,855 et -8,766) et p (0,000 $< 0,05$) indiquent que le programme a eu un effet significatif sur la réduction de la symptomatologie émotionnelle.

Tableau 4 : Résultats du test t pour les mesures fonctionnelles et psychosociales

Échelle	Pré-test	Post-test	t	p (Sig.)
Coping psychologique	105,38	60,92	-13,085	0,000
Équilibre émotionnel	21,38	13,00	-12,600	0,000
Indépendance fonctionnelle	19,85	17,08	-9,144	0,000

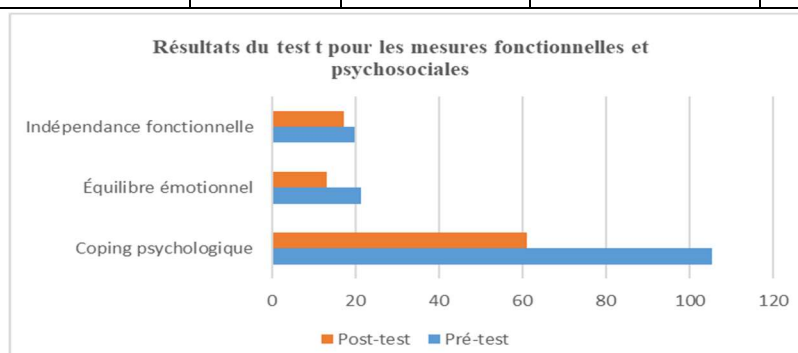


Figure 3 : Présentation des résultats du test t pour les mesures fonctionnelles et psychosociales

Les résultats de la figure 3 et du tableau 4 montrent une amélioration significative du coping psychologique, de l'équilibre émotionnel et du niveau d'indépendance fonctionnelle après l'application du programme clinique. Dans le tableau 4, les valeurs p ($< 0,05$) indiquent un effet positif notable.

3. Interprétation et Discussion des résultats

Les résultats ont montré une amélioration légère mais significative chez un groupe de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ayant bénéficié d'un programme de traitement psychologique. Malgré les difficultés persistantes, les participants ont présenté, après la fin du programme, une amélioration des capacités cognitives liées à la détérioration progressive des fonctions cérébrales associées à la maladie.

L'étude a également mis en évidence une diminution notable des niveaux d'anxiété et de dépression, ce qui reflète l'efficacité du programme dans la réduction de ces symptômes psychologiques fréquemment observés chez les patients atteints d'Alzheimer léger.

Les résultats ont également indiqué des améliorations positives dans des domaines tels que le bien-être psychologique, l'estime de soi, l'autonomie et l'ajustement émotionnel. Ces résultats positifs suggèrent que la psychothérapie peut fournir des bénéfices tangibles aux patients atteints d'Alzheimer en général, et les personnes atteints d'Alzheimer léger spécifiquement ; notamment en améliorant leur santé mentale et affective. On peut également alimenter notre programme avec des activités adaptées à la population cible, tout en restant dans le même cadre théorique et pratique (on peut même utiliser des activités sportives ou artistiques dans le cadre de l'ergothérapie, par exemple). C'était une idée bien développée par plusieurs psychologues, qui voulaient que le vieillissement doit avoir plus d'intentions. Colomer et de Vries (2016) visent à concevoir un dispositif de prise en charge qui améliore la qualité de vie des patients et leur fournisse un soutien global répondant à leurs besoins. Bien que la centration sur la personne soit reconnue comme une valeur fondamentale des soins de la démence par les autorités internationales et nationales, il existe parfois un écart entre la politique et la pratique. Il peut être difficile pour les prestataires de soins, les services liés aux personnes âgées et les hôpitaux de fournir des soins véritablement centrés sur la personne, quelque chose souvent perçu comme idéaliste (Richter et al., 2022). Ce n'est qu'en écoutant la voix des personnes ; Qu'il sera possible de comprendre leur expérience vécue et d'offrir des soins véritablement centrés sur la personne (Brooker, 2004).

