

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

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Option : développement et handicap

Thème

L'autonomie chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer,  
étude de 6 cas à Bejaia

Réalisé par :

MeLLe Bakouri Meriem

M<sup>r</sup> Benajaoud Smail

Encadré par :

Dr Baa Saliha

Année universitaire : 2015-2016

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

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Option : développement et handicap

Thème

L'autonomie chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer,  
étude de 6 cas a Bejaia

Réalisé par :

Me<sup>LLe</sup> Bakouri Meriem

M<sup>r</sup> Benajaoud Smail

Encadré par :

Dr Baa Saliha

Année universitaire : 2015-2016

## **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 a accordé, et pour ses conseils et ses encouragements tout au long de la recherche. Nous remercions également les membres du jury d'avoir accepté l'évaluation de ce modeste travail.

Notre immense compassion aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer qui malgré leur maladie restent une source de sagesse, un autre grand remerciement 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 prendre forme et 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 nous ont soutenu de près ou de loin de quelque manière durant cette année.

## Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

- ❖ A mes 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.
- ❖ A ma chère sœur Karima et son époux.
- ❖ A mes chers frères Halim et Djamel et leurs épouses.
- ❖ A mes chers autres frères Kakou, Zoubir et Said.
- ❖ A mon cher cousin Yacine.
- ❖ A mes petits neveux Islem, Merouane et Abdrahman
- ❖ A la famille Bakouri, Zaidi.
- ❖ A mon cher binôme Benadjaoud Smail
- ❖ A tous mes ami(es) Sissa, Warda, Katia, Ryma, Sihem, Fatima, Mima, Loubna, Kahina, Thiziri, Tiziri, Nawel, Sarah, Sadra, Mabrouka.
- ❖ A tout le groupe développement et handicap je vous dédie ce travail avec mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A la mémoire de mon père, mon deuxième père dada l'Hocine, à la mémoire d'Amezia Mehenni et de mon regretté khali Arezki.

A celle qui m'a donné la vie ; yemma

A yemma Ouiza, khali Salem et khalti GHnima

A mes frères : Idir, Zahir, yougourthen et youba.

A mes sœurs : Messaade, Bila et son mari Khelifa, Soraya et son mari Mokrane et plus considérablement ma sœur Hanifa.

A mes tentes : Malika, Ouzna, Tounsia

À Mes neveux : Ahmed n bila, Tahar et Sofiane, Ahmed lemnouar, Tahar n xali Yidir, Youran et Mazigh

A mes nieces : Tanina et Taoues.

A mes très chers cousins et cousines.

A mes belles sœurs : Nouara et Nabila

A mes voisins

A mes amis : Ouahab, Sofiane, Massy, Abdellah, Mazigh, Amer, Halim, Belaid, Adel, mouhamadou, Adel, Nabil, Mouh, Nassim B.Y, Salim et Salim, Youva....

A mes anciens compagnons du primaire, moyens, secondaire et à ceux de l'université, cordialement tout le groupe développement et handicap.

A tout mes enseignants

Mes salutations et ma fierté vont à Mehenni Ferhat, et au combat qu'il mène pour la liberté du peuple kabyle.

A ma moitié ; katia

A toutes les personnes malades se trouvant dans le monde a qui je souhaite de meilleurs soins et bon rétablissement.

« Aimez-vous les uns les autres »

De tout cœur, BENADJAOUUD Smail

## Introduction générale

L'Algérie qui compte actuellement 13% des personnes âgées de la population ([www.ons.dz](http://www.ons.dz)), doit faire face à une augmentation du phénomène du vieillissement auquel elle est confrontée.

Cette tranche d'âge de la population n'a pas une vraie prise en charge étant donné qu'elle souffre de plusieurs troubles physique, biologique, psychique... dont la démence de type Alzheimer n'est qu'une maladie de troisième âge, sa fréquence augmente avec l'augmentation de la vieillesse.

La maladie d'Alzheimer se définit comme une démence dégénérative. Débute habituellement par des troubles de mémoire, et des difficultés d'orientation dans le temps et dans l'espace, un manque du mot qui rend le discours moins compréhensible (anomie), une difficulté pour la réalisation de certains gestes pourtant bien connus (apraxie gestuelle) ou pour la reconnaissance de visages pourtant familiers (prosopagnosie). Parallèlement s'installent des troubles du comportement avec apathie, parfois agressivité ou délire. (Manning, L. p.50)

L'ensemble de ces troubles retentit plus ou moins rapidement sur l'autonomie du patient, ou on remarque une perte d'autonomie selon le stade de la maladie d'Alzheimer.

La MA n'est pas une maladie comme les autres, elle remet en cause la dignité de la personne (dépendance). Une dépendance corporelle relationnelle, économique, physique mais également une dépendance de l'aidant vis-à-vis de son rôle et de ce qu'il perçoit comme ses obligations. Il en ressort que ces différents types de dépendances s'avèrent équivalents dans la maladie d'Alzheimer. Ce qui distinguerait alors la maladie d'Alzheimer, c'est le cumul et l'accélération de ces dépendances.

La maladie d'Alzheimer remet en question l'identité personnelle et notamment l'autonomie en termes de choix, de relation à l'autre, d'expression de la volonté et de la pensée. Elle impose aux sujets malades de nouvelles règles de pensée et de décision ; elle demande une adaptation du milieu et des autres à ce nouveau fonctionnement donc la perte d'autonomie est souvent associée à la maladie d'Alzheimer (Kopp, N. et al. 2010, p.155)

On trouve un grand manque de travaux sur l'Alzheimer en Algérie notamment sur la perte d'autonomie, aussi le manque de centres de prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou même des associations spécialisées qui sont censées sensibiliser les familles ou de former et informer des aidants principaux pour les faire soulager de leurs souffrances, ce sont les

raisons principales pour lesquelles nous avons opté pour l'étude et la description de l'autonomie chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer.

Noter étude porte sur le thème « L'autonomie chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer », nous avons été amené de travailler avec les patients à leurs domicile, et ce en raison de l'absence des centres spécialisés à Bejaïa.

L'objectif de notre travail est d'apporter de nouvelles connaissances sur la maladie d'Alzheimer, décrire, reconnaître, évaluer l'autonomie des sujets atteints de cette dernière. Nous avons opté l'utilisation de l'entretien semi directif, l'échelle Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources (AGGIR), comme outils de recherche avec un échantillon composé de six cas.

Pour développer noter travail, nous avons adopté un plan qui comprend les éléments suivants: première partie théorique divisée en deux chapitres. D'abord le premier chapitre est consacré à l'étude de la maladie d'Alzheimer, sa définition, le diagnostic, les symptômes , les facteurs de risques et les facteurs protecteurs, ainsi que la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, ensuite, le deuxième chapitre est consacré à l'autonomie, nous avons décrit, les signes de perte d'autonomie, l'évaluation de la perte d'autonomie, les facteurs de risque et les facteurs protecteurs, théories explicatives de l'autonomie la dépendance, l'historique, les conséquences de la dépendance sur la personne âgée.

La partie théorique est suivie d'une problématique et les hypothèses de la recherche, la deuxième partie est la partie méthodologique et pratique, elle est aussi devisé en deux chapitres, le chapitre trois qui est le cadre méthodologique de la recherche ou nous avons abordé : la méthode appliquée, et le déroulement de la pratique. Et dans le chapitre quatre qui englobe la partie pratique, nous avons présenté les données des entretiens ainsi que les résultats de l'échelle (AGGIR), et l'interprétation de ses données et la discussion des hypothèses.

A la fin on termine par une conclusion générale de toute la recherche dans laquelle nous présentons une synthèse de nos résultats, et nous proposons de nouvelles perspectives de recherches.

## **Introduction :**

La maladie d'Alzheimer (MA) est une affection neurodégénérative progressive responsable de troubles cognitifs et comportementaux qui retentissent sur l'autonomie du sujet dès l'initiale dans le presenium, elle a été longtemps considérée comme une démence ne concernant que les sujets de moins de 60 ans sa définition s'est secondairement élargie pour englober aujourd'hui la forme dite sénile dans une seule et même entité. Dans cette acception élargie, elle représente la plus fréquente des démences,. Mais si la maladie est liée à l'âge, elle n'est pas due au vieillissement. Un début précoce, avant 65 ans n'est pas rare. La (MA) se caractérise sur le plan clinique par des troubles cognitifs et des modifications du comportement, qui vont progressivement interférer avec les activités de la vie quotidienne et créer un état de dépendance.

### **1.1 Le vieillissement normal :**

Il est généralement admis que l'âge conduit à une diminution des performances cognitives en général, et des capacités mnésiques en particulier. Cet état de fait est reconnu, à tel enseigne qu'un nom a été donné à ce phénomène et que des critères de diagnostic...du vieillissement normal ont été définis. Un groupe de recherche fondé aux Etats-Unis par le National Institute Of Mental Health désigne le déclin de la mémoire lié à l'âge sous le nom d'Age-Associated Memory Impairment (AAMI). Sont ainsi désignés des individus de plus de 65 ans ne présentant aucun signe de démence ayant une efficacité intellectuelle la normale et dont les performances sont au moins inférieure d'un écart type de la moyenne établie pour des sujets jeunes au test de mémoire standardisés. (Brouillet D.et Syssou A ,2001 p 57)

### **1.2 Le vieillissement cérébral :**

Le vieillissement s'accompagne de plusieurs changements : baisse du poids du cerveau, perte neuronale et changement de la fonction cholinergique qui entraîne des perturbations du fonctionnement cognitif. Les changements les plus caractéristiques sont la dégénérescence neurofibrillaire et les plaques séniles. Les plaques séniles et les faisceaux neurofibrillaire sont observés en moindre quantité dans le vieillissement normal qu'ils ne le sont dans la maladie d'Alzheimer

Les faisceaux neurofibrillaires sont constitués de fibrilles qui s'enroulent en hélice et s'amassent massivement dans le corps de la cellule nerveuse et sur ses axones. Ses fibrilles sont composées de la protéine tau sous, une forme hyperphosphorylée.

Les plaques séniles résultent de l'accumulation extracellulaire d'amyloïde (béta-protéine A4), ou peptide A. L'accumulation dans le milieu extracellulaire du peptide A participerait à l'entrée massive du calcium dans la cellule (Altération de la membrane) et activerait la microglie (réaction inflammatoire) ce qui entraîne la mort inéluctable du neurone par nécrose ou par apoptose. Ces plaques sont essentiellement localisées dans le néocortex et l'hippocame. (Brouillet D.et Syssou A ,2001 p 57)

## **2 La démence**

### **2.1 La définition de Démence**

La démence désigne un affaiblissement mental global qui frappe l'ensemble des facultés psychiques et altère progressivement, avec l'affectivité et l'activité volontaire du patient, ses conduites sociales. La démence se caractérise par une évolution irrémédiablement progressive de ce déficit. Généralement, elle est due à une atteinte cérébrale organique plus ou moins diffuse, de nature abiotrophique, vasculaire, infectieuse, traumatique, toxique ou tumorale. (Pinel, P, 2005 p130)

### **2.2 L'histoire de la démence :**

Le concept de *démence* s'est peu à peu dégagé d'un cadre nosologique très large à partir du mot latin *dementia*, qui signifiait *folie* en général,. Il s'opposait à *amentia* (absence d'esprit), ayant un sens plus limité se rapportant à la déficience mentale congénitale. Ce n'est qu'à partir du XIXe siècle que l'*amentia* se situe surtout comme une affection aiguë par rapport à l'état de démence, de folie générale chronique.. Pourtant, déjà avec Philippe Pinel, la démence est un terme réservé à « une débilité générale » qui « frappe les fonctions intellectuelles et affectives comme dans la vieillesse ». Jean-Étienne Esquirol lui donne une signification identique et l'oppose nettement à l'idiotie, qui est congénitale. Puis s'y ajoutent les notions de *chronicité* et d'*incurabilité* Le cadre de la démence s'élargit brusquement avec la démence précoce de Emil Kraepelin, allant jusqu'à la démence infantile de Heller et même à la démence précocissime de Sanctis, recouvrant finalement presque tout le champ des psychoses chroniques chez l'adulte comme chez l'enfant. Ce n'est que progressivement que le concept de démence se limite, pour sortir de ce champ des psychoses et toucher les démences organiques. Enfin, le terme de *démence* a été progressivement réservé aux états acquis d'affaiblissement mental global altérant les conduites sociales.(ibid.)

## 2.3 Etiologie

### 2.3.1 Les démences préséniles et séniles :

Ces démences tardives se traduisant par une détérioration mentale progressive, survenant après la cinquantaine et en rapport avec des processus anatomiques d'abiotrophie ou de sclérose au niveau du tissu cérébral. Il peut s'agir soit d'une abiotrophie relativement précoce (c'est le cas des démences préséniles représentées par la **maladie d'Alzheimer** et celle de Pick), soit d'une abiotrophie plus tardive du tissu cérébral (c'est le cas de la démence sénile, qui est maintenant considérée comme une véritable maladie d'Alzheimer d'apparition retardée).

On peut y inclure la sclérose consécutive à une artériopathie cérébrale, produisant la démence à infarctus multiples. Dans ce cas, il n'y a démence que lorsque les lésions sont assez étendues et diffuses. Il en est de même de la presbyophrénie, dont la place se situe dans le cadre général de la démence sénile et, surtout, de la démence vasculaire à infarctus multiples. La démence sénile proprement dite regroupe en fait la plupart des syndromes démentiels survenant après 65 ou 70 ans, dont les formes les plus pures ne seraient finalement que des maladies d'Alzheimer relativement tardives. Il reste cependant classique de la décrire, d'autant plus que son diagnostic recouvre encore la plupart des affaiblissements psychiques séniles. Aussi, le flou de ses limites anatomocliniques rend difficile une description précise de ses symptômes. S'accompagnant d'un affaiblissement psychique généralisé, la démence sénile noie ses signes dans un tableau démentiel global. C'est en particulier le cas des symptômes aphasico-apraxo-agnosiques, qui ne s'individualisent pas aussi nettement que dans la maladie d'Alzheimer. (Jean Le Lievre, 2005, 180)

Du point de vue anatomo-pathologique, la démence sénile se caractérise par une réduction pondérale du cerveau avec trois types de lésions:

- ***Un processus d'atrophie neuronale*** : avec dégénérescence granulo-pigmentaire et surcharge pigmentaire par chromatolyse du noyau. On note une nette diminution de la densité cellulaire. Aussi, ce processus est diffus.
- ***La lésion intracellulaire d'Alzheimer***: elle se retrouve avec une grande fréquence.

- **Les plaques séniles:** on les observe dans la couche des petites cellules pyramidales. Il s'agit de plaques fortement argentaffines composées de fibrilles enchevêtrées à l'intérieur desquelles se trouve un amas de substances amorphes. C'est essentiellement une désintégration de cellules ganglionnaires.(ibid.)

### 2.3.2 La démence d'un point de vue clinique :

Le début de la démence est généralement lent et insidieux. C'est un déficit progressif portant essentiellement sur les fonctions mnésiques et le caractère:

- **La mémoire de fixation:** c'est est la première atteinte.
- **Les troubles caractériels:** ils sont fonction d'une personnalité qui voit se limiter ses possibilités d'adaptation et qui, en conséquence, rétrécit le cadre de ses activités tant sur le plan affectif que sur le plan social (égoïsme, misonéisme, irritabilité).
- **Les troubles du jugement:** ils se traduisent par de l'insouciance et par les premiers actes inconsidérés, dont les conséquences médico-légales peuvent être graves.
- **Les troubles de l'attention:** ils se caractérisent par de brusques baisses de la vigilance et produisent une désorganisation de certaines conduites professionnelles, intellectuelles ou domestiques.

Dans certains cas, le début est plus psychotique avec apparition d'idées délirantes à thème de préjudice surtout, d'onirisme avec phénomènes hallucinatoires surtout nocturnes ou même d'agitation avec turbulence et agressivité vis-à-vis de l'entourage. Il faut insister sur les troubles du sommeil et de la vigilance, responsables de l'onirisme. Souvent, c'est un état dépressif, dit **d'involution**, avec affaiblissement psychique qui s'aggrave progressivement, pouvant faire discuter le diagnostic de pseudo-démence. Enfin, l'évolution peut commencer brutalement à la suite d'une brusque **décompensation** ou d'une défaillance psychique. Elle a pour conséquence une impossibilité d'adaptation à une situation traumatisante ou, simplement, trop nouvelle (par exemple, un changement de cadre de vie, une hospitalisation). Cette réaction catastrophique se traduit par un état de confusion anxieuse grave avec désorientation temporo-spatiale complète et troubles neurovégétatifs parfois très graves. Par ailleurs, la défaillance psychique, une fois guérie, peut être suivie d'un retour à la normale, mais

parfois elle précipite un processus démentiel jusque-là resté latent. (B.FMichel,C. Derouesne, M.C Gley-Nageot ,1997 p 55)

### **2.3.3L'évolution de la démence**

L'évolution de la démence se fait progressivement, en deux à cinq ans, vers un état de démence profonde avec apparition du *grasping reflex* et de comportements archaïques (*oral reflex*, boulimie, etc...). Le gâtisme et l'apraxie complets s'installent. Le malade, devenu grabataire, meurt, comme dans les autres démences, à la suite de complications de décubitus (escarres de plus en plus étendues, pneumopathies infectieuses) ou, dans un état de cachexie avancée, d'un collapsus cardio-vasculaire terminal. Par ailleurs, on peut décrire un *processus d'alzheimérisation* progressive qui se retrouve dans beaucoup de démences tardives et qui passe par quatre stades évolutifs successifs:

- *Un affaiblissement psychique*: il est simple, purement névrotique, sans déficit fonctionnel spécifique.
- *Une atteinte de la mémoire*: elle s'accompagne d'un syndrome mnésique plus ou moins important, de déficits opératoires et de déficits de l'organisation spatiale avec un début d'apraxie constructive.
- *Le syndrome en foyer*: il se caractérise un syndrome amnésique marqué, des troubles neurologiques (préhension forcée, hypertonie d'opposition), une aphasie, un début d'apraxie idéatoire et idéomotrice, une apraxie constructive totale.
- *Une alzheimérisation avancée*: c'est le stade à partir duquel les fonctions instrumentales sont définitivement abolies.(Philippe Capeliez , Philippe landerville , Philippe vezina ,2000,p 87)

## **3. La maladie d'Alzheimer**

### **3.1 Définitions :**

**Maladie d'Alzheimer** : il s'agit d'une maladie dégénérative se caractérisant par un déclin progressif de la mémoire de la compréhension de calcul de langage de la capacité d'apprendre du jugement. Il faut néanmoins faire nettement la distinction entre cette maladie et le déclin normal des

fonctions cognitives liés(e)s au vieillissement qui est beaucoup plus progressif et moins invalidant. (Selmés, J .2011 p.10)

**La maladie d'Alzheimer** est une affection du cerveau dite « neurodégénérative » du fait qu'elle entraîne une disparition progressive de neurones. Elle provoque une altération des facultés cognitives : mémoire, langage, raisonnement etc... L'extension des lésions cérébrales entraîne d'autres troubles qui réduisent progressivement l'autonomie de la personne. Elle apparaît plus souvent chez les personnes âgées (e)s, mais elle n'est pas une conséquence normale du vieillissement. (Tillement j.p , et al. , 2013 , p.10)

**La maladie d'Alzheimer** est une maladie chronique neurodégénérative conduisant progressivement à une perte de la mémoire avec amnésie et des fonctions cognitives avec aphasie apraxie agnosie. On observe ainsi deux types de lésion :

-la dégénérescence neurofibrillaire, qui résulte de l'agrégation des filaments de protéine tau pathologique.

