

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème :

**Les manifestations dépressives chez les sujets atteints de
la maladie d'Alzheimer.
Etude de 6 cas**

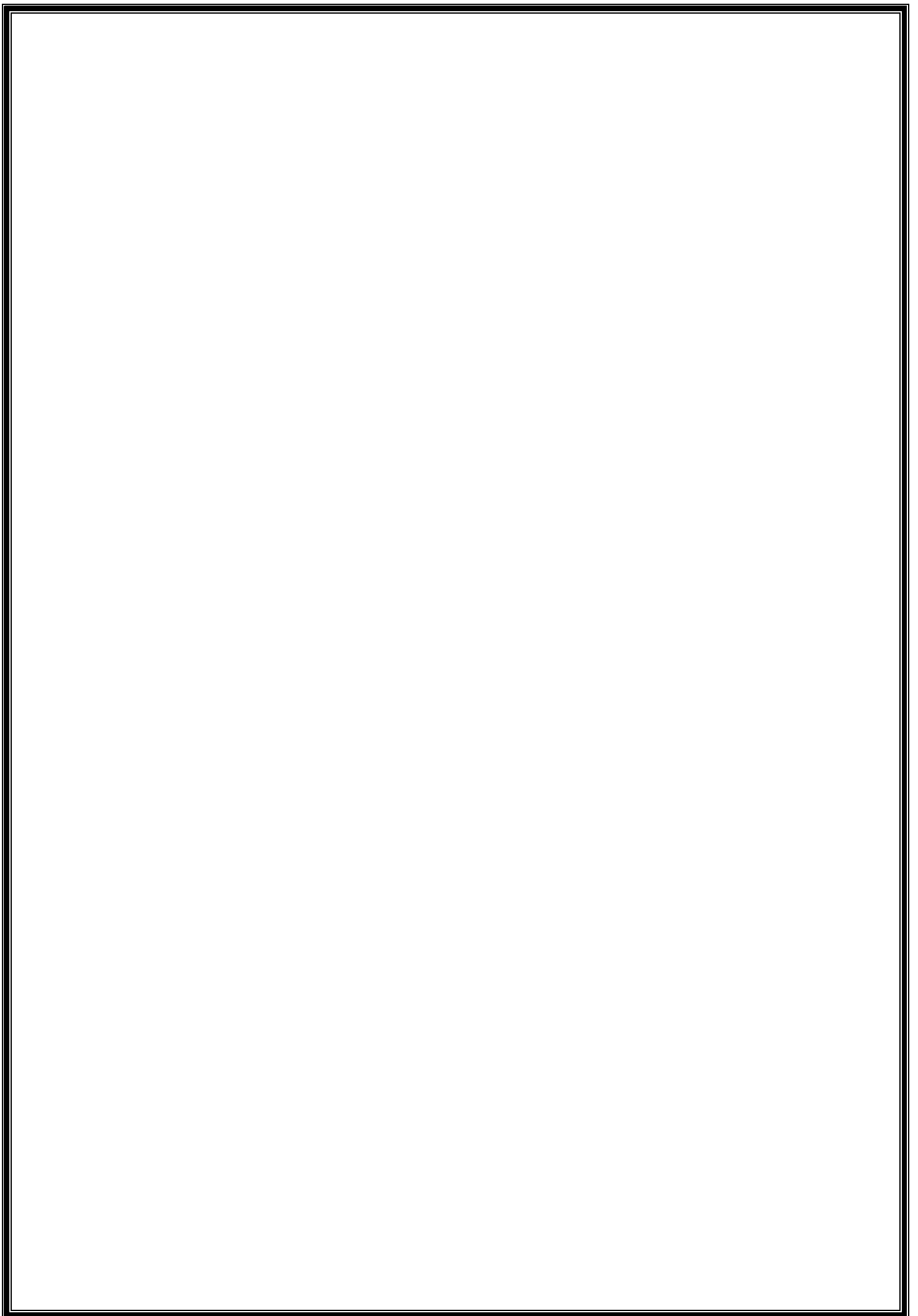
Réalisé par :

M^{elle}. AMAOUCHE CHERIFA

Encadré par :

Dr. BAA SALIHA

Année Universitaire : 2012- 2013



Remerciement

*Nous tenons à remercier tout d'abord le **BON DIEU** qui nous a donné la volonté et le courage afin de réaliser ce modeste travail.*

*Nous tenons à remercier aussi notre encadreur **DR BAA SALIHA**, pour la confiance qu'elle nous accordée, et pour ses conseils et ses encouragement tout au long de la recherche.*

*Nous remercions également **les membres du jury** d'avoir accepter d'évaluer ce modeste travail.*

*Un grand merci pour le professeur **BENDIB-MERYEM-ABADA** (chef de consultation mémoire de service Neurologie de CHU Bab El Oued), vous nous avez motivé à étudier la maladie d'Alzheimer avec un autre regard, vous nous avez soutenu et encouragé durant toute la recherche, que ce modeste travail soit l'expression de notre plus profonde reconnaissance « **Que Dieu vous donne la force** ».*

*Merci à mesdemoiselles **DJAAFER CHERIF WISSEM**(Neuropsychologue) et **BOUCHEMEHA BESMA** (Psychologue orthophoniste) pour le soutien qu'elles nous ont accordé pour mener cette recherche et pour nous avoir fait part de leur expertise professionnelle tout au long de cette expérience de terrain, sans oublier bien sur **Dr SAIB LOUIZA**(Neurologue) **CHERRIKH SALAH**(Psychiatre) et **Fatiha** (secrétaire) qui étaient toujours disponible pour nous.*

*Un grand remerciement à tous **les patients atteints de maladie d'Alzheimer** qui malgré leur maladie restent une source de sagesse, ainsi qu'aux **aidants familiaux** qui ont eu la gentillesse de participer à cette recherche en acceptant de nous accorder un peu de leur temps et de leur vécu, sans eux ce travail n'aurait pas pu se réaliser. « **QUE DIEU SOIT AVEC VOUS** ».*

Nous tenons à formuler notre gratitude et notre profonde reconnaissance à l'égard de nos parents pour leur soutien durant nos études.

Enfin, merci à tous ceux qui m'ont soutenue, de près comme de loin, de quelque manière que ce soit, durant cette année.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

❖ *A mes très chers parents, aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous n'avez cessé de me donner, pour mon éducation, mon bien être, et pour mener à bien mes études.*

« Puisse Dieu, le tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur. »

❖ *A mon très cher fiancé « Yanis »*

« Que Dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle. »

❖ *A mes chères sœurs et leurs époux.*

❖ *A mes chers frères et leurs épouses.*

❖ *A ma petite sœur « kouka ».*

❖ *A mes neveux et nièces.*

❖ *A la famille « AMAOUCHE » « BENMAMMER » et « ALLAM »*

❖ *A «B. Malika »*

❖ *A mes collègues « Fadila », «Nourdine »et « Boussaad »*

❖ *A tout mes ami(es) :*

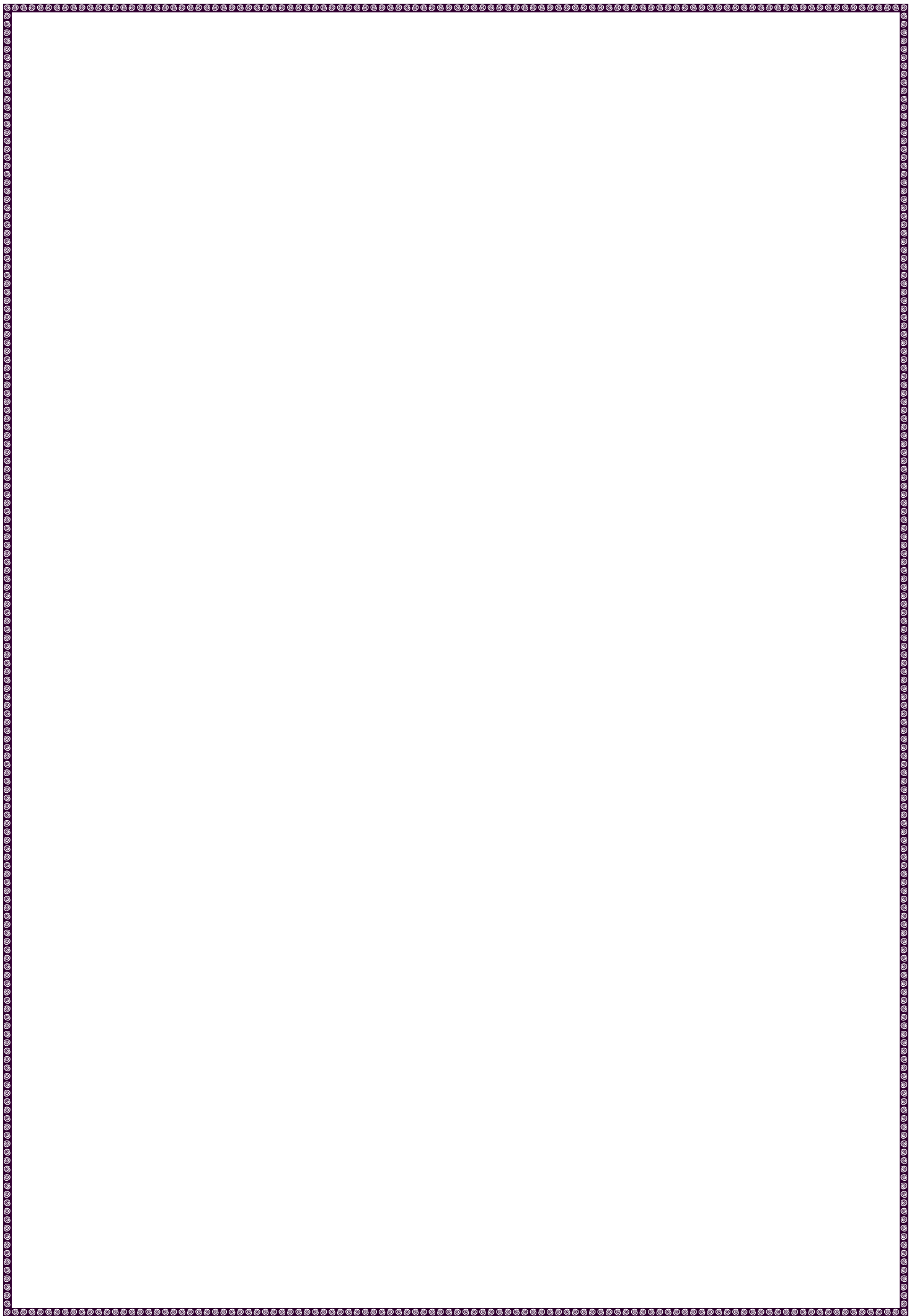
Assia, Dihia, Imane, Aida, Ithri, Kahina, Roza, Nabila, Ania,

Linda, Zahra, Farida, Mbarka, Sabrina...

❖ *A ceux qui m'ont aidé à réaliser ce travail.*

❖ *A toute la promotion « psychologie clinique » 2012-2013.*

« Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de Bonheur, de santé et de réussite. »



La liste des figures et tableaux

La liste des figures

Figure 1 : Transformation du cerveau en cas de maladie d'Alzheimer.

Figure2 : Dégénérescences neurofibrillaires et plaques séniles de la maladie d'Alzheimer.

La liste des tableaux

Tableau n°01 : Les principales approches non médicamenteuses.

Tableau n°02 : Spécificités de la dépression chez le sujet âgé.

Tableau n°03 : Diagnostic différentiel de la dépression avec la maladie d'Alzheimer.

Tableau n°04 : Critères de diagnostic de la dépression dans la maladie d'Alzheimer.

Tableau n°05 : Présentation de la population d'étude selon le genre.

Tableau n°06 : Présentation de la population de la recherche selon l'âge.

Tableau n°07 : Présentation de la population d'étude d'après le stade de sévérité des troubles cognitifs (score de MMSE).

Tableau n°08 : Répartition des cas selon le score et le niveau de dépression.

Tableau n°09 : Répartition des symptômes psychologiques et comportementaux selon la Fréquence*Gravité pour tout les cas.

Sommaire

Introduction générale

Partie théorique

Chapitre I : La maladie d'Alzheimer

Introduction.....	14
1-Vieillessement normal et pathologique.....	15
1-1 Vieillessement normal.....	15
1-2 Vieillessement pathologique.....	15
2-Les démences	16
2-1 Définition.....	16
2-2 Etiologie.....	17
3-La maladie d'Alzheimer.....	18
3-1 Définition.....	18
3-2 Historique de la maladie	19
3-3 Anatomopathologies de la maladie d'Alzheimer.....	20
3-4 Facteurs de risque et facteurs protecteurs de la maladie d'Alzheimer.....	22
3-5 Les phases de la maladie d'Alzheimer.....	23
3-6 Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.....	24
3-7 Les manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer.....	26
3-8 les mesures thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer.....	32
Conclusion	33

Chapitre II : La dépression

Introduction	35
1-Définition de la dépression.....	35
2-Dépression chez le sujet âgé.....	36
2-1 Données épidémiologiques.....	36
2-2 Facteurs de risque de dépression chez le sujet âgé.....	36
2-3 Facteurs protecteurs de la dépression chez le sujet âgé.....	38
2-4 La Clinique de la dépression chez le sujet âgé.....	38
3-Dépression et maladie d'Alzheimer.....	41
3-1 Epidémiologie de la dépression dans la maladie d'Alzheimer.....	41
3-2 Dépression comme facteur de risque de la maladie d'Alzheimer.....	41
3-3 Diagnostic de la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer...42	
3-4 Impact de la dépression sur la qualité de vie dans maladie d'Alzheimer.....	46
3-5 Traitement de la dépression dans la maladie d'Alzheimer.....	46
Conclusion	47
4-Problématique et hypothèses	48

Partie méthodologique et pratique

Chapitre III : Cadre méthodologique de la recherche

Introduction.....	54
1-La démarche de la recherche.....	54
1-1 La pré –enquête.....	54
1-2 La méthode utilisée dans la recherche.....	55
1-3 Définition des variables.....	56
1-4 Présentation de lieu de la recherche.....	57

1-5 La population de la recherche.....	58
2- Les outils de la recherche	60
2-1 L'entretien clinique.....	61
2-2 L'échelle de dépression gériatrique (GDS : 30items).....	64
2-3 L'inventaire Neuropsychiatrique (NPI).....	65
3-Le déroulement de la pratique.....	66
Conclusion	68
Chapitre IV : Le cadre pratique de la recherche	
Introduction.....	69
1-Analyse des entretiens et interprétation des résultats.....	69
1-1 Présentation du cas n°1.....	69
1-2 Présentation du cas n°2.....	76
1-3 Présentation du cas n°3.....	83
1-4 Présentation du cas n°4.....	89
1-5 Présentation du cas n°5.....	96
1-6 Présentation du cas n°6.....	102
2-Synthèse générale de l'analyse des cas.....	108
2-1 Synthèses des données des entretiens de tous les cas.....	108
2-2 Les données relatives à l'échelle de dépression gériatrique pour tous les cas....	111
2-3 Présentations des résultats relatifs au NPI de tous les cas	112
3-Discussion des hypothèses	113
3-1 Discussion de la première hypothèse.....	113
3-2 Discussion de la deuxième hypothèse.....	114
3-3 Discussion de la troisième hypothèse	114
Conclusion	117

Conclusion générale

La liste bibliographique

La liste des index

Les annexes

Introduction générale

Introduction générale

L'Algérie qui compte actuellement 3.5 millions de personnes âgées l'équivalant de 7.9 % de la population (www.ons.dz), doit faire face au phénomène du vieillissement auquel elle est désormais confrontée, avec les nouvelles données démographiques qui s'accroissent.

La prise en charge adéquate de cette tranche de la population doit prendre en compte les problèmes de santé posés dans leur globalité avec les données physiques, biologiques et psychiques propres à la personne âgée notamment la maladie d'Alzheimer qui est assurément la maladie du troisième âge, sa fréquence augmente proportionnellement avec le vieillissement de la population.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui provoque des lésions au cerveau. Les symptômes comprennent les pertes de mémoire, la difficulté à accomplir des tâches de la vie quotidienne, de même que des changements d'humeur et de comportement.

Une des sérieuses complications associées à la maladie d'Alzheimer, est la survenue fréquente de troubles psychologiques et comportementaux comme les délires, l'hallucination, agitation, anxiété, troubles de sommeil et d'appétit ainsi que la dépression. Les symptômes psychologiques et comportementaux sont la cause essentielle de l'épuisement des aidants et la source de souffrance et d'altération de la qualité de vie du malade.

La dépression qui est souvent associée à la maladie d'Alzheimer (Jorm., 2001), est fréquente chez les sujets avec maladie d'Alzheimer, sa prévalence est estimée de 44.9% selon plusieurs études européennes (Robert et al., 2005).

Le manque de travaux sur la maladie d'Alzheimer en Algérie, notamment sur les symptômes psychologiques et comportementaux de cette maladie, le manque de la solidarité sociale et les centres de prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer, ainsi que le peu de connaissance des psychologues sur les maladies neurodégénératives telle que la maladie d'Alzheimer, sont les causes principales pour lesquelles nous avons opté pour l'étude et la description de la dépression et des symptômes psycho-comportementaux qui l'accompagnent chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer.

Dans notre étude portée sur le thème « les manifestations dépressives chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer », nous avons choisi comme terrain d'étude le centre de consultation mémoire de service neurologie au niveau de CHU Bab El oued, à Alger.

Introduction générale

L'objectif de ce modeste travail est d'apporter une meilleure connaissance sur la maladie d'Alzheimer, reconnaître, décrire et évaluer les manifestations dépressives chez les malades et rechercher les symptômes psychologiques et comportementaux qui accompagnent la dépression dans la maladie d'Alzheimer. Pour atteindre ces objectifs, nous avons décidé d'utiliser l'entretien semi directif, l'échelle de dépression gériatrique (GDS) et l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) comme outils de recherche avec un échantillon composé de six cas.

Pour élaborer notre travail, nous avons adopté un plan de travail qui comprend les éléments suivants : première partie théorique divisée en deux chapitres, en effet le premier chapitre est consacré à l'étude de la maladie d'Alzheimer, sa définition, les facteurs de risque et de protection, les symptômes cognitifs et psycho-comportementaux ainsi que la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, cependant le deuxième chapitre est consacré à la dépression, nous avons décrit les symptômes de la dépression chez les sujets âgés et chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi que le diagnostic différentiel de la dépression avec la maladie d'Alzheimer et la prise en charge de la dépression dans cette maladie.

La partie théorique est suivie d'une problématique et les hypothèses de la recherche, la deuxième partie est la partie méthodologique et pratique, elle aussi est divisée en deux chapitres, le chapitre trois qui englobe le cadre méthodologique de la recherche où nous avons abordé : la méthode appliquée, le lieu et la population de notre étude ainsi que les outils utilisés lors de la recherche et le déroulement de la pratique. Et dans le chapitre quatre qui englobe le cadre pratique, nous avons présenté les données des entretiens et les résultats des échelles GDS et NPI, et l'interprétation de ces données ainsi que la discussion des résultats et des hypothèses.

Enfin nous terminons par une conclusion générale de toute la recherche dans laquelle nous évoquons ce que nous avons dégagé de ce travail, et d'autres perspectives de la recherche.

Introduction

La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative qui provoque des lésions au cerveau. Elle n'est pas un processus normal de vieillissement : elle est une maladie. Découverte en 1906 par le neurologue Alois Alzheimer, cette maladie provoque une détérioration graduelle des cellules nerveuses du cerveau et affecte principalement les personnes âgées de plus de 65 ans. La cause de la maladie d'Alzheimer n'est pas encore connue mais plusieurs facteurs peuvent être liés à l'apparition des symptômes. Les personnes atteintes de cette maladie peuvent présenter des symptômes cognitifs tel que : perte de mémoire, perturbation des fonctions exécutives et difficultés à accomplir des tâches de la vie quotidiennes. De même que des symptômes comportementaux et psychologiques comme la dépression, apathie et anxiété. Suivre une démarche clinique dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer peut aider au diagnostic différentiel avec d'autres maladies comme la dépression, et identifier la phase de la maladie et son évolution. Aucun traitement ne peut arrêter l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Cependant, plusieurs médicaments et approches non médicaux permettent d'alléger les symptômes cognitifs et non cognitifs de la maladie.

1-Vieillesse normale et vieillissement pathologique

Il est avant tout nécessaire, lorsqu'on parle de personnes âgées, de bien noter la différence entre ce qui relève du vieillissement normal et ce qui relève du vieillissement pathologique, en l'occurrence, d'une démence de type Alzheimer. En effet, certaines manifestations physiques ou psychologiques chez un sujet âgé sont uniquement le signe d'une vieillesse normale et il est important, pour détecter le début d'une quelconque démence, de bien les différencier de symptômes d'une quelconque maladie.

1-1 Vieillesse normale

Le vieillissement normal correspond à la notion de sénescence qui désigne l'affaiblissement des capacités d'un individu dû à la maturation et à la dégradation de certaines fonctions physiologiques et psychiques (Charlot V et Guffens C.,2007.p.28). Il s'accompagne d'un nombre croissant de maladies mais cela ne signifie pas que la vieillesse soit un facteur pathogène puisque certaines personnes âgées continuent à disposer d'une bonne santé et d'une meilleure qualité de vie grâce à des actions préventives tout au long de leur vie (Piazza S D., 2005, p.31). Cela dépend aussi de l'histoire de la personne, sa personnalité et son contexte socioculturel et familial.

1-2 Vieillesse pathologique

Il est difficile de marquer une limite stricte entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique qui est un état associé consécutif et aggravé à des pathologies et des handicaps se produisant au cours du vieillissement lui même(Charlot V et Guffens C., 2007.p.28) et entraînant notamment des troubles séniles appelés démences telle que la maladie d'Alzheimer qui se caractérise par les désorganisations de la personnalité sur le plan intellectuel et affectif (Godefroid.,2008.p.269).

Il faut aussi noter que le vieillissement pathologique est souvent entraîné par la difficulté pour les personnes âgées à résoudre une crise psychologique liée à leur situation même, et qu'à son tour, l'apparition d'une pathologie est généralement source d'angoisses, d'une perte de l'estime de soi également, risquant de provoquer d'autres pathologies associées, comme l'anxiété généralisée ou la dépression (Piazza S D.,2005.p.32) Il est évident qu'un conflit psychique et une désorganisation mentale ne sont pas à eux seuls responsables

de l'apparition d'une démence sénile comme la maladie d'Alzheimer. Bien d'autres facteurs sont à mettre en cause, nous évoquerons à nouveau ce sujet plus tard.

2-Démences

2-1-Définition

Depuis les travaux d'Esquirole au début du XIX^e siècle, la démence est considérée comme un état résultant d'une affection cérébrale acquise qui détériore progressivement le fonctionnement intellectuel de l'individu et qui influe sur son adaptation à son environnement, surtout face à des situations nouvelles ce qui conduit à la perte de son autonomie.

Il existe plusieurs définitions de la démence, les deux principales étant celle de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et celle de DSM IV.

Dans la CIM-10 (dixième version de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 1994), l'OMS (Organisation mondiale de la santé) définit la démence comme « Une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou modification de la personnalité. » (CIM-10,1994).

Le DSM IV (Diagnostic and statistical and mental disorders, 2004), décrit la démence comme un syndrome insidieux et progressif caractérisé par le développement de déficits cognitifs multiples. Ils incluent toujours un trouble de la mémoire et une des perturbations cognitives suivantes :

- L'aphasie (perturbation du langage). Le trouble du langage peut se manifester par une difficulté à trouver les noms des individus et des objets. Le discours devient pauvre, peu informatif, digressif ou stéréotypé.
- L'apraxie (altération de la capacité à exécuter des gestes ou à utiliser des objets malgré des fonctions motrices et sensorielles intactes).

- L'agnosie (incapacité à reconnaître ou à identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes). Elle peut conduire, à un stade avancé, à ne pas reconnaître les proches ou même à ne plus se reconnaître dans un miroir.

- Une perturbation des fonctions exécutives (capacité à penser de façon abstraite, à planifier, à initier, à organiser dans le temps une tâche complexe). Elles sont liées à un dysfonctionnement du lobe frontal et/ou des voies associatives sous-corticales.

Ces déficits cognitifs doivent être à l'origine d'une altération du fonctionnement social ou professionnel et représenter un déclin significatif par rapport aux capacités antérieures.

L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu. Le diagnostic de démence ne peut être posé si ces symptômes sont liés à un delirium (épisode de confusion mentale) ou à une affection psychiatrique (dépression majeure, schizophrénie...) (DSM-IV-TR, 2004).

2-2-Etiologies

Les causes de la démence sont multiples. De nombreuses classifications existent, en fonction de la localisation anatomopathologique (démences corticales et sous corticales), de la curabilité ou non de la démence, de l'âge de survenue (démences préséniles avant 65 ans, et séniles après 65 ans) et, le plus habituellement, en fonction du processus pathologique mis en cause (dégénératif ou non).

Les démences dégénératives sont dues à une dégénérescence des cellules nerveuses cérébrales. La démence de type d'Alzheimer, et d'autre comme les démences fronto-temporale, la démence à corps de Lewy, des démences associées à des troubles moteurs (la maladie de Parkinson idiopathique, la dégénérescence cortico –basale, la chorée de Huntington ...) les atrophies focales progressives (les aphasies progressives primaires, les démences sémantiques, les atrophies corticales postérieures, les apraxies progressives) (Smeltzer S et Bare B., 2006.p.264).

Les démences non dégénératives varient selon l'étiologie vasculaire, infectieuse, traumatique, toxique ou tumorale. Parmi elles, la plus fréquente est la démence vasculaire (Laterre E C., 2008, p611).

Les démences mixte comme par exemple la démence vasculaire qu'est associée a la démence de type d'Alzheimer cette dernière que nous allons décrire au cours de notre recherche.

3-La maladie d'Alzheimer

3-1 Définitions

Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS) en 1993 la maladie d'Alzheimer est définie en ces termes « La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primaire, d'étiologie inconnue et qui présente des altérations neuropathologiques et neurochimiques caractéristiques. Elle commence, en général, de façon insidieuse et lente et évolue progressivement pendant plusieurs années » (Selmès J., 2004, p15) (voir **Figure1**)

Transformation du cerveau en cas de maladie Alzheimer:

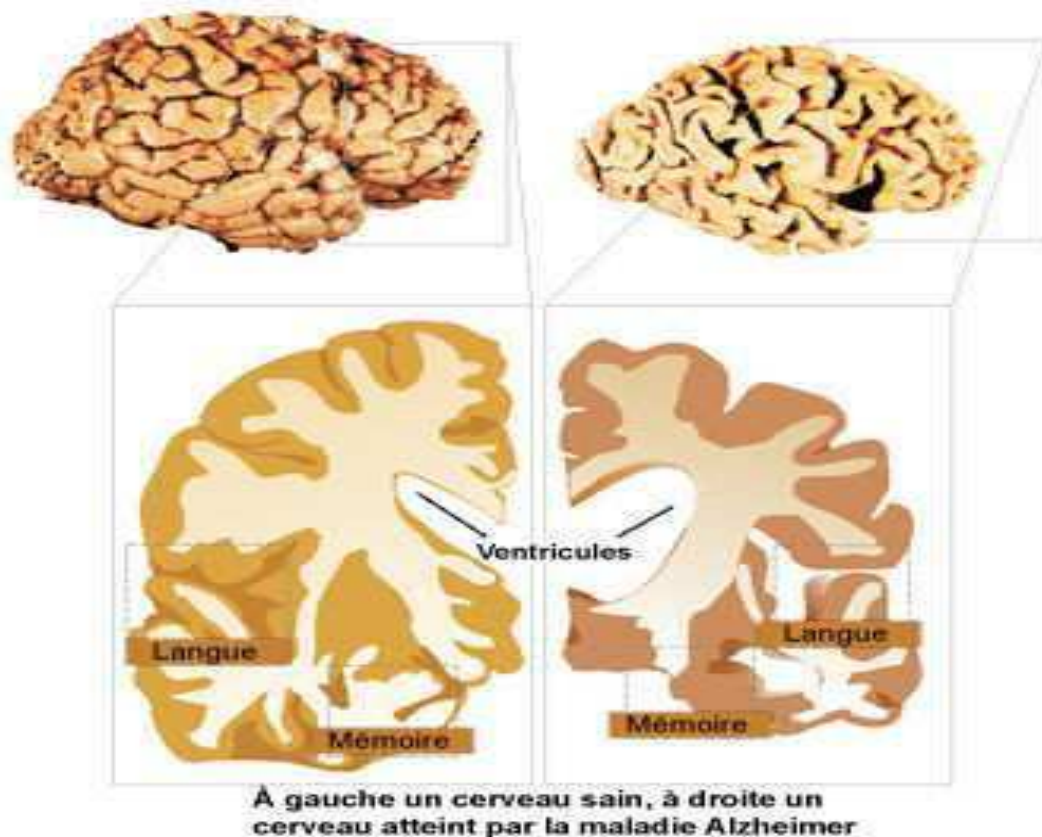


Figure 1 : Transformation du cerveau en cas de maladie d'Alzheimer.