Conclusion

les conclusions de l'étude viennent renforcer l'importance de l'application des programmes psychothérapeutiques centrés sur la personne, car ils peuvent contribuer efficacement à l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'Alzheimer léger, à la réduction du stress émotionnel et psychique, ainsi qu'à l'atténuation des défis et des pressions auxquels ils font face de manière continue. Elles soulignent également la nécessité de davantage d'investissements et d'efforts dans le domaine du traitement psychologique comme partie intégrante des stratégies globales de prise en charge thérapeutique pour les patients atteints d'Alzheimer. En insistant sur le paramètre culturel on peut faire surgir des programmes qui s'inspirent de la culture locale (hammam, rituels religieux...) qui peuvent réanimer la vie affective des personnes âgées avec des ressentis connus et reconnus ; Ainsi la personne pourra garder ses habilités cognitives et ses capacités mentales et corporelles plus longtemps que possible.

De ce point de vue ; Le vieillissement apparaît comme un phénomène multidimensionnel, où l'individu cherche à en maîtriser les effets à travers des représentations symboliques, des pratiques quotidiennes et des idéaux normatifs. Dans ce cadre, l'émergence du modèle du « bien vieillir » traduit une évolution sociétale

majeure ; il ne s'agit plus seulement de survivre à l'âge avancé, mais de répondre à une exigence de qualité de vie, d'autonomie et de participation sociale. Ce modèle, devenu un impératif, interroge la tension entre liberté individuelle et injonctions collectives, révélant les enjeux contemporains liés à la santé publique, à l'inclusion et à la reconnaissance des parcours singuliers. Ainsi, le « bien vieillir » se présente comme une construction sociale qui, tout en valorisant l'idéal d'une vieillesse active et digne, invite à repenser les politiques et les pratiques institutionnelles dans une perspective critique et intégrative.

Bibliographie

1. Livres

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA Publishing.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training for mild to moderate Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD003260.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004–2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. Oxford University Press.
- Belin, C., Ergis, A. M., & Moreaud, O. (2008). *Actualités sur les démences: Aspects cliniques et neuropsychologiques*. Solal.
- Chevance, A. (2004). *Clinique du vieillissement et travail thérapeutique*. Paris : L'Harmattan.
- Chevance, A. (2005). Fragilité narcissique et processus de perte chez le sujet âgé. *Annales Médico-Psychologiques*, 163(10), 876–884.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Léger, J-M. (2006). *Psychiatrie du sujet âgé: Approches cliniques et institutionnelles*. Paris: Masson.
- Fine, A. H. (2019). *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (5th ed.). Academic Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). Guilford Press.
- PDM-2 Task Force. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: Second Edition (PDM-2)*. Guilford Press.
- Sabat, S. R. (2001). *The Experience of Alzheimer's Disease: Life Through a Tangled Veil*. Oxford University Press.
- Stocker, H., Nabers, A., et al. (2019). Prediction of Alzheimer's disease diagnosis within 14 years through A β misfolding in blood plasma compared to APO ϵ 4 status and other risk factors. *Alzheimer's & Dementia*, 1–9.

2. Articles scientifiques

- Attar, F., & Ouadi, K. (2023). Adaptation and validation of the Big Five Inventory-2 Short Form in a sample of Moroccan young adults. *Psychological Research Journal*.
- Attar, F., & Ouadi, K. (2023). Adaptation and validation of the Melbourne Decision-Making Questionnaire in a sample of Moroccan young adults. *Psychological Research Journal*.
- Attar, F., & Ouadi, K. (2023). Content validity and reliability of the Adult Attachment Interview in a sample of Moroccan young adults. *Psychological Research Journal*.
- Azdad, A., Benabdljlil, M., Al Zemmouri, K., & El Alaoui, F. M. (2019). Standardization and validation of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in the Moroccan population. *International Journal of Brain and Cognitive Sciences*, 8(1), 1–5.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training for mild to moderate Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD003260.