-Les plaques séniles qui résultent de l'Amyloïdogénèse et qui entraînent l'accumulation de substances amyloïde dans l'ensemble du cerveau. ( ,Leuba ,S ,2004 p.291)

### **Prévalence :**

On estime que actuellement dans le monde 37 millions de personnes sont atteintes de démence, la maladie d'Alzheimer était à l'origine de la majorité de ces cas environ 5% des hommes et 6% des femmes de plus de 60 ans en souffrent. Avec le vieillissement des populations ces chiffres devraient, selon les projections augmentées rapidement au cours des 20 ans prochaines années.

(Un produit de NMH communication, organisation mondiale de la santé, Genève 2001, graphisme : MRAILY N LANGFELD)

### **3.2 Historique :**

Alois Alzheimer élève de Kroepelin, à Munich, décrit pour la première fois en 1906 les symptômes et la neuropathologie d'une patiente âgée de 51 ans madame Augusta D atteinte de démence dénommé plus tard en 1912 par Kroepelin «maladie d'Alzheimer » le symptôme décrit chez cette patiente le conduisit à individualiser cette maladie comme une démence du sujet jeune, rare et dégénérative, laissant la dénomination de « démence sénile aux démences vasculaires du sujet

âgé(e)s » en effet, Augusta D ; de par son âge, constitue un cas moins représentatif de la maladie d'Alzheimer (MA).

Fréquente surtout à partir de 65 ans, que les cas étudiés par Fischer en 1907. Se dernier était disciple de Pick à l'école de Prague où il avait étudié et décrit 12 cas « presbyophrénie » qui comportaient les mêmes observations et histologiques rapportées par Alzheimer mais chez les sujets âgé(e)s. Dès le début du XX<sup>E</sup> siècle, les constatations cliniques qui caractérisent la MA ont été établies :

-Un discours progressif avec une durée de 8 à 10 ans avant la mort qui survient pour d'autres causes, la MA étant d'autant plus tragique qu'elle n'est pas mortelle ;

-L'absence de troubles majeurs de la vigilance

-Et la mise en évidence, lors de l'examen post-mortem, de marqueurs caractéristiques. (la neuropsychologie clinique approche cognitive, Liliane MANNING, P208)

### **3.3 Etiologie :**

L'étiologie plusieurs hypothèses sont avancées pour rendre compte de l'apparition de la maladie. La différente cause invoquée détermine une classification possible des patients DAT.

**Hypothèse neuropathologique** est cholinergique. La première anomalie neuropathologique requise pour que le diagnostic de la DTA soit définitif est la concentration de plaques d'amyloïde dans le néocortex et l'hippocampe. Ces plaques modifient les cellules nerveuses. Par ailleurs, la DTA est également associée à une déficience de la fonction cholinergique qui entraîne des diminutions verbales de la synthèse des catécholamines et l'augmentation de la production de neurotransmetteurs excitotoxiques comme le glutamate et la dopamine. Nous savons que même si le déficit cholinergique n'explique pas toute la maladie, il rencontre certains de ses aspects, et en particulier il est souvent évoqué pour rendre compte du déficit mnésique des patients de DTA.

**Hypothèse génétique** cette hypothèse est issue pour une part de l'observation de formes familiales de la DTA et pour une autre part des travaux en génétique moléculaire.

Dans un grand nombre de familles, on trouve au moins deux patients de DTA. Cependant, « l'agrégation » familiale n'implique pas nécessairement une transmission génétique. Certains proposent une autre explication aux formes familiales de la maladie par exemple il a été observé que la moyenne d'âge des mères des patients était plus élevée que celle des mères des sujets contrôlés.

Pour ce qui est de travaux en génétique moléculaire, ils ont permis de constater que les facteurs génétique jouaient un rôle variable dans le déclenchement de la maladie. Dans certains cas, des anomalies chromosomiques (chromosome 14 et 21) ont un rôle déterminant et conduisent à la maladie, alors que dans d'autre cas, son anomalie ne constitue qu'une prédisposition pour le développement de la maladie. Dont l'expression clinique dépend de facteurs environnementaux. Un élément qui semble étayer l'hypothèse génétique tien au fait que la plus parts des cas de trisomie 21 âgé(e)s de plus de 35 ans sont atteintes de la DTA

Il est déficits circulatoires sont, sinon responsable, du moins très impliqué dans la DTA près de 34% des patients de DTA ont une atteinte cérébro-vasculaire. La réduction du débit sanguin cérébrale, souvent observer suite d'un traumatisme crânien, le rôle potentiel de se facteur dans le déclenchement de la maladie n'est pas systématiquement reconnu.

**Hypothèse toxique** cette hypothèse est supportée par le constat d'une augmentation des taux cérébraux d'aluminium dans la DTA et d'une accumulation d'aluminium dans les neurones présentant une dégénérescence neurofibrilaire. Les études épidémiologiques n'ont pas identifié dans notre environnement, des toxines pouvant contribuer au développement de la maladie. Seul l'aluminium a forte concentration dans l'eau, pourrait induire une dégénérescence neurofibrilaire.

**Hypothèse dégénérative** l'âge est surement le facteur de risque le plus important. Originellement, la DTA étai considéré comme une forme du vieillissement accéléré. Certaines théories postulent que le vieillissement est causé par une accumulation de dommage. Divers éléments vont activer des gènes dits « tueurs » qui vont engendrer le processus de détérioration associé au vieillissement.

Les différentes hypothèses présentées définissent des classes de patients, les « vasculaires » les « dégénératifs » les « formes familiales » etc... Cependant ces hypothèses ne s'excluent pas l'une l'autre et très probablement se renforcent. En effet, plusieurs facteurs peuvent converger pour conduire à l'expression clinique de la maladie. (Brouillet D. et Syssau A., 2001, P74-76)

#### **4 Diagnostic de la maladie d'Alzheimer**

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est un diagnostic d'exclusion : il n'est prononcé que lorsque toutes les autres explications possibles des troubles du patient sont exclues. Il faudra notamment exclure les conséquences d'un syndrome dépressif, de lésions vasculaires ou d'autres démences comme la démence frontotemporale et la démence à corps de Lewy. C'est un diagnostic de probabilité qui ne sera confirmé qu'après autopsie. L'examen post-mortem est le seul

élément permettant de posé un diagnostic rétrospectif de certitude de la maladie cependant, un diagnostic peut-être émis du vivant de la personne sur la base d'un ensemble d'éléments. Au premier rang de ces éléments figurent les pertes de mémoire qui se manifestent graduellement et de façon insidieuse. Si au début de la maladie se sont les oublis de faits récents qui prédominent progressivement ils vont concerner des faits anciens un ensemble des systèmes de mémoire vont être atteints. Cependant, pour envisagé un diagnostic de DTA c'est déficits mnésiques doivent être associé a au moins un autre déficit cognitif qui peut toucher les fonctions instrumentale (langage, praxies, gnosies), les fonctions exécutives (raisonnement, planification, contrôle de l'exécution ou la fonction d'orientation spatio-temporelle. Le diagnostic clinique repose sur un entretien avec le patient et ses proches pour connaître l'histoire de la maladie sur un examen neuropsychologique et sur un examen neurologique (scanner, IRM, PET). (Touclon J. et Portet F. 2002, p.50)

## **5. La maladie d'Alzheimer et le cytosquelette neuronal :**

Les neurites représentent les structures les plus remarquables des neurones. Leurs multiples branchement tout à fait critiques pour ce qui concerne les transferts d'informations, reflètent une organisation particulièrement sophistiquée de leur cytosquelette sous-jacent. Dès lors, il n'est pas surprenant qu'une désorganisation de ce cytosquelette puisse ce traduire par une tragique perte de fonction. La maladie d'Alzheimer est caractérisée par une atteinte du cytosquelette des neurones du cortex cérébral, une région du cerveau tout a fait cruciale pour les fonctions cognitives. Cette maladie a été décrite pour la première fois par le médecin allemand Alois Alzheimer en 1907, dans un article intitulé « une maladie caractéristique du cortex cérébral », dont on trouvera ci-dessous des extraits de la traduction anglaise.

Dans la maladie d'Alzheimer, la sévérité de la démences est très bien corrélée avec le nombre et la distribution de ce qui est maintenant communément dénommé les « dégénérescences neurofibrillaire » (DNF), de fait, comme le suggérait Alzheimer, la formation de ces DNF est vraisemblablement la cause des symptômes de la maladie. Les études ultrastructurales, au microscope électronique, montrent que les constituants majeurs de ces neurofibrilles sont représentés par les paires de filaments organisées en hélice. Constitués de longues protéines fibreuses tressées ensemble comme les fils d'une corde. Nous savons aujourd'hui que ces filaments sont formés de protéine tau.

La protéine tau est normalement impliquée dans l'association des microtubules au niveau des axones, contribuant a les maintenir droits et parallèles les uns par rapport au autres. Dans les maladies d'Alzheimer, la protéine tau se détache des microtubules et s'accumule dans le soma.

Cette dissociation du cytosquelette entraîne des modifications de la structure des axones, altérant, entre autres, le flux axonal dans les neurones affectés. (Dubois B. et al., 2003, p.141)

## **6. Les symptômes**

### **6.1 Troubles de mémoire**

Les défaillances de la mémoire comptent parmi les premiers signes de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des autres démences. Ces défaillances se manifestent d'abord par des petites perturbations de la vie quotidienne. Ces troubles s'accroissent à tel point que des pans entiers du passé récent disparaissent. Enfin, peu à peu, la mémoire du passé plus lointain est atteinte ainsi, la mémoire se dégrade progressivement et non subitement, touchant la mémoire des événements récents en premiers

Le malade atteint d'Alzheimer voit sa compréhension du monde morcelée par les troubles de la mémoire ; de plus, sa capacité de déduire les éléments pertinents de la situation à partir des éléments disponibles diminue dans la même mesure.

Certains aspects des troubles de mémoire sont bouleversants pour les proches, quand par exemple la personne oublie le nom de son conjoint ou de ses enfants, ou alors inquiétant quand elle oublie de fermer le gaz. Ces troubles sont déroutants, source de confusion, de honte et d'humiliation pour le malade, face à une famille et une société parfois peu tolérantes envers lesquelles il doit constamment se justifier. Ainsi, au début de la maladie, le patient tente souvent de cacher les conséquences d'erreurs et d'oublis, pour se rassurer, et par amour propre.

Certains nient tout problème, et rejettent la responsabilité sur leur proches ou se trouvent des excuses. Plus tard, elles s'aperçoivent peut-être moins de leurs troubles de mémoire, mais elles en supportent néanmoins les conséquences, et éprouvent tout particulièrement un sentiment de frustration ainsi qu'une perte de leur indépendance.

Les membres de l'entourage devraient avoir pour rôle de fournir une aide pratique à la personne malade, mais devraient également lui apporter un soutien moral et rassurant à chaque occasion, sans pour autant banaliser ses symptômes malheureusement, et peut-être pour se protéger de cette douleur de perdre l'être aimé, l'entourage peut se montrer très peu compréhensif envers le malade. Reproches, accusations, banalisation de la maladie, le patient se heurte à une attitude de déni. (Trouvé E. 2011, p.12)

## **6.2 Difficultés à effectuer les tâches familières, troubles du geste**

### **(Apraxie)**

Depuis notre naissance, nous avons acquis des gestes petit à petit, à force d'exercice. Il peut s'agir de gestes simples, tels que mettre une cuillère à la bouche, l'utilisation d'un peigne, ou de gestes plus complexes tels que monter des escaliers, s'habiller ou conduire une voiture. La personne atteinte de démence n'est plus capable d'effectuer ces gestes, même parfois les plus simples, et avec l'évolution de la maladie, elle oublie même quels sont les objets et à quoi ils servent. La succion, la mastication et la déglutition, premiers réflexes acquis, sont le plus longtemps préservés. Ainsi, quand ces derniers gestes archaïques se perdent, une fausse-route résultant en un développement d'une broncho-pneumonie (pneumonie d'aspiration) peut considérablement fragiliser le malade et même très souvent conduire à son décès.

Ce sont ces troubles de la gestuelle qui expliquent essentiellement les difficultés importantes que les personnes démentes rencontrent lors d'un déménagement ou de vacances. Ainsi, un simple changement de robinetterie dans leur salle de bain peut leur faire perdre les automatismes de leur toilette.

Ces personnes qui ont besoin d'aide ne sont pas toujours prêtes à l'accepter. Elles montrent parfois une grande force de résistance : elles défendent leur indépendance ou ont l'impression qu'on envahit leur intimité.

## **6.3 Troubles du langage et de la compréhension (aphasie)**

Chez la personne qui souffre d'une maladie d'Alzheimer, ou d'une autre forme de démence, le langage se modifie. Dans une première période il devient imprécis ; pour combler ce déficit, la personne fait usage de sous-entendus, de périphrases, ou de phrases dont certaines parties sont omises. La personne malade utilise aussi la répétition. Avec le temps, elle parle de moins en moins, elle éprouve de la difficulté à nommer les objets les plus usuels. Des problèmes de compréhension se manifestent également. La personne n'arrive plus à suivre des conversations. Elle ne réagit plus ou répond mal à des consignes très simples. Finalement, l'aphasie s'installe progressivement (c'est-à-dire, la perte complète de la capacité de parler et de comprendre le langage verbal). En parallèle, le langage écrit et sa compréhension se dégradent aussi. Ainsi, les troubles de la communication s'aggravent progressivement, les isolants de plus en plus dans l'expression non verbale. Cependant jusqu'à un certain stade de la maladie, les personnes malades comprennent la parole mieux qu'elles ne peuvent l'utiliser.

La compréhension de l'écrit demeure plus longtemps que celle de la parole.

L'altération progressive du langage et les difficultés de communication entraînent de la frustration et souvent des accès de colère. Si les besoins et les souhaits de la personne malade ne sont pas pris en compte, si son comportement est mal interprété, elle commence à se sentir de plus en plus isolée. Son incapacité à parler correctement provoque son embarras, si l'on s'impatiente ou qu'on parle à sa place, et si surtout, on relève des fautes. Des personnes malades emploient un langage plus court, avec des phrases plus courtes et moins élaborées.

Elle n'engage généralement pas la conversation, et reste sur la réserve, pour finir par ne plus parler du tout. D'autres au contraire parlent sans arrêt, mais de façon plus ou moins compréhensible. La langue maternelle est de préférence utilisée chez les malades bilingues.

(Mullan M. p.178)

#### **6.4 Troubles de la reconnaissance (agnosie)**

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer deviennent incapables de reconnaître des visages et des objets. Le problème ne se situe pas au niveau de la vision ou de la mémoire, mais d'une incapacité du cerveau à traiter l'information visuelle, auditive, olfactive, etc.

Autrement dit, le malade perçoit les contours d'un objet/ visage, mais ne peut lui donner une signification. Ce trouble peut constituer des problèmes de sécurité.

#### **6.5 Désorientation dans l'espace et le temps**

Souvent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées sont désorientées dans le temps et dans l'espace, et confondent les personnes. « L'horloge interne », grâce à laquelle nous savons à peu près quand il faut passer à table ou aller se coucher, paraît également dérégulée. Pour une personne désorientée, le pire n'est pas de ne pas savoir l'heure ou de ne pas reconnaître son logement, mais plutôt d'être plongée dans l'angoisse. La plupart des gens s'affoleraient s'ils n'étaient plus capables de se retrouver dans leur propre maison ! Même si la personne n'est pas tout à fait consciente de sa désorientation dans le temps et dans l'espace, elle éprouve de l'angoisse parce que la journée ne lui semble pas structurée, ou qu'elle se sent mal à l'aise dans un environnement en apparence étranger et où tout peut arriver. (Mullan M. p. 302)

### **7. Les facteurs de risques :**

Les facteurs de risque sont les caractéristiques propres à une personne, à son mode de vie, à son environnement et à son hérédité. Ils indiquent la probabilité de développer telle ou telle maladie, mais ne causent pas en soi la maladie. Ils font état d'un risque accru, mais pas d'une

certitude que la maladie d'Alzheimer, par exemple, se développera. De la même manière, si une personne est peu ou n'est pas du tout exposée aux facteurs de risque connus, elle n'est pas pour autant protégée contre la maladie.