Cette définition souligne trois aspects de la maladie :

- La maladie d'Alzheimer n'est pas due au vieillissement normal, certes l'âge est un facteur de risque mais ce n'est pas la cause ;
- Les causes ne sont toujours pas connues et il n'y a toujours pas de traitements curatifs ;
- La maladie est de nature dégénérative c'est-à-dire que certaines cellules cérébrales meurent progressivement.

3-2 Historiques de la maladie

En 1901, Alois Alzheimer (1864-1915) neuropsychiatre allemand, décrit chez sa patiente âgée de 51 ans le développement progressif d'une altération du fonctionnement intellectuel associé à des troubles psychiatrique marqué par le délire de jalousie, des hallucinations, des troubles du langage, des difficultés gestuelles, agitation et surtout des troubles de mémoire (Croisile B., 2009, p424).

Auguste.D mourut après 4ans et demi du début des troubles et en 1906 lors de l'autopsie de sa patiente Alois Alzheimer décrit deux types d'anomalies : des plaques séniles, et des formations anormales situées a l'intérieur des neurones qu'il nomma « dégénérescences neurofibrillaires » (Selmès J., 2004, p 18).

En 1910, Kraepelin (1856-1926) dans sa huitième édition de son traité des maladies mentales proposa de nommer le nom de son élève Alzheimer à une forme particulière de démence survenant chez le sujet relativement jeune (Croisile B., 2009, p426).

Durant les années 60, la présence des même lisions, plaques séniles et dégénérescences neurofibrillaires, dans les types de démences, séniles et préséniles, amena la communauté médicale à réunir ces deux entités sous un terme unique qui est démence de type d'Alzheimer (DTA).

Entre 1970 et 2010, le terme démence de type d'Alzheimer est remplacé par maladie d'Alzheimer. Elle représente un pôle d'intérêt pour le chercheur étant donné l'accroissement du nombre des cas qui évolue à cause de l'augmentation de l'espérance de vie, les progrès

scientifiques qui fournissent des outils, des techniques et des connaissances qui peuvent servir à l'exploration et à la compréhension de la maladie d'Alzheimer que se soit pour le diagnostic ou pour la prévention et le traitement.

3-3 Anatomopathologies de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer se caractérise par une atrophie corticale et la présence de modifications au niveau cellulaire : perte synaptique et neuronale, plaques séniles, dégénérescences neurofibrillaires. Ces lésions anatomopathologiques caractéristiques de la maladie d'Alzheimer prédominent au niveau de l'hippocampe et du cortex associatif, et elles sont présentes aussi dans le cerveau âgé normal mais leurs densité est bien inférieure et leurs répartition différente (Danziger N et Alamowitch S., 2003, p333).

3-3-1 L'atrophie cérébrale avec perte neuronale :

Macroscopiquement, il ya une atrophie corticale et de la substance blanche sous - corticale avec un élargissement des espaces sous-arachnoïdiens et des ventricules latéraux. L'atrophie prédomine au niveau des lobes frontaux, temporaux et occipitaux. (Perkin C D., 2002, p94)

3-3-2-Angiopathie amyloïde :

La présence de substance amyloïde dans les parois des vaisseaux cérébraux est retrouvée chez environ 40% des patients atteints de la MA, ces mêmes dépôts peuvent se voir chez des patients non Alzheimeriens, présentant des hémorragies cérébrales récidivantes.

3-3-3 La plaque sénile

Est une lésion extraneuronale, dont le constituant principal est la protéine beta-amyloïde. Celle-ci se forme par clivage enzymatique d'une protéine précurseur : l'APP (Amyloid Protein Precursor). Selon les enzymes impliquées, ce clivage aboutit à une protéine soluble (du fait de l'action de l'alpha-sécrétase et de la beta-sécrétase), ou insoluble (du fait de l'action du gamma sécrétase et de la beta-sécrétase) qui s'agrège pour former les plaques amyloïdes. **(Voir Figure 2)**

3-3-4 La dégénérescence neurofibrillaire (DNF)

Est une lésion intra neuronale. Son Constituant principal est le protéiné tau (tubulin associated unit). Dans la maladie d'Alzheimer, cette protéiné est anormale car hyperphosphorylée ; elle s'organise alors en paires de filaments hélicoïdaux, dont le développement altère le fonctionnement des microtubules et le flux axonal. (Voir Figure 2)

Ces deux dernières lésions, indispensables au diagnostic, augmentent au cours de la maladie. Leur nombre est statistiquement lié à l'importance de la détérioration intellectuelle.

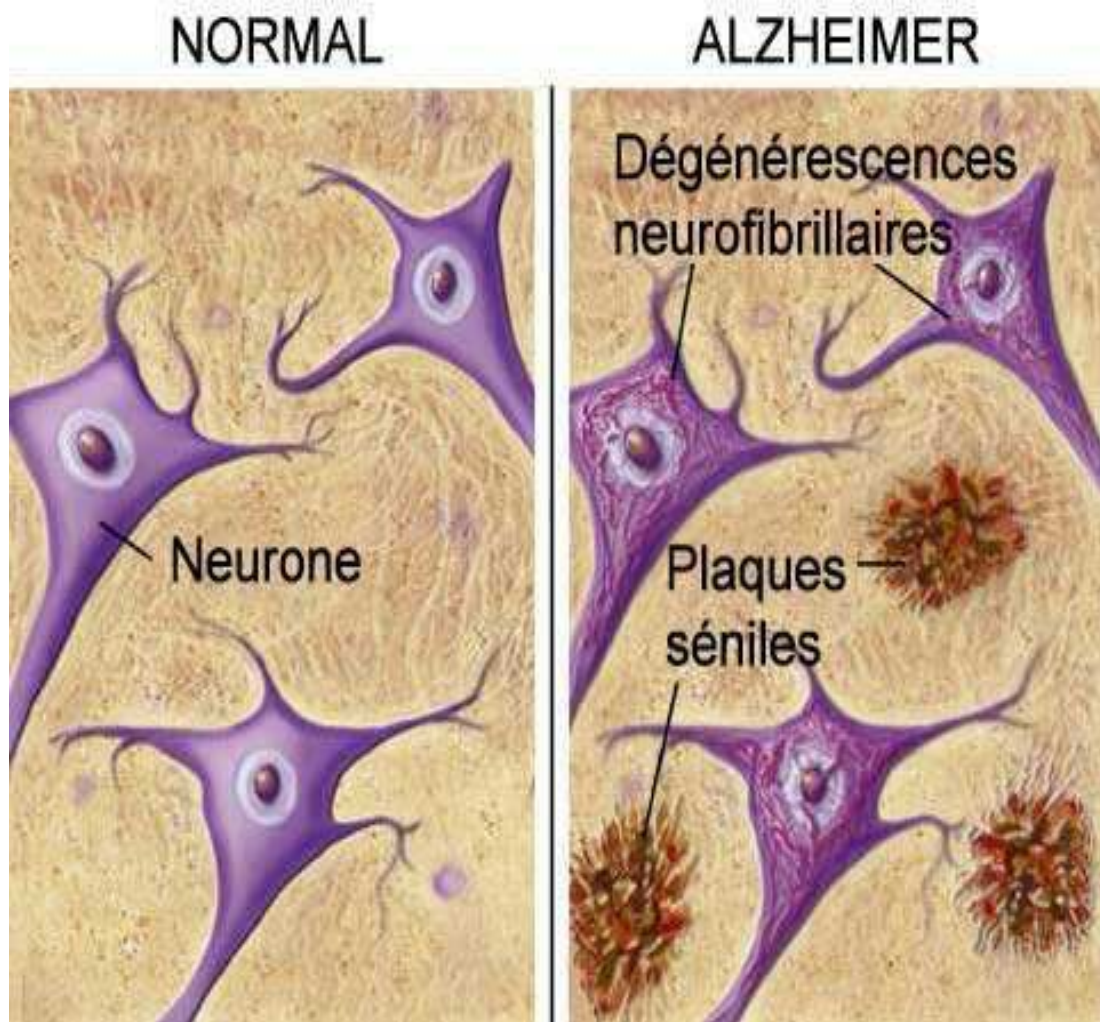


Figure 2 : Dégénérescences neurofibrillaires et plaques séniles de la maladie d'Alzheimer.

3-4 Facteurs de risque et facteurs protecteurs de la maladie d'Alzheimer

3-4-1 Les facteurs de risque

Un certain nombre de facteurs prédisposant augmentent le risque de la maladie d'Alzheimer :

- L'âge : le facteur de risque le plus important : la prévalence et incidence progressent de façon exponentielle avec l'âge ;

- Le sexe féminin : la prévalence élevée de la maladie d'Alzheimer observé chez les femmes n'est pas seulement due aux différences d'espérance de vie mais un facteur hormonal peut aussi être évoqué et le déficit en ostéogènes est une hypothèse plausible. (Touchon J et Portet F., 2002, p 8) ;

- Les antécédents familiaux de démence : la pluparts des études montrent que lorsque l'un des parents au premier degré a présenté une démence, le risque de développer une maladie d'Alzheimer est le double de celui observé en population générale ;

-Facteurs génétiques : par exemple, l'association entre l'allèle $\epsilon 4$ de l'apolipoprotéine E sur le chromosome 19 implique la démence de type Alzheimer à début tardif (Selmès J., 2011, p.20) ;

-Les traumatismes crâniens ;

-Faible niveau scolaire, et bas de niveau socio-culturel ;

-Les facteurs vasculaires : hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, tabac, antécédents d'accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies...

- Le manque d'activité physique et sociale ;

-Facteurs environnementaux telle la vie en milieu rural, l'exposition professionnelle en aluminium ou le contenu en aluminium dans l'eau de boisson. l'existence d'amalgames dentaire contenant le mercure et l'aluminium peut être un facteur de risque de la MA (Schenk F.,2004,p 207) ainsi que l'exposition aux solvants organiques, aux ondes électromagnétiques(Sobel et Coll.,1995, cité par Stellman J M.,2000) et aux pesticides augmenterait le risque de MA chez les personnes ayant déjà des facteurs prédisposant.

3-4-2 Les facteurs protecteurs de la maladie d'Alzheimer

Certains facteurs semblent protéger, ou tout au moins diminuer le risque de développer la maladie d'Alzheimer.

- Un niveau élevé d'éducation : un niveau d'instruction élevé développe plus les connexions entre les cellules cérébrales et cela donnerait une sorte de réserve cognitive ;

-L'oestrogénothérapie substitutive : il semble que les femmes ménopausées présente moins de risque d'atteindre la MA. (Touchon J et Portet.F., 2002, p11) ;

- La consommation modérée de vin, de la vitamine C et E et la consommation des légumes diminuent le risque de développer la maladie via leurs mécanismes anti oxydants (Louis A., 2001, p41) ;

- les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) seraient également des agents de préventions ;

- les oméga-3 de poissons consommés durant la vie d'une personne ont un effet protecteur contre le développement de MA. (Dionne J Y., 2009).

3-5 Les phases de la maladie d'Alzheimer

Depuis plusieurs années, il est classique d'évoquer trois grandes étapes dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer :

3-5-1 La phase pré-clinique

Apparaît environ 20 ans avant les premiers signes cliniques. Pendant cette phase asymptomatique, les lésions cérébrales se constituent progressivement et lentement.

3-5-2 La phase prédéméntielle

Survient dès lors que les lésions sont suffisamment étendues au niveau de l'hippocampe et des noyaux amygdaliens. Les signes cliniques apparaissent avec le plus souvent des troubles mnésiques au premier plan, sans grand retentissement sur l'autonomie de la personne. La durée moyenne d'évolution de cette étape est de 2 à 4 ans.

3-5-3 - La phase démentielle

Survient lorsque la progression lésionnelle s'étend au niveau du cortex et se manifeste par une atteinte cognitive plus large (majoration de l'atteinte mnésique, apparition de déficits touchant le langage, les praxies,) et un retentissement sur les activités de vie quotidienne. L'évolution se fait en moyenne sur 8 à 10 ans. L'origine du décès trouve le plus souvent sa cause dans des pathologies intercurrentes.

Cette description anatomo-clinique est complétée dans la phase démentielle par l'identification de trois degrés de sévérité:

-Au stade léger, les troubles cognitifs sont d'une intensité suffisante pour retentir sur les activités sociales et professionnelles, mais ne compromettent pas l'autonomie de la personne.

-Au stade modéré, les aides extérieures sont indispensables et permettent le maintien des activités quotidiennes.

-Au stade sévère, le handicap est avéré avec une perte d'autonomie complète

3-6 Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer

Pour la Haute Autorité De Santé (HAS, 2011) il est recommandé d'utiliser les critères diagnostics de la maladie d'Alzheimer selon le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ème version*) (**voir Annexe 1**) ou le NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*). (**Voir Annexe2**), dans l'attente de la validation de critères plus spécifiques avec une démarche qui devra s'appuyer sur :

3-6-1 L'entretien clinique

Après l'accord du patient il est recommandé d'effectuer un entretien avec lui avec un accompagnant identifié capable de donner des informations fiables sur le type et l'origine de la plainte et reconstitue l'histoire de la maladie en recherchant le mode de début insidieux et l'évolution progressive des troubles.

La recherche des antécédents médicaux porte notamment sur :

- les antécédents et les facteurs de risques ;
- les antécédents psychiatriques ;
- les antécédents traumatiques;
- les antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

L'entretien recherche d'éventuels changements de comportement et un retentissement des troubles sur les activités quotidiennes.

3-6-2 L'examen clinique

Il doit apprécier l'état général (poids) et cardio-vasculaire (hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, etc.) ; le degré de vigilance (recherche d'une confusion mentale) ; les déficits sensoriels (visuel, auditif) et moteurs pouvant interférer avec la passation des tests neuropsychologiques.

3-6-3 L'évaluation fonctionnelle

On peut utiliser les échelles *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) et l'échelle *Activities of Daily Living* (ADL) pour évaluer le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne.

3-6-4 L'évaluation psychique et comportementale

Il faut chercher une dépression qui peut se présenter sous l'aspect d'un syndrome démentiel, mais elle peut aussi l'accompagner on utilisant les critères de dépression de DSM-IV ainsi que des échelles telle que *Geriatric Depression Scale* (GDS : échelle de dépression gériatrique) (**Voir Annexe3**)

On doit aussi apprécier les comportements de patient pendant l'examen et dans sa vie quotidienne en recherchant des troubles affectifs et comportementaux ainsi que psychologiques qui peuvent être observé dans le cadre de la MA. On peut structurer l'entretien à l'aide des échelles telle que le *NeuroPsychiatric Inventory* (NPI) (l'inventaire neuropsychiatrique) (**Voir Annexe4**) et l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF).

3-6-5 L'évaluation neuropsychologique

Le bilan neuropsychologique doit évaluer les fonctions cognitives afin de dresser un profil cognitif qui met en évidence les fonctions qui présentent un déficit et celles qui sont préservées. Parmi les tests utilisés : des tests de mémoire : épreuve de rappel des 5 mots, *Memory Impairment Screen* (MIS), et d'autres tests de repérage : test de l'horloge, tests de fluence verbale, et le *Mini- Mental State Examination* (MMSE) (Voir Annexe 5).

3-6-6 L'examen paraclinique

A l'heure actuelle, la visualisation des lésions caractéristiques de la maladie par des méthodes de neuro-imagerie n'est pas au point, et ce sont les signes secondaires qui sont utilisés pour le diagnostic. L'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) permet de préciser la topographie de l'atrophie qui présente une bonne corrélation avec la progression des déficits neuropsychologiques qui a été retenue comme critère de suspicion de la maladie lorsqu'elle évolue rapidement.

De nombreux travaux visent à développer des méthodes non invasives utilisables chez l'homme pour visualiser les lésions caractéristiques. Ces nouvelles stratégies de visualisation reposent sur le développement de marqueurs qui, après injection par voie intraveineuse, passent la barrière hémato-encéphalique et se fixent sur les plaques séniles où ils sont détectés par différentes méthodes (IRM, tomographie par émission de positons (TEP) ou tomographie par émission mono photonique (TEMP)). (Zirah S., 2004).

Ce qui précède explique que le diagnostic de la maladie d'Alzheimer reste toujours n'est pas confirmé.

3-7 Les manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer

3-7-1 les symptômes cognitifs et neurologiques de la maladie d'Alzheimer :

- A. Les troubles de mémoire :** L'atteinte de la mémoire constitue l'élément central du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Ce trouble d'apparition progressive et précoce, représente en général l'élément pivot à l'origine de la consultation en raison de l'inquiétude qu'il suscite auprès de l'entourage, mais également et dans de nombreux cas, chez le patient lui-même.

Les troubles mnésiques portent sur des faits récents (l'emplacement d'objets, noms de personnes peu familières, détails de la vie quotidiennes). L'atteinte de la mémoire porte secondairement sur les faits anciens (personnages connus, dates historiques, dates d'anniversaires des enfants, du mariage, de naissance). (Rigaud A S., 2001) les troubles de mémoire s'accompagnent avec une désorientation temporo-spatiale.

B. L'aphasie : est une difficulté d'expression et de compréhension de langage parlé ou écrit, qui résulte d'une lésion cérébrale (encyclopédie familiale de la santé, p 170).

Au début de la maladie d'Alzheimer l'aphasie est anomique sans troubles majeurs de la compréhension. Tandis qu'au stade modéré de la maladie d'alzheimer l'aphasie est transcorticale sensorielle, enfin au stade sévère de la pathologie l'aphasie est presque globale (Morrone I., 2011, p 109).

C. L'apraxie : « L'apraxie est l'impossibilité de conformer un mouvement à un but déterminé en l'absence de perturbation de la coordination des mouvements volontaires ». (Prouff J., 1995, p311). Il existe plusieurs types d'apraxie, à un stade précoce de la MA, on peut observer une apraxie réflexive : incapacité à imiter des gestes arbitraires réalisés par l'examineur, l'apraxie idéomotrice : incapacité de réaliser des gestes symboliques par exemple un sourire, l'apraxie idéatoire souvent dans le stade modéré de MA, c'est l'impossibilité d'exécuter sur ordre un acte complexe nécessitant une manipulation d'objets comme le bricolage , utilisations de téléphone .., dans le stade sévère c'est l'apraxie d'habillage qui est constante dans la maladie d'Alzheimer.

D. L'agnosie : l'agnosie peut être tactile : le malade est dans l'impossibilité de reconnaître sans le contrôle de la vue, un objet placé dans la main. L'agnosie auditive est l'impossibilité d'identifier un bruit en l'absence de tout trouble perspectif élémentaire. Les agnosies visuelles : le malade ne reconnaît pas les visages. L'asomatognosie : est une perturbation de la reconnaissance de corps ou de ses parties, le patient ne reconnaît même pas son image dans la glace (Prouff J et Szerman S., 2000, p 196).

3-7-2 Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD)

« les symptômes non cognitifs , psychologiques et comportementaux de la maladie d'alzheimer et d'autre démences ont été initialement peu étudiés et délaissés au profit des seules manifestations cognitives » (Schenk F, Leuba G et Büla C., 2004, p.277).

Le terme de symptômes comportementaux et psychologiques(SCPD) a été proposé pour la première fois en 1996 par groupe de chercheurs consensuels de l'International Psychogeriatric Association (IPA) pour désigner « Symptômes découlant d'une perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de démence. » (Finkel et al., 1996,IPA, 2010a).

Selon IPA (2010b) les symptômes comportementaux (SCD) se subdivisent en six catégories de comportements :

- L'errance;
- L'agitation/agressivité;
- La résistance aux soins;
- Les comportements sexuels inappropriés;
- La réaction de catastrophe;
- Le syndrome crépusculaire.

Tandis que les symptômes psychologiques de la démence (SPD) se présentent en six catégories (IPA., 2010b). Il faut relever que, souvent, les trois premières catégories sont assemblées dans le terme générique de *symptômes psychotiques* (IPA., 2010b). Les six catégories sont les suivantes :

- Les idées délirantes;
- Les hallucinations;
- Les illusions;

- La dépression;
- L'apathie;
- L'anxiété.

Dans une étude réalisée par Aalten et al., (2007) avec le groupe de l'European Alzheimer's Disease Consortium (EADC), les résultats de 2354 patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont montré la présence de 4 syndromes neuropsychiatriques :

- 1) **L'hyperactivité** : agitation, désinhibition, irritabilité, comportements moteurs aberrants et euphorie ;
- 2) **La psychose** : délires, hallucination et trouble du sommeil ;
- 3) **L'affectif** : dépression et anxiété ;
- 4) **L'apathie** : apathie et troubles de l'appétit.

2-7-3 Les différents types de SPCD

A. Délires et troubles de l'identification

Il s'agit de croyances paranoïdes souvent simples et non systématisées comme des accusations temporaires de vol ou d'infidélité du conjoint. Certains délires sont soutenus par un trouble de la perception visuelle pouvant conduire à de fausses reconnaissances (Lebert F., 2002, p.49).

Il existe 4 types de délires : le phénomène du fantôme, les troubles de la reconnaissance de sa propre image dans le miroir, le trouble de l'identification d'une personne et la conviction que les personnes observées sur l'écran de télévision sont dans la pièce. Il existe aussi des délires plus complexes comme le délire de Capgras.

B. Hallucination

Les hallucinations sont des expériences sensorielles (visuelles, auditives ou tactiles) sans perception. Les hallucinations sont provoquées par les changements qu'engendre Alzheimer dans le cerveau. Elles peuvent prendre des formes extrêmement variées: entendre des voix, voir des personnes ou des objets qui ne sont pas là, parler à une personne imaginaire.

C. Agitation

L'agitation du sujet dément est une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée au contexte social. On distingue trois types : l'agitation verbale, l'agitation physique non agressive et l'agitation verbale agressive.

D. Les manifestations dépressives

La tristesse de l'humeur peut s'observer à différents stades de démence. Au début, elle serait réactionnelle à la conscience de la perte cognitive, alors qu'avec l'évolution, elle serait l'expression d'un dysfonctionnement neurobiologique peu modulé par l'environnement.

E. Anxiété

Représente une dimension clinique inévitable durant toute l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Elle est peu exprimée verbalement par le patient, elle s'illustre plutôt par des changements dans le comportement. Elle peut aussi être liée à la dépression, à des manifestations psychotiques ou à des situations interpersonnelles.

F. L'apathie

Est définie comme une perte ou une baisse de la motivation qui ne peut être attribué à un trouble de conscience, à un déficit intellectuel ou à un choc émotionnel. L'apathie se manifeste par une perte d'autonomie, une perte d'intérêt ou un émoussement des émotions.

G. L'euphorie

On parle d'euphorie quand il nous semble que la personne malade est trop joyeuse sans aucune raison, trouve drôle des choses que les autres ne trouvent pas drôles, a un sens de l'humour puéril, a tendance à rire sottement ou de façon déplacé. (Lebert F., 2002,49)

H. Désinhibition

Elle s'exprime par une conduite relationnelle ou sociale inappropriée à expression verbale ou comportementale. C'est un trouble du contrôle de soi, comme l'euphorie inhabituelle.

I. Irritabilité

Il s'agit d'une disposition à se mettre en colère facilement sous l'effet d'une agression verbale, physique ou autre.

J. Comportement moteur aberrant

Plusieurs types sont distingués

- La déambulation**, terme utilisé pour décrire un comportement inadapté d'exploration
- La tasikinésie**, qui est l'incapacité de rester assis ou allongé ;
- Le syndrome de Godot**, manifestation anxieuse qui consiste à suivre l'aidant principal dans ces déplacements. (Lebert F., 2002, p.49).

K. Troubles de sommeil

Une fragmentation du rythme de sommeil peut être observée chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer. Des états d'hyperactivité peuvent être présents, parfois seulement à des heures précises. L'agitation survient plus fréquemment après 16h : c'est le phénomène du « coucher de soleil » (Ibid).

L. Trouble des conduites alimentaires

L'hyperphagie, ingestion de quantités excessives d'aliments, est fréquente. Elle se distingue de l'hyperoralité, où le patient porte à la bouche des objets non comestibles. L'hyperphagie peut comporter dans certains cas une prise d'aliments, le plus souvent sucrés, entre les repas (grignotage).

Les SCPD constituent un problème majeur pour les patients, leurs familles et leurs aidants, ainsi que pour l'ensemble de la société. Les SCPD peuvent se traiter et s'avèrent plus faciles à guérir que les autres symptômes ou syndromes démentiels. Leur traitement permet de soulager la souffrance des personnes atteintes, d'alléger le fardeau des familles et de diminuer les dépenses à charge de la collectivité.

3-8 Les mesures thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer vise à ralentir la perte d'autonomie, ainsi que optimiser le fonctionnement de la vie quotidienne en s'appuyant sur les fonctions encor préservées ainsi que sur la vie affective.

3-8-1 La prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer est basée sur un traitement symptomatologique et non curatif.

Puisque le déficit cholinergique est principal responsable des symptômes cognitifs et non cognitifs, donc est la cible privilégiée du traitement symptomatique. La Prescription des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase qui visent à améliorer la transmission cholinergique, doit être faite initialement par un spécialiste, est indiquée dans les formes légères ou modérément sévères de la maladie. Ils améliorent les fonctions cognitives ou retardent le déclin. Ils ont une action favorable sur le fonctionnement de la vie quotidienne.

A côté des traitements spécifiques, l'association fréquente de troubles psycho-comportementaux conduit à avoir recours aux psychotropes. Ils doivent être utilisés avec prudence et le choix des molécules est guidé par le type de manifestation présentée. (Les cahiers de la fondation Médéric Alzheimer, n°3,2007)

3-8-2 La prise en charge non médicamenteuse

La prise en charge du malade atteint d'Alzheimer ne doit pas se limiter au traitement pharmacologique mais doit associer des approches de type non médicamenteux. Ces thérapies s'appliquent actuellement dans les déférentes institutions qui accueillent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer .Ces techniques ont pour objectifs d'optimiser la prise en charge du malade en ciblant, selon la thérapie choisi, différents aspects de la maladie.ces techniques sont très variées (ibid.) **(Voir Tableau n°01)**

Tableau°01 : Les Principales approches non médicamenteuses

Approches	Techniques	Aspects de la maladie ciblés
Cognitives	Stimulation cognitive Rééducation cognitive	Cognition, autonomie, Satisfaction de l'aidant
psychosociales	Réminiscence. Validation. Self-maintenance therapy. psychothérapie. Thérapie par présence simulée. Art-thérapie. Thérapie assistée par l'animal (chien).	Dépression, comportement, qualité de vie, satisfaction de l'aidant
Aménagement de l'environnement	Rééducation de l'orientation	Autonomie, cognition, social, qualité de vie
Sensorielles	Musicothérapie, Luminothérapie Aromathérapie, Snoezelen (stimulation multi sensorielle)	Dépression, comportement, qualité de vie, sommeil
Motrices	Entraînement moteur, Gymnastique	Cognition, comportement, autonomie

Conclusion

Pour conclure, nous avons vu dans ce chapitre que la maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative progressive. En effet, les symptômes cognitifs, comportementaux et psychologiques progressent durant les trois grandes phases marquant son évolution. Les scientifiques recherchent toujours les causes de la maladie même si elles sont de mieux en mieux connues. Le traitement actuel repose sur des médicaments symptomatiques de la maladie d'Alzheimer qui représente donc un véritable enjeu de santé publique.