- Beard, R. L. (2004). In their voices: Identity preservation in Alzheimer's disease. *Journal of Aging Studies*, 18(4), 415–428.
- Calvet, B., & Clément, J.-P. (2014). Vieillesse cognitive et fragilité psychique: Approches cliniques et perspectives thérapeutiques. *Revue Gériatrique*, 21(3), 123–138.
- Chafai, I., & Ouadi, K. (2024). Effect of therapeutic parent education on psychological flexibility in parents of children with ASD. *Atae Journal of Studies&Research*, 5, 217–229.
- Chafai, I., & Ouadi, K. (2024). Social skills training in children with autism. *Arab Journal of Psychology*, 8(1–2).
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385–401.
- Cloutier, M., Gauthier-Loiselle, M., et al. (2019). Institutionalization risk and costs associated with agitation in Alzheimer's disease. *Alzheimer's&Dementia:TranslationalResearch&Clinical Interventions*, 5, 851–861.
- Colomer, J., & de Vries, M. (2016). Occupational therapy for older adults with dementia: Individualized sensory-motor interventions. *Dementia*, 15(4), 1204–1223.
- Cove, J., et al. (2020). Mentalization-based approaches in geriatric psychiatry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(8), 887–896.
- Del Como, F., & Plotkin, D. (2006). Neuropsychiatric aspects of aging: Psychodynamic insights and clinical implications. *Journal of Aging and Mental Health*, 10(2), 115–128.
- El Alaoui, F. M., Benabdljlil, M., Boutazout, M., Mouji, F., Agoulmame, M., Rahmani, M., et al. (2003). Adaptation and validation of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Arabic. *Revue de Neurologie (Paris)*, 53, 146–159.
- El Haddadi, A., Lamouine, M., & Ouadi, K. (2024). Emotional communication and marital happiness in Moroccan couples. *Arab Psychological Journal*.
- Espiritu, D. A., Rashid, H., Mast, B. T., Fitzgerald, J., Steinberg, J., & Lichtenberg, P. A. (2001). Depression, cognitive impairment, and function in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11), 1098–1103.
- Gitlin, L. N. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *The Gerontologist*, 52(3), 314–326.
- Gitlin, L. N. (2015). Behavioral intervention research in dementia care. New York: Springer.
- Lamouine, M., Bugos, J., & Ouadi, K. (2024). Validation of the Goldsmiths Musical Sophistication Index in Morocco. *Music Psychology Quarterly*.
- Lamouine, M., & Ouadi, K. (2024). How music training affects cognitive development. *Journal of Cognitive Development Studies*.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186.
- Léger, J.-M. (2006). *Psychiatrie du sujet âgé: Approches cliniques et institutionnelles*. Paris: Masson.
- Livingstone, G., et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390, 2673–2734.
- Livingstone, G., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 update. *The Lancet*, 396, 413–446.
- Maillet, D., & Belin, C. (2014). Évaluation cognitive des patients illettrés et de bas niveau d'éducation. *Revue de Neuropsychologie*, 3(6), 201–206.
- Majic, T., et al. (2013). Animal-assisted therapy and agitation in dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(7), 1015–1023.
- Marshall, G. A., Rentz, D. M., et al. (2011). Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer's&Dementia*, 7, 300–308.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Mograbi, D. C. (2018). Metacognition and anosognosia in Alzheimer's disease. *Cortex*, 101, 92–102.

- Moretti, R., et al. (2011). Pet therapy in elderly dementia patients. *Journal of Alzheimer's Disease*, 23(2), 337–348.
- Morris, M. C., Evans, D. A., Tangney, C. C., Bienias, J. L., & Wilson, R. S. (2005). Fish consumption and cognitive decline with age in a large community study. *Archives of Neurology*, 62(12), 1849–1853.
- Nasreddine, Z. S., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97)*. London: NICE.
- Nordgren, L. (2014). Health benefits of animal-assisted interventions in dementia. *Aging & Mental Health*, 18(3), 226–233.
- Sabat, S. R. (2001). *The Experience of Alzheimer's Disease: Life Through a Tangled Veil*. Oxford University Press.
- Spector, A., & Orrell, M. (2006). A review of the use of cognitive stimulation therapy in dementia management. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 2(8), 381–385.
- Stern, Y., Luchsinger, J. A., & Mayeux, R. (2004). Dietary factors and Alzheimer's disease. *Lancet Neurology*, 3, 579–597.
- Talpin, J-M. (2014). Le bien vieillir et ses modèles au regard de la clinique. *Le Carnet Psy*, 180(4), 38–40.

3. Sites officiels / rapports

- Haut-Commissariat au Plan. (2025). *Rapport national sur le vieillissement et la transition démographique au Maroc*. Rabat : HCP.
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. Genève: OMS.