Certains facteurs de risque sont modifiables (par exemple, le tabagisme, l'hypertension artérielle); d'autres ne le sont pas (par exemple, l'âge, la constitution génétique).

## **7.1 Facteurs de risque modifiables :**

### **Facteurs de risque communs à la maladie d'Alzheimer et aux maladies Cardiovasculaires**

Les taux élevés de cholestérol dans le sang, l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme et l'obésité sont les principaux facteurs de risque modifiables pour les maladies cardiovasculaires, y compris les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux. Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont également des facteurs de risque pour la maladie d'Alzheimer et les troubles cognitifs vasculaires. Ces facteurs de risque cardiovasculaires sont plus fréquents dans les groupes plus âgés.

Il faut signaler que les formes précoces ou les symptômes de la maladie d'alzheimer apparaissent avant 60 et 65ans. Dans la forme tardive de la maladie, Les symptômes apparaissent après 65 ans. (Selmes J. 2008, p. 180).

## **7.2 Tabagisme**

Le tabagisme est directement lié à un large éventail de maladies, y compris le cancer sous diverses formes, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Il est possible d'affirmer avec force et assurance que le risque de développer la maladie d'Alzheimer est de 45% plus élevé pour les fumeurs (par rapport aux non-fumeurs et ex-fumeurs). Les fumeurs sont également exposés à un risque plus élevé de maladie vasculaire (bien que les preuves ne soient pas aussi convaincantes) et même d'autres formes de trouble cognitif. En outre, les personnes qui cessent de fumer réduisent leur risque. Il est encourageant de constater qu'en cessant de fumer, il est non seulement possible de limiter les autres effets néfastes du tabagisme, mais également de réduire le risque de maladies cognitives. (Clement J.P. 2009, p. 66)

## **7.3 L'hypertension**

Les personnes qui développent une hypertension artérielle dans la quarantaine sont plus susceptibles, en moyenne, de développer un trouble cognitif que celles dont la pression artérielle est normale. L'hypertension affecte le coeur, les artères et la circulation sanguine, de sorte qu'elle

augmente le risque de développer la maladie d'Alzheimer et en particulier les troubles cognitifs vasculaires. Selon la recherche, l'activité physique et une meilleure alimentation peuvent réduire l'hypertension. Si cela ne fonctionne pas, certains médicaments contribuent à la réduire. (ibid, 2009, 67)

#### **7.4 Diabète**

La recherche a montré que le diabète de type 2 dans la quarantaine est associé à un risque accru d'Alzheimer ou de maladie apparentée, de maladies vasculaires et de troubles cognitifs. En fait, les personnes atteintes d'un diabète de type 2 sont deux fois plus susceptibles, en moyenne, de développer un trouble cognitif que les personnes en santé. . (Clement J.P. 2009, p. 67)

#### **7.5 Taux élevé de cholestérol**

Les personnes qui présentent un taux élevé de cholestérol total dans la quarantaine sont plus susceptibles, en moyenne, de développer l'Alzheimer ou une maladie apparentée que celles dont le taux de cholestérol total est normal. La recherche a montré que les personnes qui traitent leur taux de cholestérol élevé avec des médicaments appelés « statines » réduisent leur risque de développer un trouble cognitif. Il est donc important, pour la santé du coeur et du cerveau, de traiter un taux de cholestérol élevé. L'hypercholestérolémie est un facteur de risque important pour l'hypertension et le diabète et contribue également à augmenter les risques de maladies cardiovasculaires. (ibid, 2009, p.68)

#### **7.6 L'obésité et le manque d'activité physique**

L'obésité et le manque d'activité physique sont des facteurs de risque importants pour le diabète et l'hypertension artérielle, et devraient donc également être pris en considération. L'obésité dans la quarantaine peut augmenter le risque d'Alzheimer et de maladies apparentées et, pour cette raison, il faut la combattre.

#### **7.7 Autres facteurs de risque**

##### **Alcool**

L'alcool, qui est au cinquième rang des facteurs de risque les plus importants de mortalité et d'incapacité dans le monde, a été impliqué comme facteur causal dans plus de 200 maladies et blessures, y compris les principales maladies non transmissibles dont la cirrhose, certains cancers et les maladies cardiovasculaires.

Les personnes qui consomment de l'alcool modérément courent le plus faible risque de développer l'Alzheimer ou une maladie apparentée. Celles qui ne boivent pas d'alcool du tout ont un risque légèrement plus élevé. Celles qui en boivent trop courent le risque le plus élevé.

### **Le faible niveau de scolarité**

La recherche montre que l'instruction réduit le risque de trouble cognitif. La qualité et le degré d'instruction nécessaire pour se protéger contre l'Alzheimer restent à déterminer

## **7.8 Facteurs de risque non modifiables**

### **7.8.1 Âge**

La maladie d'Alzheimer ne fait pas partie du processus normal de vieillissement, mais l'âge est le principal facteur de risque connu de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, cela ne signifie pas que la plus grande partie de la population développera la maladie en vieillissant, au contraire. La maladie d'Alzheimer à début précoce est parfois diagnostiquée chez des personnes plus jeunes, dans la quarantaine ou la cinquantaine. Après l'âge de 65 ans, le risque de développer la maladie d'Alzheimer double environ tous les cinq ans. Plus on vieillit, plus le risque est élevé. Une personne sur 20 âgée de plus de 65 ans et une personne sur quatre de plus de 85 ans sont atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il est bien établi que le vieillissement peut altérer les mécanismes d'autoréparation de l'organisme, y compris au cerveau. En outre, la plupart des facteurs de risque cardiovasculaires augmentent avec l'âge, comme l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques et le taux élevé de cholestérol.

### **7.8.2 Sexe**

La question de savoir si les femmes sont plus susceptibles de développer la maladie d'Alzheimer que les hommes reste ouverte. Les preuves accumulées à l'échelle internationale ne le démontrent pas de manière convaincante. Il est nécessaire de poursuivre la recherche afin de déterminer si d'autres facteurs que l'âge peuvent accroître le risque pour les femmes de développer la maladie d'Alzheimer.

## **7.9 Antécédents familiaux et génétiques**

La forme la plus courante de la maladie d'Alzheimer n'est pas héréditaire, mais « sporadique ». La forme héréditaire ou « familiale » est très rare.

### **7.9.1 La maladie d'Alzheimer familiale**

La maladie d'Alzheimer familiale représente moins de 5 % de tous les cas de maladie d'Alzheimer. Cette forme de maladie est héréditaire. Les enfants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer familiale courent un risque accru d'hériter du gène responsable de la maladie et de la développer.

La maladie d'Alzheimer familiale est due à des changements ou à des altérations dans des gènes spécifiques qui peuvent être directement transmis des parents aux enfants. Trois gènes familiaux de risque de la maladie d'Alzheimer ont été découverts jusqu'à présent: les gènes PS1, PS2 et APP. Si une altération affecte l'un ou l'autre de ces gènes, le risque de développer la forme précoce de la maladie d'Alzheimer familiale augmente. Les chercheurs tentent de trouver d'autres gènes qui pourraient être associés à la maladie d'Alzheimer familiale. . (Clement J.P. 2009, p.72)

### **7.9.2 Maladie d'Alzheimer sporadique**

La forme sporadique est la forme la plus courante de la maladie d'Alzheimer. Elle est due à un ensemble complexe d'éléments touchant à la génétique, à l'environnement et au mode de vie. Le vieillissement est le principal facteur de risque de la forme sporadique de la maladie d'Alzheimer. La plupart des cas surviennent après l'âge de 60 - 65 ans.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la génétique et la maladie d'Alzheimer, veuillez consulter notre feuillet d'information,

#### **Autres facteurs de risques**

D'autres troubles médicaux peuvent augmenter le risque de développer la maladie d'Alzheimer, dont la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, une maladie rénale chronique et le VIH. Le syndrome de Down et d'autres troubles d'apprentissage peuvent également augmenter le risque de développer la maladie d'Alzheimer. (Clement J.P. 2009, p. 65)

### **Comment pouvons-nous réduire le risque?**

Un mode de vie sain peut aider à réduire le risque de l'Alzheimer et des maladies apparentées. On estime que près de la moitié des cas d'Alzheimer à travers le monde serait le résultat de sept principaux facteurs de risque modifiables: le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, le tabagisme, la dépression, l'inactivité cognitive ou le faible niveau d'instruction, et l'inactivité physique :

Faites de l'exercice

Évitez le tabac et la consommation excessive d'alcool

Suivez de près votre état de santé : pression artérielle, cholestérol, glycémie et poids Maintenez vos relations et activités sociales

Adoptez une alimentation équilibrée et saine, riche en céréales, poissons, légumineuses et légumes

Réduisez votre niveau de stress

Stimulez votre cerveau en essayant quelque chose de nouveau, comme un jeu ou l'apprentissage d'une nouvelle langue

Protégez votre tête avec un casque pour faire du sport (Bodin L. 2015, p.200)

## **8. Les phases de la maladie d'Alzheimer**

### **La phase préclinique :**

Les lésions de la maladie sont présentes, mais ne s'expriment pas

### **La phase de début :**

La mémoire à court terme se détériore. On se souvient très bien des souvenirs d'enfance, alors qu'on ne se rappelle plus qu'on vient de dire au téléphone souvent, on considère à tort ces changements comme des manifestations normales du vieillissement. Peuvent survenir également des difficultés à s'exprimer, un manque d'entrain ou de l'agressivité (Touchon J. Portet F. 2009, P. 33)

### **La phase modérée**

La sévérité des symptômes retentit sur le quotidien de la personne, oblige à quitter son emploi si elle est encore en activité. Les problèmes de la mémoire s'aggravent. L'autonomie baisse. L'habillage et la toilette deviennent difficiles. La vie au domicile n'est plus possible qu'avec l'aide de l'entourage. Certaines personnes ont de plus en plus de difficultés à s'exprimer verbalement, d'autres à s'orienter dans le temps et l'espace. (

### **La phase avancée :**

La personne malade n'est plus capable de manger, de marcher, ou d'aller à la toilette seule. Elle ne reconnaît plus les membres de sa famille. Elle a perdu l'usage du langage. Une surveillance constante s'impose. Des soins dans un centre spécialisé s'avèrent souvent nécessaires. Toutefois,

l'échange avec la personne malade perduré en s'appuyant sur la communication non verbale. (ibid, 2009, p. 33-37)

## **9. Les traitements médicamenteux**

### **1 Les Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase**

(Ils ↓ la destruction de l'acétylcholine) et sont indiqués dans les démences légères à modérément sévère (correspond à un score entre 26 et 10 au MMS)

**Ex : Aricept®, Reminyl®, Exelon®**

Ils ont une action progressive avec des effets IIaires tels que

8 troubles digestifs : favoriser la prise pendant les repas

9 Troubles de la conduction cardiaque à type de bradycardie

10 Ecoulement nasal

11 Agitation, voir confusion (qui détermine une surveillance minutieuse lors de l'initiation aux traitements). (Selmes J. Et all. 2007 p.202)

### **2 Ebeixa® est u traitement bien toléré indiqué pour les démences situées comme < à 10 au MMS**

Effets IIaires : hallucinations et/ ou confusion

Ces traitements agissent sur les troubles du comportement et les troubles des fonctions supérieures (= champ cognitif) à type d'APHASIE, APRAXIE, AGNOSIE.

V-Prise en charge médicamenteuse des troubles du comportement

#### **a) Anxiété**

Il faut d'abord écarter les traitements de types Benzodiazépine, puisque leur utilisation est à risque chez la personne âgée, avec :

2 Augmentation des troubles mnésiques

3 Risque de chutes +++ (par somnolence, sédation, myasthénie )

4 Risque de dépendance et d'accoutumance accrue

5 Risque de surdosage (lié au vieillissement physiologique avec difficulté d'élimination rénale, et aux pertes sensorielles, ex : visuelles, c'est à dire ne pas reconnaître ses médicaments.

→ En cas d'utilisation d'Anxiolytique de type benzodiazépine, Préféré des traitements à demi-vie courte tels que : **Lysanxia®**, **Seresta®**

**Avant l'instauration d'un traitement il faut toujours rechercher face à une agitation inhabituelle, Une cause environnementale ou médicamenteuse.**

### **b) Apathie**

les anti-dépresseurs imipraminiques (ex : Anafranil®, Laroxyl® ) ont d'important effets IIaires, et le traitement de choix repose plus sur les **I.R.S** ( inhibiteurs de le re-capture de la sérotonine ) parmi lesquels on retrouve le Prozac®, ou le Deroxat®.

### **c) Troubles psychiatriques :**

Les neuroleptiques doivent être utilisés le moins souvent possible

## **VI- principes du traitement non médicamenteux**

- 1/ Préserver l'autonomie : / stimulation cognitives
- 2 / stimulation des centres d'intérêts antérieurs
- 3 / maintenir les habitudes de vie le plus possible
- 4 / donner des repères, des horaires aux journées
- 5 / respecter un plan de table
- 6 / encourager, valoriser les progrès
- 7 / Valoriser les efforts, le discours

Il y à toujours chez la patient souffrant de démence une difficulté d'adaptation aux changements, repères, lieux de vie, changement du personnel soignant, du voisin de tables... et il faut pour cela, éviter les situations anxiogènes et limiter les imprévus le plus possible.

L'adaptation du patient à la maladie, sera d'autant meilleure si le cadre de vie donne des repères spatio-temporels bien définis. (Selmes J. Et all. 2007 p.202)

## **Conclusion**

Décrite pour la première fois au début du XXème siècle, la maladie d'Alzheimer est encore une maladie « nouvelle ». D'une part, parceque les études et les recherches de ces dernières années ont enrichi nos connaissances. D'autre part, parce que, en raison du vieillissement de la population,

elle est devenue une maladie fréquente que la société ne peut plus ignorer. Elle affecte plusieurs centaines de milliers de personnes, essentiellement des personnes âgées. Chez ces dernières, la maladie d'Alzheimer n'est qu'une des causes de démences, la plus fréquente, pourtant, la reconnaissance publique de la maladie d'Alzheimer fut lente. Il est vrai qu'elle associe deux composantes difficilement acceptées : une dégradation progressive des fonctions supérieures (démences) et une image négative de la vieillesse, envahie par une maladie mortelle. Et jusqu'à un passé récent, l'apport de la science médicale était limité.

## **Introduction**

Le vieillissement est un processus qui diminue les réserves fonctionnelles au niveau de la plus part des systèmes physiologiques, ce qui va entraîner une vulnérabilité chez les personnes âgées. Avec l'âge les personnes vont cesser de pratiquer certaines activités.

### **1. 1. Autonomie**

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté. (Henrard J.C., 2015, p.16)

### **2. Théories explicatives de l'autonomie**

Nous aurons a voire a partir de ces théories les processus d'acquisition de l'autonomie et les régressions qui surviendront a entraver celle-ci a l'âge adulte. C'est d'ailleurs de cela que nous avons besoin de savoir dans notre démarche.

#### **2.1. Théorie de la stigmatisation**

La théorie de l'étiquetage, aussi appelée théorie de la réaction sociale ou analyse stigmatique qui est une théorie essentielle de la psychologie sociale nord-américaines des années 1960. Son fondement de base est que l'acte social d'étiqueter une personne a tendance à modifier l'auto-conception de la personne stigmatisée par incorporation de cette identification. En effet, la personne devient effectivement ce qu'on a supposé et qu'elle était, cela est sous l'effet de ce qu'on attend d'elle

C'est dans ses travaux sur les institutions psychiatriques qu'Erwing Goffman a mis en évidence et décrit la stigmatisation. Il la désigne comme un processus qui exclut un individu considéré comme « anormal ». Ensuite déclenche une sous-estime personnelle qui porte atteinte à l'image de soi et conduit l'individu à considérer les traitements discriminatoires qu'il subit comme normaux

C'est dans ce sens que nous comptons appliquer cette theorie pour comprendre le processus par lequel la personne en situation d'handicap est susceptible d'introjecter l'image renvoyé par autrui sur sa propre personne ; son autonomie.

D'après Link et Phelan les études réalisées, ils recensent cinq notions négativement impliquées, ce sont :

**L'étiquetage** ou (labels) ;

**Les stéréotypes** il s'agit de croyances culturelles qui lient les personnes étiquetées à des caractéristiques indésirables

**La distance sociale** les personnes étiquetées sont placées dans des catégories distinctes séparées entre (eux) et (nous)

**La perte de statut et la discrimination** cela implique un traitement basé sur l'inégalité

**Les relations de pouvoir :** certaines personnes possèdent des pouvoirs particuliers sur les autres, notamment ; professeurs, travailleurs sociaux, et surtout medecins, juges ont le pouvoir de nommer, de donner des étiquettes qui vont ensuite disqualifier les gens.

En effet, la psychiatre suisse Asmus Finzen, estime que la lutte anti-stigmate passe par la reconnaissance que la stigmate est une seconde maladie invisible et qui s'enracine dans les préjugés, les conceptions erronées

## 2.2 Théorie de locus de contrôle

Cette théorie est proposée par Rotter en 1966, qui s'inscrit dans une approche néo-behavioriste. Celle-ci nous parle de la représentation que se construit chaque individu des instances (locus) qui exercent un contrôle sur son comportement.

En effet, ces instances accordent des réponses a chaque comportement du sujet, ces réponses sont soit positives comme un renforcement ou négatives sous forme de réprimandes ou punitions. Ces sources de sanctions occupent alors deux locus distincts : interne ou externe au sujet qui dépend des conditions objectives de chaque situation et des circonstances. Ainsi que d'une prédisposition de la personnalité sous une dimension d'internalité ou d'externalité.

D'ailleurs, on peut expliquer l'autonomie de la personne en situation de handicap, dans la mesure où avec un locus de contrôle interne, le sujet qui effectue une action de façon autonome, en s'attribuant le mérite, le sujet est susceptible de renforcer le sentiment de satisfaction interne et l'estime de soi du qui l'encouragerait à préserver et améliorer ses capacités pour accéder à de plus en plus d'autonomie.