Introduction

La dépression est la pathologie mentale la plus fréquente chez la personne âgée mais elle est difficile de la reconnaître de fait de sa symptomatologie spécifique. Elle peut apparaître simultanément à l'évolution d'une pathologie démentielle telle que la maladie d'Alzheimer, ou être un facteur de risque. Les symptômes dépressifs occupent une place importante par leur fréquence et leurs conséquences sur le patient et l'aidant. Il faut souligner que ces deux troubles, dépression et démence, entretiennent entre eux des liens encore mal élucidés. Il existe une très grande variabilité entre les études concernant la prévalence de la dépression dans la maladie d'Alzheimer. En effet, les taux peuvent varier de 1 à 86 % en fonction des auteurs. Le diagnostic est difficile à poser car des critères cliniques applicables par tous ne sont pas encore clairement identifiés. De plus, la clinique va se modifier au cours de l'évolution de l'altération cognitive.

1-Définition de la dépression

Selon le Grand dictionnaire de psychologie Larousse (2000, p.256), la dépression est décrite comme une « maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur ».

Selon le DSM-IV-TR (2005), les critères de l'état dépressif majeur (EDM) est présenté comme ci indiqué dans ce qui suit :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins Un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).

2. *Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres)*

3. *Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.*

4. *Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.*

5. *Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).*

6. *Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.*

7. *Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).*

8. *Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).*

9. *Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.*

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée

du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

2- Dépression chez le sujet âgée

2-1 Données épidémiologiques

La dépression est la pathologie mentale la plus fréquente chez la personne âgée (Cappeliez P., 2000). Les différentes études épidémiologiques soulignent toutes sa grande fréquence. Les estimations de prévalence varient sensiblement selon les études en fonction d'une part les populations étudiées (population générale, population en médecine générale, population des structures de soins et d'hébergement) et d'autre part, des critères d'évaluation (critères diagnostiques selon le DSM, échelles d'évaluation spécifique).

La prévalence de la dépression est estimée de 5% à 8% dans la population générale, serait de 12% à 15% chez les plus de 85 ans. En médecine générale 15 à 30% des personnes âgées qui consultent présentent des symptômes dépressifs, tandis que chez les personnes hospitalisées la prévalence de dépression serait de 35 % .ce taux peut atteindre 40 % chez les sujets âgés institutionnalisés (Loo H et Gallarda T., 2000, p.7)

2-2 Les facteurs de risques de dépression chez le sujet âgé

- Isolement, solitude ;
- Perte du conjoint ;
- Institutionnalisation : hospitalisation au long séjour, maison de retraite ;
- Pauvreté, précarité ;
- Maladie physique grave et douleurs chroniques ;
- Handicap et dépendance ;
- Changement de domicile ;
- Facteurs iatrogènes (médicaments de la famille bêtabloquants, corticoïde, certains antihypertenseurs ;

-Antécédent de dépression au cours de la vie.

(Gourion D et LôoH, 2007., p.169)

2-3 Les facteurs protecteurs de la dépression chez le sujet âgé

Les principaux facteurs protecteurs sont :

- Le soutien social ;
- Des comportements d'adaptation ;
- Une bonne nutrition ;
- L'exercice et condition physique ;
- Le contrôle optimal des problèmes de comorbidité ;
- L'attachement religieux.

(Baldwin, cité par Prado J A., 2010, p.91).

2-4 La clinique de la dépression chez le sujet âgé

Le tableau clinique de la dépression de la personne âgée est identique à celui des adultes jeunes décrits dans les critères de trouble dépressif majeur dans la quatrième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV).

Cependant la symptomatologie de la dépression est souvent moins franche et moins évidente que celle présentée par un sujet plus jeune (**Voir Tableau n°2**) (Lleshi V et Bizzozzero T., 2009).elle peut être masquée par des facteurs comme l'expression moins spontanée de la tristesse, la place des plaintes somatiques, l'importance de l'anxiété associée, l'apathie et la démotivation ainsi que les troubles cognitifs (Frémont P., 2004).

La symptomatologie exprimée ne sera pas identique pour tous les patients. Certains présenteront les aspects classiques que l'on peut trouver chez l'adulte (éléments cliniques traditionnels selon DSM-IV), d'autres au contraire auront des manifestations atypiques (éléments cliniques plus spécifiques) pouvant être un obstacle au diagnostic. Se baser

uniquement sur les critères du DSM-IV permet de passer à coté des personnes âgées présentant des symptômes cliniques spécifiques de la dépression. (Preto I., 2009, p.14).

Tableau n°02: Spécificités de la dépression chez le sujet âgé

Symptômes	Sujet âgé	Sujet adulte
Humeur dépressif	+/-	+++
Troubles cognitifs	+++	+
Plaintes somatiques	+++	+ /+++
Pensées dépressives	+++	++
Insomnie	+++	++
Agitation, anxiété	+++	+ /+++
Idées suicidaires	+/-	+++
Suicide réussi	+++	+/-

(Lleshi V et Bizzozzero T., 2009) (Adapté de Katona et coll. Aging&Mental Health1997).

Le malade âgé déprimé se plaint de ne pas avoir le moral. Il se plaint également d'une fatigue, d'apathie, de désespoir d'une incapacité à prendre du plaisir à une quelconque activité, d'un sentiment de pessimisme et de colère contre lui-même (ibid). Dans cette perspective, le malade exprime un sentiment de vide intérieur, une impossibilité à penser, raisonner et accomplir une tâche.

Le ralentissement psychomoteur est l'un des signes clé de la dépression. Mais chez le sujet âgé il existe une possibilité de confusion entre le ralentissement physique et le ralentissement dépressif (Guillaume S, Hasbroucq T, et Blin O., 2008) car il est difficile de faire une distinction entre le ralentissement psychomoteur survenant au cours de la dépression de celui liée au vieillissement normal.

L'anxiété est très fréquente, et peut masquer la dépression chez la personne âgée. Il s'agit en général d'une anxiété majeure qui apparaît sans raison apparente (Tison P., 2003). Le patient souffre d'une angoisse matinale, d'un sentiment de malaise, d'insécurité et de menace ainsi que des symptômes somatiques.

Les plaintes somatiques peuvent parfois dominer le tableau clinique et masquer les symptômes dépressifs cependant elles peuvent être légitimes si le patient présente des affections physiques, douleurs ou handicaps. (Loo H et Gallarda T., 2000, p.26).

Le sommeil est modifié de manière naturelle avec le vieillissement. Celui-ci est souvent surinvesti par la personne âgée. Il est donc nécessaire de vérifier de manière précise la plainte sur le sommeil qui est verbalisée par le sujet déprimé. (ibid).

Des troubles du comportement comme l'irritabilité, l'hostilité, l'agressivité, la colère semblent également fréquents dans les états dépressifs de la population gériatrique selon Philippe Tison(2003). Les patients devient incontinents, refusent de manger, crient, sont agressifs, s'alcoolisent et peuvent refuser de répondre aux questions ou devenir coléreux. La survenue des troubles de comportements expriment le vécu douloureux de la dépression chez le sujet âgé.

Certains sujets âgés ont des difficultés à se reconnaître dépressifs et à s'en plaindre. Selon Clément (1997) c'est cela qui a été mis en relation avec une plus grande prévalence de l'alexithymie dans cette population (Prado.A.J, 2010). Dans ce cas les personnes âgées sont incapables de ressentir et exprimer leurs émotions.

Des symptômes psychotiques ne sont pas rares. Des idées délirantes de persécutions, de préjudice sont habituelles (Lôo H et Gallarda T., 2000, p.30).Des hallucinations auditives et visuelles peuvent s'observer aussi.

Le malade dépressif se plaint également de perte de mémoire, d'une sensation de baisse intellectuelle et de trouble de la concentration ce qui pose souvent le problème de diagnostic différentiel entre un état dépressifs et une démence débutante puisque la dépression est notamment fait partis de tableau clinique de la démence surtout dans la maladie d'Alzheimer.

Ainsi la présentation clinique de la dépression chez la personne âgée est différente. Il est important aussi de rappeler que si une baisse de performances cognitives s'observe dans la dépression, un bilan neuropsychologique et une imagerie cérébrale peuvent être très utiles s'il existe un doute quant à une origine neurodégénérative ou vasculaire à l'atteinte cognitive.

3-Dépression et maladie d'Alzheimer

La dépression et les démences sont les deux pathologies les plus fréquentes chez les personnes âgées. Elles sont souvent associées, et le tableau clinique n'est pas toujours franc, parce qu'il est difficile de diagnostiquer la dépression dans son contexte, en raison de la confusion symptomatique entre les deux pathologies.

Les symptômes dépressifs peuvent précéder la démence de plusieurs années et certaines formes de dépressions tardives peuvent se présenter comme un facteur de risque pour la maladie d'Alzheimer et autres démences. De même la symptomatologie dépressive peut être rencontrée au cours de l'évolution de la démence ce qui influe sur la qualité de vie des patients ainsi que sur leurs aidants.

3-1 Epidémiologie de la dépression dans la maladie d'Alzheimer

Dans une étude multicentrique la prévalence de la dépression dans la maladie d'Alzheimer est de 22.5 % à 54.4 %, elle est plus fréquentes chez les sujets âgés atteints d'une démence sévère. Les résultats de cette recherche suggèrent que la dépression rencontrée lors de la maladie d'Alzheimer peut être parmi les troubles de l'humeur les plus courants des personnes âgées. (Zubenko G S et al., 2003)

3-2 La dépression comme facteur de risque de la maladie d'Alzheimer

Quand la dépression n'est pas détectée et traitée, il est possible qu'elle devienne un facteur de risque pour générer la maladie d'Alzheimer plus tard. Dans une étude de Raymond L. Ownby et al (2006) ont constaté que les personnes ayant un antécédent de dépression peuvent conférer un risque accru à développer MA. Les symptômes dépressifs affectent le statut cognitif et fonctionnel des patient atteint de la MA.

Selon Jorm (2001) le risque de démence est approximativement doublé chez les sujets présentant une dépression tardive. Mais malgré toute les études faite à ce propos la dépression comme un facteur de risque reste encore probable est cela est dû aux différentes méthodologies utilisées dans les études épidémiologiques, les critères de diagnostic utilisés où la façon de la sélection des patients.

3-3 Diagnostic de la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer

Les tableaux cliniques de la dépression et la maladie d'Alzheimer se recouvrent partiellement (restriction de champ d'activités, repli sur soi, perte d'intérêts, ralentissement, modification de l'appétit et de sommeil, psychose, agitation et troubles cognitifs) (Derouesné C et Lacomblez L., 2004).

3- 3-1 Diagnostic différentiel de la dépression avec la maladie d'Alzheimer

La distinction entre la dépression et la maladie d'Alzheimer est habituellement aisée du fait des différences dans le bilan médical approfondi (tests neuropsychologies, biologiques et l'imagerie), le mode de début de la maladie, l'ordre d'apparition des symptômes cognitifs par rapport aux symptômes dépressifs, l'évolution de la maladie, les antécédents familiaux et la réponse aux traitements peuvent contribuer au diagnostic différentiel.

Quelques points peuvent permettre de les différencier (**Tableau n°03**)

Tableau n°03 : diagnostic différentiel de la dépression avec la maladie d'Alzheimer

Dépression	Maladie d'Alzheimer
Installation assez rapide	Installation progressive
Symptômes cognitifs transitoires et fluctuants	Symptômes cognitifs permanents
Progression rapide	Progression lente, insidieuse
Absence d'apraxie et d'agnosie	Présence d'apraxie et d'agnosie
Orientation intacte	Troubles d'orientation
Troubles mnésiques améliorés par l'indiçage	Troubles mnésiques non améliorés par l'indiçage
Fréquents sentiments de culpabilité	Absence de sentiment de culpabilité
Plaintes centrés sur les plaintes somatiques	Absence de plaintes somatiques
Humeur dépressive prédominante	Humeur labile
Aucune envie de répondre aux questions	Désir de répondre mais réponse pouvant n'avoir aucun sens

Antécédents récents et anciens de troubles mnésiques identiques	Troubles mnésiques des faits récents plus que faits anciens.
Réponse de type « je ne sais pas »	Réponse de type « manque de peu »
Antécédents dépressifs	Antécédents dépressifs moins fréquents
Inquiétude sur l'état de la santé	Absence d'intérêts sur l'état de santé

3-3-2 La spécificité de la dépression chez les sujets avec une maladie d'Alzheimer

Les difficultés de diagnostic de la dépression dans les démences sont démontrées par les variations sur sa prévalence dans la littérature. Il n'existe pas de gold-standard pour aucune des deux pathologies. La plupart du temps, le diagnostic s'effectue par une batterie de tests neuropsychologiques, biologiques, et par l'imagerie.

Une autre difficulté est qu'il n'existe pas aujourd'hui des études qui ont ressorti des particularités sémiologiques de la dépression chez les sujets présentant une affection démentielle. C'est pour cela qu'un panel d'experts dans les démences et dans la dépression a suggéré des critères diagnostics de la dépression dans la démence de type Alzheimer (Olin et al., 2002).

Les symptômes de la dépression dans la maladie d'Alzheimer se chevauchent avec d'autres manifestations neuropsychologique de la MA. Les symptomatologies de type dépressifs comme les manifestations anxieuses sont très fréquentes dans la MA.

Dans une étude, menée en collaboration avec l'unité de recherche du professeur Widlöcher, il était observé que les scores des échelles de dépression et d'anxiété chez les 118 personnes atteintes de MA étaient supérieures à ceux observés chez des sujets âgés normaux. Ainsi que, La présence d'apathie, d'anxiété et d'incontinence émotionnelle a été observée chez plus des deux tiers des patients ayant un score au MMSE > 23 et chez plus de la moitié de ceux dont le score était > 26 (Derouesné C et Lacomblez L. ,2004).

L'apathie est un symptôme particulièrement problématique, car il peut se produire chez les sujets déprimés et les non déprimés avec MA. L'étude Cache County a signalé que l'apathie a été identifiée dans près d'un tiers des patients atteint de MA. Et plus de 40 % de ces patients avaient une dépression. (Lyktsos C G et Breitner J C S. ,2001).

Les symptômes de la dépression comme la perte d'intérêt, une lenteur psychomotrice, la fatigue, l'hypersomnie et le manque de perspicacité sont courants dans l'apathie mais cliniquement, les symptômes de dysphorie (tristesse, sentiment de culpabilité, d'autocritique, d'impuissance et de désespoir) distinguent la dépression de l'apathie (Kanner A M., 2005.p.103).l'apathie qui joue un rôle négatif sur la vie quotidienne du patient et sur son aidant.

Les patients ayant une MA présentaient moins de troubles du sommeil et de l'appétit, moins de sentiments de culpabilité et de dévalorisation, d'idées de mort ou de suicide. En revanche, ils présentaient plus de manifestations psychotiques, de difficultés à se concentrer et à prendre des décisions (Derouesné C et Lacomblez L., 2004). Les rapports entre les déficits cognitifs et la dépression sont également discutés. Certains auteurs pensent que la dépression augmente les troubles cognitifs, ce qui n'est pas observé par d'autres.

L'hétérogénéité des symptômes de la dépression dans la MA peut souvent être obstacle à la reconnaissance de la dépression. Pour surmonter ce problème, l'Institut National de la Santé Mentale(NIMH) a développé un critère provisoire pour diagnostiquer la dépression chez les sujets atteint de la maladie d'Alzheimer. Ce critère est dérivé du critère de la dépression majeur du DSM IV et définit un syndrome atypique de la dépression commune dans la MA. Mais la perte d'intérêt a été changée en perte de plaisir social, et des critères spécifiques pour l'irritabilité et l'isolement social ont été inclus (**Voir Tableau n°04**).

Tableau N°04 : Critères de diagnostic de la dépression dans la maladie d'Alzheimer (Olin *et al.*, 2002).

National Institutes of Mental Health Criteria for Depression in Alzheimer's Disease -NIMH-dAD (Olin *et al.*, 2002)

A. Le patient doit avoir au moins 3 des symptômes suivants dans une période de 2 semaines :

- Humeur dépressive cliniquement significative*
- Diminution de l'affect positif ou du plaisir dans les activités habituelles*
- Perturbation de l'appétit*
- Perturbations du sommeil*
- Changements psychomoteurs (par exemple, agitation ou ralentissement)*
- Perte d'énergie*
- Sentiments d'inutilité, de désespoir ou de culpabilité excessive*
- Diminution de la capacité à se concentrer*
- Pensées récurrentes de mort ou de suicide*
- L'isolement social ou de retrait*
- Irritabilité*

B. Tous les critères sont remplis pour le diagnostic de la démence de type Alzheimer.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une perturbation dans le fonctionnement.

D. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un délire.

E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance.

F. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par d'autres conditions, comme le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire, le deuil, la schizophrénie, troubles schizo-affectifs, la psychose de la maladie d'Alzheimer, le trouble d'anxiété.

3-4 L'impact de la dépression sur la qualité de la vie dans la maladie d'Alzheimer

La dépression a un impact négatif à différents niveaux sur la qualité de vie dans la maladie d'Alzheimer. Elle est associée à différentes activités de la vie quotidienne ce qui peut engendrer le besoin de placement du malade dans une institution. La présence de la dépression dans la maladie d'Alzheimer peut augmenter la dépression et l'anxiété chez l'aidant, parce que le malade devient un fardeau pour lui.

3-5 Traitement de la dépression dans la maladie d'Alzheimer

Le traitement de la dépression chez les patients atteints du MA doit intégrer la gestion de la démence dans son ensemble, et doit inclure la pharmacothérapie, ainsi que des thérapies de soutien qui incluent les thérapies cognitive et comportementale adaptés aux besoins du patient. En outre, le soignant doit être intégré dans les stratégies de traitement.

3-5-1 Les approches non médicamenteuses

-Les groupes de soutien peuvent être très utiles, en particulier un groupe à un stade précoce pour les personnes atteintes d'Alzheimer qui sont au courant de leur diagnostic et préfèrent prendre un rôle actif dans la recherche d'aide ou aider les autres, le counseling est également une option, surtout pour ceux qui ne sont pas à l'aise dans les groupes.

-Programmations des tâches de la vie quotidienne durant les meilleurs moments de la personne atteintes de MA dans la journée.

-Faire une liste des activités, des personnes ou des lieux que la personne aime et planifier ces choses plus fréquemment.

-Fournir l'assurance que la personne est aimée, respectée et appréciée dans le cadre de la famille, et elle ne sera pas abandonnée.

-Les techniques de relaxation et la thérapie familiale. D'autres approches comprennent la musique, l'art et l'aromathérapie. La plupart de ces approches sont difficiles à évaluer objectivement, mais elles contribuent dans la gestion individualisée de la personne démente dépressive.

3-5-2 Le traitement pharmacologique de la dépression dans MA

Il existe plusieurs types d'antidépresseurs disponibles pour traiter la dépression. Antidépresseurs appelés inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont souvent utilisés pour les personnes atteintes d'Alzheimer et la dépression parce qu'ils ont un risque plus faible que d'autres antidépresseurs de provoquer des interactions avec d'autres médicaments.

Actuellement, des nouveaux médicaments se révèlent prometteurs dans le traitement de la dépression dans la démence comme les cholinergiques, les anticonvulsivants et la mémantine

Conclusion

Le tableau clinique de la maladie d'Alzheimer est en comorbidité avec la dépression qui est spécifique, et elle peut ne pas répondre aux critères de trouble dépressif majeur de DSM. Ainsi les cliniciens doivent s'informer sur la spécificité de la dépression chez le malade atteint d'Alzheimer et sur les symptômes comportementaux et psychologique associés. Peu d'études cliniques sont disponibles concernant l'évaluation du traitement et les recommandations restent empiriques. La recherche sur ce sujet doit donc demeurer active et beaucoup reste à découvrir.

4-Problématique et hypothèses :

L'Algérie est confrontée au vieillissement accéléré de la population, elle compte selon l'Office National des Statistique Algérie 7.9% de personnes âgées qui sont plus de 60 ans (www.ons.dz). Et en raison de l'allongement de l'espérance de vie et la baisse de la fécondité, le vieillissement de la population dans les deux à trois décennies à venir devrait suivre un rythme rapide. Ce phénomène aura des conséquences dans beaucoup de domaines notamment dans le domaine de la santé, puisque les personnes âgées sont confrontées à plusieurs maladies comme le diabète, maladies cardio-vasculaires et la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés.

En Algérie selon une statistique fournie par la Société Algérienne de Neurologie et Neurophysiologie Clinique (SANNC), on estime que 100 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer (www.neuroalger-dz.com). Une affection du cerveau qui n'est pas suffisamment diagnostiquée, et dont la prise en charge pose un problème dans notre pays suite au coût élevé du traitement et au manque d'unités de consultations mémoire dans chaque wilaya.

La maladie d'Alzheimer se définit comme une affection dégénérative du cerveau qui associe des troubles prédominants de la mémoire, des troubles cognitifs et/ou des troubles comportementaux et psychologiques ayant un retentissement sur la vie quotidienne des patients (Marsaudon.E., 2012, p.15).

Cette démence dont l'étiologie n'est pas encore connue, a été découverte en 1906 par le médecin, psychiatre et neurologue allemand Dr Alois Alzheimer en 1906, qui en a identifié les deux principales manifestations : les « plaques séniles » et les « écheveaux » désormais nommés respectivement « plaques amyloïdes » et « dégénérescence neurofibrillaire ». Selon l'OMS L'estimation de prévalence la plus souvent avancée de la maladie d'Alzheimer est de 0,5 % avant 65 ans, 2 à 4 % après. Mais elle augmente fortement avec l'âge, pour atteindre 15 % à 80 ans. (Inserm, 2007).

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est fait sur un ensemble de critères à partir d'un examen clinique, neuropsychologique et biologique ainsi qu'un examen tomodensitométrique ou imagerie par résonance magnétique cérébrale (IRM). Cette maladie a plusieurs manifestations cliniques tels que les troubles de la mémoire, troubles du langage, désorientation spatio-temporelle, perturbations phasiques, praxiques, gnosiques, perte du

jugement, difficultés à s'occuper des tâches quotidiennes, apathie, troubles sexuels et de sommeil, troubles du comportement, de personnalité et les troubles affectifs...etc

Les manifestations non cognitives des démences sont fréquentes depuis longtemps, Alois Alzheimer dans sa description en 1906 soulignait déjà la présence d'un délire de jalousie et des hallucinations auditives (Lechevalier B, Eustache F et Viader F., 2008, p.402). Actuellement le terme de déficit non cognitif est remplacé pour la première fois par Finkel en 1996 par les symptômes comportementaux et psychologiques des démences (SCPD).

Toute fois, les symptômes comportementaux et psychologiques des démences ne sont pas encore clairement définis et répertoriés dans les manuels de diagnostic internationaux (DSM IV et CIM 10), Dans une étude réalisée par Aalten et al. (2007) avec le groupe de l'European Alzheimer's Disease Consortium (EADC), les résultats de 2354 patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont montré la présence de 4 syndromes neuropsychiatriques : l'hyperactivité : agitation, désinhibition, irritabilité, comportements moteurs aberrants et euphorie ; la psychose : délires, hallucination et trouble du sommeil ; l'affectif : dépression et anxiété ; l'apathie : apathie et troubles de l'appétit.

Ainsi une approche structurée de leur classification et une évaluation avec le corps médical demeurent difficile, mais certains de ces troubles sont particulièrement fréquents dans différents stades de la maladie d'Alzheimer comme la dépression.

La dépression est souvent associée à la maladie d'Alzheimer (Jorm, 2001), elle est fréquente dans cette maladie, elle peut apparaître dans 43% des cas selon l'étude de *Cache County Study On Memory In Aging (CCSMA)* rapportées par Lyketsos C G et Breitner J C S., (2001). Il devient alors pertinent de s'intéresser aux manifestations dépressives dans la maladie d'Alzheimer parce qu'elles affectent la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie et diminuent leur performance aux activités de la vie quotidienne et domestique, ce qui alourdit la tâche des aidants que ce soit dans la collectivité ou dans les milieux spécialisés.

Le diagnostic de la dépression dans la maladie d'Alzheimer reste toujours très difficile pour les soignants en raison des tableaux cliniques qui se recouvrent partiellement et la spécificité des manifestations dépressives qui peuvent être accompagnées d'autres symptômes comportementaux et psychologiques. Ceci est en partie dû à l'absence de critères opérationnels validés pour définir la dépression dans la MA. L'Institut National de la Santé

Mentale (NIMH) a réuni un groupe d'experts chargé d'élaborer un consensus projet de critères pour la dépression de la maladie d'Alzheimer (Olin G et Lyketsos C G ., 2002).

Dans une étude qui visait à caractériser les manifestations psychologiques et comportementales de la dépression chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, 42.9% de 319 patients atteints maladie d'Alzheimer étaient déprimés et 75.9% avaient SCPD. Tous les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence qui ont été évalués en utilisant l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), ont été significativement plus fréquents chez les patients déprimés. Le NPI a montré que les symptômes les plus courants chez les patients déprimés étaient agitation (43,2%), l'anxiété (42,3%) et l'irritabilité (40,1%). (Prado J A et al., 2010).

Ainsi, après avoir assister puis participer aux consultations mémoire de service neurologie de CHU Bab El Oued durant notre pré enquête nous avons constaté que les patients atteints de la maladies d'Alzheimer et leurs accompagnants ne parlent pas seulement des troubles de mémoire ou d'autres symptômes cognitifs de la maladie d'Alzheimer, mais aussi des symptômes comportementaux et psychologiques qui l'accompagnent tels que :dépression, anxiété, irritabilité, agitation, apathie et troubles de sommeil et d'appétit...etc qui influent sur la qualité de la vie du patient et celle de sa famille. Les SCPD font partie intégrante du processus morbide et constituent un problème majeur pour les patients, leurs familles et leurs aidants, ainsi que pour l'ensemble de la société.

Pour cette raison, notre modeste travail de recherche est centré sur l'étude, la description et l'évaluation des manifestations dépressives chez les malades atteints de maladie d'Alzheimer en utilisant : l'échelle de la dépression gériatrique (GDS : 30 items) et l'inventaire neuropsychiatrique(NPI) pour essayer de répondre à la question suivante :

- Est ce que les sujets atteints de maladie d'Alzheimer présentent des manifestations dépressives ?

Les hypothèses :

Afin de répondre à cette question nous avons proposé les hypothèses suivantes :

-Première hypothèse :

La maladie d'Alzheimer manifeste la dépression chez les sujets atteints de cette maladie.

-Deuxième hypothèse :

Les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer souffrent d'une dépression sévère.

-Troisième hypothèse :

La dépression chez les sujets atteints de maladie d'Alzheimer est accompagnée d'autres symptômes comportementaux et psychologiques.

Introduction

Toute méthode de recherche se définit d'abord par des procédures et des techniques dont la finalité est d'obtenir des réponses aux questions posées. La finalité de cette recherche est la confirmation ou l'invalidation des hypothèses formulées initialement.

Le chercheur afin de collecter des données, les analyser et les interpréter, il doit suivre une démarche scientifique basée sur des techniques spécifiques. Dans ce chapitre nous allons exposer notre méthodologie de recherche étape par étape.