Cette théorie est connue prospère grâce à l'échelle IE de Rotter, qui à travers les réponses à un questionnaire, permet de situer l'appartenance du sujet à l'un des deux pôles. L'internalité est un indice et un bon prédicateur de l'adaptation, corrélée avec l'intelligence, l'état de santé, et la réussite scolaire ou sociale.

### **2.3 Théorie de double contrainte**

Selon cette théorie aussi dite (double bind), la situation de handicap elle-même est une situation problématique, paradoxale puisqu'elle engage la personne en situation de handicap dans une contradiction.

En effet, le message envoyé par le handicap est double et contradictoire, la visibilité (l'apparence) du handicap renvoie une image de la différence, de l'altérité, tandis que la revendication des personnes handicapées porte sur la normalisation. Ainsi, les limites imposées par le handicap impliquent une relation d'aide, la demande de la personne handicapée est celle d'une relation d'égalité. Telle est la double contrainte dans laquelle est piégée la personne handicapée, placée dans une position où elle donne simultanément deux définitions d'elle-même.

La personne en situation de handicap qui cherche son autonomie, se voit constamment considérée comme incapable et nécessitant des soins permanents et cela entrave son autonomie. (Schneider J. 2005, p.20)

### **3. La perte d'autonomie**

Est la perte de capacité de se gouverner soi-même et de prendre des décisions concernant sa propre vie. Elle se traduit par la difficulté à effectuer les activités de la vie quotidienne notamment à cause de la faiblesse de ses capacités fonctionnelles (jambes, bras...). Elle peut apparaître après un incident grave, comme un accident vasculaire cérébral (AVC) qui a laissé des séquelles. Mais elle peut aussi faire partie d'un processus progressif dans l'évolution d'une maladie chronique. La fragilité physique est le signal le plus visible de la perte d'autonomie. Elle se caractérise par plusieurs états : faiblesse musculaire, fatigue chronique, activité physique réduite, lenteur de la marche et perte de poids involontaire. Elle s'accompagne souvent d'une vulnérabilité sociale (isolement, pauvreté...) qui peut être aggravée par des difficultés personnelles comme le décès d'un proche. C'est souvent cette accumulation qui fait qu'une personne peut « entrer en dépendance. (oms , 2011)

La perte d'autonomie est le besoin de recours à un tiers pour les activités de la vie courante. Elle est dite totale ou partielle en fonction du seuil de gravité atteint. Est reconnue en situation de dépendance totale, une personne qui n'est plus capable de réaliser des activités courantes seule (manger, se laver...). À partir de quel moment une personne est-elle jugée dépendante ? Cette appréciation peut être subjective mais pas seulement. Des critères spécifiques ont ainsi été mis en place pour déterminer si une personne est en train de devenir dépendante.

### **3.1 Les signes de perte d'autonomie**

#### **3.2 1 troubles de l'équilibre**

Difficultés à se lever, marche hésitante, trébuchements... sont autant de signes d'alerte d'un trouble de l'équilibre. Avec l'âge, on perd en effet sa force musculaire, sa souplesse et le sens de l'équilibre. Certains médicaments peuvent également perturber l'équilibre, demandez l'avis du médecin traitant. Car le danger, c'est la chute, avec un risque notable de fracture. La fracture du col du fémur notamment, la plus fréquente, est aussi la plus redoutable car responsable d'une invalidité dans 20 à 25 % des cas.

La vigilance est donc de mise : fournissez au besoin une canne, un déambulateur, enlevez tous les obstacles et facteurs de chute dans la maison (voir Aménager sa maison). Et pensez aux ateliers d'équilibre organisés dans certaines communes.

#### **3.3.1 Changement des habitudes alimentaires**

Il est normal avec l'âge d'avoir moins d'appétit. L'organisme vit en effet au ralenti, le goût pour les aliments se perd. L'essentiel est alors de préserver une alimentation équilibrée pour une meilleure santé.

Mais si la personne âgée a du mal à faire ses courses, à cuisiner, si elle ne mange plus ou à n'importe quelle heure, il est temps de prendre des mesures : portage des repas à domicile, aide à domicile pour les courses et la cuisine...

#### **3.3.1 Diminution de l'hygiène**

Les travaux ménagers sont souvent les premiers à pâtir du vieillissement. Douleurs et raideurs articulaires, faiblesse musculaire, altération de la vision rendent ces actes difficiles à effectuer. Puis

c'est la toilette quotidienne qui se trouve perturbée. Au besoin, demandez l'assistance d'une aide à domicile pour le ménage et la toilette.

### **3.3.2 Problèmes de mémoire**

La mémoire se détériore avec l'âge. Oublier de prendre ses médicaments, de payer ses factures, d'éteindre sous la casserole sont des événements certes gênants mais relativement bénins. De multiples solutions existent : par exemple, optez pour un pilulier, des prélèvements automatiques ou une plaque de cuisson avec un dispositif de sécurité... Par contre, ne plus reconnaître un proche, ranger le fer à repasser dans le réfrigérateur ou perdre la notion du temps et des lieux sont autrement plus préoccupants. Contactez le médecin traitant car il s'agit peut-être d'une maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence.

### **3.3.3 Altérations de l'humeur**

Les personnes âgées ont tendance à devenir un peu entêtées, ce qui fait d'ailleurs qu'il est difficile de leur faire changer d'habitudes. Tout est une question de tact et de mesure. Cependant, attention aux signes de dépression, plus fréquente chez les personnes âgées : tristesse, fatigue importante, désintérêt... Surveillez également les changements de comportement : agressivité ou au contraire apathie, qui peuvent révéler une maladie neurodégénérative.

### **3.3.4 Isolement social**

Bien souvent la personne âgée s'isole progressivement, ce qui s'explique par les difficultés à se déplacer, la fatigue, la diminution de l'audition qui nuit à l'intérêt pour les conversations mais l'isolement peut être aussi un signe de dépression, s'il est associé aux autres troubles typiques. Enfin, une cause méconnue : l'incontinence urinaire, très gênante en société, à prendre en charge par le médecin traitant.

Dans toutes ces situations, selon l'intensité des signes, vous pourrez remédier vous-même aux différents problèmes, quitte à faire appel à une aide à domicile, ou consulter le médecin traitant. Car, outre la prise en charge des maladies, lui seul peut mettre en oeuvre, par exemple, un service de soins à domicile ou conseiller une évaluation de la perte d'autonomie de façon professionnelle, afin de recenser précisément les besoins de la personne âgée.

(Voisard-bassolsc V. et ALL. 2004.pp 33,34)

## **4.1 L'évaluation de la perte d'autonomie**

### **4.1.1 Qui évalue la perte d'autonomie ?**

Bien souvent, l'évaluation fait suite à une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Dans ce cas, c'est l'équipe médico-sociale du département qui effectue l'évaluation, au domicile de la personne âgée : un médecin ou une infirmière et un travailleur social. Si c'est le médecin traitant qui propose l'évaluation, il adressera le plus souvent son patient à un centre d'évaluation gérontologique (CEG), centre spécialisé à l'interface de la médecine de ville et des hôpitaux. La consultation pluridisciplinaire (médecin, infirmière, assistante sociale...) dure environ une heure. Enfin, si la personne âgée est hébergée en établissement, c'est l'équipe de l'établissement qui réalisera l'évaluation, sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

### **4.1.2 Comment évaluer la perte d'autonomie ?**

Il existe différents systèmes d'évaluation mais seule la grille dénommée AGGIR (pour "Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources") détermine l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

**La grille AGGIR** permet d'évaluer les différentes activités de la vie courante de la personne âgée en les classant chacune en trois catégories : "la personne fait seule", "fait partiellement", "ne fait pas".

Dix premières activités sont d'abord évaluées, ceci en vue de l'attribution de l'APA : toilette , habillage, alimentation, élimination urinaire et fécale, transferts (capacité à se lever, se coucher, s'asseoir), déplacements à l'intérieur du logement, déplacements à l'extérieur, communication à distance (utilisation du téléphone, d'une alarme, d'une sonnette), cohérence (capacité à parler et/ou à se comporter de façon logique et sensée), orientation (capacité à se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux).

Sept autres activités sont ensuite évaluées pour apporter des informations utiles à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé : cuisine, ménage, transport (prendre et/ou commander un moyen de transport), achats, suivi du traitement (se conformer à l'ordonnance du médecin), gestion (gérer ses propres affaires, son budget, ses biens), activités de temps libre.

### **4.1.3 Pour quoi évalue-t-on la perte d'autonomie ?**

Le premier intérêt de cette évaluation, on l'a vu, est de déterminer l'éligibilité de la personne âgée à l'APA en la classant, par son système de cotation, dans l'un des six groupes dénommés GIR. Ces groupes GIR sont cotés de 1 à 6, allant des personnes les moins autonomes aux personnes les plus autonomes. Seules les personnes appartenant aux GIR 1 à 4, dites "en perte d'autonomie", peuvent prétendre à l'APA. Les personnes qui relèvent des GIR 5 et 6 peuvent cependant bénéficier des prestations d'aide à domicile servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale. Pour information, le GIR 5 regroupe les personnes qui ont simplement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Le GIR 6 désigne celles ayant totalement conservé leur autonomie.

Second intérêt de l'évaluation : cerner précisément les besoins de la personne. Si elle est déclarée "en perte d'autonomie" (GIR 1 à 4), l'équipe médico-sociale élabore alors un "plan d'aide personnalisé" qui sert de base à la détermination du montant de l'APA et permet de recenser l'ensemble des aides nécessaires. Par exemple, si la personne reste à domicile, on peut mettre en œuvre des aides aussi bien humaines (emploi d'une auxiliaire de vie, d'une aide ménagère, portage des repas...) que techniques (cane, déambulateur, fauteuil roulant, lit médicalisé...). Les personnes les plus autonomes (GIR 5 et 6) se voient également remettre des recommandations écrites. L'objectif étant, toujours, d'offrir la meilleure qualité de vie possible et de préserver au maximum l'autonomie de la personne âgée. (Selmes J. 2008, p 40)

### **5.1 Les facteurs de risques :**

La perte d'autonomie des personnes âgées résulte d'une déficience liée à une ou plusieurs pathologies et, en même temps, de la dynamique positive ou négative entre cette déficience et l'environnement qui peut la réduire ou la compenser (15). Différentes causes de la perte d'autonomie ont été identifiées : - Les causes médicales : Toutes les maladies peuvent entraîner une perte d'autonomie en particulier toutes celles dites « liées à l'âge », maladies cardiovasculaires, démences, cancers, arthrose et ostéoporose, troubles sensoriels (en particulier la diminution de l'audition), troubles de l'équilibre, altération de l'état nutritionnel, troubles psycho comportementaux (états anxio-dépressifs), incontinence urinaire... - Les causes environnementales : isolement social, chutes, cadre de vie inadapté, inactivité, perte du référent (famille, voisin...), hospitalisation (18). - Les causes socio-économiques : les résultats de deux enquêtes SHARE (2004-2011) et ESPS 2012

(2) indiquent que le processus de fragilisation des personnes âgées s'accompagne de difficultés financières et suggèrent également que les difficultés financières au cours de la vie favoriseraient la fragilité aux âges avancés. Selon André Trillard, la première cause de dépendance serait les maladies « liées à l'âge », en second viendrait la « fragilité ». La troisième de ces causes serait l'inactivité ou, de façon plus générale, le mode de vie et la quatrième regroupe la maladie d'Alzheimer et les troubles cognitifs apparentés (19). Les déterminants de la perte d'autonomie peuvent également être classés en trois catégories : Les facteurs structurels, les facteurs facultatifs et les facteurs déclenchant. Tableau 1. Les déterminants de la perte d'autonomie

Facteurs Organiques	Sociaux	Psychologiques	Structurels
Vieillesse physiologique	Fragilisation du lien social	Pertes multiples	Proximité de la mort
Pathologies chroniques	Incapacités chroniques	Précarité sociale	Crise familiale
Incapacité récente	Douleur	Déménagement	Agression
Conflit familial	Placement ou hospitalisation	Chute	Deuil récent
Eloignement d'un proche	Evènement stressant	Source : Appareillages et aides techniques aux personnes âgées, (Boudokhane, 2014, p.21)	

## 5.2 Les facteurs de protection :

Une promotion de l'ensemble des déterminants du style de vie, nutrition équilibrée, activité physique modérée et prolongée, prolongation de l'activité professionnelle (lorsqu'elle est choisie et que la qualité de vie au travail est satisfaisante) ou bénévole, activité intellectuelle, activités de loisirs, permettrait de gagner plusieurs années de vie en bonne santé. L'activité physique est fondamentale puisqu'elle réduit le déclin de l'aptitude physique, qu'elle participe au maintien de l'équilibre nutritionnel et améliore les capacités cognitives (dynamisme, efficacité, sentiment de bien-être). Le maintien des activités sociales à tout âge (par le bénévolat, par exemple) est reconnu pour son efficacité sur le processus de stimulation mentale en permettant d'améliorer l'estime de soi, l'autonomie et le sentiment d'appartenance et d'accomplissement. La pratique de loisirs comme la musique, la danse ou les jeux de société est également corrélée à un risque réduit de déclin intellectuel et notamment à la prévention de la maladie d'Alzheimer. Enfin faire bénéficier les patients âgés d'une bonne prise en charge médicale et de tous les progrès médicaux permet de réduire la dépendance à son plus bas niveau (ibid. p. 6)

## 5. la Dépendance

Quelles sont donc les différentes significations de ce mot « dépendance » ?

*La définition de la dépendance*, donnée par le dictionnaire de la langue française, est la « situation d'une personne qui dépend d'autrui ».

Mais le verbe « dépendre », c'est-à-dire « pendre de, se rattacher à » exprime ou recouvre, lui-même, plusieurs sens :

Le premier, « ne pouvoir se réaliser sans l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose », exprime l'idée d'une solidarité de faits, d'une relation entre choses qui les rend nécessaires les unes aux autres ;

Le deuxième, c'est « faire partie de quelque chose, appartenir à » ;

Le troisième, le plus récent historiquement, c'est « être sous l'autorité, la domination, l'emprise », et il est connoté comme assujettissement, servitude, subordination.

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

## **6. Historique de dépendance**

Dans le champ de la vieillesse, jusqu'à la fin des années soixante, on parlait de personnes âgées semi-valides, invalides, handicapées, grabataires, voire séniles.

La première apparition, en France, du mot « dépendance » pour qualifier les personnes âgées date de 1973, et la définition en est donnée par un médecin hospitalier, travaillant en hébergement de personnes âgées, le docteur DELOMIER (1973) : « le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie ».

## **7. L'analyse fonctionnelle des malades**

Afin de distinguer les différents niveaux de retentissement de la maladie, l'Organisation Mondiale de la Santé a repris l'analyse fonctionnelle des maladies de Wood. Cette analyse distingue la déficience, l'incapacité et le handicap.

- La déficience correspond à une anomalie d'un organe, d'un appareil ou d'un système. Cette anomalie peut être sans conséquence pathologique, mais le plus souvent, elle est symptomatique et équivaut à la maladie.

- L'incapacité représente une des conséquences de la déficience et en est l'expression en terme de fonction ou de performance.

- Le handicap est le désavantage résultant de l'incapacité. Il traduit l'écart entre l'incapacité physique et intellectuelle de la personne et les normes habituelles de qualité de vie. Le handicap est proportionnel aux ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier à l'incapacité.

Par exemple, une diminution de force de préhension d'une main est une déficience. Elle peut engendrer une incapacité telle l'impossibilité de couper les aliments au cours du repas. Si le patient peut s'aider de son autre main et/ou d'ustensiles adaptés (aides techniques), cette incapacité n'a pas de retentissement sur son environnement. Si au contraire cette incapacité impose la présence d'une personne à chaque repas, elle est source de handicap.

## **8. Les conséquences de la dépendance sur la personne âgée**

**8.1 Vie quotidienne** : La dépendance retentit en premier lieu sur la vie quotidienne de la personne âgée. Lorsque le maintien à domicile est possible, la dépendance impose la présence de personnes au domicile. Lorsque les enfants interviennent, le rapprochement entre vieux parents et enfants est bien accueilli par les personnes âgées. Lorsque l'aide provient de personnes étrangères à la famille, telles que des aides ménagères, il faut vaincre souvent la réticence de la personne qui considère comme une gêne, voire un danger, cette intervention extérieure.

**8.2 Abandon du domicile** : Ailleurs, la dépendance provoque l'abandon du domicile au profit de structures institutionnelles. Le changement de lieu de vie doit être préparé avec la personne âgée en structurant progressivement un projet de vie intégrant à la fois l'acceptation de la perte du domicile et la préparation au nouveau logement. En regard de ce travail nécessaire avant d'effectuer un changement d'hébergement, on conçoit l'aspect brutal des placements réalisés rapidement, dès la sortie d'une hospitalisation pour une affection aiguë, et ainsi la nécessité d'un travail médico-social préventif.

**8.3 Vie affective** : La dépendance influence à l'évidence la vie affective d'une personne. La personne devenue dépendante de son entourage réactive des modes de relation anciens voire infantiles. Les adaptations psychiques à la dépendance puisent dans des registres archaïques, plus ou moins expressifs selon les traits de personnalité de l'individu. Ainsi, en fonction des personnalités, le besoin d'aide est vécu comme pénible ou au contraire l'occasion de "bénéfices secondaires".

**8.4 Gestes de la vie quotidienne** : Lorsque la dépendance est forte, intéressant des gestes de la vie quotidienne parfois intimes, la relation avec les aidants peut osciller entre la révolte et la servilité.

**8.5 Risques de maltraitance** : Ces modes de réaction doivent être appréciés de préférence en équipe, afin d'éviter tout comportement de projection ou de rejet que peuvent ressentir certains soignants. La clairvoyance sur ces mécanismes est une des démarches préventives de maltraitance.

## **Conclusion**

L'allongement de la durée de vie fait que, mécaniquement, de plus en plus de personnes risquent de se retrouver en situation de dépendance. Pour que cet état soit le moins difficile à vivre pour la personne en perte d'autonomie mais aussi pour ses proches

La perte d'autonomie d'une personne peut avoir des répercussions sur l'ensemble de la famille. Qui prendra la décision du placement dans un établissement médicalisé ? Qui s'occupera de la personne dépendante le plus souvent ? Pour éviter que la situation ne tourne au conflit, la famille doit évoquer le problème ensemble et, dans la mesure du possible, définir le rôle de chacun. Et aussi reconnaître la souffrance de chaque un donc pour finir on ouvre le champ pour d'autres critiques et recherches.

## La problématique

Il ya souvent des représentations collectives de seniors et de vieux, qui se définissent par une avantageuse image physique et une bonne santé mentale qui resteent liées a la performance et la reconnaissance sociale. La crainte de vieillir est patente dans la société... La vieillesse est souvent associée péjorativement à un déclin inéluctable, à la baisse des capacités intellectuelles, la créativité et la survenue de maladies souvent dites chroniques. (Le vieillissement des personnes handicapées mentales, 2010, p7) comme le diabète, les cardio-vasculaires, et les démences.

En Algérie, une étude statistique réalisée par *la Société Algérienne de Neurologie et Neurophysiologie Clinique (SANNIC)* estime que 100.000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer. [www.neuralger-dz.com](http://www.neuralger-dz.com). Malgré des attentions portées sur cette maladie, l'Algérie reste dans l'ambiguïté de trouver des champs d'investigations de prise en charge, même jusqu'à dire c'est difficile d'établir de simple diagnostique.

La maladie d'Alzheimer comme d'autres formes de démences, se situant dans la sphère du vieillissement pathologique. Si on replonge dans l'histoire de cette maladie, un neurologue allemand au nom D'Alois Alzheimer qui fait par de suite baptisé cette maladie par son nom, en décrivant, en 1906, 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.

Depuis et pendant longtemps, on ne parlait de maladie d'Alzheimer que pour désigner les démences préséniles, c'est-à-dire celle qui surviennent avant l'âge de 65ans, pour les autres, on parlent de démence sénile avec l'idée que ces troubles comportementaux étaient "normaux". On s'est ensuite aperçu que les modifications observées dans la démence sénile et présénile étaient identiques ; alors la démence sénile était en effet une forme tardive de l'entité qui la précède, elles portent le nom de démence de type Alzheimer. Aujourd'hui, on revient au terme initiale de maladie d'Alzheimer sans distinguer les formes d'apparition ; précoce ou tardive.

Cependant, le diagnostique de cette maladie est encore difficile à établir, malgré les avancées technologiques et médicales. Les cliniciens se basent sur les examens, les résultats des examens biologiques ainsi que les tests d'évaluation de la qualité stimulatrice de la cognition.

Comme outil l'IRM ; qui est une imagerie à résonance magnétique cérébrale, permet d'affirmer ou d'exclure l'hypothèse d'autres atteintes qui peuvent êtres en cause (tumeurs, ou problèmes

vasculaires) comme elle permet également de visualiser certaines structures comme l'hippocampe dont l'atrophie est un signe révélateur de la maladie d'Alzheimer. (Schenk L.B. 2004, 103)

La maladie d'alzheimer, comme d'autres maladies touchent les manœuvres, les habitudes et les habiletés quotidiennes de la personne en particulier les différents constituants du fonctionnement cognitif (la mémoire, l'attention, la résolution de problèmes, le langage...) et l'autonomie individuelle. Donc c'est là qu'on remarque la survenue des dégradations personnelles ou l'autonomie touchée et le droit à l'indépendance qui reste confisqué à la majorité des personnes atteintes.

L'autonomie est définie comme telle ; c'est la capacité à s'auto gouverner. Et chose est sûre la suite logique de toute lésion personnelle la survenue de la dépendance ou du concept le besoin d'une tiers personne est indispensable à être d'une manière constante à l'égard de la personne touchée. La dépendance se définit par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités et tâches de la vie quotidiennes quelles soient physiques ou sociales (S'habiller, hygiènes, communiqué, se repérer... ; deviennent une chimère).

C'est pour toutes ces raisons, que notre travail se doit sa réalisation ; l'autonomie chez les personnes atteintes d'alzheimer, en allant à la rencontre de ces personnes et de leurs aidants, pour évaluer leurs capacités encore existantes.

Ainsi nous formulons la question suivante:

Est ce que la maladie d'Alzheimer affecte l'autonomie individuelle de la personne atteinte ?

## **Les hypothèses**

- 1- les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer souffrent d'une perte d'autonomie
- 2- la perte d'autonomie chez le malade Alzheimer dépend de stade d'avancement de la maladie.

## **Introduction**

La méthode de recherche est l'ensemble des procédures et des techniques, dont le but est d'avoir des réponses aux questions posées et la vérification des hypothèses formulées.

Le chercheur doit suivre une démarche scientifique afin de collecter des données et les analyser et les interpréter. Cette démarche est basée sur des techniques spécifiques, nous allons exposer dans le chapitre de méthodologie de recherche étape par étape.

### **1-La démarche de la recherche**

#### **1-1 La pré-enquête**

La pré-enquête est une étape très importante dans la démarche de notre recherche, elle nous permet de recueillir le plus d'informations et de connaissances sur l'objet d'étude. Dans cette étape, on recueille des références bibliographiques sur le thème et des études antérieures dans lesquelles il a été abordé. Elle nous aide à enrichir notre sujet de recherche par toutes les rencontres avec les personnes spécialisées dans le domaine, comme nous permet d'entamer facilement les questions et les hypothèses.

Etant donné que notre thème d'étude est « l'autonomie chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer », et dans le but de répondre à notre question de départ nous avons réalisé notre pré-enquête en premier lieu au CHU de Bejaïa et au foyer des personnes âgées qui se situe à Bejaïa ou on n'a pas trouvé de patients atteints de la maladie d'Alzheimer parce que la majorité des cas ne sont pas hospitalisés, ce qui nous a mené à chercher des patients à domicile. Nous avons pris contact avec des spécialistes ainsi qu'avec les patients et leurs familles.

Nous avons appliqué notre guide d'entretien et notre grille d'évaluation : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources (AGGIR), les patients sont accompagnés par leur aidant principal et l'entretien s'est déroulé dans de bonnes conditions, ce qui nous a permis de recueillir des informations sur le patient et l'histoire de sa maladie, les examens de la maladie et le traitement médical et non médical.

## **1-2 La méthode utilisée**

Du moment que notre thème de recherche a pour objectif l'autonomie chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer nous avons utilisé la méthode descriptive « 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. » ( Cheraoui.K,2003, p 125)

La méthode descriptive est une méthode qualitative qui a pour but de décrire les phénomènes. Et comme elle nous permet d'observer et même prédire un comportement mais ne pas l'expliquer, tout en se basant sur des techniques : Observation, étude de cas, enquête...

## **1-3 Définition des variables**

### **1-3-1 Définition des concepts**

#### **Autonomie**

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté. (Henrard J.C., 2015, p.16)

#### **Perte d'autonomie**

« La perte d'autonomie est le besoin de recours à un tiers pour les activités de la vie courante. Elle est dite totale ou partielle en fonction du seuil de gravité atteint. Est reconnue en situation de dépendance totale, une personne qui n'est plus capable de réaliser des activités courantes seule (manger, se laver...). À partir de quel moment une personne est-elle jugée dépendante ? Cette appréciation peut être subjective mais pas seulement. Des critères spécifiques ont ainsi été mis en place pour déterminer si une personne est en train de devenir dépendante. » (Bernard Altariba, 2015. P 5)

#### **La maladie d'Alzheimer**

est une affection du cerveau dite « neurodégénérative » du fait qu'elle entraîne une disparition progressive de neurones. Elle provoque une altération des facultés cognitives : mémoire, langage, raisonnement etc... L'extension des lésions cérébrales entraîne d'autre trouble qui réduisent progressivement l'autonomie de la personne. Elle apparaît plus souvent chez les personnes âgées

(e)s, mais elle n'est pas une conséquence normale du vieillissement. (Tillement j.p , et al. , 2013 , p.10)

### **1-3-2 Définition opérationnelles des concepts**

**Perte d'autonomie** : Dépendance, perte de capacités corporelles, faiblesse musculaire, fatigue physique, manque d'énergie, rejet émotionnel...

#### **Maladie d'Alzheimer :**

- Maladie dégénérative
- Trouble de la mémoire
- Trouble de langage
- Désorientation dans le temps et dans l'espace
- Difficultés pour effectuer les activités de la vie quotidienne
- Le sentiment de vide

### **1-4 La population de la recherche**

#### **1-4-1 Les critères de sélection**

Notre échantillon se compose de 6 sujets (4 femmes et 2 hommes), nous avons rencontré tous les cas à leurs domiciles. Nous avons pris contact avec les 6 cas dans la willaya de Bejaïa ils sont atteints de la maladie d'Alzheimer et ils sont pris en charge par les spécialistes.

On a trouvé quelques difficultés avec certains cas (Djouhar) et (Salem) pour avoir leur consentement, mais dès qu'on a expliqué notre objectif ils ont fini par accepter l'entretien.

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

- Critères diagnostic de la démence de type d'Alzheimer, DSM-IV-TR ;
- L'âge plus de 60 ans
- Avoir le consentement de la famille

#### 1-4-2 Les critères non retenus :

- Stade de la maladie
- le sexe

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

**Tableau n°01 : Présentation de groupe d'étude selon le genre**

<b>Sexe</b>	<b>masculin</b>	<b>Féminin</b>
<b>Prénoms</b>		
<b>Kamir</b>		×
<b>Djouhar</b>		×
<b>Zahia</b>		×
<b>Fatma</b>		×
<b>Salem</b>	×	
<b>Mouhend</b>	×	
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>04</b>

D'après le tableau n°1, nous remarquons que le sexe le plus dominant est le sexe féminin avec un taux de 4, pendant que le sexe masculin le taux est de 2

**Tableau n° 02 : présentation de la population selon l'âge**

<b>Age (ans)</b>	<b>Nombres des cas</b>	<b>Taux %</b>
<b>(60-70)</b>	01	25%
<b>(70-80)</b>	04	50%
<b>&gt;80 ans</b>	01	25%

D'après le tableau n° 02, on remarque que la catégorie d'âge la plus dominante est celle de (70-80) ans avec un taux de 50% suivi des deux catégories d'âge de (60-70) ans et (>80 ans) avec un taux de 25%.

## **2- Les outils de la recherche**

### **2-1 L'observation clinique**

La survenue des déclin cognitifs et moteurs sont plus observables chez les personnes âgées, cela est remarqué dès les premiers entretiens, alors ce qui laisse les champs aux expressions faites par les personnes elle-même ; sentiments, mimique, réactions.

Cependant, à coté des échelles et entretiens, l'observation relève une image très claire du sujet même si ce dernier est restreint dans ses mots.

Pour Pedinielli et chahraoui, l'observation clinique consiste à « relever des phénomènes comportementaux significatifs, leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte »

Ainsi l'observation clinique concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leurs références à la subjectivité et l'intersubjectivité.

Nous utiliserons ainsi l'observation clinique relationnelle qui vise la restitution du sens des observables en référence à la singularité du sujet et a l'implication de l'observateur.

Le recours à l'observation clinique consiste à en reformuler l'ensemble des éléments obtenues dans un contexte générale.

### **2-2 L'entretien clinique**

C'est une situation de communication particulière entre un psychologue clinicien et un patient, en ce sens qu'elle s'établit sur un mode inhabituel. Ce mode de communication dépendra de la théorie choisie par le professionnel, du praticien lui-même, et du patient.

D'une façon plus large, on peut aussi définir l'entretien comme étant une interaction, essentiellement verbale, entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé (plus ou moins formellement). C'est notamment cette caractéristique qui différencie l'entretien d'une discussion banale ou d'un échange à bâtons rompus.

## 2-2-1 Les types de l'entretien

---

### **L'entretien directif**

---

Proche du questionnaire. Protocole de questions ouvertes, mais les réponses restent libres dans leur contenu ainsi que dans leur forme. Ce n'est jamais un questionnaire rigide et fermé au sens strict. Le psychologue sait où il veut arriver. Il pose des questions au patient qui le mèneront jusqu'au but initialement connu ! Par exemple: un psychologue connaît les symptômes d'une anorexique, s'il se retrouve avec une patiente "anorexique" il va alors directement lui poser des questions sur sa vision de la nourriture, sur ses relations avec ses parents, etc..

### **L'entretien semi-directif**

---

L'interviewer détermine avant l'entretien un certain nombre de thèmes ou de questions à explorer (un guide d'entretien).

Puis, au cours de l'entretien, il veille à ce que l'ensemble des points soient abordés par l'interviewé et à son gré c'est-à-dire dans un ordre qui peut être différent de celui prévu par l'interviewer.

Si l'interviewer s'aperçoit (notamment vers la fin du temps prévu pour l'entretien) que des points ne sont pas abordés spontanément par l'interviewé, il peut alors intervenir directement par une question ouverte pour obtenir l'expression désirée.

Au cours de ce type d'entretien et durant l'exploration de chaque thème ou question, l'attitude de l'Interviewer reste la plus "non-directive" possible (c'est-à-dire interventions de type écoute empathique, reformulation, ou éventuellement question ouverte pour faciliter l'expression sans pour autant suggérer des pistes de réponse ou manifester un quelconque jugement).

### **L'entretien non-directif**

---

Encore appelé plus justement "entretien centré sur la personne" en référence à celui qui a défini la théorie, la méthode et les techniques de ce type d'entretien, à savoir le psychologue américain Carl Rogers.

L'interviewer laisse la personne libre de choisir les thèmes à aborder et adopte une attitude d'empathie (essayer de comprendre l'"autre" "comme si" on était à sa place... sans oublier toutefois qu'on ne l'est jamais vraiment...). Ce qui ne signifie pas approuver (ce n'est pas de la sympathie)

mais désir et volonté de comprendre (pas seulement rationnellement mais aussi affectivement ou émotionnellement) la personne qui est en face de nous.

Dès lors toutes les attitudes et les interventions de l'interviewer reflètent la volonté authentique d'écouter, de saisir et de comprendre dans leur vérité immédiate et directe les paroles et les silences de l'interviewé : reprise ou répétition d'un mot ou d'une expression pour relancer et approfondir l'expression, proposition de reformulation de ce qui a été dit (.. ou non-dit), bref résumé, etc. Le but est toujours d'aider la personne à exprimer, au maximum et en la respectant totalement, tout ce qu'elle peut dire et ressentir à propos de ce qui fait l'objet de l'entretien.

Dans cette perspective "non-directive" il y a un profond respect par rapport à ce qu'exprime la personne, sans aucune manifestation de jugement, d'autorité, d'influence ou d'interprétation.

L'entretien "non-directif" est utilisé par les psychologues cliniciens mais aussi par de nombreux autres professionnels dans des contextes différents : orientation, recrutement, études de motivation, études sur les représentations, campagnes publicitaires, etc.

Une solide formation et une expérience personnelle et technique sont requises avant d'être qualifié pour mener des entretiens dits "non-directifs".( Lydia Fernandez , 2006.p.45)

### **3-1 La présentation de guide d'entretien :**

Il existe toujours une liaison entre l'entretien clinique et le guide d'entretien ainsi on s'est inspiré de notre échelle AGGIR. Le guide d'entretien comprend des axes thématiques qui doivent être abordés au cours de l'entretien semi directif dans le but d'avoir plus d'informations et plus détaillées.

La pré enquête nous a aidé pour avoir des informations sur les sujets qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, notre guide d'entretien contient des axes ou chaque axe contient des questions directives ou semi directives ,principales ou secondaires , et qui sont posées dans la langue maternelle des sujets interrogés . **(Voir Annexe B)**

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

Axe 1 : les informations personnelles.

Axe 2 : Histoire de la maladie.

Axe 3 : Maintien et perte d'autonomie chez le patient.

Axe 4 : Indices prélevés au près des membres de la famille (environnement).

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

### **3-2 La présentation de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources)**

La grille AGGIR cherche à définir le profil de dépendance d'un sujet âgé donné. La dépendance y est évaluée en termes de niveau de demande de soins requis (appelé " Groupe Iso-Ressource (GIR)". La grille comporte 10 items ou "variables discriminantes". Un algorithme classe les combinaisons de réponses aux variables discriminantes en 6 Groupes Iso-Ressources.

#### **3-2-1 Description :**

##### **Définitions des variables :**

Les variables discriminantes se définissent de la manière suivante :

##### **1- Cohérence**

Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit.

##### **2- Orientation**

Se repérer dans le temps, les moments de la journée, dans les lieux et leur contenu.

##### **3- Toilette**

Elle concerne l'hygiène corporelle et est renseignée en deux parties :

Toilette du haut : visage, face antérieure du tronc, membres supérieurs, coiffage

Toilette du bas : régions intimes, membres inférieurs.

##### **4- Habillage**

Cette variable comporte l'habillage, le déshabillage et est renseignée en 3 parties :

- Habillage du haut : vêtements passés par les bras ou la tête
- Habillage moyen : fermeture sur le corps (boutonnage, ceinture, bretelles, pressions, Etc....)
- Habillage du bas : vêtements passés par le bas du corps.

## **5- Alimentation**

Cette variable comprend 2 parties :

- Se servir : couper les aliments, emplir son verre, etc...
- Manger : porter les aliments à la bouche et avaler.

## **6- Élimination urinaire et fécale**

Assurer l'hygiène et l'élimination avec 2 parties correspondant aux éliminations urinaires et fécales.

## **7-Transfert, se lever, se coucher, s'asseoir**

Passer d'une des trois positions (couché, assis, debout) à une autre, dans les deux sens.