1-La démarche de la recherche

1-1 La pré-enquête

C'est la phase de préparation, elle est très importante. Elle a pour objet de recueillir le plus de connaissances et d'informations sur le sujet à étudier. Dans cette phase on fait la recherche bibliographique qui nous permet de faire la revue de la littérature sur le thème, découvrir les dimensions dans lesquelles il a été abordé. La pré-enquête nous permet à la fois des rencontres avec des personnes qui peuvent enrichir notre sujet de recherche et nous faciliter l'émergence des questions qui n'avaient pas été évoquées. Cette phase préopératoire nous oriente sur la reformulation des hypothèses ainsi que la prévision de tous les problèmes que posera l'enquête.

Puisque notre thème d'étude est « les manifestations dépressives chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer », et dans le but de valider notre question de départ, afin d'aboutir à une question de recherche, nous avons réalisé notre pré-enquête en premier lieu auprès des cabinets privés de neurologie à Bejaia, où nous avons pu rencontrer les spécialistes qui nous ont informé et éclairé sur la maladie ainsi que sur ses manifestations cliniques puis nous nous sommes déplacés à l'organisation de consultation mémoire de service neurologie de CHU Bab El Oued, où nous avons pris contact avec les spécialistes ainsi qu'avec les patients et leurs familles qui viennent pour le diagnostic ou le suivi de la maladie. Nous avons assisté puis participé à la consultation mémoire multidisciplinaire qui nous a permis de connaître l'histoire naturelle de la maladie d'Alzheimer, et de reconnaître les troubles psycho-comportementaux.

Afin de valider notre guide d'entretien et les échelles utilisées : l'échelle de dépression gériatrique 30items (GDS), et l'inventaire neuropsychiatrique(NPI), nous l'avons testés sur un patient atteint de la maladie d'Alzheimer qui ne fait pas partie de notre échantillon de recherche, le patient été accompagné de sa fille qui est l'aidante principale avec qui nous avons testé l'échelle de NPI. A la fin nous sommes arrivés à mettre quelques rectifications à notre guide d'entretien mais dans l'ensemble ce dernier répond à notre objectif de recherche.

Durant cette pré-enquête, nous avons recueilli des informations sur l'état de santé des patients à partir des dossiers médicaux au niveau du service de consultation mémoire, nous avons pris des observations sur l'histoire de la maladie, les examens cliniques, le bilan neuropsychologique, le traitement médical et non médical, l'IRM, le stade de la maladie, le suivi et l'évolution de la maladie et d'autres observations auprès directement de l'équipe pluridisciplinaire de consultation mémoire de service neurologie de CHU Bab El Oued.

Nous avons aussi essayé de nous rapprocher plus des patients et de leurs familles, afin de recueillir des informations liées à leur état psychique, et connaître comment se manifeste la dépression et les autres symptômes psycho-comportementaux chez eux.

1-2 La méthode utilisée

Etant donné que notre thème de recherche qui a pour objectif la description des manifestations dépressives chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, nous avons utilisé la méthode descriptive qui est définie selon Chehraoui.K (2003, p 125) : « méthode qui intervient au milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes. »

La méthode descriptive est une méthode qualitative qui essaie de décrire des phénomènes tels qu'ils existent plutôt que de manipuler des variables pour tester les causes et leurs effets (Westen D., 2000, p62), elle vise à répertorier systématiquement un phénomène, d'établir des regroupements des données et des classifications.

La méthode descriptive nous permet de décrire et même prédire un comportement, mais ne pas l'expliquer, elle se base sur des techniques : observation, étude de cas, enquête et tests psychométriques.

L'étude de cas est une technique méthodologique qualitative descriptive, est une observation approfondie d'un sujet ou d'un groupe de sujets. Les études de cas sont utiles pour l'exploration d'un phénomène qui n'est pas encore compris, ou des phénomènes psychologiques complexes qui sont difficiles à reproduire expérimentalement. Elles permettent aussi à l'élaboration de l'hypothèse pertinente et majeure dans la compréhension des troubles psychologiques (Chahraoui K et Benony H., 2003, p. 125-127).

L'étude de cas s'avère également une approche à privilégier par le chercheur qui souhaite rendre compte de facteurs difficilement mesurables par le biais d'études quantitatives, puisqu'elle permet de situer les cas visés dans leur contexte en tenant compte de leur propre histoire.

1-3 Définition des variables

1-3-1 Définition des concepts

Dépression : « maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur » le Grand dictionnaire de psychologie Larousse (1999, p.256).

Alzheimer « la maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primaire, d'étiologie inconnue et qui présente des altérations neuropathologiques et neurochimiques caractéristiques. Elle commence, en général, de façon insidieuse et lente et évolue progressivement pendant plusieurs années » (Selmès J., 2004, p15).

1-3-2 Définitions opérationnelles des concepts

Dépression : tristesse, anxiété, irritabilité, agitation, ralentissement dans les mouvements et la voix, perte d'intérêt, perte d'appétit, perte du poids, manque d'énergie, troubles de sommeil, faible estime de soi, pessimisme, culpabilité ...

Maladie d'Alzheimer

-Maladie chronique dégénérative,

-Troubles mnésiques ;

- Désorientation dans le temps et dans l'espace ;
- Difficultés pour de nouveaux apprentissages ;
- Difficultés pour effectuer les gestes de la vie courante ;
- Troubles de jugement et de raisonnement ;
- Manque de mots ;
- Changement d'humeur et de comportement ;
- Mises à l'écart des passions et de la vie sociale.

1-4 Présentation de lieu de la recherche

L'hôpital Mohamed Debaghine, Alger renferme la résidence du Dey Hassan Pacha, avant d'être baptisé du nom de Maillot .en date du 2 Février 1988 et par le décret n° 88-20 ; le Centre Hospitalo- Universitaire Bab El Oued fut créé. Le stage s'est déroulé au niveau de service neurologie qui est divisé en 3 unités : Hospitalisation, consultations, explorations fonctionnelles. Plusieurs maladies sont prises en charge dans ce service : maladies neuromusculaires, maladies inflammatoires du système nerveux et maladie dégénératives comme la maladie d'Alzheimer.

La prise en charge des sujets atteints de maladie d'Alzheimer est assurée par une équipe pluridisciplinaire qui est chargée de consultations mémoire où s'est déroulée notre recherche. L'équipe est composées de : praticiens spécialistes en neurologie, neuropsychologue, psychiatre, psychologue orthophoniste et des infirmiers.

Les principales tâches et buts de l'équipe de consultation mémoire :

- Diagnostic de la maladie d'Alzheimer et maladies neurodégénératives ;
- Bilan neuropsychologique ;
- Examens psychologiques et comportementaux ;
- La prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse ;
- Accompagner le malade et sa famille.

1-5 – La population de la recherche

1-5-1 Les critères de sélection

Notre échantillon se compose de 6 sujets (4 femmes et 2 Hommes), nous avons rencontré les 4 femmes au niveau de consultation mémoire de service Neurologie de CHU Bab El Oued, mais pour les 2 hommes vus que nous avons pas trouvé des cas de sexe masculin qui correspond à nos critères de recherche au niveau de CHU Bab El Oued(Alger) pendant notre période de stage , nous avons pris contacte avec 2 hommes dans la wilaya de Bejaia qui sont atteints de la maladie d'Alzheimer et ils sont pris en charge par les spécialistes.

Nous avons rencontré le premier cas dans le bureau de la psychologue de l'établissement de santé public de proximité de Sidi Aich, tandis que pour le deuxième cas nous avons pris rendez vous avec lui à domicile. L'évaluation de stade de sévérité des troubles cognitifs avec MMSE est faite pour ces deux cas.

Nous avons retenu pour critères de sélection de choix des sujets de recherches tous les sujets qui présentent les critères suivants :

- Critères diagnostic de la démence de type d'Alzheimer, DSM-IV-TR ;
- Le stade de sévérité des troubles cognitifs (MMSE>15/30) :
 - Score ≥ 28 : normal
 - 25-27: score suspect (stade très léger)
 - 19-24: léger
 - 11-18: modéré
 - ≤ 10 : sévère
- l'âge plus de 60 ans ;
- Avoir le consentement de la famille et du patient conscient de ses troubles.

1-5-2 Les critères de non sélection

- le stade de sévérité des troubles cognitifs est sévère (MMSE<15) : l'échelle de dépression gériatrique(GDS) n'est pas valide pour l'évaluation de la dépression chez les sujet qui ont un MMSE<15 ;

- les sujets qui ont des troubles somatiques importants ou invalidants.

Nous allons présenter les caractéristiques de la population d'étude dans les tableaux suivants :

Tableaux n°05 : Présentation de la population d'étude selon le genre

Sexe	Masculin	Féminin
prénoms		
Tassadit		×
Zoubida		×
Louiza		×
Aicha		×
Mouhoub	×	
Nacer	×	
Totale	02	04
%	33,33%	66,66%

D'après le tableau n°5, nous remarquons que le sexe le plus dominant est le sexe féminin avec un taux de 66,66%, tandis que pour le sexe masculin le taux est 33,33%.

Tableau n° 06 : Présentation de la population de recherche selon l'âge

Age (ans)	Nombres des cas	Taux %
(60-70)	01	25%
(70-80)	04	50%
>80 ans	01	25%

D'après le tableau n° 06, nous remarquons que la catégorie d'âge la plus dominante est celle de (70- 80) ans avec un taux de 50% suivie des deux catégories d'âge de (60-70) ans et (>80ans) ans avec un taux égale à 25%.

Tableau n°07: Présentation de la population d'étude d'après le stade de sévérité des troubles cognitifs (score MMSE)

Les sujets	Score MMSE/30	Stade	
		Léger	Modéré
Cas01 : Tassadit	16/30		×
Cas02 : Zoubida	17/30		×
Cas03 : Louiza	22/30	×	
Cas04 : Aicha	23/30	×	
Cas05 : Mouhoub	17/30		×
Cas06 : Nacer	22/30	×	
TOTAL		03	03
%		50%	50%

Nous déduisons à partir du tableau n°7 que le taux des stades de sévérité des troubles cognitifs est égaux 50% pour le stade léger, et de même pour le stade modéré.

2- les outils de la recherche

2-1 l'entretien clinique

L'entretien clinique est un outil essentiel pour le psychologue. Il a pour objet d'étude un sujet, Cet entretien peut avoir une visée diagnostique, de recherche ou encore une visée thérapeutique.

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens [...] vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » (Bénony H et

Chahraoui K., 1999, p.11). Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité.

Le discours explicite d'un sujet ne rend que partiellement compte de ce qu'il communique. Donc, en clinique, il faut prendre en considération l'ensemble des réactions, en particulier la mimique, le regard, la gestuelle et les silences. (Cyssau C., 1998, p.47).

Dans l'entretien de recherche le but est de comprendre le fonctionnement du sujet afin d'approfondir les connaissances théoriques dans un domaine donné et d'enrichir le champ clinique. Chiland (2006) précise que dans ce cadre, le chercheur sollicite un individu pour participer à un entretien, cette personne n'est pas venue lui demander de l'aide.

Il existe trois formes d'entretiens selon l'objectif recherché : entretien directif, entretien non directif, et entretien semi directif.

Dans le cadre de notre recherche, et vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés.

2-1-1 L'entretien semi directif

Il est également centré sur le sujet. Le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions. Il fait quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vient de dire : hochements de tête, acquiescements, répétition des fins de phrases du sujet. Les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas où les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale (question ouverte). Le clinicien interrompt peu le sujet, il « le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé » (Bénony H et Charhaoui K., 1999, p.16).

2-1-2 la conduite de l'entretien clinique

La manière de mener un entretien s'appuie sur des techniques (non-directivité, semi-directivité) et sur une attitude clinique adoptée par le psychologue clinicien.

Le respect de la personne dans sa dimension, psychique est un droit indéniable. Il implique le consentement libre et éclairé des personnes concernées

Le clinicien doit accepter inconditionnellement de ce qui est dit, et la manière dont cela est exprimé et du fait que l'autre ne souhaite pas exprimer tel ou tel sentiment.

La neutralité bienveillante est le complément indispensable à l'acceptation inconditionnelle de l'autre. Le clinicien ne doit pas formuler des jugements, des critiques ou des désapprobations à l'égard du sujet. Elle n'est pas fondée sur une neutralité passive fondée sur un refus de s'engager. Elle n'est pas de la froideur ou de la distance mais doit s'associer à la bienveillance. Elle est un engagement positif reposant sur l'intérêt porté à l'autre

Le clinicien doit être empathique, il doit essayer de savoir comment on se sent si l'on est l'autre, afin de ressentir non seulement les choses superficiellement mais aussi accéder à des significations plus profondes.

L'authenticité est la condition indispensable pour que le climat souhaité s'instaure, c'est que le clinicien s'intéresse réellement à ce qu'exprime l'autre. Elle est la condition absolue d'une écoute compréhensive.

2-1-3 La présentation du guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien qui a été établi après des entretiens exploratoires. Le guide d'entretien comprend des axes thématiques qui doivent être abordé au cours de l'entretien semi directif, Il peut revêtir une forme plus ou moins détaillée, de la liste de trois ou quatre grands thèmes que le clinicien connaît bien jusqu'à une série d'informations spécifiées et plus détaillé.

Puisque la pré enquête nous a permis d'avoir des informations sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, nous avons préparé un guide d'entretien qui contient des axes, où chaque axe contient plusieurs questions principales ou secondaires, directives ou semi directives, et qui sont posées en suivant la langue maternelle des sujets interrogés. (**Voir Annexe 6**)

Notre guide d'entretien est constitué de (5) axes :

Axe 1 : Les données personnelles.

Axe 2 : Histoire de la maladie.

Axe 3 : L'autonomie et la dépendance chez le malade d'Alzheimer.

Axe 4 : L'état psycho-comportemental du malade.

Axe 5 : La prise en charge et la vie quotidienne du malade.

2-2 L'échelle de dépression gériatrique (GDS : 30 items)

L'échelle de dépression gériatrique a été développée en 1982 par Yesavage J A et d'autres. Pour rechercher les symptômes dépressifs chez les sujets âgés. Elle est largement utilisée dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée et dans les travaux de recherche clinique portant sur la dépression ou les troubles cognitifs dont le MMSE > 15.

L'intérêt de cet outil vient de sa facilité d'administration, du peu d'effort requis pour répondre. Les auteurs ont veillé à ne pas y inclure d'items somatiques pour éviter les faux positifs émanant de la comorbidité somatique fréquente chez le sujet âgé. La validité de ce questionnaire est discutable lorsque les patients sont atteints d'une forme sévère de démence MMSE<15. Cette échelle a été traduite en 12 langues, dont une traduction française élaborée sur le plan sémantique et culturel par Clément et autres en 1997 (Clément J P.,2004).

L'échelle Geriatric Depression Scale (GDS) comporte 30 items (**Voir annexe 03**) avec possibilité d'auto et d'hétéro-évaluation., Chaque question appelle une réponse Oui ou Non. Lorsque la réponse est en faveur de l'existence d'une dépression, l'item est coté 1. Pour 20 questions, la réponse "OUI" indique une possible dépression, alors que dans les 10 autres (n° 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30), c'est la réponse "NON" qui l'indique.

Dans la forme originale de l'échelle, un score de 0 à 9 est normal, un score de 10 à 19 correspond à une dépression modérée, et un score de 20 à 30 correspond à une dépression sévère. Des études ont montré qu'un score supérieur à 13 indique avec une bonne sensibilité et spécificité l'existence d'un état dépressif.

A partir de la GDS-30, des versions plus courtes à 15, 10, 4 items ont été développées, mais elles n'ont pas été validées dans une population avec un score inférieur à 15 au MMSE.

2-3-L'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI)

Il s'agit de l'outil de prédilection pour évaluer les symptômes psychologiques et comportementaux des démences, sa fiabilité et sa validité ont été établis (Cummings et al., 1994). Il a été traduit en français par Robert et al., (1995). Le NPI a été mis au point pour être utilisé chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou un autre type de démence, mais il peut se révéler utile dans l'évaluation des modifications du comportement survenant dans d'autres pathologies. Douze domaines psycho comportementaux sont pris en compte dans le NPI :

1. Délire,
2. Hallucinations,
3. Agitation, agressivité,
4. Dépression, dysphorie
5. Anxiété,
6. Exaltation de l'humeur, euphorie
7. Apathie, indifférence
8. Désinhibition,
9. Irritabilité, instabilité de l'humeur,
10. Comportement moteur aberrant,
11. Troubles du sommeil,
12. Troubles de l'appétit

On a défini pour chacun d'eux une Fréquence de survenue (cotée de 1 à 4), le degré de Sévérité (1 à 3) et le Retentissement des troubles sur l'aidant principal. Le score est le produit de la sévérité et de la fréquence et peut donc varier de 0 (pas de trouble) à 12 au maximum. Un score total est obtenu par la somme des premiers sous-scores pour obtenir une cotation sur 144 points. Ce score total paraît assez peu pertinent, alors que les différentes études réalisées insistent beaucoup plus sur les sous-scores étudiés un par un.

Il s'agit d'un instrument relativement complexe, qui doit être complété avec l'aide de l'aidant principal, lors d'un entretien de 30 à 45 minutes. Les questions doivent être posées exactement comme elles sont formulées par écrit. Si l'aidant ne comprend pas la question, il faut la clarifier. La reformulation des questions en des termes équivalents est une forme acceptable de clarification.

Les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie. Les comportements présents tout au long de la vie du patient et qui n'ont pas changé au cours de l'évolution de la maladie ne sont pas cotés même s'ils sont anormaux (ex : anxiété, dépression). Les comportements qui ont été présents tout au long de la vie mais qui ont changé depuis la maladie sont à coter (ex : le patient a toujours été apathique mais il y a eu une augmentation notable au cours de la période sur laquelle porte l'enquête). L'inventaire est présenté en **Annexe 04**

3- Le déroulement de la pratique

Après la révision des dossiers des patients au niveau d'organisation mémoire de service neurologie, nous avons sélectionné un échantillon qui correspond à notre but de recherche. Pour procéder aux entretiens avec les patients atteints de maladie d'Alzheimer, nous avons pris contacte avec leurs familles par téléphone avec l'aide du psychologue orthophoniste de consultation mémoire.

Par la suite après avoir leur consentement nous avons pris un rendez vous au centre de consultation mémoire, nous avons choisi une journée et l'heure à la quelle le bureau est disponible. Seulement 4 cas de 7 cas convoqués sont venus à notre rendez vous.

Le jour du rendez vous, nous avons parlé avec l'accompagnant du malade atteint de maladie d'Alzheimer, nous avons expliqué notre but de recherche et nous avons eu son consentement ainsi que celui du patient conscient de ses troubles (**Voir annexe 7**)

Et en vu de l'état spécifique du malade atteint d'Alzheimer, l'entretien était aussi spécifique. A ce propos, on peut paraphraser C. Chiland (1985, p. 88) en remplaçant «enfant » par « patient Alzheimer » : « Tout autant que la personnalité *du patient Alzheimer*, les théories, les choix techniques, le style, la personne du clinicien jouent un rôle. Il est des cliniciens particulièrement doués pour travailler avec *des patients Alzheimer*. Et chacun de nous ne réussit pas à établir le contact avec n'importe quel *patient Alzheimer* ». (Douville O et Jacobi B., 2009, p.175)

Pour que le malade ne s'angoisse pas et pour que l'entretien soit plus cohérent que possible, nous avons opté pour une stratégie de communication puisque nous avons constaté que la communication avec le malade d'Alzheimer exige :

- De la conviction, parce qu'il faut toujours avoir à l'esprit que la personne, peu importe ses capacités et malgré l'atteinte de ses facultés cognitives, a toujours un fond qui peut être atteint.
- Beaucoup de créativité, parce que de temps en temps il faut avoir un peu d'imagination pour que le sens du message passe.
- Compréhension de l'effet de la maladie sur la communication.
- Beaucoup de patience, parce qu'il faut ralentir son flux de paroles, Il faut écouter, regarder, attendre une réponse, il faut répéter sa phrase et parfois, plusieurs fois avant que la consigne soit comprise.

Et puis il faut quelques techniques toutes simples pour essayer de transmettre le message de façon efficace.

- Nous avons remplacé la maladie d'Alzheimer par les troubles de mémoire ;
- Nous avons engagé la communication dans le calme en prenant tout notre temps ;
- Etre en face du patient, le regarder dans les yeux, et en affichant un visage souriant et empathique ;
- Création d'un contact par les gestes : prendre sa main et l'aider pour s'asseoir ;
- Parler lentement, calmement, avec des phrases courtes et des mots simples pour transmettre des messages clairs ;
- Reformuler à chaque fois, lui donner des mots clés, et lui laisser de temps pour formuler sa phrase et ne pas l'interrompre.

Le déroulement des entretiens était avec la langue maternelle des malades, tout en veillant sur la fidélité de la traduction afin de ne pas modifier ou détourner le sens des réponses. Quelques informations ont été ajoutées par l'accompagnant du patient pendant l'entretien.

Après avoir effectué tous les entretiens, avec l'enregistrement nous avons fait la transcription de ces derniers en langue maternelle des patients.

Pour la passation de l'échelle de dépression gériatrique (GDS), nous avons posé les questions telles quelles sont sur quelques cas, et nous avons traduit les items dans la langue maternelle des cas qui comprennent pas la langue française.

Pour l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), la passation était avec les accompagnants des patients, nous avons mis entre 30mn et 45mn pour répondre aux questions de l'inventaire. Nous avons traduit quelques questions et reformer d'autres avec des mots similaires pour ne pas changer le sens des questions et pour ne pas détourner l'objectif de l'inventaire.

Lorsque nous avons présenté le NPI pour les accompagnants des malades nous avons insisté sur les points suivants :

- Le but de l'interview ;
- Les cotations-fréquence, gravité, retentissement ;
- Les réponses se rapportent à des comportements qui sont nouveaux par rapport au début de la maladie et qui ont été présents pendant les quatre dernières semaines ou pendant une autre période bien définie ;
- Les réponses aux questions peuvent habituellement être formulées par « oui » ou « non » et les réponses doivent être brèves.

Finalement nous avons procéder à la présentation des cas avec l'analyse des données des entretiens ainsi que la présentation et l'interprétation des résultats de l'échelle de dépression gériatrique (GDS) et l'inventaire neuropsychiatrique.

Conclusion

Cette partie méthodologique nous a permis une démarche ordonnée pour un bon suivi des étapes de notre recherche et cela à travers le respect de certaines règles dans l'enchaînement et le déroulement de notre recherche , ce qui nous a permis la collecte des données pour enfin arriver à des résultats que nous pouvons analyser et interpréter et aboutir à une confirmation de nos hypothèses de recherche .

Introduction

Dans cette partie nous allons procéder à une analyse et interprétation des données des entretiens ainsi que les résultats obtenus lors de la passation des échelles GDS : 30 items et le NPI, pendant notre recherche, en vue de valider ou invalider les hypothèses émises au début de notre recherche.

1-Analyse des entretiens et interprétation des résultats

1-1Présentation du cas N°1 : Tassadit

Tassadit 79ans, mère de 6 filles et 2 garçons, illettrée, diabétique type 2 depuis 20 ans, diagnostic retenu maladie d'Alzheimer stade modéré (MMSE : 16 /30) depuis un an dont les troubles de mémoire remonte à 4 ans, elle est sous traitement : ARICEPT 10mg et ATHYMIL 30mg ,elle est consciente de ses troubles de mémoire mais elle sait pas le nom de la maladie, elle ne fait pas la prière correctement, elle est autonome mais elle n'arrive pas à sortir et à gérer ses finances seule . L'entretien avec Tassadit s'est déroulé dans le bureau de consultation mémoire avec la présence de sa fille qui l'accompagne et qui nous a donné plus d'informations sur sa mère. Son attitude envers nous était spontanée, elle parlait en toute sincérité, en plus elle souriait de temps à autre et elle était contente que l'entretien se soit déroulé en langue kabyle (recours à la langue maternelle). L'entretien a duré 35 minutes.

1-1-1 L'analyse des données de l'entretien du cas n° 1 Tassadit

Tassadit accepte avec nous l'entretien facilement, dès que nous avons expliqué notre objectif, elle a dit « *awid ukane adhfarghegh uliw,amdinigh dhachu ithavghite* », « c'est une occasion de vider mon cœur, je répondrai à tout ce que tu veux savoir » ce qui signifie qu'elle a refoulé beaucoup de choses tristes.

L'analyse de l'entretien révèle que l'état d'humeur de Tassadit a changé depuis le début de sa maladie « *ihih ya hasra, zik alligh cheffough f koulech,dima farhagh,s3igh sbarr,alligh tamnzuyth n yemma,nekki iykhadmane koulech,thura dayen imghoureg,sehha truh, tssuyagh bzaf,za3fagh bzaf* » « Hélas, avant j'avais une bonne mémoire, toujours heureuse, j'avais la patience, j'étais l'aînée de ma mère, c'est moi qui faisais tout, maintenant c'est terminé je suis vieille, je n'ai plus la santé, j'oublie beaucoup ,je m'énerve trop » sa fille ajoute « *ma mère était le pilier de la maison , mais maintenant allah ghaleb tout a changé* ». Cela signifie que les troubles de mémoire ont une influence négative sur le caractère de la

patiente. Avec une voix triste Tassadit représente les troubles de mémoire comme une maladie dure mais elle accepte la maladie parce que c'est Dieu qui le veut « *lahlak akk yu3er a yelli, ma3na nessyane yu333er,akter wa kter,bssah ayenn idifka rebbi mrahba* » « toutes les maladies sont difficiles , mais oublier c'est très dure, mais tous ce que Dieu nous donne est le bienvenue ».

La patiente ne sort pas seule, elle éprouve une peur de se perdre et ne pas retrouver son chemin, « *booh ,madhfghagh wahdi thura,uzmirghara a yelli,tagadhegh adh3arkagh,amek adhkhadmagh daghen* » « je ne sors pas toute seule maintenant, j'ai peur de me perdre, comment ferai-je après ? ».

Tassadit éprouve une angoisse et une anxiété quand elle reste seule à la maison, elle a peur d'être séparée de ses enfants « *arrawiw makrith zawjane akith,tugrade yiweth ma3na tkhademm,ifragh felli w akhamm,utehibighara adhkimagh imaniw,twahichegh,umba3d atafet alniw tessikente a m tala gu mttawen,tghidhni rouhi ...silence* » « Mes enfants sont tous mariés, il me reste une fille mais, elle travaille, la maison est vide, je n'aime pas rester seule, je sens un manque, ce qui n'empêche pas mes yeux de pleurer, ça me fait de la peine....silence » La patiente a des larmes aux yeux. Sa fille ajoute « Quand ma mère est anxieuse, elle ne prend pas ses médicaments, comme si elle nous punissait ».

Nous constatons aussi que la patiente est facilement contrariée, elle s'emporte facilement ,elle est irritable « *za3fagh bzaff ,chitouh kanne akka(elle l'indique avec son doigt)aythafet za3fagh,ma3na argazz kol dkika anadha wa ,tssruhet wa ...nekki awid kanne sebba anda adhza3fegh ,adaregh akk lghach fellas* » « je m'énerve trop, un peu comme ça(elle l'indique avec son doigt)je m'énerve, mais mon mari me culpabilise à chaque fois d'avoir oublier ou perdu les choses...et moi je cherche une excuse pour vider ma rage ».

Tassadit refuse tout aide de son entourage, elle veut faire les choses à sa manière « *allagh,jamais, utajaghara had iyi3awen,tlussugh imaniw dawichegh imaniw,nekki yzrane elchaghliw* » « non jamais, je ne laisse personne m'aider, je m'habille toute seule et je prends mon bain toute seule, c'est moi qui connais mes activités » ce sont des signes d'agitation, dans une autre phrase « *mara adhtkalkagh nagh adhdigoutigh , uzmirghara adhkimagh gu yiwen wamkane* » « Quand je me stresse ou je me dégoûte , je ne peux pas rester dans une seule place » sa fille ajoute « *tetabek f lahwayj w t3awed* » « Elle organise et réorganise le linge ».