## **8- Déplacement à l'intérieur**

À l'intérieur de la maison et en Institution au sein du lieu de vie y compris les parties communes.

## **9- Déplacement à l'extérieur**

À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport

## **10-Communication à distance**

La communication à distance est définie par ALERTER, c'est-à-dire utiliser les moyens de communication à distance : téléphone, alarme, sonnette, téléalarme, dans un but d'alerter.

### **3-2-2 Les modalités des variables discriminantes**

- fait seul, totalement, habituellement et correctement
- fait partiellement ou non habituellement et correctement
- ne fait pas

### **3-2-3 Les groupes Iso-ressources (GIR)**

Les groupes iso-ressources correspondent aux profils les plus fréquents d'association des variables. Le groupe 1 correspond aux personnes les plus dépendantes, alors que le groupe 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

**3-2-4 La grille AGGIR** est inscrite dans la loi française (J.O. : n°97-60 du 24 janvier 1997) comme outil d'évaluation de la dépendance en vue de déterminer si une personne peut bénéficier et

à quel niveau de la Prestation Spécifique Dépendance. Seules les personnes dont le GIR est côté 1, 2 ou 3 peuvent prétendre à la Prestation Spécifique Dépendance.

L'utilisation de la grille AGGIR s'est élargie en pratique et est utilisée, par exemple, pour définir la dépendance de pensionnaires d'une institution ou pour l'appréciation de la charge de travail d'une équipe soignante

**Il existe six groupes iso-ressources ou GIR** (calculés par un algorithme complexe imposant l'informatique) :

- **Le GIR 1** comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

- **Le GIR 2** est composé essentiellement de deux sous-groupes : d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ; d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments perturbateurs") ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

- **Le GIR 3** regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

- **Le GIR 4** comprend deux sous-groupes essentiels : d'une part, des personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules. D'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas. Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assumant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part).

- Le **GIR 5** est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

- Le **GIR 6** regroupe les personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante. (Bernard Altariba, 2015. Pp 55-58)

#### **4- Le déroulement de la pratique :**

On a pu trouver nos cas après avoir cherché avec l'aide de plusieurs (étudiants chercheurs, des neurologues). Nos cas qui sont à leur domicile. Nous avons sélectionné un groupe qui correspond à notre but de recherche. Pour procéder aux entretiens avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, nous avons d'abord tenu à avoir l'accord de la famille.

Par la suite et après avoir eu l'accord, nous avons pris un rendez vous à domicile, nous avons choisi une journée et l'heure à laquelle ils sont disponibles.

Le jour du rendez vous, nous avons parlé avec l'aidant principal du malade atteint de maladie d'Alzheimer, nous avons expliqué notre but de recherche et nous avons eu son consentement ainsi que celui de la toute la famille

L'entretien avec l'aidant principal s'est déroulé dans des bonnes conditions, les aidants ont apporté les informations nécessaires sur le patient.

Pour réaliser un bon entretien et le plus cohérent possible, nous avons adopté une stratégie de communication pour bien communiquer avec le malade d'Alzheimer :

La patience lors de la communication car les fonctions cognitives peuvent etres atteintes ;

La compréhension de l'effet de la maladie sur les comportements.

La réalisation de l'entretien était dans la langue maternelle des malades tout en gardant la fidélité de la traduction afin de ne pas modifier le sens des réponses. Dans la plus par des moments, l'entretien était avec l'aidant. Pendant l'entretien on remarque une grande souffrance exprimé par ce dernier.

Pour effectuer la grille **AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso ressources)**, nous avons posé les questions telles quelles sont pour tous les cas mais après les avoir traduites à la langue maternelle.

A la fin, nous avons procédé à la présentation des cas avec l'analyse des données des entretiens ainsi que la présentation et l'interprétation des résultats de la grille **AGGIR**

## **Conclusion**

La partie méthodologique nous a aidé à effectuer une démarche bien organisée et bien ordonnée tout en suivant les étapes de notre recherche et tout en respectant les règles de cette dernière. Le chapitre suivant portera sur l'analyse des données, l'interprétation des résultats et la vérification de nos hypothèses de recherche.

# **1. Présentation et analyses des resultats**

## **1.1 Présentation et analyse du Cas n°1 : kamir**

Kamir, âgée de 78ans, veuve depuis 10ans, elle a deux garçons et une fille. Elle a fréquenté l'école coranique, maîtrise les calculs simples et l'arabe. Elle est sous traitement médical, elle souffre de diabète depuis plus de 20ans. Diagnostiquée depuis 4 ans d'un Alzheimer, actuellement elle est à un stade avancé et elle est alitée depuis 3 ans, perdant ainsi son autonomie. Elle vit avec son fils et sa belle fille qui sont les aidants principaux. L'entretien a duré 30 minutes avec l'étroite collaboration de la belle fille, en langue kabyle et française.

### **1.1.1 l'analyse des données de l'entretien du cas n°1 kamir**

Nous avons eu l'autorisation à la veille de notre entretien auprès du fils et de la belle fille de Kamir, qui étaient très enchantés de nous aider dans notre travail de recherche, après leurs avoir expliqué notre objectif.

Le lendemain, nous avons été très bien accueillis, par la belle fille qui nous emmène directement dans la pièce où se trouve Kamir que nous trouvons au lit. Dans la pièce, on trouve deux canapés, une armoire, une table basse et un téléviseur, l'endroit à l'aire propre. Quand elle remarque que nous étions là, elle a tiré la couverture ou dessus de sa tête sans rien dire, ce qui veut dire que Kamir, se sent gênée ou perd de sa sociabilité.

L'aidant nous renseigne directement sur l'état actuel de Kamir en nous disant « la voici elle est tout le temps alitée », ce qui révèle que cela est embarrassant et lassant.

Elle nous apprend depuis l'apparition des premiers signes ; hallucinations, oublie le nom de ses enfants, se lève la nuit et circule dans la demeure, les membres de la famille s'inquiétaient et se sont mobilisés pour prendre en charge leur parent. La belle fille nous dit aussi « nous savons que cela dura pour toujours, je me suis engagée à une prise en charge totale du moment que la simple toilette ou besoins les plus élémentaires ne peuvent pas être réalisés par Kamir », cela nous démontre que Kamir a perdu ses facultés motrices telle que la préhension, la coordination des mouvements et fonctions exécutives comme la résolution de problème, la mémorisation, l'attention, la concentration...

Les médicaments sont donnés par l'aidant, elle nous apprend « lorsque yemma Kamir suivait le traitement psychiatrique, elle dormait pendant 48heurs, je la réveille juste pour la nourrir », signifiant que le fardeau pousse la famille à l'abandon par moment du patient.

On a appris que deux sœurs de Kamir sont mortes suite à la maladie d'Alzheimer, ce qui n'exclue pas le facteur héréditaire.

Lors du contact direct avec Kamir, la belle fille prend l'initiative de lui poser les questions que nous avons préparées pour le patient. Elle l'a appelé par son nom « a yemma kamir », elle lui a répondu par « an3am » ce qui est formidable malgré le stade avancé le malade réagit à son nom et nous apprenons aussi qu'elle se rappelle le nom et prénoms de ses parents et appelle seulement sa belle fille par son nom. Les réponses que nous avons ensuite à nos questions portent sur les repères temporels et spatiaux, nous apprenons qu'elle n'a plus de repères.

« Cela nous inquiète du temps que sa dure pour yemma Kamir ; elle ne peut exprimer ses plaintes mais aussi pour moi qui perd ma vie de couple et parfois elle a des manières bizarroïdes comme faire des nœuds avec ces vêtements au point qu'elle oublie de mâcher et d'avaler... et du coup je ne peux m'en passer d'elle car elle remplace ma défunte mère ullah yerhemha, alors je continuerai à la servir tout le temps qui lui reste, malgré que je m'épuise, sa arrive même que j'appelle ma nièce je la paye pour l'aide qu'elle m'apporte » l'ambivalence prend part et la conscience se dresse en dépit de la fatigue.

La belle fille parle de l'organisation des différentes tâches, ajoutant « en été, quand je sens une soif, je pars directement donner de l'eau à yemma Kamir » ainsi qu'elle lui a mis un matelas au sol parce que, Kamir tombait de son lit et se blessait. Et ajoute « voilà c'est ici que je dors depuis qu'elle est alitée, avec elle ».

Donc d'après cet entretien, nous constatons que kamir a perdu ses facultés exécutives ce qui affecte son autonomie dans tous ses besoins quotidiens.

**Tableau** : fiche d'AGGIR du cas n°1

Activités réalisées par la personne seule	S	T	C	H	code	Code final
1 .transferts		X	X		B	B
Déplacements à l'intérieur	X	X	X	X	C	C
3. toilette	haut	X	X	X	C	C
	bas	X	X	X	C	
4. élimination	urinaire	X	X	X	C	C
	Fécal	X	X	X	C	
5. habillage	haut	X	X	X	C	C
	moyen	X	X	X	C	
	bas	X	X	X	C	
6. cuisine	X	X	X	X	C	C
7. alimentation	se servir	X	X	X	C	C
	manger		X	X	B	
8. suivie du traitement	X	X	X	X	C	C
9. ménage	X	X	X	X	C	C
10. alerter		X	X		B	B
11. Déplacements à l'extérieur	X	X	X	X	C	C
12. transports	X	X	X	X	C	C
13. activités du temps libre	X	X	X	X	C	C
14. achats	X	X	X	X	C	C
15. gestion	X	X	X	X	C	C
16. orientation dans le temps		X	X	X	C	C
	dans l'espace	X	X	X	C	
17. cohérence		X	X	X	C	

comportement						C
	X	X	X	X	C	
						<b>Groupe iso- ressour ces</b>
						<b>01</b>

### 1.1.2 Interprétation des résultats de l'échelle AGGIR du cas n°1

#### Et du tableau si dessus

La fiche AGGIR a été remplie avec l'aide de la belle fille de Kamir, son niveau d'étude nous a aidé à poser nos questions sans traduction, parfois on explique certains termes. La passation a duré 25 minutes, ce qui nous a permis de remplir la fiche, respectant ces quelques consignes « cela est une échelle pour évaluer le degré de maintien ou de perte d'autonomie chez la personne atteinte d'Alzheimer », s'il vous plaît répondez moi par ces adverbess ; spontanément, habituellement, totalement, correctement ou par ne fait pas carrément.

D'après notre analyse, en ce qui concerne les activités corporelles, mentales, domestiques et sociales, et selon les variables suivantes: le déplacement à l'intérieur, la toilette haut et bas), élimination (urinaire et fécale) ainsi que l'habillage (haut, moyen et bas) sont codées par (c) qui signifie que la personne ne fait ni spontanément, habituellement, totalement et correctement les activités citées ci dessus. Pour ce qui est des transferts ainsi qu'alerter on a noté par (B), c'est les seul qu'elle arrive partiellement à réaliser.

En ce qui concerne les variables domestiques et sociales on a noté (c).

### 1.1.3 Synthèse du cas n°1

En conclusion, selon les données obtenus lors de l'entretien et de l'échelle AGGIR, nous estimons que Kamir est au 1<sup>er</sup> groupe iso-ressources, ce qui la définit comme personne confinée au lit, ayant perdu son activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessite une présence indispensable et continue d'un intervenant. Ce qui révèle que les besoins les plus élémentaires ; manger, se nettoyer, s'habiller ne peuvent plus être effectués par Kamir.

## **2.1. Présentation et analyse du Cas n°2**

Une femme âgée de 73 ans, on la nomme Djouhra, veuve depuis 12 ans, illettrée, elle a trois filles et quatre garçons. Actuellement elle vit chez un de ses fils, prise en charge par sa belle fille. Elle est diagnostiquée de la maladie d'Alzheimer depuis trois ans, elle est dans un stade modéré. Elle a comme maladie chronique la tension artérielle et le diabète, elle est sous traitement depuis plus de 15 années.

Notre entretien a duré 30 minutes, dans la langue usuelle qui est le kabyle.

### **2.1.1. L'analyse des données de l'entretien du cas n°2 Djouhra**

Après avoir eu l'autorisation de la famille de Djouhra, nous nous sommes aussitôt rendu au domicile, un garçon vient nous accueillir, nous trouvons une femme au bout du couloir qui n'a pas réagi du fait que nous sommes étrangers, cela attire notre attention, on s'est tout de suite dit que c'est elle la malade, nous parlons ici de la fonction de résolution de problème.

Nous nous sommes installé dans une pièce, ça à l'aire d'une salle de séjour, ou nous trouvons un lit défriché, deux autres martelât ainsi qu'un téléviseur. Alors vient la belle fille pour nous saluer, vient après elle DJouhra en tenant dans ces mains une serviette et s'essuie les mains d'une manière très hygiénique en s'y frottant bien les mains, puis elle s'est assise sur son lit qui se trouve face à nous.

La belle fille, nous accueille bien mais comme si elle se sent gênée, malgré cela elle a pris parole pour nous parler sur l'état de sa belle mère elle nous dit : « aujourd'hui vous avez de la chance de la trouver dans son assiette, parce que parfois elle ne parle et ne se lève même pas », donc l'impact de la maladie sur le changement, et chambouement moral de la personne atteinte. Ainsi elle entame avec nous les premiers signes inquiétants tels qu'oublier ses enfants, elle dit qu'elle n'est pas chez elle, et demande qu'on l'accompagne. Et puis nous apprenons que le père de Djouhra était atteint de la maladie d'Alzheimer, ce qui inclut le facteur héréditaire.

Nous nous adressons directement à Djouhra pour avoir une idée sur son orientation dans le temps et dans l'espace, nous lui posons les questions suivantes ; quelle heure est-il ? Elle nous répond « ou3limegh-ara », elle l'ignore, et puis généralement on essaie de donner approximativement. La question suivante était : à quel moment de la journée nous sommes ? Elle répond « c'est le matin » effectivement il déjà était 10 heure du matin. Ainsi nous continuons à lui

demander la saison à laquelle nous nous trouvons, elle répond que c'est l'hiver, alors que nous étions à la mi-avril.

Nous lui posons d'autres questions portant sur l'orientation dans l'espace, nous obtiendrons qu'elle différencie sa gauche de sa droite, ainsi que le transfère elle est de position assise. La on la félicite, elle réagit par un sourire, peut être qu'elle garde des émotions qui sont valides, et donc on remarque qu'elle a une bonne orientation dans l'espace que dans le temps.

Nous reprenons l'entretien avec la belle fille, qui nous parle sur les besoins physiologiques de sa belle mère, que quand elle la surveille, elle fait ses besoins dans des milieux adéquats, si non, elle élimine n'importe où. Entre temps, nous remarquons que Djouhra voulant cracher et elle la fait sur elle-même. Et donc nous abordons la charge que pose la patiente, elle dit que « je souffre, des fois viennent mes belles sœurs, mais la plus part du temps c'est moi et mon mari qui la prenons en charge », on remarque ce qu'elle endure, en ajoutant qu'elle passe des nuits blanches.

D'après ce qu'on a abordé, on peut supposer que l'autonomie est juste maintenue par les conditions physiques favorables ce qui concerne l'exécution, elle est très faible au point que la personne ne peut reconnaître sa faim.

**Tableau \*\*** : fiche d'AGGIR du cas n°2

Activités réalisées par la personne seule	S	T	C	H	Code	Code final
1 .transferts					A	A
Déplacements à l'intérieur					A	A
3. toilette	haut	X	X		B	B
	bas	X	X		B	
4. élimination	urinaire	X	X		B	B
	Fécal	X	X		B	
5. habillage	haut	X	X	X	C	C
	Moyen	X	X	X	C	
	Bas	X	X	X	C	
6. cuisine	X	X	X	X	C	C
7. alimentation	se servir	X	X	X	C	C

	Manger		X	X		B	
8. suivie du traitement		X	X	X	X	C	C
9. ménage		X	X	X	X	C	C
10. alerter			X	X		B	B
11. Déplacements à l'extérieur		X	X	X	X	C	C
12. transports		X	X	X	X	C	C
13. activités du temps libre		X	X	X	X	C	C
14. achats		X	X	X	X	C	C
15. gestion		X	X	X	X	C	C
16. orientation	dans le temps	X	X	X	X	C	C
	dans l'espace					A	
17. cohérence	communication		X	X		B	C
		X	X	X	X	C	
Comportement							<b>Groupe iso-ressources 02</b>

### 1.1.3 2.1.2. Interprétation des résultats de l'échelle AGGIR du cas n°2 Et du tableau si dessus

La passation de l'échelle a été effectuée avec la belle fille, dans un temps de 20 minutes, en lui expliquant la consigne, on lui a traduit chaque activité.

Pour ce qui en est du transfert, l'alimentation (manger), orientation dans l'espace, on a noté A, car cela était le plus remarqué pendant notre entretien. Ainsi pour les activités de déplacement à l'intérieur et la cohérence, nous avons noté par B, parce que le malade a réagi soit spontanément ou habituellement. Les autres activités comme le déplacement à l'extérieur, la gestion, achats, activités du temps libre, elles ne sont plus de l'ordre du malade. Pour ce qui reste des autres activités on a noté C, qui ne sont pas du tout exécutées, si elles sont observées elles sont assistées par l'aidant.

### **2.1.3. Synthèse du cas n°2**

Grace à l'entretien clinique ainsi qu'à l'échelle, nous pouvons dire que l'autonomie de Djouhra est affectée, même si on favorise ses réalisations assistées par son entourage, pour la situer, on la classe dans le groupe iso-ressource 4, ce qui la définit comme telle, une personne qui n'a pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

### **3.1 Présentation et analyse du Cas n° 03 Zahia**

Zahia, veuve à l'âge de 78 ans, elle n'a jamais connue l'école. Elle a quatre filles, Zahia a perdu sa fille aînée à l'âge de 3 ans suite à un traumatisme colonial. Son état de santé général est bon. Dans le passé, elle a souffert d'un problème cardiaque due à une thyroïde, après l'ablation de cette dernière et d'une vésicule elle est guérie. Donc aujourd'hui Zahia a 78 ans, souffre depuis trois ans et demi d'un Alzheimer à un stade modéré, diagnostiqué suite à un accident vasculaire cérébral de type ischémique, depuis elle est prise en charge totale par sa fille et par deux femmes de ses gendres. Notre entretien a été réalisé avec la fille de Zahia, en langue kabyle, la durée était de 35 minutes.

#### **3.1.1. Analyse des résultats de l'entretien du Cas n°3**

Notre entretien s'est déroulé un après midi vers 16 Heures, début de mois de Mai.

Nous nous sommes rendus au domicile de Nna Zahia. Nous avons avisé sa fille par téléphone une demi-heure avant notre arrivée. Aussitôt on lui fait comprendre notre objectif, elle s'est montrée très collaborative.

Nous entrons dans la demeure nous trouvons Zahia allongée couverte sur le lit, nous l'avons salué, elle nous a salué à son tour. Nous nous sommes installés en face d'elle à quelque mètre.

La fille de Zahia, aborde avec nous les signes alarmants et suspicieux qu'elle a développé juste après un (AVC), tels que l'oublie de ses clés, ces papiers, et parfois sort dans les champs pour récolter l'olive alors que ce n'est même pas la saison, et oublie carrément qui sont ses gendres qu'elle voyait en permanence, alors que son propre prénom, celui de son père, sa mère ainsi que son beau père elle s'en souvient bien. Au moment où nous discutons, on remarque Zahia qui se lève et vient vers nous, d'un regard souriant et aussi curieux elle nous dit : « ouken yough wara ? » Nous la rassurant, elle dit : « awid oukan », mais il s'est avéré que ce n'était pas nous qui l'intéressions, mais c'est la table qui est placée devant nous, sa fille nous dit ; tout à l'heure elle est montée sur

cette table. Ce qui nous démontre qu'elle fait des choses inappropriées, tel qu'enlever ses vêtements et se retrouver complètement nue ou bien nous apprenons qu'une fois, elle s'est trouvée coincé dans la barrière d'une fenêtre depuis l'intérieure de la cuisine, la confondant à une porte, ce qui démontre l'angoisse d'enfermement. Et puis sa fille l'incite à retourner dans son lit et donc elle s'en va.

A la suite de notre entretien, nous apprenons que la sœur de Zahia souffre de la maladie d'Alzheimer depuis 7 ans, alors qu'aucun de leurs parents n'a présenté cette maladie.

Vient le tour de poser nos questions portant sur l'orientation dans le temps et l'espace à Zahia qui garde un langage parlé sain. Donc nous lui demandons à quel moment de la journée sommes-nous ? Elle répond : « matin », ainsi dans quelle saison ? Elle répond : « c'est l'hiver », ce qui nous démontre qu'elle ne peut plus se situer dans le temps. Nous continuons avec les questions portant sur l'espace, nous lui demandons de nous montrer sa main droite et main gauche, elle le fait sans problème, et aussi nous lui avons demandé si elle est de position couché ou assise ? Elle répond correctement, ce qui nous laisse dire qu'elle préserve de certaines capacités, mais pas à un point qu'on pourrait juger de satisfaisant car si on l'incite pas ou si on lui montre pas les sanitaires, elle fait ses besoins n'importe où dans la maison.

Nous revenons à la fille de Zahia, sur l'idée de la prise en charge, elle dit qu'elle fait toujours de son mieux, ajoutait « avant tout c'est ma mère, c'est de mon devoir préliminaire » nous remarquons que cela ne cause pas assez de peine et de charge parce que la tâche de prendre soin Zahia est partagé entre la fille et ses deux belles filles, et puis nous n'avons pas remarqué de plaintes.

Et puis, la fille de Zahia nous apprend la mise en place d'un emploi du temps, surtout pour les besoins vitaux tel que l'emmener au toilette chaque deux heures, aussi elle a mis un programme de surveillance en déplaçant le lit de Zahia à vue d'œil, ce qui est épuisant par fois, la fille de Zahia nous dit à propos de cette tâche « la prudence est mère de sûreté, je ne peux la laisser sans nourriture, mais sans surveillance, sa ? Non ! »

Cet entretien nous a permis d'avoir des informations sur l'état d'autonomie et ses circonstances sur l'entourage familial, et que malgré les conditions physiques préservées de Zahia, une tierce personne est néanmoins indispensable dans sa vie, la figurant parmi les personnes dont l'autonomie est atteinte.

**Tableau \*\*** : fiche d'AGGIR du cas n°3

Activités réalisées par la personne seule	S	T	C	H	code	Code final
1 .transferts					A	A
Déplacements à l'intérieur					A	A
3. toilette	haut				A	A
	bas				A	
4. élimination	urinaire	X	X	X		B
	Fécal	X	X	X		
5. habillage	haut		X	X		B
	moyen		X	X		
	bas		X	X		
6. cuisine	X	X	X	X	C	C
7. alimentation	se servir	X	X	X		B
	manger					
8. suivie du traitement	X	X	X	X	C	C
9. ménage	X	X	X	X	C	C
10. alerter			X		B	B
11. Déplacements à l'extérieur	X	X	X	X	C	C
12. transports	X	X	X	X	C	C
13. activités du temps libre	X	X	X	X	C	C
14. achats	X	X	X	X	C	C
15. gestion	X	X	X	X	C	C
16. orientation	dans le temps	X	X	X		C
	dans l'espace		X	X		
17. cohérence	communication		X	X		B

comportement						B
		X	X		B	
						<b>Groupe iso-ressources 02</b>

### 3.1.2. Interprétation des résultats de l'échelle d'AGGIR et du tableau si dessus

La durée de passation était de 20 minutes. Après avoir expliqué et traduit les consignes d'utilisation, la fiche est renseignée par la fille de Zahia, ainsi notre contact direct avec la patiente nous a beaucoup aidé dans l'interprétation et la consolidation des faits. Donc pour ce qui est du transfert, la modalité est (A), nous avons observé que Zahia était de position couchée puis elle a enlevé sa couverture, puis s'est mise en position assise, ses pieds touchent le sol et puis elle s'est levée, alors nous jugeons que cela est préservé. Ainsi que le déplacement à l'intérieur de la maison, on a noté (B) parce que même si elle se déplace dans la maison, elle ne reconnaît pas les endroits sauf la cuisine où elle se sert à boire et à manger ce qu'elle trouve à portée de mains, alors nous avons noté par (B) parce qu'elle ne le fait pas que spontanément ainsi on a noté par (A) la faculté de manger car cela nous l'avons remarqué lorsque la fille nous a servi du thé et des brioches, et puis elle donne à Zahia qui utilise les deux mains, elle mange et elle boit même si des fois elle incline sa tasse et elle renverse. Et puis nous avons noté par B son orientation dans l'espace en s'appuyant sur ce qui est cité dans l'entretien. Pour ce qui en reste de la toilette, élimination urinaire ou fécale, habillage haut, moyen ou bas, ménage, alerter, déplacement à l'extérieur, transport, activités du temps libre, achat, gestion orientation dans le temps et cohérence, la modalité est C.

### 3.1.3.. Synthèse du cas n°3

Grace aux informations que nous avons pu récolter grâce à l'entretien ainsi qu'à l'échelle, nous pouvons supposer que Zahia préserve peu de son autonomie grâce à ses conditions physiques, même si elle a perdu ses facultés exécutives et d'exécution. Ainsi nous pouvons la figurer dans le groupe iso ressource GIR 4.

## **4.1. Présentation et analyse du Cas n°4 Fadma**

Femme âgée de 76 ans, nommée Fadma, illettrée, veuve depuis plus de 50 ans, elle a trois filles et deux garçons. Elle suit un traitement médical qu'elle ne prend plus seule depuis plus d'une année. Elle est diagnostiquée d'un Alzheimer à un stade léger depuis trois mois.

Elle est prise en charge par sa belle fille ainsi qu'une de ses filles et ses gendres, au près de qui nous nous renseignons le plus, et comme Fadma préserve encore ses facultés nous avons enrichi notre entretien qui a duré 40 minutes dans la langue kabyle.

### **4.1.1. Analyse des résultats de l'entretien du Cas n°4**

L'entretien s'est déroulé au domicile de Fadma, qui nous reçoit d'un bon accueil elle et sa belle fille à qui nous avons expliqué l'objectif de notre recherche.

Voilà que nous sommes appelé par Fadma à la rejoindre, elle nous demande alors d'où on vient on lui répond et nous souhaite la bienvenue chez elle, Arrivé(e) chez celle-ci qui croyait que nous voulions avoir un témoignage sur sa vie de combattante lors de la guerre de libération, donc elle se fonde en larme en nous disant « a mmi our cheffough-ara toura, oula denwader-iw tikwal, adiligh lsih-tent ad qlagh am tmahvout sou hewes » « oh mon fils je me souviens de rien maintenant, des fois je porte mes lunettes et moi je les cherche comme une folle » cela démontre la prise de conscience de son mal, et de la peine qu'elle en ressent

La belle fille intervient, nous dit qu'elle pleure beaucoup, parce qu'elle s'est retrouvée seule, ces enfants sont tous à l'étranger, alors on vit à deux. Et puis elle nous parle des signes alarmants, tels que si elle se réveille la nuit par fois elle ne retrouve plus son lit, elle a des hallucinations comme dire qu'il ya une fontaine qui sort du mur du couloir, parle sur d'autres pièces de l'étage dessus alors que l'étage n'est même pas aménagé. Et aussi pour aller se coucher, elle va du côté de la cuisine ou elle va à la porte d'entrée. Et aussi on a remarqué qu'elle est plus nostalgique aux choses qui sont anciennes et qui sont révolues dans nos temps. Et aussi une fois dans la nuit, elle a fait ses éliminations urinaires dans la chambre, et puis le matin vient vers sa belle fille en lui disant je préfère mourir que de me voir ainsi, nous revenons à la grande souffrance qu'elle vit, même si sa belle fille semble banaliser les choses pour essayer de la calmer.

Nous apprenons aussi que dans l'histoire familiale, la sœur de Fadma est morte de la maladie d'Alzheimer, ce qui fait penser à un facteur héréditaire.

Et puis nous posons les questions portant sur l'orientation dans le temps et l'espace, telle que sur la période de la journée, elle répond matinée ce qui était juste, et nous lui posons d'autres questions sur le jour de la semaine, elle répond « ouuuh, oussan akk 3edlen, our zrih ma d ljem3a nagh d sevt negh dettlata » « les jours se ressemblent, je ne sais si c'est vendredi, ou c'est samedi ou bien c'est mardi », parfois le désespoir de se voir perdre sa mémoire pèse sur l'harmonie et la joie de vivre.

Pour ce qui en est de l'orientation dans l'espace, elle répond correctement ; que se soit à sa droite et sa gauche, le haut et le bas, ainsi que sur son transfert.

Partager avec l'entourage la souffrance de la famille ayant un malade atteint de l'Alzheimer est considéré comme un tabou du fait que l'Alzheimer est interprété de folie.

Quant à la charge que subit la belle fille, elle nous dit : « cela m'inquiète, et ça me donne plus de tâches, même sa prière c'est moi qui lui indique d'en faire, et aussi parfois je sens qu'elle fait cela exprès », ainsi elle nous dit du moment qu'elle marche et garde son autonomie, ça m'épuiserait pas tellement, mais n'empêche qu'on la laisse jamais seule, même les membres de la famille se sont mobilisés pour faire un climat propice, et presque personne ne l'a dérange parce qu'à son âge elle a une attitude infantile.

A ce stade de la maladie, nous supposons que les capacités mentales et physiques sont vaillantes pour retarder le processus de perte d'autonomie.

**Tableau \*\*** : fiche d'AGGIR du cas n°4

Activités réalisées par la personne seule	S	T	C	H	code	Code final
1 .transferts					A	A
Déplacements à l'intérieur		X	X		B	B
3. toilette	haut				A	A
	bas				A	
4. élimination	urinaire		X		B	B
	Fécal				A	

5. habillement	haut					A	A	
	moyen					A		
	bas					A		
6. cuisine		X	X	X		B	B	
7. alimentation	se servir		X	X	X	B	B	
	manger					A		
8. suivi du traitement		X	X	X		B	B	
9. ménage		X	X	X		B	B	
10. alerter						A	A	
11. Déplacements à l'extérieur		X	X	X		B	B	
12. transports		X	X	X	X	C	C	
13. activités du temps libre		X	X			B	B	
14. achats		X	X	X		B	B	
15. gestion		X	X	X		B	B	
16. orientation	dans le temps					A	B	
	dans l'espace		X			B		
17. cohérence	communication					A	A	
	comportement					A		
							<b>Groupe iso- ressour ces</b>	<b>05</b>

#### 4.1.2. Interprétation des résultats de l'échelle d'AGGIR et du tableau ci-dessus

La passation a été effectuée en kabyle avec Fadma et a duré 30 minutes. On est parvenu à compléter notre fiche. En observant Fadma nous avons eu des réponses à notre échelle. On l'a remarqué qu'elle a mis son foulard, ainsi nous a servi de la limonade, sauf qu'en ce qui concerne le

suivi du traitement, il est la plus part du temps donné par la belle fille ainsi que la cousine. En ce qui concerne le ménage, le transport, les achats ou la gestion on l'a coté par un (C), Fadma elle-même nous déclare que souvent elle perd son porte monnaie, et ne sait plus compter son argent, alors c'est la belle fille qui prend la relève.

Les résultats obtenus supposent que l'autonomie quotidienne est encore préservée, du moment qu'elle est bien encadrée par son environnement familial.

#### **4.1.3. Synthèse du cas n°4**

Les résultats nous permettent d'avancer que l'autonomie de Fadma est pour l'instant préservée, nous pouvons la classer dans le groupe iso-ressource 5, qui est composé des personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

### **5.1. Présentation et analyse du Cas n°5 Salem**

Salem, âgé de 67 ans, vivait en France, il est revenu en 2010 au pays natal où il se marie, il travaillait comme magasinier dans une fabrique, il n'a jamais fréquenté l'école, mais il maîtrise l'arabe et le français. Il ne présente aucune maladie chronique. Diagnostiqué depuis quelques mois d'un Alzheimer à un stade sévère. Nous nous sommes renseigné au près de sa femme, qui le prend en charge. L'entretien s'est déroulé dans la langue usuelle, et a pris une durée de 30 minutes.

#### **5.1.1 Analyse des résultats de l'entretien du Cas n°5**

On est accueilli par la femme de Salem, a qui nous avons expliqué notre démarche. A l'avance elle nous a demandé si c'est possible d'être accompagné de préférence d'une femme, car elle nous déclare que son mari depuis qu'il est atteint il est devenu hyper jaloux, et parfois il a des doutes ; et cela même si c'est ses frères qui viennent lui rendre visite. La femme s'est exprimé sans complexe du fait qu'elle a pris l'habitude de sa jalousie et de ses doutes.

Nous lui demandons quand cela a commencé, elle nous dit qu'il ya une année, il a fait un voyage en France pour un séjour, quand il est revenu j'ai remarqué qu'il a gardé la même chemise et du coup le colle est devenu sale, et même je lui demande de prendre sa douche mais il refuse, ainsi il parle tout le temps de son enfance et de son père Chahid, ainsi qu'il s'est fâché avec un bon nombre de ses amis sans motif, c'est cela qui m'a inquiété, je l'ai emmené chez un médecin

généraliste, après l'avoir consulté, il m'a dit que c'est juste un changement de tempérament et puis qu'il a longtemps vécu en France donc le changement peut le déstabiliser pour une période. Il lui a prescrit des anxiolytiques. Cela l'a aidé un peu à se reposer.

Il fallait qu'il retourne en France pour renouveler ses papiers, en arrivant là-bas, son frère s'inquiète pour lui et l'a directement emmené pour des évaluations, qui ont révélé qu'il a l'Alzheimer à un stade très avancé, il est donc orienté dans l'asile psychiatrique où il reste trois mois, mais cela de l'avis de la femme, n'a fait qu'aggraver sa situation.

Nous pouvons dire que le changement d'environnement a une influence sur l'état du patient. Ajoute sa femme depuis qu'il est revenue il ne fait plus ses éliminations convenablement, et puis il n'arrive plus à s'exprimer, il utilise un discours intelligible. Et parfois il n'arrive pas à prévenir pendant sa crise d'épilepsie.

Et puis nous apprenons que le grand père ainsi que sa tante étaient atteints de cette maladie.

Nous nous sommes entretenue juste avec la femme, parce qu'elle nous explique : « parfois il ne s'exprime pas car sa lui arrive d'être vexé ou de se sentir intimidé », et nous lui avons demandé s'il retrouve le chemin du domicile quand il sort ? Elle répond : « Dieu merci au village tout le monde s'en occupe une fois qu'il est dehors, parce que des fois il s'empresse de sortir et je pense que sa le calme, Mais des fois il arrive à rentrer seul », donc c'est bien de laisser de l'aire au malade quand l'entourage comprend sa situation.

« Sa tombe sur moi », nous dit d'un air désespéré en soupirant, cela finalement peu déterminer la souffrance non seulement physique mais aussi morale de la dame.

Donc nous apprenons qu'elle ne fait pas de programme fixe, parce qu'elle nous dit que « je suis tout le temps à sa surveillance, c'est pour cela que je le garde dans le salon, je lui ai mis des couches, je m'occupe du manger, du linge...et de moi, ce qui est rare ». C'est un sacrifice ce qu'elle endure.