La patiente présente des troubles de sommeil, elle a des difficultés à s'endormir « *itass a yelli uganghara ,adhkachmagh gus sou ma3na rouh adyass , adh kimagh adhtalayegh le plafond adhekhamegh hacha ma yewiyi yitess* » « je n'arrive pas à m'endormir, je rentre dans mon lit, je regarde le plafond et je pense jusqu'à ce que je dors ».

la patiente a peur de l'avenir, et elle pense tout le temps à sa maladie « *tekhamimegh dima f lahlakiw ugadhegh adhaghligh, adhs3asvagh yessi yidhi,nchallah adhmthagh akhir wala maghligh* » « je pense toujours à ma maladie , j'ai peur que ça s'aggrave et d'être un fardeau pour mes filles, nchallah je préfère mourir avant » .

Tassadit éprouve un sentiment de culpabilité « *tiswi3in qaregh ayen idifka rebbi mrahba, tisswi3in askaregh iwachou akka ,neki iyellane khadmagh koulech thura ...silence* » la patiente pleure «Des fois, je me dis que ce qui vient de Bon Dieu est le bienvenue, d'autre fois je me dis, pourquoi ça, moi qui faisais tout...silence » .

la patiente parle de la mort mais elle n'a pas des idées suicidaires « *dachu idigrane gu dunnith ayyi,lmuth akhir,ustla3ighara ma3na ma thussad usskarghara alla khater lmuth dh lahna* » « Que me reste-il dans cette vie, la mort c'est mieux , je ne l'appellerai pas mais si elle vient, je ne dirais pas non, parce que la mort c'est la paix ». Elle exprime ça avec un débit de parole lent .elle ajoute « *dayen takfa tazmarth turra hmanne wamaniw* » « la santé est finie, l'heure est venue » pour exprimer que la vie ne vaut plus la peine d'être vécu après sa maladie.

Elle souffre aussi d'une perte d'appétit, « *ulach dachu iyavninen thura,madh zik kanne ssetagh ma tura...athane thtalayedh akli am tvakit ta3fagh,machi amzik elligh tafunast* » « Il ya rien de bons maintenant, avant je mangeais mais maintenant ...tu vois comme je suis maigre, avant j'étais grosse ».la patiente a perdu du poids et ce que sa fille a confirmé aussi.

L'analyse de l'entretien révèle aussi que la patiente a une faible estime de soi « *tetuyagh bzzaf, ssakhlategh gu th cusinte les épices,arnigh la3thav kanne a yessi dayen urzmiregh adhkhadmagh krra* » « j'oublie beaucoup , je mélange les épices dans la cuisine, je deviens un fardeau pour mes filles, c'est fini , je ne peux rien faire » ce qui signifie que la patiente se blâme, elle a des sentiments d'auto –dépréciation et d'échec surtout qu'elle n'arrive pas à entreprendre des activités qu'elle faisait avant « *ihh ya hasra,zik ukval adhhalkagh assmi illigh sehaww,khadmagh koulech,lwane tekhitekh ma tura dayen a3yigh,tamgharth* » « Hélas, avant d'être malade , quand j'étais en bonne santé, je faisais tout

le tissage ,la couture , mais maintenant je suis fatiguée, je suis vieille » sa fille ajoute « elle se fatigue rapidement, elle manque d'énergie »

Enfin, nous pouvons dire que l'état d'humeur de Tassadit a changé depuis qu'elle est malade. Elle souffre d'une dépression causée par ses troubles de mémoire qui influent sur son humeur et sur ses activités quotidiennes.

1-1-2 Présentation des résultats de l'échelle GDS du cas N°1

Nom et prénom : A. Tassadit

Age : 79 ans

date d'évaluation :08/04/2013

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose	oui (1)	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14 Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui (1)	non
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non

23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)

Dépression sévère

Score 23/30

1-1-3 L'interprétation des résultats de l'échelle GDS 30 items de cas n°1

Puisque Tassadit ne comprend pas la langue française, nous étions dans l'obligation de traduire les items de l'échelle tels qu'ils sont en langue kabyle pour ne pas modifier le sens.

Tassadit a mis 12mn pour répondre aux items de l'échelle. L'analyse des résultats montre que Tassadit souffre d'une dépression sévère d'un score de 23 / 30.

Tassadit a répondu par Oui pour les items suivants : 1, 2, 3, 4, 8, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 22, 23, 26, 29, 30.

Tandis que pour les items : 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 25, 27, 28 elle a répondu par Non.

Les items qui indiquent une dépression chez Tassadit et dont chaque réponse vaut un point sont : 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30.

1-1-4 La présentation de l'échelle de NPI de cas n° 1

Le NPI a été rempli avec l'aide de sa fille, elle n'est pas l'aidant principale mais elle connaît tout les détails sur l'état comportemental et psychologique de sa mère.

Nom:A Tassadit		Age79 :		Date de l'évaluation 08/04/2013		
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[4]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[4]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[8]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[2]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[6]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[12]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)

Absent =3

F*G=63/144

1-1-5 L'interprétation des résultats de l'échelle NPI du le cas n°1

le NPI a été rempli avec l'aide de la fille de Tassadit , et vu son niveau d'instruction les questions ont été posées exactement comme elles sont formulées par écrit, quelques clarifications et reformulations avec des termes équivalents ont été données pour la fille de Tassadit, nous avons mis 36 minutes pour remplir l'échelle et nous avons commencé l'échelle par la consigne suivante « ces questions sont faites pour évaluer le comportement de votre mère, vous pouvez répondre par « oui » ou « non » et essayez, s'il vous-plaît de répondre brièvement ».

L'analyse des résultats montre que Tassadit a 3 comportements absents : les idées délirantes, l'hallucinations et la désinhibition .

Les comportement qui existent chez Tassadit sont : l'agitation/agressivité avec 5 /8 des sous items, la dépression /dysphorie 6/8 , l'anxiété 5/7, l'exaltation de l'humeur /euphorie 2/7, l'apathie/indifférence :6 /8 , l'irritabilité/instabilité de l'humeur 6/7, le comportement moteur aberrant 3/7, les troubles de sommeil 4/8 , appétit /troubles de l'appétit 5/9 .

Pour la Fréquence dont les comportements se produisent, les résultats montrent que pour le degré 1 : absence de réponses, pour le degré 2/4 c'est à dire assez souvent: il ya 3 réponses pour les comportements suivants : l'agitation/agressivité, l'exaltation de l'humeur /euphorie et comportement moteur aberrant. Pour le degré 3/4 c'est-à-dire fréquemment : il y 4 réponses pour les comportements suivants : la dépression/dysphorie, l'anxiété, l'apathie/indifférence et sommeil. Tandis que pour le degré 4/4 c'est-à-dire très fréquemment, il ya 2 réponses pour les comportements suivants : l'irritabilité/instabilité de l'humeur et l'appétit /troubles de l'appétit.

Pour le degré de Gravité de chacun de ces comportements, les résultats de NPI indiquent que pour le comportement moteur aberrant le degré de gravité est 1/3 c'est à dire léger, tandis que pour l'agitation/agressivité, l'exaltation de l'humeur /euphorie, l'irritabilité/instabilité de l'humeur, sommeil le degré de gravité est 2/3 c'est-à-dire moyen , et pour les symptômes psycho-comportementaux suivants : dépression/dysphorie, anxiété, apathie/indifférence, appétit la gravité est importante , elle est de degré 3/3

Pour les résultats Fréquence * Gravité l'analyse de l'échelle NPI du cas de Tassadit montre que nous avons obtenu 12/12 pour les troubles de l'appétit, 9/12 pour dépression,

anxiété et apathie, pour l'irritabilité nous avons obtenu 8/12, pour les troubles sommeils 6 /12, tandis que pour l'agitation et l'exaltation de l'humeur 4 /12 et pour le comportement moteur aberrant nous avons 2/12.

Pour le retentissement de ces symptômes sur le plan émotionnel de la fille de Tassadit nous avons constaté que l'exaltation de l'humeur 1/5 c'est-à-dire minimum, et pour l'agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, comportement moteur aberrant 3/5 c'est-à-dire modérément, et 4/5 pour les symptômes suivants ; apathie/indifférence, irritabilité/instabilité de l'humeur, appétit/trouble de l'appétit c'est-à-dire sévèrement.

1-1-6 Synthèse de cas n° 1

En conclusion, selon les critères de diagnostic de la dépression dans la maladie d'Alzheimer (NIMH-dAD) (**Voir page 45**), l'analyse des données de l'entretien et les résultats de l'échelle de dépression gériatrique nous constatons que Tassadit souffre d'une dépression sévère, l'échelle NPI montre que les symptômes psychologiques et comportementaux les plus associés à l'état dépressif de Tassadit sont : les troubles d'appétit, l'anxiété, l'apathie et l'irritabilité.

1-2 Présentation du cas N°2 Zoubida

Zoubida 76 ans, mère de 2 garçons et 5 filles, veuve depuis 2ans, elle vit avec sa fille. Elle était couturière et elle aimait beaucoup lire. Son niveau d'instruction est certificat d'étude. Elle est diagnostiquée depuis 3 ans d'avoir la maladie d'Alzheimer : stade modéré (MMSE=17/30), les troubles de mémoire remontent à 4ans, les antécédents familiaux montre que Zoubida avait une grand mère qui avait des troubles de mémoire. La patiente est prise en charge et elle est sous traitement : ARICEPT 10 mg et ATHYMIL 30 mg. Zoubida est désorientée dans le temps et dans l'espace, et elle n'arrive pas à gérer l'argent. L'entretien s'est déroulé dans un bureau libre au niveau de service Neurologie avec la présence de sa fille qui est l'aidante principale de sa mère. L'entretien a duré 31 minutes.

1-2-1 L'analyse des données de l'entretien n°2

Depuis le début, nous avons constaté que Zoubida était fatiguée, elle parle avec sa fille avec un débit de voix bas, elle voulait que sa fille parle à sa place, et cela nous a posé des difficultés d'entamer l'entretien avec elle, alors nous avons posé quelques questions pour sa fille d'une manière à attirer son attention, les moments où elle a parlé, ses phrases ont été

courtes et directes, suivies d'expressions de tristesse et des moments de silence. Le contenu de l'entretien est riche en matière d'informations que nous cherchons.

Quand nous avons expliqué notre objectif de l'entretien à Zoubida, elle nous a répondu : « *ma3labalich anaya, sakssi benti* » « je ne sais pas moi, demande à ma fille » et dans une autre phrase « *nkhaf nakhlata* » « j'ai peur de faire des erreurs » cela signifie qu'elle n'arrive pas à prendre une décision seule, elle a toujours besoin de l'aide de sa fille qui ajoute : « tout le temps comme ça, je suis toujours un repère pour elle ».

Durant l'entretien la patiente voulait mettre sa tête sur le bureau et s'endormir, et quand nous avons demandé pourquoi elle veut dormir malgré que c'est le matin, elle nous a dit « *nhabb narked, nhab narked bzaff, bach manensach* » « j'aime dormir, j'aime beaucoup dormir, pour ne pas oublier » . Sa fille nous a expliqué qu'elle dort de manière excessive pendant la journée. Cela veut dire que les troubles de mémoire sont une source d'angoisse et d'anxiété pour Zoubida, et pour éviter cette angoisse la patiente dort excessivement pendant la journée.

Durant l'entretien la patiente n'a pas arrêté de répéter ces deux phrases : première phrase « *kounte nakra koulech, nhabb nakra* » « je lisais tout, j'aime lire » deuxième phrase « *kount nkhayet, ya hasra , kanou la3rayes yjou men partout ykhaytou 3andi* » « j'étais couturière, les mariées venaient de partout coudre chez moi » le renoncement forcé à ses deux activités après la maladie de la patiente lui a causé une grande tristesse. Sa fille ajoute « c'est pour ça qu'elle déprime, elle a perdu la main, elle n'arrive pas à coudre ni à lire, elle aimait toujours lire des bouquins et des journaux ». La patiente n'arrive pas à lire parce que elle est incapable de se rappeler de ce que a lisais avant et même elle n'arrive pas à comprendre quelques mots qu'elle connaissait avant.

La fille de Zoubida disait que sa mère était très dynamique avant sa maladie « *Ma mère était une femme très dynamique, heyya lfahla, elle est très instruite, kanet koulchi hiyya, bssah allah ghaleb* » « Ma mère était une femme très dynamique, elle est forte, elle est très instruite, elle est tout, mais c'est Dieu qui le veut » la patiente regarde sa fille tristement, elles commencent à pleurer en sanglot. Cela signifie que la maladie de Zoubida est très éprouvante et représente une source majeure de souffrance non seulement pour elle mais aussi pour sa famille surtout sur sa fille qui est l'aidante principale.

Zoubida est irritable et agitée de temps à autre, sa fille : « *elle nous demande toujours d'aller chez elle, et quand on lui explique que c'est là chez elle, elle crie et elle n'arrête pas de répéter la même chose plusieurs fois* ».c'est parmi les symptômes de la maladie de vouloir aller chez soi.

La patiente se culpabilise d'être malade et de ne plus avoir la possibilité de coudre« *loukane manich mridha nkhaytlek chemisa, khayti ma tet3awdech, bssah allah ghaleb* » « si je n'étais pas malade, je te coudrai une chemise, ma couture est unique, mais c'est Dieu qui le veut».

Zoubida a perdu tout intérêt pour les activités habituelles « *ma nhab ndir walou,manakdarch, en plus nkhaf ndir hadja grave* » « je n'aime rien faire , je ne peux pas , en plus j'ai peur de faire quelque chose de grave », elle ajoute « *rani mridha ,manakder ndir walou, rani nenssa bzaff* » « je suis malade , je ne peux rien faire, j'oublie beaucoup » cela signifie aussi que la patiente a un manque d'énergie et une faible estime de soi ce qui engendre chez elle cette perte d'intérêt.

Sa fille nous a expliqué que quand sa maman est consciente de ses troubles de mémoire elle devient irritable , et elle est facilement contrariée , elle pleure sans cesse « *quand elle est consciente de ses troubles , tetkalek bezzaf, et elle s'énerve pour des choses bêtes,oumba3d matahbesch lbka* » « quand elle est consciente de ses troubles , elle se stresse trop, et elle s'énerve pour la moindre des choses , après elle n'arrête pas de pleurer » elle ajoute que « elle pleure beaucoup parce que elle a peur de perdre l'autonomie , surtout pour la toilette », ce qui explique que la patiente a peur de l'avenir et que sa maladie s'aggrave.

Elle a toujours besoin d'être avec sa fille, cette dernière la rassure quand elle se stresse « *nhab nak3ad dima m3a benti* » « j'aime que ma fille soit toujours avec moi »sa fille ajoute : « *f darr win nrouh tetba3nni, willa khraj tssakssi 3liyya* » « à la maison elle me suit partout, et si je sors elle demande où suis-je ? » elle éprouve une angoisse quand elle n'est pas avec sa fille.

Zoubida sent l'ennui « *je me dégoûte sans lecture* » et elle est pessimiste et la vie ne vaut rien pour elle « *je vois la vie en noir* » et dans une autre phrase « *la vie n'est pas belle, rani mkhalta kamel, je suis malade* » « la vie n'est pas belle, je ne suis pas bien, je suis malade ».

Enfin, nous pouvons résumer que Zoubida présente des manifestations dépressives qui n'est pas dû tout à fait à ses troubles de mémoire et sa maladie d'Alzheimer, sa dépression est le résultat de son renoncement forcé à cause des conséquence de la maladie à ses activités qu'elle aimait bien faire avant d'être atteinte de la maladie d'Alzheimer : la couture et la lecture.

1-2-2 La présentation des résultats de l'échelle GDS 30 items de cas N°2

Zoubida :Age : 76 ans

Date d'évaluation :11/04/2013

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux (se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose?	oui (1)	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14 Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui (1)	non

18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non
27. Êtes-vous heureux (se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)

score : 24/30

résultats : dépression sévère

1-2-3 L'interprétation des résultats de l'échelle GDS 30 items de cas N° 2 : Zoubida :

Zoubida comprend très bien la langue française, alors nous n'avons pas été dans l'obligation de traduire les items de l'échelle, nous avons demandé à la patiente de décrire comment elle se sentait en répondant aux questions par un Oui ou un Non. Zoubida a mis 11mn pour répondre à l'échelle.

L'analyse des résultats montre que Zoubida souffre d'une dépression sévère d'un score 24/30.

Zoubida a répondu par Oui pour les items suivants : 2, 3, 4, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 26, 27.

Elle a répondu par Non pour les items suivants : 1, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 15, 19, 21, 23, 28, 29, 30

Et pour les réponses dont la surbrillance est en gris, et que chacune vaut un point pour un état dépressif sont les suivantes : 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30

1-2-4 La présentation des résultats de NPI du cas n° 2

Nom et prénom : I.Zoubida Age 76 ans Date de l'évaluation 11/04/2013

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[8]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[8]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[12]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[12]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[6]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[6]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[8]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[8]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)=0

Symptômes absents=3

F*G=77 /144

1-2-5 L'interprétation des résultats de NPI de cas n°2

Le NPI a été rempli avec l'aide de la fille de Zoubida qui est l'aidante principale, les questions de NPI ont été posées en français, nous avons traduit quelques mots en arabe et reformulé d'autres en termes équivalents pour ne pas changer le sens. Nous avons commencé l'échelle avec la consigne et nous avons mis 38 minutes pour la remplir.

L'analyse des résultats montre que il ya 3 symptômes comportementaux et psychologiques absents : les hallucinations, l'exaltation de l'humeur/euphorie, la désinhibition.

Les symptômes comportementaux et psychologiques dont l'aidante a répondu par un Oui sont : pour les idées délirantes :4/9, agitation/agressivité 5/8, la dépression/dysphorie :7/8, anxiété :6/7, l'apathie/indifférence :7/8, l'irritabilité/instabilité de l'humeur :6/7, le comportement moteur aberrant :4/7, les troubles sommeil :3/8, l'appétit/troubles de l'appétit :4/9.

Pour la Fréquence dont les symptômes comportementaux et psychologiques se produisent, l'analyse des résultats de NPI montrent que pour fréquence de 1 et 2 : absence de réponses, pour fréquence de degré 3 : 3 réponses pour l'apathie/indifférence, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant. Pour la fréquence de degré 4 : il ya 6 réponses pour les symptômes suivants : idées délirantes, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, sommeil, appétit/troubles de l'appétit.

Pour le degré de Gravité de ces symptômes, l'analyse montre l'absence de réponse pour le degré 1 et l'existence de 6 réponses pour le degré 2 pour les symptômes suivants : idées délirantes, agitation/agressivité, apathie/indifférence, comportement moteur aberrant, sommeil, appétit/troubles de l'appétit.

Le score totale Fréquence * Gravité de l'échelle est 69/144, et pour le score obtenu pour chaque sous échelle est 12/12 pour les symptômes : dépression/dysphorie et anxiété et 9/12 pour l'irritabilité/instabilité de l'humeur, pour les symptômes : idées délirantes, agitation/agressivité, sommeil, et appétit /troubles de l'appétit le score est 8/12, et nous avons obtenu 6/12 pour l'apathie/indifférence et comportement moteur aberrant.

Ces symptômes sont perturbants pour la fille de Zoubida au plan émotionnel c'est-à-dire le retentissement comme suit : pour l'agitation/agressivité, l'apathie/indifférence,

sommeil, appétit/troubles de l'appétit le retentissement était 3/5 donc retentissement modéré, pour les idées délirantes, dépression/dysphorie, anxiété, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant le retentissement était 4/5 c'est-à-dire retentissement sévère.

1-2-6 Synthèse du cas n°2 Zoubida

Selon l'analyse des données de l'entretien avec Zoubida et les résultats de l'échelle de dépression gériatrique 30items et le NPI, nous constatons que Zoubida souffre d'une dépression sévère due au retentissement de la maladie d'Alzheimer sur sa vie quotidienne et à son renoncement forcé à cause cette maladie sur les activités qu'elle aimait bien faire avant sa maladie comme la lecture et la couture, la dépression de Zoubida ne se manifeste pas seule, mais avec d'autres symptômes comportementaux et psychologiques surtout l'anxiété, l'irritabilité/instabilité de l'humeur, sommeil, troubles d'appétit et idées délirantes.

1-3 Présentation du cas n°3 Louiza

Louiza 73 ans, mère de 4 garçons et 1 fille, sont tous mariés, elle a obtenu un certificat d'aptitude médicale mais elle n'a pas travaillé, elle est veuve et elle vit avec son fils qui est marié depuis 2ans et maintenant c'est sa belle fille qui s'occupe d'elle, les troubles de mémoire de Louiza remonte à 4ans quand son fils a remarqué que sa mère ne prend pas ses médicaments, et elle est tout le temps fatiguée, elle est désorientée dans le temps et elle ne fait pas correctement sa prière, elle a des difficultés dans les fonctions exécutives. La première consultation de Louiza était il y'a 3ans, et après toutes les investigations le diagnostic de la maladie d'Alzheimer au stade léger a été émis avec un MMSE=22/30 et elle prend ARICEPT 5mg et ATHYMIL 30mg, et vitamine B12 comme traitement. Louiza est autonome mais elle ne cuisine pas, elle ne sort pas toute seule et elle n'arrive pas à gérer son argent.

1-3-1 L'analyse des données de l'entretien n°3

L'entretien avec Louiza s'est déroulé en langue arabe et française dans un bureau libre au niveau du service de Neurologie, avec la présence de son fils, l'entretien a duré 28mn. Nous avons remarqué dès le début de l'entretien, que ses mouvements étaient lents, elle parlait avec un débit de voix bas et sa première phrase qu'elle nous a dit était, « *heureusement mastnitch bzzaf kima mwalfa, je n'aime pas attendre, parceque ntkalk* » « *heureusement je n'ai pas attendu beaucoup comme d'habitude, je n'aime pas attendre, parce que je me stresse* » et dans une autre phrase « *wellite ntkalek, ntkalek bzaf pour des petits rien* », cela signifie que la patiente supporte mal les retards et elle est impatiente, ces derniers

sont des signes de l'irritabilité. Son fils ajoute « depuis qu'elle est malade, elle s'énerve pour des choses banales » Louiza s'empporte facilement.

L'état d'humeur de la patiente ont changé depuis sa maladie « *wellit ntkalek bzaff, makountch hakda* » « je suis devenue stressée, je n'étais pas comme ça », quand on a interrogé la patiente sur ce que représente pour elle les troubles de mémoire, elle nous a répondu comme suit : « *on oublie, on répète la même chose plusieurs fois parce qu'on a oublié, j'hésite, et je ne suis pas sûre de ma réponse et cela me rend triste* » nous avons remarqué que pour la première partie de sa réponse elle a utilisé le pronom personnel indéfini de la troisième personne alors que dans la deuxième partie de sa réponse elle a utilisé le pronom de la première personne du singulier, cela signifie que les troubles de mémoire sont une source de doute, d'hésitation et de tristesse pour Louiza.

Louiza a des sentiments d'auto-dépréciation après sa maladie, elle dit « *j'étais très active, femme au foyer dynamique, je faisais tout, le crochet, les gâteaux allah allah, mais maintenant à cause de ces troubles, je ne fais rien, j'ai peur de rater ce que je fais* » dans d'autres phrases « je ne suis plus sûre de moi » « je n'ai plus confiance en moi » elle se blâme d'avoir la maladie d'Alzheimer et cela est une preuve qu'elle a une faible estime de soi dû aux troubles de mémoires. Cela lui cause une fatigue morale et physique « *rani 3ayanna, 3ayanna moralement et physiquement, parce que je fais rien* » « je suis fatigué, fatigué moralement et physiquement parce que je ne fais rien ».

avec des larmes aux yeux Louiza dit « *ki nensa hakda, ntkalek, nahzen bzaff, nhass belli manswa walou, wnewlli nebki...* » « Quand j'oublie comme ça, je me stresse, je me déprime, je sens que je ne vauds rien, et je pleure » Et la patiente pleure, elle dit « *je fais que ça, pleurer* ». Son fils lui dit « *mais (x) prend soin de toi ?* » elle lui répond « *ta femme est un ange, mais pour moi, lhwayj illi nansahoum homma elli ykalkouni, w yradonni hzina* » « ta femme est un ange, mais pour moi c'est ce que j'oublie qui me rend stressée et triste ». Les troubles de la mémoire sont une source de souffrance et de douleur morales pour Louiza.

Avec d'autres signes de dépression Louiza exprime sa tristesse d'être malade « *nhass belli 3andi machakil kter men lakhrin* » « je sens que j'ai des problèmes plus que les autres » elle se culpabilise « *ana ma3ndich zharr, ana mridha* » « moi j'ai pas de chance, moi je suis malade ». Louiza voit que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue « *khalss zawjet w lidati w hajite, hada makane f denyya* » « c'est bon mes enfants sont tous mariés, et j'ai fait le pèlerinage, c'est ce que il ya dans la vie » et elle a peur de l'avenir et de n'être pas

autonome « *doka rani mridha nkhaf yzid 3liyya lmardh* » « maintenant je suis malade , et j'ai peur que ma maladie s'aggrave » elle veut mourir mais elle n'a pas parlé de suicide « *loukane tji lmoute teddini khir ma ntih f lardh* » «il vaut mieux que la mort vienne me prendre que de tomber par terre ».

Durant l'analyse de l'entretien, nous avons constaté que la patiente a des hallucinations « *dans ma chambre, il ya un mur blanc et quand je regarde, je vois un jardin, tout est en vert, il ya des fleurs et des oiseaux qui chantent* », et aussi Louiza présente d'autres symptômes de dépression comme le manque d'appétit d'après elle « *ma3ndi haja f lmakla, manhabch nakel* » « je n'ai plus d'appétit, je n'aime pas manger », son fils ajoute « d'ailleurs elle a perdu le poids et elle est toujours pâle de visage comme tu le vois ». la patiente a aussi des difficultés à s'endormir le soir « *manarkadch bzaf, mayjinich n3ass hetta 2h ,3h ta3 sbah* » « *je ne dors pas beaucoup, je n'ai pas sommeil jusqu'à 2h,3h de matin* ».

Pour conclure, nous pouvons dire que Louiza souffre d'une dépression à cause de ses troubles de mémoire ce qui lui a causé aussi une faible estime de soi.

1-3-2 Présentations des résultats de l'échelle de GDS 30 items de cas n°3

Age :73 ans

Date d'évaluation :11/04/2013

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux (se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui (1)	non

13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui (1)	non
18. Vous faites-vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non
27. Êtes-vous heureux (se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)

Score : 18/30

résultat : dépression modéré

1-3-3 L'interprétation des résultats de l'échelle GDS 30 items de cas n° 3

La passation de l'échelle s'est déroulée en langue française, seulement quelques éclaircissements sont donnés pour Louiza qui a mis 12 mn pour répondre aux questions.

L'analyse des résultats montre que Louiza souffre d'une dépression modérée d'un score 18/30.

Pour les items : 1, 2, 4, 5, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 27 louiza a répondu par Oui

Et elle a répondu par un Non pour les items suivants : 3, 6, 7, 8, 9, 12, 18, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 30

Pour les réponses qui indiquent la présence d'une dépression, elle a répondu pour les items sont : 2, 4, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 29, 30.

1-3-5 L'interprétation des résultats de NPI de cas n°3

La passation de l'échelle était en langue française avec l'aide du fils de Louiza, il n'est pas l'aidant principal mais il connaît les détails de l'état de sa mère puisque c'est sa femme qui est l'aidante principale.

Nous avons mis 30 minutes pour remplir le NPI, quelques reformulations ont été données pour le fils de la patiente pour une bonne compréhension des questions posées.

Les symptômes comportementaux et psychologiques qui sont absents dans l'analyse de NPI de Louiza sont : idées délirantes, l'agitation/agressivité, l'exaltation de l'humeur/euphorie et désinhibition.

Les symptômes dont l'aidant a répondu par un Oui sont les suivants : l'hallucination avec 2/7 réponses, pour la dépression/dysphorie : 5/8, anxiété : 5/8, apathie/indifférence : 6/8, irritabilité/instabilité de l'humeur 4/7, comportement moteur aberrant : 3/7, sommeil : 3/8 et pour les troubles de l'appétit 4/9 réponses.

Pour la Fréquence dont ces symptômes se produisent durant la semaine, l'analyse de NPI a relevé que le symptôme : comportement moteur aberrant qui se produit assez souvent c'est-à-dire le degré 2, pour le degré de la fréquence 3 dont les symptômes se produisent fréquemment les symptômes sont : l'hallucination, la dépression, anxiété, l'apathie, irritabilité/instabilité de l'humeur et les troubles de l'appétit. Et pour les troubles de sommeil le degré de la fréquence était 4 c'est-à-dire très fréquemment.

Pour le degré de Gravité des symptômes comportementaux et psychologique évalués graves au NPI avec l'aide de fils de Louiza, l'analyse montre que pour les symptômes comportements moteurs aberrant la gravité était légère (1/3) et pour les symptômes : l'hallucination, l'anxiété, l'apathie/indifférence, pour sommeil le degré de gravité était moyen(2/3) tandis que pour la dépression/dysphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur et les troubles de l'appétit la gravité est très importante (3/3).

Le score final de NPI : Fréquence * Gravité =61/144, et pour les sous scores de chaque sous échelle, nous avons constaté que pour les symptômes dépression/dysphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur et es troubles de l'appétit le score était 9/12, pour le sommeil nous avons obtenu 8/12, tandis que pour les symptômes suivants :hallucination,

anxiété, apathie/indifférence le score était 6/12 et en dernier le comportement moteur aberrant la fréquence * gravité était 2/12.

Le retentissement de ces symptômes comportementaux et psychologiques sur le plan émotionnel du fils de Louiza était minimum pour le comportement moteur aberrant c'est à dire (1/5), légèrement pour le sommeil (2/5), modérément ((3/5) pour les symptômes suivants : hallucination, dépression/dysphorie, anxiété, apathie/indifférence, et pour les symptômes irritabilité/instabilité de l'humeur et les troubles de l'appétit le retentissement était sévèrement au plan émotionnel (4/5).

1-3-6 Synthèse du cas n°3

L'analyse des données de l'entretien avec Louiza et son fils a relevé que la patiente souffre d'une dépression avec des symptômes comme l'irritabilité, faible estime de soi, perte d'appétit et troubles de sommeil ainsi qu'anxiété et une instabilité de l'humeur. Nous avons constaté d'après l'analyse de l'échelle de dépression gériatrique que Louiza a une dépression modérée avec un score 18/30 et cette dépression est accompagnée avec d'autres symptômes comportementaux et psychologiques d'après l'analyse de NPI comme irritabilité/instabilité de l'humeur, appétit/troubles de l'appétit et troubles de sommeil.

1-4 Présentation du cas n°4 Aicha

Aicha 63 ans femme au foyer, mariée et mère de 2 filles et 6 garçons, elle a fait 2 ans d'école, elle sait lire et écrire l'alphabet, sa première consultation mémoire était avant 3 ans suite à des troubles de mémoire et de sommeil. Aicha est hypertendue depuis 25 ans et elle est sous traitement. Après avoir fait la procédure de diagnostic Aicha est diagnostiquée avoir maladie d'Alzheimer, stade léger avec un MMSE 22/30. Aicha elle est autonome, et elle est sous traitement, elle prend DOZYCEPT 5mg et ATHYMIL 30 mg. ce sont les deux filles de Aicha qui prennent soin d'elle, son mari et ses garçons ne savent rien sur sa maladie parce qu'ils l'ont abandonnée. L'entretien s'est déroulé dans le bureau de consultation mémoire avec la présence de sa fille qui nous a ajouté d'autres informations sur l'état de sa mère, et l'entretien à duré 33 minutes.

1-4-1 L'analyse des données de l'entretien du cas n° 4

Dès le début de l'entretien nous avons remarqué que Aicha était triste, elle souriait de temps à autres mais son regard exprime une grande tristesse, elle évitait le contact avec nous dans les yeux, et pendant tout l'entretien Aicha a mis sa main sur sa joue, et elle nous a parlé avec une voix basse et triste.

L'état d'humeur de Aicha a changé depuis sa maladie et elle s'est retirée de la vie sociale « *tebdalte bzaf, kounte nakhrej, nrouh la3rass, nzour lfamilia, ngasserr doka...doka koulchi tbadel rani mridha wmanhmal walou* » « j'ai beaucoup changé, avant je sortais , j'allais aux fêtes , je visitais la famille , je m'amusais, maintenant ...maintenant tout a changé je suis malade , je n'aime rien » .

Les troubles de mémoire sont une source d'anxiété et d'angoisse pour Aicha « *mahabch nakhrej wahdi, nkhaf ndhi3* » « je n'aime pas sortir seule, j'ai peur de me perdre » et dans une autre phrase « *win nrouh lazem tkoune benti m3aya* » « où j'aille il faut que ma fille m'accompagne ». la patiente s'emporte facilement à cause de ses pertes de mémoire « *ki manlkach win hattij elhaja , ki nenssa ntkalek bzaf* » « quand je trouve pas où j'ai mis la chose , quand j'oublie je me stresse beaucoup » sa fille ajoute « *ki trouhleha haja, tetkalkek w tetnarva w tebda tahder wahdeha 3la hadik lhaja(win hatiteha, 3lach hakda nensa)* » « quand elle perd une chose, elle se stresse et s'énerve, et elle commence à parler toute seule sur la chose (où je l'ai mis ,pourquoi comme ça j'oublie) » ce qui indique que Aicha a le sentiment de culpabilité d'être malade dans une autre phrase Aicha dit « *3lach ga3 had elchi, 3lach ana, ana elli kounte ndir elkhir* » « pourquoi tout ça, pourquoi moi, moi qui faisais que du bien ».

D'après la patiente , il ya des moments où elle ne peut pas se tenir en place « *sa3at ntkalek wahdi , nrouh w nji f sehine* » « il ya des moments je me stresse toute seule , je fais les vas et viens dans la cour » , et quand elle est en colère, elle fait des gestes répétitifs « *ki nz3aff, nak3ad ndir hakda (tics des mains)* » « quand je m'énerve, je n'arrête pas de faire comme ça (tics avec les mains) » d'après l'analyse de ces phrases nous constatons que Aicha a des symptômes d'agitation, dans une autre phrase « *ki nenssa haja, w fdarr ydirouli les remarques, naz3af bzaf, wnebda n3ayette 3lihoum, ma3labalich ga3 wach nkoul* » « quand j'oublie une chose, et la famille me fait des remarques, je m'énerve, et je commence à crier, je

ne sais pas du tout ce que je dis », sa fille ajoute « *tedkhal l chambre, takhbet l bab, w tak3ad wahdeha* » « elle rentre dans sa chambre, elle claque la porte, et elle reste toute seule ».

Aicha participe moins qu'avant aux tâches ménagères, d'après sa fille « *ma3adte tdir walou* » « elle fait rien maintenant » et la patiente ajoute « *khelli lbnate ydirou echeghal, ana rani mridha, allah ghaleb* » « laisse les filles faire les tâches ménagères moi je suis malade, Dieu puissant » ce qui indique que Aicha a perdu tout intérêt aux activités habituelles.

La maladie d'Alzheimer est une source d'une grande tristesse pour Aicha « *ki nak3ad nkhamem f mardh ta3i, nhab nka3ed ghir f chamberti wahdi, manhabech ga3 nchoufhoum* » « quand je pense à ma maladie, je préfère rester dans ma chambre toute seule, je n'aime pas les voir » ce qui indique qu'elle préfère s'isoler, sa fille ajoute « *tkoulna ghalkouli takka w l bab, habite nak3ad wahdi* » « elle nous dit, fermez moi les fenêtres et la porte, je veux rester seule ». Dans une autre phrase où la patiente exprime sa grande douleur morale et sa tristesse la patiente dit « *ki nhass blaghbina nhab nabki, bssah tellement bkite bzaf, rahetelli eldem3a, elkalb yabki w dem3a nachefa...* », La patiente se met à pleurer, « quand je me sens triste, j'aime pleurer, mais tellement j'ai beaucoup pleuré, j'ai perdu les larmes, mon cœur pleure, mais je n'ai pas de larmes ... »

Aicha manque d'appétit « *manhabch ga3 nakol, makanach haja bnina doka* » « je n'aime pas du tout manger, il n'y a pas quelque chose de délicieux maintenant » et elle a perdu du poids « *kbal ma nmradh, kounte nawzene 85 kg, w doka raki tchoufi fiyya zouj kilo batata* » « avant d'être malade, je pesais 85kg, et maintenant tu me vois j'ai maigri » elle manque d'énergie et elle se fatigue facilement « *nhass toujours belli rani 3ayanna hetta willa madarte walou* » « je me sens toujours fatiguée même quand je ne fais rien ».

Aicha a une faible estime de soi « *ki kounte bsehihti, kounte ana elli ntayeb f la3rass* » « quand j'étais en bonne santé, c'est moi qui cuisinais dans les fêtes », elle se blâme d'être malade « *derte lkhir lga3 la famille, w doka ki rani mridha maysaksouch meme pas 3liyya* » « j'ai fait du bien pour toute la famille, et maintenant quand je suis malade, personne ne demande de mes nouvelles » et dans une autre phrase « *kalou nass zmane elchii w channe ma ydoun* » « les ancêtres disaient, la richesse et les affaires ne durent pas » pour exprimer le changement de son état vers le négatif après sa maladie.

Aicha présente aussi des troubles de sommeil, elle disait « *sa3at yrouhli n3ass, sa3at narked chwiyya, ndhoudh 3a 3h ,4h ta sbahh, manakderch nwelli* » « il ya des moments où je n'ai pas le sommeil, il ya d'autres je dors un peu, je me réveille à 3h ,4h de matin et je n'arrive pas à me redormir ».

Après l'analyse des données de l'entretien avec Aicha nous pouvons dire que son état d'humeur a changé après sa maladie, et elle présente des symptômes d'un état dépressif.

1-4-2 Présentation des résultats de l'échelle GDS 30items du cas n°4

Nom et prénom :B.Aicha Age :63 ans Date d'évaluation :21/04/2013

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui (1)	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14 Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui (1)	non
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non

19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)

Score : 22/30

Résultats : dépression sévère

1-4-3 L'interprétation des résultats de l'échelle GDS 30 items du cas n°4

Nous avons été dans l'obligation de traduire les items de l'échelle de dépression gériatrique en langue arabe pour que la patiente puisse comprendre, nous avons demandé de décrire comment elle se sentait en répondant par Oui ou Non, nous avons mis 13 mn pour répondre aux questions de l'échelle GDS.

L'analyse des résultats de l'échelle GDS montre que Aicha souffre d'une dépression sévère d'un score 22/30.

Elle a répondu pas Oui pour les items suivants : 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 29.

Pour les items dont Aicha a répondu par Non sont les suivants : 1, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19, 21, 26, 27, 28, 30. Et pour les items qui indiquent la présence d'une dépression et dont la surbrillance est en gris les items sont les suivants : 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 30.

1-4-4 L'interprétation de l'échelle NPI du cas n°4

1-4-5 L'interprétation des résultats de NPI du cas n°4

Le NPI a été remplie avec l'aide de la fille de Aicha et puisque elle ne maîtrise pas la langue française nous étions dans l'obligation de traduire la plupart des questions en langue arabe, et essayer le plus possible de choisir des mots équivalents pour ne pas changer le sens et le but de NPI. Nous avons mis 40 minutes pour remplir le NPI.

D'après l'analyse des résultats de NPI nous avons trouvé l'absence de 4 symptômes comportementaux et psychologiques chez Aicha : idées délirantes, hallucinations, exaltation de l'humeur/euphorie et désinhibition.

Les questions dont l'aidant a répondues par Oui sont : agitation /agressivité et la dépression/ dysphorie avec 5/8 réponses, anxiété 6/7 réponses, apathie /indifférence 7/8 réponses, irritabilité 7/7, comportement moteur aberrant 4/7, pour le sommeil 4/8 et pour l'appétit/troubles de l'appétit 4/9.

Pour la Fréquence dont les symptômes comportementaux et psychologiques de Aicha se produisent pendant la semaine nous avons constaté que pour les symptômes suivants agitation/agressivité, dépression /dysphorie, anxiété, comportement moteur aberrant et sommeil la fréquence est fréquemment c'est-à-dire le degré 3, tandis que pour les symptômes apathie /indifférence, irritabilité/instabilité de l'humeur et troubles de l'appétit la fréquence est très fréquemment c'est-à-dire le degré 4.

Pour le degré de Gravité de ces symptômes, nous pouvons interpréter les résultats comme suite : l'agitation/agressivité, la dépression/dysphorie, l'anxiété, irritabilité/instabilité de l'humeur, sommeil et troubles de l'appétit ont une perturbation importante pour Aicha, le degré de gravité est 3, mais pour l'apathie/indifférence, comportement moteur aberrant la gravité est moyenne, elle est de degré 2.

Le score total de Fréquence * Gravité est 74/144 et les scores de chaque sous échelle est 12/12 pour irritabilité/instabilité de l'humeur, et appétit/troubles de l'appétit, pour les SCPD : agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété et sommeil le score est 9/12 pour l'apathie 8/12 et 6/12 pour le comportement moteur aberrant.

Ces symptômes comportementaux et psychologiques sont perturbants pour l'aidant sur le plan émotionnel, pour apathie/indifférence, comportement moteur aberrant, et sommeil le retentissement était 3/5, et 4/5 pour agitation, mais nous avons constaté que les symptômes

qui ont un retentissement très sévère sur l'aidant sont dépression/dysphorie, anxiété, irritabilité/instabilité de l'humeur et troubles d'appétit avec un retentissement 5/5.

1-4-6 Synthèse du cas n°4 Aicha

Après l'analyse des données de l'entretien avec Aicha, nous avons trouvé qu'elle souffre d'une dépression après sa maladie, et avec les résultats de l'échelle de dépression gériatrique GDS 30 items et le NPI nous avons trouvé qu'elle souffre d'une dépression sévère avec un score 22/30 selon l'échelle GDS et cette dépression ne se manifeste pas seule chez Aicha mais avec d'autres symptômes comportementaux et psychologiques comme l'irritabilité/instabilité de l'humeur, troubles de l'appétit, agitation, anxiété et troubles de sommeil.

1-5 Présentation du cas n° 5 Mouhoub

Mouhoub homme de 82 ans, père de 2 garçons et 3 filles, analphabète et retraité, il était fonctionnaire en France, il a des troubles de mémoire depuis 3 ans, et il est pris en charge depuis 1 an et demi, le diagnostic : maladie d'Alzheimer. Nous avons passé le test MMSE pour évaluer le stade de la maladie et nous l'avons trouvé au stade modéré (MMSE : 17/30). Mouhoub est sous traitement, il prend ARICEPT 10mg et vitamine B12 injection, il est désorienté dans le temps et dans l'espace et il n'arrive pas à nommer tous ses enfants. L'entretien s'est déroulé en présence de son fils dans le bureau de la psychologue de l'établissement de la santé publique de proximité de Sidi Aich.

1-5-1 L'analyse des données de l'entretien de Mouhoub

L'entretien a duré 35 minutes avec Mouhoub, et nous avons eu des difficultés dans l'entretien parce qu'il nous a parlé de ses souvenirs quand il travaillait en France. Pour ses réponses à nos questions, Mouhoub a utilisé des petites phrases.

L'analyse des données de l'entretien révèle que l'état d'humeur de mouhoub a changé depuis sa maladie, avant Mouhoub n'était pas stressé il s'énerve pas comme maintenant « *zik uliw wssi3, maturra imihalkagh tnervigh f les choses bêtes* » « avant j'ai le cœur vaste, mais maintenant étant malade je m'énerve pour la moindre des choses ».

Mouhoub fait des soucis pour son état de santé, il dit « *lahlak ayyi iskalkiyi* » « cette maladie me stresse » et là il respire profondément, cela veut dire que les troubles de mémoire

lui causent une anxiété. Et dans une autre phrase Mouhoub exprime sa peur de l'avenir « *ugadhegh plus tard ayizidh lahlak* » « j'ai peur que ma maladie s'aggrave ».

Mouhoub a perdu d'intérêt pour les activités qu'il faisait avant sa maladie « *elligh nekki idiktoune, nakchagh tivhirth, tezzough tbricoligh mais thura dayen allah ghaleb* » « avant c'est moi qui faisais les courses, le jardinage et le bricolage mais maintenant c'est terminé Dieu puissant ». Son fils ajoute « il n'a pas confiance en lui, parce qu'il perd l'argent et oublie à chaque fois, il a arrêté de faire les courses ».

Dans une autre phrase Mouhoub se blâme d'être malade, il dit « *zik immi iyka3dhen wussan, nekki iyfarune timssal, ma tura thetalayet dhaya iyellane* » « A mon jeune âge, c'était moi qui trouvais des résolutions, maintenant comme tu vois, je suis incapable » ce qui veut dire qu'il a une faible estime de soi.

D'après l'analyse de l'entretien, nous avons constaté que Mouhoub devient irritable sans raison apparente et il s'énerve tout seul « *tiswi3ine tenirvigh mbla sebba* » « des fois je m'énerve sans raison », et quand il se stresse il n'arrive pas à se tenir en place, c'est des signes d'agitation « *mara dhkalkagh, utghamaghara g yiwen wmkanne* » « quand je me stresse, je ne reste pas dans une seule place ».

Le manque d'appétit est présent chez Mouhoub « *utesghara amzik* » « je ne mange pas comme avant » et il souffre aussi des troubles de sommeil, il se réveille plus tôt que d'habitude « *tekarghed f 5 nsbah akken, utkalghara* » « je me réveille vers les environ de 5h de matin, et je ne retrouve pas le sommeil ».

D'après le fils de Mouhoub son père leur demande des fois d'aller chez lui « *ikaraghed vghigh adhrughah akahmiw, mara assninni d wayyi idhakhamik itbnervi* » « il nous dit de l'amener chez lui, et quand on lui dit c'est là chez lui, il s'énerve ». Et aussi il ya des moments où Mouhoub présente des délires de préjugés et de vol « *inwayas ntkrass idhrimniss alor que makanech ga3 menha* » « il croie que on lui vole son argent, alors que ya rien de cela ».

Pour résumer les données de l'entretien, nous pouvons dire que Mouhoub souffre d'une dépression causée par son angoisse et son inquiétude face à ses troubles de mémoire.

1-5-2 Présentation des résultats de l'échelle GDS de cas n° 5

Prénom :Mouhoub âge :82 ans

date d'évaluation :12/05/2013

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui (1)	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui (1)	non
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non

27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)

Score : 17/30

Résultats : dépression

modéré

1-5-3 L'interprétation des résultats de l'échelle GDS30 items de cas n° 5

Nous avons passé l'échelle à Mouhoub avec la langue française et nous avons posé les questions telles qu'elles sont, nous avons mis 12mn pour répondre à toutes les questions par un Oui ou un Non.

D'après l'analyse des résultats de l'échelle GDS, nous avons constaté que Mouhoub souffre d'une dépression modérée d'un score 17/30.

Il a répondu par un Oui pour les items suivants : 1, 2, 4, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 26, 27.

Pour ses réponses par Non les items sont les suivants : 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 30.

Les items qui indiquent une dépression et qui valent un point sont : 2, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 26, 29, 30.

1-5-4 Présentation des résultats de NPI de cas n°5

Nom: Mouhoub

Age:82ans

Date de l'évaluation :12/05/2013

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[6]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[4]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[2]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[6]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[4]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[6]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)

F x G = Fréquence x Gravité=64/144

absents :2

1-5-5 L'analyse des résultats de NPI de cas n°5

Le NPI de Mouhoub a été rempli avec l'aide son fils qui vit avec lui, les questions ont été posées en français et nous avons apporté quelques clarifications et reformulations sur quelques questions, nous avons mis 40 minutes pour remplir le questionnaire.

L'analyse des résultats de NPI a montré que les hallucinations et les désinhibitions sont absentes chez Mouhoub.

Les symptômes psycho-comportementaux dont l'aidant a répondu par Oui sont : idées délirantes 3/9, agitation : 3/8, dépression/dysphorie 4/8, anxiété 3/7, exaltation de l'humeur/euphorie 2/7, apathie 3/8, irritabilité/instabilité de l'humeur 3/7, 2/7 pour le comportement moteur aberrant et 2/8 pour le sommeil et pour les troubles d'appétit 3/9.

Pour la Fréquence dont ces symptômes se produisent durant la semaine sont : assez souvent pour les idées délirantes, agitation, exaltation de l'humeur et comportement moteur aberrant c'est-à-dire le degré de fréquence est 2/4, mais pour les symptômes suivants : dépression/dysphorie, anxiété, apathie/indifférence, irritabilité/instabilité de l'humeur, sommeil et troubles de l'appétit la fréquence est de degré 3/4 c'est-à-dire fréquemment.

Le degré de Gravité de ces symptômes est léger 1/3 pour exaltation de l'humeur, moyen 2/3 pour agitation, apathie/indifférence, comportement moteur aberrant et troubles de l'appétit et pour les symptômes : idées délirantes, dépression anxiété irritabilité et sommeil le degré est important 3/3.

Le score totale de Fréquence* Gravité est 64/144, et pour les sous score nous avons constaté ce qui suit : pour l'exaltation de l'humeur 2/12, 4/12 pour agitation et comportement moteur aberrant, 6/12 pour les idées délirantes, apathie/indifférence, troubles d'appétit et pour la dépression/dysphorie, anxiété, irritabilité /instabilité de l'humeur et sommeil 9/12.

Le retentissement sur le plan émotionnel de ces symptômes psycho-comportementaux sur le fils de Mouhoub est 1/5 pour exaltation de l'humeur, 2/5 pour agitation et apathie, 3/5 pour dépression/dysphorie, anxiété, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, sommeil et trouble de l'appétit. et pour les idées délirantes c'est 4/5.

1-5-6 Synthèse du cas n°5 Mouhoub

Après l'analyse des résultats de l'entretien avec Mouhoub nous avons constaté qu'il souffre d'une dépression modérée, et l'analyse de l'échelle de dépression gériatrique le confirme avec un score 17/30. La dépression de Mouhoub se manifeste avec d'autres symptômes psycho-comportementaux comme l'anxiété, irritabilité/instabilité de l'humeur, troubles de sommeil et les idées délirantes.

1-6 Présentation du cas n°6 Nacer

Nacer, homme 78 ans, marié, il a 4 filles et 2 garçons, il a fait 3 ans d'étude retraité (il a travaillé dans différentes professions en France) Hypertendu. Ces troubles de mémoire remontent à 2ans. Il est pris en charge depuis 1an après que le diagnostic : maladie d'Alzheimer est posé par le neurologue. Il prend comme traitement ARICEPT10mg/j et vitamine B12 injection. Nous avons évalué le stade de la maladie par la passation de MMSE et nous avons obtenu 22/30 : stade léger. L'entretien qui a duré 40 minutes s'est déroulé à domicile de Nacer avec la langue kabyle et la présence de sa femme qui est l'aidante principale.

1-6-1 L'analyse des données de l'entretien avec le cas n° 6

Nous avons eu des difficultés à entamer l'entretien avec Nacer sur notre thème de la recherche, il voulait parler sur ses souvenirs en France et les professions qu'il a occupées pendant sa jeunesse là bas. Il nous a dit « *amdehadregh f zik turra uchfughara* » « je vais vous parler sur la passé, car le présent je ne me rappelle pas» ce qui signifie que ces troubles de mémoire lui causent une angoisse. Alors nous avons entamé avec lui l'entretien en parlant sur quelques souvenirs du passé en intégrant d'une manière indirecte les questions de notre guide d'entretien de la recherche. nous avons eu quelques réponses brèves qui répondent à notre questions de la recherche.

D'après la femme de Nacer, l'état d'humeur de ce dernier a changé depuis sa maladie « *machi akka iyella, zik itatssa itkassir thura chwiyya...* » « Il n'était pas comme ça, avant il riait, il s'amusait maintenant pas tellement... ». Lui il ajoute « *zik illigh sehghagh, turra halkagh* » « avant j'étais en bonne santé, maintenant je suis malade » .

Nacer est devenu irritable et il se met en colère sans raison « *tiswi3ine tenervigh mbla sebba* » « *dés fois je m'énerve sans raison* ». il ajoute « *tiswi3ine tsnirviyi thmgharthiw , the3assayi asthinite dakchich avstuh* » « *dés fois c'est ma femme qui m'énerve, elle me surveille comme un petit garçon* » et ça lui cause des sentiments d'auto –dépréciation.

Les remarques que l'entourage lui font sur ses troubles de mémoire lui causent une angoisse et une tristesse « *karhagh ma aydkarent thettut wa nagh wa* » « *j'aime pas quand ils me disent que tu as oublié ça ou ça* » il ajoute « *3almagh thessuyagh, itghidhiyi lhal fihel hacha mmi smkthayniyd* » « *je sais que j'oublie, ça me fais de la peine , c'est pas la peine qu'on me le rappelle* » ce qui signifie que Nacer évite de parler de ses troubles pour ne pas s'angoisser.

Nacer se plaint d'être fatigué parce que il est vieux et malade « *thura dayen a3yin dhamghar yarna halkagh* » « *maintenant c'est bon, je suis vieux et aussi malade* ». il a parlé de la mort mais sans idées suicidaires « *lmuth gu fuss rebbi aywakth idussa mrahba, aklagh dhimgharen* » « *la mort est sous la main de dieu, elle est la bienvenue quand elle veut, nous sommes des vieux* ». et il se plaint aussi d'avoir moins la concentration « *concentration tenghayyi, walou* » « *la concentration me tue, il ya rien* ».

Nacer a renoncé à beaucoup d'activités habituelles « *imiren dh nekki idaktune* » « *avant c'est moi qui fais les courses* » « *imiren tefaghegh, tura tiswi3ine kanne* » « *avant je sortais, maintenant juste des fois* » « *illigh tdumnigh gu lkahwa, turra tettuyegh* » « *avant je jouais au dominos, maintenant j'oublie* ». Il a oublié les règles de jeux de dominos.

D'après l'analyse des données de l'entretien nous avons aussi constaté que il ya eu des changements dans le sommeil et l'appétit de Nacer « *utesghara amzik, daiileur ta3fagh* » « *je ne mange pas comme avant, d'ailleurs j'ai maigri* » et dans une autre phrase « *iydissara yitess, uganaghara zik* » « *je n'ai pas sommeil, je ne dors pas tôt* ». Sa femme confirme ça et ajoute « *dhssah athane thtewalite dhawragh akith* » « *c'est vrai, tu vois il est pâle* ».

Quand nous lui avons demandé est ce que il sent qu'il a des problèmes plus que les autres, il a répondu « *uzrighara, tisswi3ine karghass dachu ikhadmagh imidfka rebbi lahlaka ayyi* » cela veut dire que Nacer sent une culpabilité d'être malade mais il accepte sa maladie aussi « *hmd akli tessawanayegh, tamgharthiw tehadhariyi , tesmkthayniyd f dwaynou* » «

merci à Dieu , je me soigne, et ma femme prend soin de moi, elle me rappelle pour prendre mes médicaments ».

Pour résumer le cas de Nacer d'après l'analyse des données de l'entretien nous avons relevé que Nacer a les symptômes d'une dépression après sa maladie.

1-6-2 Présentation de résultats de l'échelle GDS 30 items de cas n°6

Prénom :Nacer

Age : 78 ans

date d'évaluation :09/05/2013

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui (1)	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14 Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui (1)	non
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)

22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non
27. Êtes-vous heureux (se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)

Score : 18/30

Résultat : dépression modéré

1-6-3 L'interprétation des résultats de l'échelle GDS 30 items de cas n°6

La passation de l'échelle s'est déroulée en langue française, quelques interprétations et reformulations ont été données pour Nacer avec des termes équivalents pour ne pas changer le sens .Nacer a mis 11 mn pour répondre aux questions.