**Tableau \*\*** : fiche d'AGGIR du cas n°5

Activités réalisées par la personne seule	S	T	C	H	code	Code final
1 . transferts		X	X		B	B
Déplacements à l'intérieur		X	X	X	B	B
3. toilette	haut	X	X	X	C	C
	bas	X	X	X	C	
4. élimination	urinaire	X	X	X	C	C
	Fécal	X	X	X	C	
5. habillage	haut	X	X	X	C	C
	moyen	X	X	X	C	
	bas	X	X	X	C	
6. cuisine		X	X	X	C	C
7. alimentation	se servir	X	X	X	C	C
	manger		X	X	B	
8. suivie du traitement		X	X	X	C	C
9. ménage		X	X	X	C	C
10. alerter			X		B	B
11. Déplacements à l'extérieur			X	X	B	B
12. transports		X	X	X	C	C
13. activités du temps libre		X	X	X	C	C
14. achats		X	X	X	C	C
15. gestion		X	X	X	C	C
16. orientation	dans le temps	X	X	X	C	C
	dans l'espace	X	X	X	C	
17. cohérence	communication		X	X	B	C
	comportement	X	X	X	C	
						<b>Groupe iso-ressources 01</b>

### **5.1.2. Interprétation des résultats de l'échelle d'AGGIR et du tableau si dessus**

Malgré toutes les difficultés qu'on a rencontré dans la réalisation de notre échelle car notre patient était insociable, on a quand même pu observer et constater quelques comportements, grâce à l'aidant principal, on a défini le patient dans le groupe iso-ressource n°1.

### **5.1.3 Synthèse du cas n°5**

Suite à notre entretien ainsi qu'à notre échelle et puis s'ajoute les observations faites, nous avançons l'état approximatif de perte d'autonomie, cela est significativement prélevé au près de l'aidant.

### **Présentation du cas n°6 Mouhand**

Mouhand, âgé de 75 ans, ancien cheminot, a fréquenté l'école coranique, maîtrise la langue française. Il a eu trois garçons et deux filles. Dans sa vie médicale, il a subi une intervention suite à une perforation d'estomac, ainsi depuis dix ans il suit un traitement médical pour un problème de tension artérielle. Il est diagnostiqué suite à ses fugues ainsi à son errance, au près d'un psychiatre qui a annoncé un Alzheimer à un niveau modéré depuis trois ans. Son état physique est encore entretenu. Notre entretien s'est déroulé avec les membres de sa famille, particulièrement avec sa femme qui est l'aidant principal, avec qui nous avons réalisé un entretien qui a duré 35 minutes, dans la langue kabyle.

### **L'analyse des données de l'entretien du cas n°6 Mouhand**

Après avoir discuté avec un des enfants de Mouhand, on a eu l'accord d'effectuer notre démarche de recherche. Nous avons été accueilli le lendemain par la femme ainsi que Mouhand, que nous remarquons dès notre premier contact, il a pris différents articles de coiffure, ainsi un foulard sur la tête. Il nous a salué.

Une fois installé à l'intérieur, nous avons demandé à sa dame, de nous faire un mémorandum sur les premiers signes, elle nous cite quelques signes tels que ; il passe plus de temps à marcher en solitaire, évitant les transports, il oublie les prénoms de ses enfants, il se perd par moments, il est accompagné par des gens qui le connaissent, il cache des objets qui n'ont pas trop d'importance. C'est de là que les enfants se sont inquiétés et puis ils l'ont fait consulter par un psychiatre, qui leur avait annoncé le tableau clinique de la maladie. Et depuis la famille s'est

mobilisé pour s'adapter à l'état de santé de leur parent. Entre temps on voit Mouhand faire des vas et viens, il a pris un drap et s'est couvert partiellement le corps. Sa femme nous ajoute qu'il reste des nuits sans dormir.

Nous apprenons également que la grand-mère de Mouhand, avait présenté des signes semblables, mais à l'époque cette maladie était méconnue chez nous.

Nous avons essayé de prendre contact avec Mouhand qui garde encore son langage, nous lui demandons à quel moment de la journée nous sommes ? Il répond « après midi » alors que notre entretien s'est déroulé aux environs de 10 heures du matin, aussi nous lui avons demandé la saison il répond « été ». Par contre il est parvenu à différencier sa gauche de sa droite. En ce qui concerne la position dont il se tient assise, debout, couché il répond « je marche ». Entre temps il prend un morceau de pain, posé sur la table et le mange.

Notre vie commune n'est plus la même nous déclare la femme de Mouhand, parfois moi aussi je m'épuise parce que je souffre aussi j'ai le diabète, et puis les week-ends c'est mes enfants qui prennent la relève. Elle ajoute que la surveillance est au programme, on craint qu'il fasse des chutes, qu'il sorte à l'extérieur, parfois il se déshabille. En ce qui concerne ses besoins vitaux, il suffit de lui montrer l'endroit et il se soulage, mais ne peut pas se nettoyer.

Nous lui avons demandé s'il suit un traitement pour cela, ou une rééducation, M<sup>me</sup> Nouara, nous dit : « on est livré à nous même, du moment qu'il n'y a aucun traitement, alors à quoi bon le gaver avec des médicaments sans aucun résultat?!! » la famille de Mouhand est consciente qu'aucun remède n'est fiable.

**Tableau \*\*** : fiche d'AGGIR du cas n°6

Activités réalisées par la personne seule	S	T	C	H	code	Code final
1 .transferts					A	A
Déplacements à l'intérieur		X	X			
3. toilette	haut	X	X	X	C	C
	Bas	X	X	X	C	
4. élimination	urinaire		X	X	B	B
	Fécal		X	X	B	

5. habillage	haut	X	X	X	X	C	C	
	Moyen	X	X	X	X	C		
	Bas	X	X	X	X	C		
6. cuisine		X	X	X	X	C	C	
7. alimentation	se servir		X	X		B	B	
	Manger		X	X		B		
8. suivie du traitement		X	X	X	X	C	C	
9. ménage		X	X	X	X	C	C	
10. alerter			X	X		B	B	
11. Déplacements à l'extérieur		X	X	X	X	C	C	
12. transports		X	X	X	X	C	C	
13. activités du temps libre		X	X	X	X	C	C	
14. achats		X	X	X	X	C	C	
15. gestion		X	X	X	X	C	C	
16. orientation	dans le temps	X	X	X	X	C	C	
	dans l'espace		X	X		B		
17. cohérence	communication		X	X		B	C	
	comportement	X	X	X	X	C		
							<b>Groupe iso-ressources</b>	<b>02</b>

#### 1.1.4 Interprétation des résultats de l'échelle AGGIR du cas n°6

##### Et du tableau si dessus

La passation de l'échelle a duré 20 minutes, avec la femme de Mouhand, ou nous avons touché toutes les variables, le plus remarquable dans ce cas comme pour les autres ; la gestion, les achats, les activités du temps libre, transport, le ménage, la cuisine et se qui est du déplacement à l'extérieur n'est plus à l'ordre du jour du patient, cela est confisqué automatiquement juste après la survenue des premiers signes. Nous avons également remarqué nombreuse taches ne sont plus réalisables telles que l'habillage, la toilette, et aussi la capacité de s'orienter dans le temps, ou

effectuer une cohérence sur les comportements. On en trouve une communication pas trop riche, parfois hors sujet, et une élimination qui est réalisée sous incitation. Pour ce qui est du transfert il l'assure tout seul.

## **Synthèse du cas n°6**

Grace aux données eues à partir de l'entretien et de l'échelle, ainsi par l'observation directe du cas, nous en arrivons approximativement à situer le GIR de Mouhand, malgré qu'il garde ses facultés motrices, mais la tâche de l'aidant est imminente dans des tâches les plus simples.

## **2. Synthèse générale de l'analyse des cas**

### **2.1. Synthèse des données des entretiens de tous les cas**

Suite à l'analyse des données et à partir des entretiens effectués au près de chacun des cas, nous constatons que tous les cas ont eu une prise en charge, car rappelons qu'on s'est focalisé sur des cas qui sont à domicile non dans d'autres institutions.

Tout les cas a priori ont tous leur statut social et un rôle digne aux seins de leurs famille, voire dans leurs entourage, jusqu'à la survenu de la maladie qui a causé une paralysie sociale et une rupture inter-individuelle.

Chez la majorité de nos cas, ils ne sont plus conscients de leur souffrance ou de leur individualité, sauf qu'on y trouve un seul cas qui a conscience de seulement de sa mémoire qui s'affaiblie, mais ne cite en aucun cas une maladie.

D'après l'analyse des données des entretiens, les aidants n'arrivent pas encore à croire au changement qui a anéanti les fonctions de leurs parents atteints.

Les pertes des habiletés suite à l'atteinte des fonctions exécutives, qui a entraîné une cécité fonctionnelle au niveau des tâches les plus indispensables dans la vie quotidienne de chaque cas.

Le mal qui pèse pour les aidants y est depuis que leur parent est devenu partiellement autonome ou complètement dépendant. Et grâce aux habitudes et aux traditions familiales, ces aidants n'expriment pas hautement la charge que leur parent leur cause.

Nous avons constaté que les besoins les plus élémentaires, sont effectués avec l'aide des aidants, et même cela paraît encore programmé parce que la plus part des patients ne peuvent plus exprimer même leurs soif. Prenant l'exemple de Kamir, de qui nous parle sa belle fille en disant :

« en été, des que je sens une soiffe, je pars directement donner à yemma Kamir... ». Et aussi citant le cas de Zahia, a qui sa famille a mis en place un programme reparti sur un intervalle de deux heures.

Le besoin d'une tierce personne est indispensable, ce qui est défini par l'état du patient ou par ses peintes.

## 2.2. Les données relatives à l'échelle d'AGGIR (17 variables)

**Tableau : répartition des cas selon les groupes iso-ressources**

Les cas	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Salem	X					
Kamir	X					
Djouhra		X				
Zahia		X				
Mouhand		X				
Fatma					X	

A  
part  
ir  
de  
ce  
tabl  
eau

nous remarquons, que les deux cas ; Salem et Kamir, présentent un Alzheimer à un stade avancé, sont confinés au lit en perdant leur faculté de marcher, leur autonomie. Tandis que les trois cas qui se suivent ; Djouhra, Zahia et Mouhand chez qui on remarque qu'ils ont gardé leur fonctions locomotrices, mais leur état mental est altéré ainsi que partiellement leurs fonctions exécutives sont touchés, donc ils sont classé dans le deuxième sous groupe du GIR 2. Leurs fonctions sont seulement éveillés par l'entourage suite à de fortes incitations, et sa les aident à réagir pour réaliser certaines taches ; tenir une tasse, essuyer leurs mains, boire, manger seul. Pour le cas de Fadma, elle est au stade primaire de la maladie, les taches qu'elle réalise sont de l'ordre quotidien, s'habille, se nettoie, fait sa prière toute seule, sauf qu'à des moments de la journée ; effets crépusculaires, elle se perd par apport au temps et à l'espace donc sa nécessite une orientation, et une surveillance.

Pour ce qui en est de la différence de sexe elle n'influence en aucun cas sur les résultats, mais par contre la motricité peut déterminer l'état de perte d'autonomie à n'importe quel âge ou sexe.

## **Discussion des hypothèses**

Le principe de cette hypothèse dicte que « la perte d'autonomie chez le malade Alzheimer

### **Discussion de la première hypothèse**

dépend de stade d'avancement de la maladie »

D'après et grâce aux analyses des données des entretiens et de l'échelle AGGIR, effectués au près de tout les cas, il est apparu que la perte d'autonomie est considérablement touché par l'avancement du stade d'avancement de la maladie.

A partir d'une focalisation sur l'observation des signes relatifs a la perte d'autonomie, nous constatons que tout les cas souffrent de dépendance pouvant être partielle ou totale qui varie d'un cas a un autre, selon le degré de d'avancement de la maladie, ainsi ce qui est une évidence; le besoin d'une tierce personne est inévitable. Cependant, nous pouvons dire que la première hypothèse est confirmée.

### **Discussion de la deuxième hypothèse**

Notres deuxième hypothèse qui suppose que « les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer souffrent d'une perte d'autonomie »

Suite a nos données analysés prélevé au moyen de l'entretien et de l'échelle d'AGGIR, nous obtiendrons que les premiers signes de la maladie sont une alarme de vigilance que se soit consciente de la part de patient ou majoritairement de l'entourage familiale intervient automatiquement a la prise en charge. Et cela n'est pas indifférent au niveau des sexes ou de l'avancement de l'âge, mais cela est accéléré par un tableau clinique chargé.

D'ailleurs, cela est d'un constat suite a notre observation direct du sujet. De ce fait, nous nous arrivons avec confirmation de la deuxième hypothèse.

## **Conclusion**

Après la présentation, l'analyse et l'interprétation des données des entretiens ainsi des résultats de l'échelle d'AGGIR, établi avec notre échantillon de six cas, nous parviendrons a dire que l'autonomie de l'individu est menacé aussitôt diagnostiqué d'un Alzheimer. La perte d'autonomie varie d'un cas a un autre, comme nous l'avons constaté allant des premiers

## **La conclusion générale :**

Le terme de « démence » correspond à un ensemble de symptômes dont l'Organisation Mondiale de la Santé a donné la définition suivante: « altération acquise progressive de la mémoire et d'au moins une autre fonction supérieure, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne, apparue depuis au moins six mois ».

Il s'agit d'un syndrome qui peut apparaître lors de l'évolution d'un assez grand nombre de maladies qui entraînent des lésions du cerveau : détérioration et perte de cellules cérébrales. Cela est à différencier du mécanisme de vieillissement cérébral.

La maladie d'Alzheimer est donc une affection neurodégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des lésions neuropathologiques spécifiques (dégénérescences neuro fibrillaires et plaques séniles). L'évolution naturelle de la maladie conduit à la démence qui est une détérioration des fonctions cognitives suffisamment sévère pour retentir sur la vie quotidienne du patient. Elle s'accompagne d'une désorganisation de la personnalité.

La perte d'autonomie est la perte de capacité de se gouverner soi-même et de prendre des décisions concernant sa propre vie. Elle se traduit par la difficulté à effectuer les activités de la vie quotidienne notamment à cause de la faiblesse de ses capacités fonctionnelles (jambes, bras...). Elle peut apparaître après un incident grave, comme un accident vasculaire cérébral (AVC) qui a laissé des séquelles. Mais elle peut aussi faire partie d'un processus progressif dans l'évolution d'une maladie chronique. La fragilité physique est le signal le plus visible de la perte d'autonomie. Elle se caractérise par plusieurs états : faiblesse musculaire, fatigue chronique, activité physique réduite, lenteur de la marche et perte de poids involontaire.

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés à l'autonomie chez les sujets atteints de la maladie Alzheimer dans leurs différents stades d'avancement de la maladie.

Tout en se basant sur des recherches et les résultats obtenus par l'entretien et l'échelle (AGGIR) Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources, nous avons conclu que les malades atteints de la maladie d'Alzheimer perdent leur autonomie, et que cette perte dépend du stade d'avancement ce qui a confirmé nos hypothèses.

Il reste néanmoins plusieurs autres questions qui peuvent faire l'objet d'autres recherches notamment des recherches sur les aidants principaux, et la nécessité de former et informer des spécialistes afin de soulager les souffrances de ces derniers.

## **La liste bibliographique**

### **1- Ouvrages :**

- 1- B Brouillet et A syssau, La maladie d'Alzheimer, 3eme editions, ed puf, France, 2008.
- 2- B Buboïs et A Michon, Démence, Coordinateurs, Ed John libbey E urotext, France, 2015.
- 3- B Michel et all, De la plainte mnésique a la maladie d'Alzheimer, Ed Solal, 1997,
- 4- B Michel et all, système limbique et maladie d'Alzheimer, Ed Solal, 2003,
- 5- C coursand et C siebert, s'entraîner en gériatrie, évolution en IFSI, Ed masson, 2008.
- 6- Eric trouvé, vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, Ed solal, 2011.
- 7- J le Lelievre, l'enfant inefficent, intellectuel, Ed Breal, France, 2005.
- 8- J L Pesinell et Lydia Fernandez, la recherche en psychologie dans la recherche en soins infirmières, 2005.
- 9- J J Hauw et all, Le défi de la maladie d'Alzheimer, Ed solal, France, 2005.
- 10- J Selmés, la maladie d'Alzheimer, accompagnez votre proche au quotidien, Ed John lebbey Eurotext, France, 2015.
- 11- J Selmés et Christian Berouesne, la maladie d'Alzheimer affronter le diagnostic, Ed John libbey Erotext, France, 2007.
- 12- J p clément, psychiatrie de la personne âgée, Ed Beatrice bottier, France, 2009.

13- J touchon et florence lotet, La maladie d'Alzheimer : aides au diagnostique, thérapeutique, conseils aux patients, examens complémentaires, autoévaluation » 3eme Edition Masson, 2002.

14- J Selmés et C Derouesne, Alzheimer quelle aide, et pour qui?, Ed John libbey Eurotext, France, 2008.

15-Lacaze Lionel, la theorie de l'étiquetage dans, nouvelle revue de la psychologie, 2008.

16- Liliane Manning, La neuropsychologie clinique : Approche cognitive, 2eme Ed Armand colin, France, 2007.

17Luc Bodin, le corps humain et son pouvoir d'auto guérison » Ed humains, 2015.

18-Luc verdure préface de Gérard Dordain, neurologie manuel, et parkin, 1ere Ed Boeck, 2002.

19-M stuntley et P Gountlett Breare, soins infirmières en gériatrie vieillissement normal et pathologique » 2Ed boeck, 1999.

20- Schenk, leuba bula, Le vieillissement cérébral, la maladie d'Alzheimer, autour de la plasticité » Ed Boeck, 2004.

21- P cappeliez et all, La psychologie clinique de la personne âgée » Ed Masson, 2000.

22- Philippe Pinel, nosographie philosophique : l'étude de l'analyse appliquée, édition brosson, France, 1818.

23- V. Voisard-bassons et M peuch, la réhabilitation de la déglutition chez l'adulte, le point sur la prise en charge, 2Ed solal, 2004.

## **2- Dictionnaires :**

-Le grand dictionnaire de psychologie

-le grande dictionnaire de psychologie la rousse

**La liste des articles :**

Un produit de NMH communication, organisation mondiale de la santé, Genève (2001).