L'analyse de l'échelle de dépression géritrique montre que Nacer souffre d'une dépression modérée avec un score 18/30.

Nacer a répondu par OUI pour les questions suivantes : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 22, 24, 26, 27.

Pour les questions suivantes il a répondu par Non :7, 9, 10, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 28, 29, 30.

Les réponses aux questions qui indiquent un état dépressif sont :2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 24, 26, 29, 30

1-6-4 Présentation des résultats de l'échelle NPI du cas n° 6

NPI

Nom: Nacer

Age:78 ans

Date de l'évaluation :09/05/2013

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[8]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[6]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[4]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[9]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable) :

F x G = Fréquence x Gravité :63/144

Absents :4

1-6-5 L'interprétation des résultats de NPI du cas n°6

Avant d'entamer la passation de l'échelle, nous avons expliqué notre but et le mode de passation à l'aidante principale, et nous avons insisté sur la façon de réponse par OUI ou NON et être brève le plus possible.

Durant la passation de NPI c'était avec la femme de Nacer, nous avons été dans l'obligation de traduire les items de l'échelle en langue kabyle. Nous avons essayé de choisir des termes équivalents en langue kabyle pour ne pas changer le sens des questions et le but de NPI. Nous avons mis 42 mn pour remplir l'échelle.

L'analyse des résultats de NPI de Nacer a relevé l'absence de 4 symptômes psycho-comportementaux : les idées délirantes, hallucination, exaltation de l'humeur/euphorie et désinhibition.

Les symptômes dont la femme de Nacer a répondu par un OUI sont : la dépression/dysphorie, agitation/agressivité et apathie/indifférence avec 4/8, irritabilité/instabilité de l'humeur et anxiété avec 6/7 réponses, pour le comportement moteur aberrant 2/7, sommeil avec 3/8 et pour les troubles d'appétit 3/9 réponses.

Pour la Fréquence dont les symptômes psychologiques et comportementaux de Nacer se produisent par semaine est très fréquemment pour la dépression/dysphorie c'est-à-dire le degré 4/4 et fréquemment pour l'agitation/agressivité, anxiété, apathie/indifférence, irritabilité/instabilité de l'humeur, sommeil et troubles de l'appétit c'est-à-dire le degré 3/4, pour le comportement moteur aberrant assez souvent c'est-à-dire 2/4.

Pour le degré de Gravité dont les ces symptômes se produisent sont moyen : degré 2/3 pour dépression/dysphorie, apathie/indifférence, comportement moteur aberrant, et sont importants pour les symptômes agitation/agressivité, anxiété, irritabilité/instabilité de l'humeur, sommeil et troubles de l'appétit c'est-à-dire le degré 3/3.

Le score finale de NPI Fréquence * Gravité est 63/144, et pour le score de les sous échelle nous avons constaté après l'analyse de résultats que pour les symptômes psycho-comportementaux : agitation/agressivité, anxiété, irritabilité/instabilité de l'humer, sommeil et troubles de l'appétit le score était 9/12, pour la dépression/dysphorie 8/12, pour l'apathie/indifférence : 6/12, et pour le comportement moteur aberrant c'est 4/12.

Les symptômes psycho-comportementaux de Nacer sont perturbants au plan émotionnel pour l'aidant principal qui est sa femme de la manière suivante : sévèrement c'est-à-dire 4/5 pour les symptômes suivants : agitation/agressivité, anxiété, irritabilité/instabilité de l'humeur, sommeil et troubles de l'appétit. Pour les symptômes : dépression/dysphorie, apathie/indifférence, comportement moteur aberrant le retentissement est modéré c'est-à-dire 3/5.

1-6-6 Synthèse du cas n°6 Nacer

d'après l'analyse des données de l'entretien avec Nacer et les résultats de l'échelle de dépression gériatrique, nous avons constaté que Nacer souffre d'une dépression modérée avec un score 18/30 de l'échelle GDS , cette dépression ne se manifeste pas seule d'après les résultats de NPI , elle s'accompagne d'autres symptômes comme L'agitation/agressivité , irritabilité/instabilité de l'humeur, anxiété, troubles de sommeil et d'appétit.

2- Synthèse générale de l'analyse des cas

2-1 Synthèse des données des entretiens de tous les cas

D'après l'analyse des données des entretiens fait pour chaque cas, nous constatons que tous les cas que nous avons pu rencontrer sont pris en charge depuis le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

Tous les cas, ont été des personnes dynamiques qui géraient leurs familles avec beaucoup d'intérêts pour leur vie sociale et quotidienne, jusqu'à ce que les troubles de mémoire ont commenceraient à influencer la vie quotidienne des patients négativement.

L'état d'humeur de tous les cas a changé depuis leur maladie, d'après l'analyse de l'entretien, nous avons constaté que la plupart des cas sont devenus angoissés par les troubles de mémoire qui leur causent une faible estime de soi, et un sentiment d'échec et d'anxiété ce qui explique la souffrance et la tristesse de tous les cas.

Nous avons constaté également que la plupart des cas sont conscients de leurs troubles de mémoire, et la dégradation de leurs états de santé après la maladie, mais ils évitaient de prononcer le nom de la maladie d'Alzheimer, pour ne pas vivre à chaque fois les émotions extrêmement intenses, accompagné d'une douleur morale et d'une tristesse pénible mais « l'évitement des émotion ne mène donc pas à leur disparition » (Philippot P., p.155).

D'après l'analyse des données des entretiens, nous remarquons que tout les patients comparent leur état de santé avant qu'ils soient malade avec leurs états actuels ce qui engendre pour la plupart d'eux un sentiment de culpabilité, par exemple pour le premier cas :Tassadit « pourquoi ça , moi qui faisait tout », pour le sixième cas Nacer « Quesque j'ai fais ,pour que Dieu me donne cette maladie » , pour Aicha elle dit « comment j'étais et comment je suis devenue maintenant ».

Les troubles de mémoire sont une source majeure d'anxiété et d'angoisse, tout les cas éprouvent une peur de sortir seul de peur de se perdre, et même pour prendre des décisions ou faire les tâches de la vie quotidienne.

Ils ont tendance la plupart du temps à avoir des soucis à propos de l'avenir, ils ont peur que leur état de santé se dégrade de plus en plus, et perdre l'autonomie complètement. La peur de devenir un fardeau pour la famille et perdre l'image de soi était forte avant la maladie devant les membres de la famille et surtout avec l'aidant principal « le fait de devenir dépendant d'autrui est probablement une des choses les plus difficiles à imaginer pour soi dans notre société » (Collaud T et Gomez C., 2010, p.91).En référence à cet auteur nous admettons que la peur de perdre l'autonomie dans la maladie d'Alzheimer est très pénible pour le malade , et ça peut engendrer chez lui une tristesse majeure.

Tous les cas souffrent d'une irritabilité intense et cela dans la plupart des cas due aux remarques de l'entourage sur les troubles de mémoire du sujet, elle peut être aussi un résultat face à des difficultés à effectuer des fonctions exécutives et/ou des tâches de la vie quotidienne, c'est ce qui est expliqué dans cette citation « l'irritabilité correspond à des changements rapides entre frustration et impatience.»(Lechevalier B, Eustache F et Viader F., 2008, p.403).

Nous avons constaté aussi des signes d'agitation chez la plupart des cas, quand ils s'énervent ou se stressent, ils n'arrivent pas à rester dans une place. Dans le cas de Aicha la patiente claqué les porte quand elle s'énerve, tandis que dans le cas de Zoubida, quand elle insiste d'aller chez elle, elle crie. Dans le cas de Tassadit, elle veut faire les choses à sa manière « je ne laisse personne m'aider », quant à Mouhoub devient agité quand il représente des délires de vol

L'expression de la tristesse chez notre population d'étude est caractérisée par le besoin de pleurer constamment pour le genre féminin, tandis que pour le genre masculin, ils

ont tendance plutôt à faire des profonds soupires et d'autres expressions tristes tels que, visage triste, le manque du contact par les yeux, le regard triste.

La modification de l'état d'humeur après avoir été atteint de la maladie d'Alzheimer a conduit tous les cas à une perte d'intérêt pour les activités habituelles et une perte du plaisir qui les accompagnait, pour le cas de Nacer « avant je jouais au domino », dans le cas de Zoubida « avant je cousais, je lisais », pour Louiza « je faisais de bons gâteaux ».

Les troubles de l'humeur observés chez nos 6 cas sont associés à un ralentissement importants des gestes et des mouvements ainsi que pour le débit de voix qui était bas pour tous les cas, tout les cas expriment le manque d'énergie et la fatigue, ils justifient ça par leur vieillissement, et d'après eux c'est ça qui les rend incapables de prendre part à des activités de la vie quotidienne.

Nous avons constaté aussi que la plupart des cas ont des troubles de l'appétit, ils souffrent de manque d'appétit, tous les patients ont perdu du poids après la maladie d'Alzheimer, et ce que nous avons constaté d'après nos observations, ils étaient tous pâles et maigres.

Nous avons aussi souligné, durant l'analyse des cas, que tous les patients présentent des troubles de sommeil, mais ils sont différents d'un cas à un autre, pour Aicha et Mouhoub souffrent d'insomnie de la seconde moitié de la nuit, tandis que pour Nacer, Louiza et Tassadit éprouvent des difficultés à s'endormir la nuit, mais pour le cas de Zoubida, elle présente une somnolence dans la journée.

En ce qui concerne la mort et les idées suicidaires, nous avons constaté l'absence des idées suicidaires chez tous les patients, mais ils ont tous exprimé que ils n'ont pas peur de la mort, et il vaut mieux qu'elle vienne avant que leur état de santé se dégrade de plus en plus, ils ont tous la même idée qu'ils sont vieux et vieilles et c'est l'âge pour mourir et que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue puisqu'ils sont malades.

Selon les critères de diagnostic de la dépression dans la maladie d'Alzheimer (**Voir page 46**) et après ces symptômes constatés au cours de l'analyse des données des entretiens avec chaque cas de notre population de recherche (tristesse, anxiété, angoisse, perte d'intérêts, irritabilité, ralentissement, faible estime de soi, culpabilité, troubles de sommeil et d'appétit, manque d'énergie et fatigue, isolement sociale) nous concluons que ces manifestations cliniques indiquent l'existence d'une dépression chez les malades atteintes d'Alzheimer.

2-2 Les données relatives à l'échelle de dépression gériatrique (GDS : 30 items)**Tableau N° : Répartition des cas selon le score et le niveau de dépression**

Les cas	Le score de GDS	0-9 : normal	10-19 : dépression modérée	20-30 : dépression sévère
Cas n°1 : Tassadit	23/30			×
Cas n°2 : Zoubida	24/30			×
Cas n°3 : Louisa	18/30		×	
Cas n°4 : Aicha	22/30			×
Cas n°5: Mouhoub	17/30		×	
Cas n°6 : Nacer	18/30		×	
Nombre du cas			3 cas	3 cas
Totale	122/180			
Moyenne	20/30			×

A partir ce tableau, nous trouvons que le pourcentage de dépression modéré est égale (50 %) au pourcentage de dépression sévère.

Nous observons aussi que les 2 cas de sexe masculin : Mouhoub et Nacer souffrent d'une dépression modérée, tandis que pour les 4 cas de sexe féminin : 3 d'elle souffrent d'une dépression sévère et une souffre d'une dépression modérée.

2-3 Présentation des résultats relatifs au NPI

Tableau N°9 : Répartition des symptômes psychologiques et comportementaux selon score Fréquence*Gravité pour tous les cas :

symptomes	cas	Tassadit	Zoubida	Louiza	Aicha	Mouhou	Nacer	Score/72	%
Idées délirantes		Absent	8/12	Absent	Absent	6/12	absent	14	19.44
Hallucination		absent	absent	6/12	absent	absent	absent	6	8.33 %
Agitation		4/12	8/12	absent	9/12	4/12	9/12	34	47.22 %
Dépression		9/12	12/12	9/12	9/12	9/12	8/12	53	73.61 %
Anxiété		9/12	12/12	6/12	9/12	9/12	9/12	54	75%
Euphorie		4/12	absent	absent	absent	2/12	absent	6	8.33 %
Apathie		9/12	6/12	6/12	8/12	6/12	6/12	41	56.94 %
Désinhibitin		absent	absent	absent	absent	absent	absent	0	0%
Irritabilité		9/12	9/12	9/12	12/12	9/12	9/12	57	79.16 %
Com-moteur aberrant		9/12	6/12	2/12	6/12	4/12	4/12	31	43.05 %
Troubles de sommeil		6/12	8/12	8/12	9/12	9/12	9/12	49	68.05 %
Troubles d'appétit		6/12	8/12	8/12	9/12	9/12	9/12	49	68.05 %
Score total		63/144	77/144	61/144	74/144	64/144	64/144	63/144	54/144

(Tableau construit a partir de l'enquête)

Malgré que notre étude se base sur une méthode qualitative et descriptive ,mais nous avons fait recours à l'étude quantitative pour synthétiser les résultats de l'inventaire neuropsychiatrique pour tous les cas, et puis calculer le taux des symptômes psychologiques et comportementaux de la maladie d'Alzheimer afin de classer les symptômes psycho-comportementaux selon leurs fréquences et enfin reconnaître les symptômes qui accompagne la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer.

A partir de ce tableau, nous pouvons constater que tous les sujets de notre population d'étude présentent des symptômes psychologiques et comportementaux d'un score total moyen 54/144.

Le symptôme qui était absent pour tous les cas d'après l'analyse de NPI est la désinhibition, nous pouvons expliquer cela par le fait que notre population d'étude souffre de maladie d'Alzheimer : stade modéré et léger « ces comportements de désinhibition témoignent de perturbations des régions antérieures du cerveau et n'apparaissent que tardivement dans la maladie d'Alzheimer » (Selmès J et Derouesné C., 2005, p.194).

le score de Fréquence *Gravité est différent d'un cas à un autres et d'un symptômes à un autre, et aussi le taux de fréquence*gravité de ces symptômes psychologiques et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer est différent d'un symptôme à autre, le symptôme le plus présent est l'irritabilité/instabilité de l'humeur avec un taux 79.16%, suivie de l'anxiété avec 75% après la dépression/dysphorie avec 73.61%, après nous constatons que le taux des troubles de l'appétit et de sommeil est égal avec 68.05 %, d'après ce tableau le taux de l'apathie est 56.94% , tandis que pour l'agitation nous constatons que le taux et 47,22%, le comportement moteur aberrant, le taux est 43.05%, 19.44%. Pour les idées délirantes et 8.33% pour l'hallucination et l'euphorie/exaltation de l'humeur.

Après l'analyse des résultats de NPI avec notre population d'étude composée de 6 cas, nous pouvons dire que la dépression chez les malades atteints de la maladie d'Alzheimer ne se manifeste pas seule, elle est accompagnée d'autres symptômes psychologiques et comportementaux dont les plus fréquents sont : l'irritabilité/instabilité de l'humeur, anxiété, troubles de l'appétit et de sommeil et l'apathie.

3- Discussion des hypothèses

3-1 Discussions de la première hypothèse

Rappelons le principe de cette hypothèse qui dicte « La maladie d'Alzheimer stimule la dépression chez les sujets atteints de cette maladie ».

D'après l'analyse des données des entretiens avec tous les cas de notre population d'étude, et l'analyse de l'échelle de dépression gériatrique (GDS) et l'inventaire neuropsychiatrique(NPI), il est apparu que la maladie d'Alzheimer provoque des manifestations dépressives chez tous les cas de notre échantillon d'étude.

A partir d'une observation des symptômes relatifs à la dépression, nous constatons que tous les cas souffrent d'une dépression, mais son expression et son intensité diffère d'un cas à autre, ce qui nécessite une évaluation et une prise en charge individuelle. Cependant, nous pouvons dire que la première hypothèse est confirmée.

3-2 Discussion de la deuxième hypothèse

A la lumière des résultats obtenus à partir de l'analyse des scores de l'échelle de dépression gériatrique (GDS), nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse qui suppose que « Les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer souffrent d'une dépression sévère. » n'est pas confirmée.

C'est-à-dire que ce n'est pas l'ensemble de tous les cas de notre population d'étude qui présente une dépression sévère, le taux de ceux qui souffrent d'une dépression sévère est égale à ceux qui souffrent d'une dépression modéré (50%).

Dans notre échantillon qui se compose de deux cas de sexe masculin et quatre cas de sexe féminin, nous constatons que dans le genre féminin 3cas/4 souffrent d'une dépression sévère, tandis que pour le genre masculin, les deux cas souffrent d'une dépression modérée.

3-3 Discussion de la troisième hypothèse

Notre troisième hypothèse qui suppose que « La dépression chez les sujets atteints de maladie d'Alzheimer est accompagnée d'autres symptômes comportementaux et psychologiques. »

D'après l'analyse des données des entretiens et les résultats de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI), nous constatons que tous les cas qui présentent une dépression d'après l'échelle de dépression gériatrique présentent aussi des symptômes psychologiques et comportementaux avec un score moyen $\text{Fréquence} \times \text{Gravité} = 54/144$.

Cependant le score $\text{Fréquence} \times \text{Gravité}$ de chaque sous échelle de l'Inventaire Neuropsychiatrique diffère d'un cas à un autre (**Voir Tableau N°9, p 112**), et le symptôme absent pour tous les cas était la désinhibition.

Comme nous avons mentionné avant, malgré notre étude est une étude de cas mais notre outil de recherche NPI nous a exigé à calculer le taux des symptômes psychologiques et

comportementaux pour tous les six cas pour classer les symptômes les plus fréquents avec la dépression

D'après la synthèse de résultats de NPI représentés dans le tableau N°9, nous pouvons déduire que le taux moyen de Fréquence × Gravité de chaque symptôme psychologique et comportemental est déficient de l'autre. Nous constatons que les taux le plus élevés étaient pour les symptômes suivants : l'irritabilité avec un taux 79.16% qui était présent chez tous les cas avec un score élevé, l'anxiété avec 75%, les troubles du sommeil et les troubles de l'appétit avec un taux égal qui est 68.05%, après l'apathie avec 56.94%. Tandis que pour les symptômes suivants le taux est 47.22% pour l'agitation, 43.05 % pour le comportement moteur aberrant, pour les idées délirantes 19.44%, et pour l'hallucination et l'exaltation de l'humeur/euphorie le taux moyen est 8.33%.

Ces résultats nous conduisent à confirmer notre troisième hypothèse, la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer est accompagnée d'autres symptômes psychologiques et comportementaux, qui diffèrent d'un cas à un autre mais les symptômes les plus fréquents pour tous les cas de notre recherche sont : l'irritabilité/instabilité de l'humeur, anxiété, troubles de l'appétit et de sommeil et l'apathie.

Conclusion :

Après la présentation, l'analyse et l'interprétation des données des entretiens et les résultats de l'échelle de dépression gériatrique (GDS), et de l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) avec notre échantillon composé de six cas, nous pouvons dire que la maladie d'Alzheimer stimule des manifestations dépressives chez les sujets atteints de cette maladie , elle est dans la plupart de temps accompagnée avec d'autres symptômes psychocomportementaux (SPCD), cependant le degré de la dépression est relatif d'un sujet à un autre.

Ces résultats nous conduisent à dire que notre première et troisième hypothèse est confirmée, mais la deuxième hypothèse n'est pas confirmée.

Conclusion générale

Conclusion générale

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurologique caractérisée par une altération progressive des fonctions intellectuelles, elle aboutit de façon irréversible vers un état de démence. Cette maladie qui retient actuellement toute l'attention des chercheurs qui essaient de comprendre les causes et trouver un traitement curatif a des conséquences sur l'ensemble des aspects de la vie de la personne atteinte, elle agit sur les fonctions cognitives, les émotions et l'humeur, les comportements, et sur les habiletés physiques.

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés aux manifestations dépressives dans la maladie d'Alzheimer et sur les symptômes psychologiques et comportementaux qui les accompagnent, elles représentent une manifestation majeure de la maladie d'Alzheimer de par leur retentissement sur l'autonomie du patient et l'aggravation du fardeau de l'aidant.

Tout en se basant sur une recherche bibliographique, des observations constatées lors de la pré-enquête et des résultats obtenus par les entretiens et l'échelle de dépression gériatrique (GDS) et l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), nous avons conclu que la maladie d'Alzheimer engendre des manifestations dépressives chez les sujets atteints de cette maladie, ce qui a confirmé notre première hypothèse.

Cependant, notre deuxième hypothèse relative à l'intensité sévère de cette dépression chez les sujets avec la maladie d'Alzheimer n'est pas confirmée puisque nous avons constaté que seulement trois sur six cas de notre population d'étude présentent une dépression sévère, tandis que les trois autres cas présentent une dépression modérée.

En plus, grâce à l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), nous constatons que la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer se manifeste sous une forme psycho-comportementale, avec de l'irritabilité, l'anxiété et les troubles de sommeil et d'appétit comme symptômes principaux.

Les observations et les remarques que nous avons recueillies sur le terrain d'étude nous offrent l'opportunité de soulever quelques suggestions :

Conclusion générale

- **Pour les autorités concernées**

La nécessité de la création des centres gériatriques a travers toutes les wilayas de notre pays, pour un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer et pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en général, et celles atteintes de maladie dégénératives.

Mobiliser l'effort national contre ce problème de santé publique majeur et lancer un plan national sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

- **Pour les familles des malades atteints de la maladie d'Alzheimer**

Accompagner et suivre la prise en charge médicamenteuse en non médicamenteuse de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le bien l'entourer pour que l'état de santé ne se dégrade pas rapidement.

- **Pour les chercheurs**

Multiplier leurs efforts et leur recherche sur la maladie d'Alzheimer, notamment sur le vécu psychologiques et social des patients ainsi que leur famille et surtout les aidants principaux.

Des études sur la dépression doivent encore être développées car nombreuses questions restent sans réponses comme le rôle de dépression dans le déclin cognitif et l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

Une étude sur le rôle de mode de vie et les facteurs psychosociaux dans l'apparition des symptômes psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer va être intéressante pour trouvé de nouvelles stratégies de prise en charge.

La rééducation cognitive s'avère une technique thérapeutique non médicamenteuse très intéressante pour améliorer l'activité mentale et la mémoire.

Nous espérons à travers ce modeste travail contribuer à faire la lumière sur le thème de la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer et d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures.

Conclusion générale

Conclusion générale

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurologique caractérisée par une altération progressive des fonctions intellectuelles, elle aboutit de façon irréversible vers un état de démence. Cette maladie qui retient actuellement toute l'attention des chercheurs qui essaient de comprendre les causes et trouver un traitement curatif a des conséquences sur l'ensemble des aspects de la vie de la personne atteinte, elle agit sur les fonctions cognitives, les émotions et l'humeur, les comportements, et sur les habiletés physiques.

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés aux manifestations dépressives dans la maladie d'Alzheimer et sur les symptômes psychologiques et comportementaux qui les accompagnent, elles représentent une manifestation majeure de la maladie d'Alzheimer de par leur retentissement sur l'autonomie du patient et l'aggravation du fardeau de l'aidant.

Tout en se basant sur une recherche bibliographique, des observations constatées lors de la pré-enquête et des résultats obtenus par les entretiens et l'échelle de dépression gériatrique (GDS) et l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), nous avons conclu que la maladie d'Alzheimer engendre des manifestations dépressives chez les sujets atteints de cette maladie, ce qui a confirmé notre première hypothèse.

Cependant, notre deuxième hypothèse relative à l'intensité sévère de cette dépression chez les sujets avec la maladie d'Alzheimer n'est pas confirmée puisque nous avons constaté que seulement trois sur six cas de notre population d'étude présentent une dépression sévère, tandis que les trois autres cas présentent une dépression modérée.

En plus, grâce à l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), nous constatons que la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer se manifeste sous une forme psycho-comportementale, avec de l'irritabilité, l'anxiété et les troubles de sommeil et d'appétit comme symptômes principaux.

Les observations et les remarques que nous avons recueillies sur le terrain d'étude nous offrent l'opportunité de soulever quelques suggestions :

Conclusion générale

- **Pour les autorités concernées**

La nécessité de la création des centres gériatriques a travers toutes les wilayas de notre pays, pour un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer et pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en général, et celles atteintes de maladie dégénératives.

Mobiliser l'effort national contre ce problème de santé publique majeur et lancer un plan national sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

- **Pour les familles des malades atteints de la maladie d'Alzheimer**

Accompagner et suivre la prise en charge médicamenteuse en non médicamenteuse de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le bien l'entourer pour que l'état de santé ne se dégrade pas rapidement.

- **Pour les chercheurs**

Multiplier leurs efforts et leur recherche sur la maladie d'Alzheimer, notamment sur le vécu psychologiques et social des patients ainsi que leur famille et surtout les aidants principaux.

Des études sur la dépression doivent encore être développées car nombreuses questions restent sans réponses comme le rôle de dépression dans le déclin cognitif et l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

Une étude sur le rôle de mode de vie et les facteurs psychosociaux dans l'apparition des symptômes psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer va être intéressante pour trouvé de nouvelles stratégies de prise en charge.

La rééducation cognitive s'avère une technique thérapeutique non médicamenteuse très intéressante pour améliorer l'activité mentale et la mémoire.

Nous espérons à travers ce modeste travail contribuer à faire la lumière sur le thème de la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer et d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures.

Conclusion générale

Conclusion générale

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurologique caractérisée par une altération progressive des fonctions intellectuelles, elle aboutit de façon irréversible vers un état de démence. Cette maladie qui retient actuellement toute l'attention des chercheurs qui essaient de comprendre les causes et trouver un traitement curatif a des conséquences sur l'ensemble des aspects de la vie de la personne atteinte, elle agit sur les fonctions cognitives, les émotions et l'humeur, les comportements, et sur les habiletés physiques.

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés aux manifestations dépressives dans la maladie d'Alzheimer et sur les symptômes psychologiques et comportementaux qui les accompagnent, elles représentent une manifestation majeure de la maladie d'Alzheimer de par leur retentissement sur l'autonomie du patient et l'aggravation du fardeau de l'aidant.

Tout en se basant sur une recherche bibliographique, des observations constatées lors de la pré-enquête et des résultats obtenus par les entretiens et l'échelle de dépression gériatrique (GDS) et l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), nous avons conclu que la maladie d'Alzheimer engendre des manifestations dépressives chez les sujets atteints de cette maladie, ce qui a confirmé notre première hypothèse.

Cependant, notre deuxième hypothèse relative à l'intensité sévère de cette dépression chez les sujets avec la maladie d'Alzheimer n'est pas confirmée puisque nous avons constaté que seulement trois sur six cas de notre population d'étude présentent une dépression sévère, tandis que les trois autres cas présentent une dépression modérée.

En plus, grâce à l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), nous constatons que la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer se manifeste sous une forme psycho-comportementale, avec de l'irritabilité, l'anxiété et les troubles de sommeil et d'appétit comme symptômes principaux.

Les observations et les remarques que nous avons recueillies sur le terrain d'étude nous offrent l'opportunité de soulever quelques suggestions :

Conclusion générale

- **Pour les autorités concernées**

La nécessité de la création des centres gériatriques a travers toutes les wilayas de notre pays, pour un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer et pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en général, et celles atteintes de maladie dégénératives.

Mobiliser l'effort national contre ce problème de santé publique majeur et lancer un plan national sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

- **Pour les familles des malades atteints de la maladie d'Alzheimer**

Accompagner et suivre la prise en charge médicamenteuse en non médicamenteuse de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le bien l'entourer pour que l'état de santé ne se dégrade pas rapidement.

- **Pour les chercheurs**

Multiplier leurs efforts et leur recherche sur la maladie d'Alzheimer, notamment sur le vécu psychologiques et social des patients ainsi que leur famille et surtout les aidants principaux.

Des études sur la dépression doivent encore être développées car nombreuses questions restent sans réponses comme le rôle de dépression dans le déclin cognitif et l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

Une étude sur le rôle de mode de vie et les facteurs psychosociaux dans l'apparition des symptômes psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer va être intéressante pour trouvé de nouvelles stratégies de prise en charge.

La rééducation cognitive s'avère une technique thérapeutique non médicamenteuse très intéressante pour améliorer l'activité mentale et la mémoire.

Nous espérons à travers ce modeste travail contribuer à faire la lumière sur le thème de la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer et d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures.

La liste des erreurs

Nous excusons pour les erreurs suivantes :

- Dans le sommaire : chapitre 3 : page 54 au lieu 55.
 - Numérotation de la problématique dans le sommaire 4- problématique.
 - Pagination de l'introduction.
 - Pagination de la conclusion générale dans le sommaire
 - En- tête pour l'introduction et la conclusion.
 - Il ne faut pas mettre deux points après le titre.
 - Page 18 : le titre de la figure au dessous.
 - Page 79 : voir page 45 NIMH-dab.
 - Page 114 : voir tableau 9 pages 112.
 - Il faut paginer la liste bibliographique.
- Il faut écrire les titres

3-2 La dépression comme facteur de risque de la maladie d'Alzheimer

3-3 Diagnostic de la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer

Le manque des références suivantes dans la liste bibliographique

- Aalten.P et al. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 24(6), 457- 463.
- Godefroid, J. (2008). Psychologie: Science humaine et science cognitive. Ed De Boeck Supérieur.
- Piazza, S. D. (2005). Handicap congénital et vieillissement. Ed De Boeck Supérieur.
- Robert, Pet al. (2005). Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(7), 490- 496.
- Westen, D. (2000). Psychologie: pensée, cerveau et culture. Ed De Boeck Supérieur.

La liste bibliographique

La liste des ouvrages :

- 1- « Approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées » (septembre 2007), les cahiers de la Fondation Médéric Alzheimer N°3.
- 2- Chahraoui K et Benony H. (2003). « Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique ».Paris, Ed Dunod.
- 3-Charcot V et Guffens C. (2007). «Où vivre entouré ? L'accueil des personnes âgées atteintes de démence dans les lieux de vie résidentiels collectifs. ». Ed Namuroises.
- 4- Chiland C. (2006). « L'entretien clinique ». Paris, Ed Puf.
- 5-Collaud T et Gomez C. (2010). « Alzheimer et démence : rencontrer les malades et communiquer avec eux. ». Saint –Maurice, Ed Saint Augustin.
- 5-Croisile B. (Janvier 2009). « Tout sur la mémoire ».Paris, Ed Odile Jacob.
- 6-Cyssau C. (1998). « L'entretien en clinique ». Paris, Ed In Presse, p.47.
- 8- Danziger N et Alamowitch S. (2003). « Neurologie ».Paris, Ed ESTEM.
- 9-.Dionne J Y. (2009). « S.OS.OS/ des os solides à tout âge ». Canada, Ed Wiley.com.
- 10- Douville O et Jacobi B. (2009). « 10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte ». Paris, Ed Dunod.
- 11-Godefroid, J. (2008). Psychologie: Science humaine et science cognitive. Ed De Boeck Supérieur.
- 12-Gourion D et Loo H. (Aout 2007). « Les nuits de l'âme : guérir de la dépression ». Paris, Ed Odile Jacob.
- 12- Kanner A M. (2005).« Depression In Neurological Disorders ».The United Kingdom, Ed The Lundbeck Institute.

- 13- Laterre E C. (2008). « Sémiologie des maladies nerveuses. ». Paris, Ed de Boeck Supérieur.
- 14-Lebert F. (2002). « Symptômes comportementaux et psychologiques des démences » in. Duyckaerts C et Pasquier F « *Traité de neurologie : démence* ».France, Ed Doin.
- 15-Lechevalier B, Eustache F et Viader F. (Décembre 2008). « Traité de neuropsychologie clinique. ».Paris, Ed de Boeck.
- 16- Loo H et Gallarda T. (2000). « Troubles dépressifs et personnes âgées ». Paris, Ed John Libbey Eurotext.
- 17- Louis A. (2001). « La maladie d'Alzheimer : de l'étiologie à la thérapeutique ». Bruxelles,Ed Kluwer.
- 18-« Maladie d'Alzheimer Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux ». (2007). Paris, Les éditions Inserm.
- 19- « Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées ».(Décembre 2011).Haute Autorité de Santé.
- 20- Marsaudon E. (Septembre2011). « 200 questions-clés sur la maladie d'Alzheimer : informer, traiter, accompagner, prendre en charge. ». Paris, Ed Ellébore.
- 21- Perkin G D. (2002). « Neurologie : manuel et atlas ». Paris,Ed de Boeck.
- 22-Philipot P. (2007). « Emotion et psychothérapie. ».Belgique,Ed Margadon .
- 23-Piazza, S. D. (2005). Handicap congénital et vieillissement. Ed De Boeck Supérieur
- 24- Prouff J. (1995). « Comprendre les cas concrets en psychiatrie : études de cas et soins infirmiers ».Paris,Ed Heure de France.
- 25- Schenk F, Leuba G et Bula C. (2004). « Du vieillissement cérébral à la maladie d'alzheimer : autour de la notion de plasticité ». Paris, Ed de Boeck.
- 26-Selmés J et Derouesné C. (2004). « La maladie d'Alzheimer : le guide pour l'aidant ».Paris, Ed John Libby Eurotext.

27- Selmés J. (2011). « La maladie d'Alzheimer : accompagnez votre proche au quotidien ». Paris, Ed John Libbey Eurotext.

28- Suddarth D S. (2006). « Soins infirmiers en médecine et en chirurgie:1. Généralités ». 4^{ème} éd, Ed de Boeck Supérieur.

29- Szerman S et Prouf J. (2000). « Je m'auto-évalue en psychiatrie ». Paris, Ed Heure de France.

30- Touchon J et Portet F. (2002). « La maladie d'Alzheimer ». Paris, Ed Elsevier Masson.

31-Westen, D. (2000). Psychologie: pensée, cerveau et culture. Ed De Boeck Supérieur.

La liste des articles :

1-Aalten.P et al. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 24(6), 457-463

2-Clément J P. (2004). « Dépression du sujet âgé : perspectives », *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 2, 69-72, Supplément, Synthèse.

3-Cummings J L, Mega M, Gray K, Rosenberg T S, Carus D A, Gornbein J. (1994, Dec). « The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. ». *Neurology*.

4- Derouesné C et Lacomblez L. (2004). « Démences et dépression », *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 2, 35-42, Supplément, Synthèse.

5-Finkel.S.I, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N.(1996) « Behavioral And Psychological Signs And Symptoms Of Dementia: A Consensus Statement On Current Knowledge And Implications For Research And Treatment ». 8 Suppl 3:497-500.

- 6- Frémont P.(Septembre 2004). « Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé ». *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, Volume 2, 19-27, Supplément.
- 7- Guillaume S B, Hasbroucq T, Blin O. (Juin2008). « Mise en évidence d'un ralentissement psychomoteur spécifique à la dépression chez le sujet âgé ». *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 6, Numéro 2, 29-35
- 8- International Psychogeriatric Association. (2010a). « Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. »Module 1. An introduction to BPSD (Vol. 1). Northfield (IL): International Psychogeriatric Association.
- 9- International Psychogeriatric Association. (2010b). « Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. ». Module 2. Clinical Issues (Vol. 2). Northfield (IL): International Psychogeriatric Association.
- 10- Jorm A F.(2001). « La dépression comme facteur de risque de démence ». *Maladie d'Alzheimer et déclin cognitif: Recherche et pratique clinique*, volume 5, Paris, Ed Serdi.P.132-136.
- 11- Lleshi V et Bizzozzero T. (2000), « La dépression du sujet âge ». *Revue Med Suisse*, N°216, 5:1785-1789.
- 12-Lyketos C G, Olin J. (2002 Aug). « Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment. ». *Biol Psychiatry*.1; 52(3):43-52.
- 13-Olin J T, Katz I R, Meyers B S, Schneider L S, Lebowitz B D.(2002 May-Jun). « Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. » *Am J Geriatr Psychiatry*; 10(3):264.
- 14-Ownby R L et al.(2006 May). « Depression and Risk for Alzheimer Disease :Systematic Review, Meta-analysis, and Metaregression Analysis. ». *Arch Gen Psychiatry*, 63(5): 530–538.
- 15- Prado J A, Couratier P, Druet C M, Nubukpo P, Bernard B L, Thomas P, Dechamps N, Videaud H, Dantoine T, Clément J P.(2010). « Specific Psychological And Behavioural Symptoms Of Depression In Patients With Dementia ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24:1-8.

16-Rigaud A S. (2001/2). « Symptômes de la maladie d'Alzheimer : point de vue du médecin ». *Gérontologie et société*, n° 97, p. 139-150.

17-Robert, Pet al. (2005). Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(7), 490-496.

18- Stellman.J.M, (2002), « Encyclopédie de sécurité et de santé au travail », volume 3, 3ème édition, Organisation internationale.

19- Teng E et al.(June 2008). « Diagnosing Depression in Alzheimer Disease With the National Institute of Mental Health Provisional Criteria. ». *Am J Geriatr Psychiatry* 16(6): 469-477.

20-Yesavage J A, Brink T L, Rose T L, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer V O.(1982-1983).« Development And Validation Of A Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. ». *Am J Geriatr Psychiatry*; 17(1):37-49

21-Zubenko G S, Zubenko W N, McPherson S, Spoor E, Marin D B, Farlow M R, Smith GE, Geda Y E, Cummings J L, Petersen R C, Sunderland T. (2003May). « A Collaborative Study Of The Emergence And Clinical Features Of The Major Depressive Syndrome Of Alzheimer's Disease. ». *Am J Psychiatry*.160(5):57-66.

La liste des thèses de doctorat :

1-Morrone Isabella. (2011). « Evolution des capacités d'identification et de mémorisation des émotions : du vieillissement cognitif normal à la démence de type Alzheimer ». Thèse de doctorat, Université du Reims-Marne.

2- Prado J A. (2010). « Spécificité de la dépression dans les démences ». Thèse de doctorat, Université de Limoges. Soutenu le 10/06/2010.

3- Preto I. (2009). « Comment améliorer le dépistage de la dépression chez les personnes âgées institutionnalisées démentes ? ». Thèse de doctorat, Université Paris VII.

4-Tison.P. (2003), « La dépression du sujet âgé : hypothèse de schéma cognitifs spécifiques. ». Thèse de doctorat, Université Charles De Gaulle Lille III.

5-Zirah Séverine. (2004). « Rôle de la région N-terminale 1-16 du peptide amyloïde Abeta dans la deposition amyloïde associée à la maladie d'Alzheimer : Plasticité conformationnelle, modifications liées au vieillissement protéique et interaction avec les ions Zn^{2+} . ». Thèse de doctorat, Université Pierre et Marie Curie, Paris IV.

Manuels et dictionnaires :

1-American Psychitric Association (DSM-IV-TR). (2004). « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ». 4^{ème} édition (version internationale, Washington DC, 1995) Traduction française par GUELFY J-D et Al, Paris, Masson.

2- Organisation Mondiale De La Sante. (1993). « Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ».Dixième révision. Paris : Masson.

3-Tamisier Jean-Christophe, (1999). « Grand Dictionnaire de la Psychologie. ». Paris, Ed Larousse-Bordas.

La liste des index :

ADL : *Activities of Daily Living*

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

CIM10 : La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision

DNF : Dégénérescence neurofibrillaire.

DSM -IV-TR : Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, texte révisé.

DTA : démence de type Alzheimer.

EDF : échelle de dysfonctionnement frontal.

EDM : Etat de dépressif majeur.

GDS : *Geriatric Depression Scale*.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IADL : *Instrumental Activities of Daily Living*.

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

IPA : International Psychoanalytical Association

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine.

MA : Maladie d'Alzheimer.

MIS : *Memory Impairment Screen*.

MMSE : *Mini-Mental State Examination*.

NIMH : *National Institute of Mental Health.*

NINCDS-ADRDA : *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's disease and related disorders association.*

NPI : *NeuroPsychiatric Inventory.*

OMS : Organisation mondiale de la santé.

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

TEMP : Tomographie d'émission monophotonique.

TEP : Tomographie à émission de positrons.

Résumé

« Les manifestations dépressives chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer »

L'objectif de cette recherche est d'étudier décrire et évaluer comment se manifeste la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer et quels sont les symptômes psycho-comportementaux qui accompagnent la dépression dans cette maladie.

La population d'étude est composée de 6 sujets atteints de la maladie d'Alzheimer (stade léger et modéré) âgés entre 60 ans et 85 ans (4 femmes et 2 hommes). Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons eu recours à l'utilisation de plusieurs outils : l'entretien semi directif, l'échelle de dépression gériatrique (GDS) et l'inventaire neuropsychiatrique(NPI).

Les résultats mis en évidence valident notre première et troisième hypothèse mais notre deuxième hypothèse n'est pas confirmée. Ainsi, la maladie d'Alzheimer stimule la dépression chez les patients atteint de cette maladie mais le degré de sévérité de cette dépression est différent d'un sujet à l'autre, les symptômes psycho-comportementaux les plus corrélés à la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer étaient : l'irritabilité, l'anxiété, les troubles de sommeil et de l'appétit.

Nous pouvons conclure que la dépression chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer se manifeste sous une forme psycho-comportementale, avec de l'irritabilité, l'anxiété et les troubles de sommeil et d'appétit comme symptômes principaux.

Les mots clés : Alzheimer, dépression, symptômes psychologiques et comportementaux, irritabilité, anxiété, troubles de sommeil et de l'appétit.

المخلص

"اعراض الاكتئاب عند المرضى الذين يعانون من مرض الزهايمر"

الهدف من هذا البحث هو دراسة وصف و تقييم كيفية تجلي الاكتئاب عند المرضى الذين يعانون من مرض الزهايمر وما هي الاعراض النفسية والسلوكية التي تصاحب الاكتئاب في هذا المرض.

تتألف عينة البحث من ستة المرضى الذين يعانون من مرض الزهايمر (خفيفة الى معتدلة المرحلة) الذين تتراوح أعمارهم بين 60 و 85 عاما (4 نساء و 2 رجال). لاختبار الفرضيات لجأنا لاستخدام العديد من الأدوات المقابلة الشبه المنظمة (NPI) الجرد العصبية و النفسية, (GDS) مقياس الاكتئاب عند المسنين.

أظهرت النتائج تحقق صحة الفرضية الأولى والثالثة لدينا، ولكن لم تتأكد الفرضية الثانية. وبالتالي مرض الزهايمر يحفز الاكتئاب عند المرضى الذين يعانون من هذا المرض ولكن شدة الاكتئاب تختلف من مريض الى اخر الأعراض الأخرى النفسية والسلوكية الأكثر ارتباطا مع الاكتئاب في مرض الزهايمر هي : التهيج والحصر.

نستنتج أن الاكتئاب في المرضى الذين يعانون من مرض الزهايمر يظهر كشكل نفسي وسلوكي، مع التهيج والحصر واضطرابات النوم والشهية كأعراض رئيسية.

الكلمات المفتاحية: الزهايمر - الاكتئاب - الاعراض النفسية و السلوكية - التهيج - الحصر - اضطرابات النوم والشهية.

ANNEXE 1 : Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR (2004).

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;

2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

a. aphasie (perturbation du langage)

b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;

2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;

3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

ANNEXE 2 : Critères Diagnostiques NINCDS/ADRDA de la maladie d'Alzheimer

1-Critères probables de la maladie d'Alzheimer:

- un syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documenté par le Mini-Mental State, le Blessed Dementia Scale, ou tout autre test équivalent et confirmé par des épreuves neuropsychologiques ;
- la présence de déficits d'au moins deux fonctions cognitives ;
- l'aggravation progressive de la mémoire et des autres fonctions cognitives ;
- l'absence de trouble de la vigilance ;
- la survenue entre 40 et 90 ans (le plus souvent au-delà de 65 ans).

2-Ce diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est renforcé par:

- une détérioration progressive des fonctions telles que le langage (aphasie), les habiletés motrices (apraxie), et perceptives (agnosie) ;
- une perturbation des activités de vie quotidienne et la survenue de troubles du comportement ;
- une histoire familiale de troubles similaires (surtout si confirmés histologiquement) ;
- le résultat aux examens complémentaires suivants: normalité du liquide céphalorachidien EEG normal ou siège de perturbations non-spécifiques comme la présence d'ondes lentes ; présence d'atrophie cérébrale d'aggravation progressive.

3-Autres caractéristiques cliniques compatibles avec le diagnostic de la maladie d'Alzheimer probable après exclusion d'autres causes:

- existence de périodes de plateaux au cours de l'évolution ;
- présence de symptômes associés tels que dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions de catastrophes, désordres sexuels et perte de poids.

- présence chez quelques patients, surtout à un stade avancé, d'autres signes neurologiques, notamment des signes moteurs tels qu'une hypertonie, des myoclonies ou des troubles de la marche rigidité, myoclonies.

4-Signes rendant le diagnostic de la maladie d'Alzheimer probable incertain ou improbable:

- début soudain, apoplectiforme ;

- déficits neurologiques focaux tels que : hémiparésie, hypoesthésie, déficit du champ visuel, incoordination motrice à un stade précoce et

- crises convulsives ou troubles de la marche en tout début de maladie.

5-Le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer possible :

- peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, et en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;

- peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique ou cérébrale susceptible de produire un syndrome démentiel mais qui n'est pas considéré comme la cause de cette démence ;

- et pourrait être utilisé quand un déficit cognitif sévère progressif est identifié en l'absence d'autre cause identifiable.

6-Les critères pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer certaine sont :

- les critères cliniques de maladie d'Alzheimer probable

- la preuve histologique apportée par la biopsie ou l'autopsie.

ANNEXE 3 :L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) à 30 questions

Modalités de passation

Modalité de passation **pour le patient** : choisissez, s'il vous plaît, la meilleure réponse pour décrire comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine.

Modalité de passation **pour l'observateur** : posez les questions VERBALEMENT. Entourez la réponse donnée par le patient. Ne la montrez pas au patient.

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui (1)	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui (1)	non
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non

26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)

Etablissement du score et interprétation

TOTAL : ajouter toutes les réponses entourées, chacune valant un point, pour le score total.

Scores d'après la version initiale en anglais :

0 à 9 : normal	10-19 modérément dépressif	20-30 : sévèrement dépressif
----------------	----------------------------	------------------------------

Annexe 4 : INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE**NPI**

Nom:		Age:		Date de l'évaluation							
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement					
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5					

NA = question inadaptée (non applicable)

F x G = Fréquence x Gravité

A. IDEES DÉLIRANTES**(NA)**

«!Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses!»

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans sa maison ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	1
Moyen : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente.	2
Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement (l'utilisation de médicaments «à la demande» indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important).	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

B. HALLUCINATIONS**(NA)**

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ?!»

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes des animaux des lumières, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle avoir des goûts dans la bouche dont on ne connaît pas la cause ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	1
Moyen : les hallucinations sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente.	2
Important : les hallucinations sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement. Il peut se révéler nécessaire d'administrer des médicaments «!à la demande!» pour les maîtriser.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

C. AGITATION / AGRESSIVITÉ**(NA)**

«!Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?!»

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif (ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant.	1
Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler.	2
Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

D. DEPRESSION / DYSPHORIE

(NA)

«!Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ?!»

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle est un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant.	1
Moyen : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes dépressifs sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager.	2
Important : l'état dépressif est très Éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

E. ANXIETE

(NA)

«!Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ?!»

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Y-a-t-il des période pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le coeur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle) ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant.	1
Moyen : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes d'anxiété sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager.	2
Important : l'état d'anxiété est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

(NA)

«!Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres!». ?!»

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) par rapport à son état habituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fait-il/elle des farces puérides telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente se vante-t-il/elle ou prétend-il/elle avoir plus de qualités ou de richesses qu'il/elle n'en a en réalité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur/euphorie

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : l'humeur joyeuse est perçue par les amis et la famille mais ne perturbe pas le patient/la patiente	1
Moyen : l'humeur joyeuse est nettement anormale	2
Important : l'humeur joyeuse est très prononcée ; le patient/la patiente est euphorique et pratiquement tout l'amuse.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

G. APATHIE / INDIFFERENCE**(NA)**

«!Le patient/la patiente a-t-il (elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ?!»

NON	Passez à la section suivante	OUI	Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	Oui	Non
			1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie / indifférence.

FRÉQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

DEGRÉ DE GRAVITÉ

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : l'apathie est perceptible mais a peu de conséquences sur les activités quotidiennes ; la différence est légère par rapport au comportement habituel du patient/de la patiente ; le patient/la patiente réagit positivement lorsqu'on lui suggère d'entreprendre des activités.	1
Moyen : l'apathie est flagrante ; elle peut être surmontée grâce aux persuasions et encouragements de la personne s'occupant du patient/de la patiente : elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.	2
Important : l'apathie est flagrante et la plupart du temps aucun encouragement ni événement extérieur ne parvient à la faire disparaître.	3

RETENTISSEMENT : A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

H. DESINHIBITION

(NA)

«!Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ?!»

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : l'impulsivité est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la conseillant.	1
Moyen : l'impulsivité est flagrante et peut difficilement être surmontée par la personne s'occupant du patient/de la patiente.	2
Important : l'impulsivité est insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et est une source de gêne ou d'embarras en société.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entouré)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR**(NA)**

«!Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas!».

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle «!sort de ses gonds!» facilement pour des petits riens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité / instabilité de l'humeur

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la rassurant.	1
Moyen : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes et peuvent difficilement être surmontées par la personne s'occupant du patient/de la patiente.	2
Important : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes ; elles sont généralement insensibles à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et sont très éprouvantes .	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

«Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ?»

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond dans la maison sans but apparent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives ou des «!manies!» qu'il recommence sans cesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : le comportement moteur aberrant est perceptible mais il a peu de conséquences sur les activités quotidiennes du patient/de la patiente.	1
Moyen : le comportement moteur aberrant est flagrant mais il peut être très maîtrisé par la personne s'occupant du patient/de la patiente.	2
Important : le comportement moteur aberrant est flagrant. Il est généralement insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et est très éprouvant.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entouré)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

K. SOMMEIL**(NA)**

«Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ?»

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs.	1
Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du caregiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente.	2
Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante).	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT**(NA)**

«!Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ?!»

NON Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme de mettre par exemple trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que le patient/la a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par exemple :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger

FREQUENCE

«!Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...!»

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

«!Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est...!»

Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants.	1
Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînement des fluctuations mineures de poids.	2
Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents et entraînent des fluctuations de poids, sont embarrassants et d'une manière générale perturbent le patient.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

Annexe 7 : Modèle de feuille de consentement libre et éclairé de participation a une recherche

Le soussigné,....., déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée :

Les manifestations dépressives chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer

Promoteur :

Université Abderrahmane Mira – Bejaia
Faculté sciences humaines et sociales, département des sciences sociales, option : psychologie clinique. Master 2
Sous la direction de DR BAA SALIHA.

Investigateur principal : AMAOUCHE CHERIFA, Master 2.

But de l'étude : comprendre comment se manifeste la dépression chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pour une meilleure prise en charge.

Engagement du sujet :

L'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide des outils suivants : l'entretien clinique semi directif, Inventaire neuropsychiatrique (NPI), l'échelle de dépression gériatrique (GDS)

Liberté du sujet :

Le consentement pour poursuivre l'évaluation peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du sujet :

Le sujet à la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Garantie de confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant le sujet seront conservées de façon anonyme et confidentielle.

Déontologie et éthique :

Le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le sujet.

Fait à, le.....

Signatures: Le sujet de l'étude

L'investigateur principal

ANNEXE 6 : Le guide d'entretien

Axe 1 : Les données personnelles :

Age :

Sexe :

Situation familiale:

Localité :

Niveau d'instruction :

Nombre d'enfants :

Axe 2 : Histoire de la maladie :

1. Depuis combien de temps les symptômes ont commencé à se manifester pour vous ?
2. Comment et quand le diagnostic a été fait ?
3. Que saviez-vous sur la maladie d'Alzheimer avant d'en être atteint? (les causes, les conséquences)
4. Êtes-vous pris en charge ?
Si oui : comment ?
Si non : pourquoi ?
5. Est ce qu'il ya d'autres personnes qui sont atteintes de cette maladie dans votre famille ?
6. Est ce que vous avez déjà traité ou vous traitez maintenant une maladie à part la maladie d'Alzheimer ?

Axe 3 : l'autonomie et la dépendance chez le malade :

1. Manger vous tout seul sans aide?
2. Vous arrive-t-il d'avoir besoin d'aide pour s'habiller, se déshabiller et choisir vos vêtements ?
3. Vous lavez-vous tout seul sans aide (bain) ?
4. Avez-vous des difficultés à faire ce qui suit : se lever, se coucher ou s'asseoir ?
5. Vous déplacez vous seul ou avez-vous besoin d'être accompagné dans un endroit familial (jardin) ?
6. Gérez-vous votre argent tout seul ?

Axe 4 : L'état psycho -comportemental du malade :

1. Que représente pour vous la maladie d'Alzheimer, quels sont les mots ou images associés à cette maladie ?

2. Vous arrive-t-il de croire que les gens ont l'intention de vous faire du mal, de vous abandonner ou de vous voler ?
3. Vous arrive-t-il de sentir que vous n'êtes pas chez vous ?
4. Est-ce que il ya des moments où vous vous comportez comme si vous entendiez des voix ou vous voyez des choses que les autres ne voient pas ?
5. Vous mettez-vous en colère pour des choses banales?
6. Vous arrive-t-il d'agir avec impulsivité, dire ou faire des choses qui ne se font pas ou se disent pas en public ?
7. Vous arrive-t-il d'entreprendre des activités ou d'effectuer des gestes de manières répétitives ?
8. Comment est votre sommeil ?
9. Avez-vous remarqué des changements dans votre appétit ou dans vos habitudes alimentaires ?
10. Avez-vous arrêté de faire des activités que vous aimiez bien faire avant ?
11. Vous sentez-vous en forme ? ou êtes-vous fatigué ?
12. Vous sentez-vous coupable ou responsable d'avoir fait ou raté quelque chose dans votre vie,
13. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes que les autres ?
14. Avez-vous du mal à vous concentrer ?
15. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?
16. Avez-vous des pensées positives ou négatives ?
17. Pensez-vous que la vie ne vaut plus la peine d'être vécu ?qu'il vaut mieux être mort ?
18. Vous arrive-t-il d'être nerveux ou effrayé ou inquiet sans raison apparente ?

Axe 5 : La prise en charge et la vie quotidienne de patient

1. Comment vous vivez au quotidien avec cette maladie ?
2. Qui sont les personnes qui vous entourent au quotidien dans la gestion de votre maladie ?
-S'occupent-ils bien de vous ? Quels sont vos attentes à propos de ça ?
3. Quelles sont les conséquences de la maladie sur votre vie ?
4. Quels sont vos souhaits en termes de prise en charge ?
5. Voulez-vous ajouter ou dire quelque chose de plus ?

Annexe 5 : Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?

(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)

7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare _

20. Fleur _

21. Porte _

Langage

22. Montrer un crayon. *Quel est le nom de cet objet ?* _

23. Montrer votre montre. *Quel est le nom de cet objet ?* _

24. *Ecoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"* _

25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :*

Prenez cette feuille de papier avec la main droite _

26. Pliez-la en deux _

27. Et jetez-la par terre _

28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

"Fermez les yeux" et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit* _

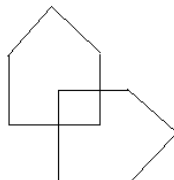
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.

Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens. _

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :



"Voulez-vous recopier ce dessin ?" _

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30