

## **Syndrome démentiel de type Alzheimer(DTA)**

La DTA est une maladie évolutive et dégénérative, il est donc indispensable de savoir à quel stade de la maladie on se situe. L'évaluation est donc indispensable

### **Définition :**

La démence est une perturbation acquise et d'aggravation progressive des fonctions intellectuelles touchant divers secteurs des aptitudes et provoquant un dysfonctionnement cérébral(Cuming et Benson 1983)

### **Problématique :**

- Réversibilité/irréversibilité
- Étiologie
- Apparition précoce, présénile, sénile

### **Caractéristique**

1. Trouble de la mémoire
2. Troubles des fonctions mentales
  - Altération de la pensée abstraite
  - Altération du jugement
  - Altération de la personnalité
  - Perturbation des fonctions supérieures(aphasie, apraxie, agnosie)
3. Retentissement de ces troubles sur les activités sociales et professionnelles

### **Présentation clinique**

1. Période initiale

Le syndrome s'installe progressivement et les troubles portent souvent sur la mémoire(mécanisme attentionnels, mémoire de travail, mémoire épisodique, indicage contextuel puis sémantique) et le caractère(agressivité,spoliation,jalousie,avarice..)

Souvent un syndrome dépressif peut précéder ou accompagner le début des troubles.

L'entourage ne remarque pas toujours les défaillances intellectuelles et mnésiques. Le patient a souvent conscience de ses difficultés mais les minimise ou les dissimule

2. Période d'état(Anosognosie=oublie qu'il oublie

Le syndrome est évolutif sur plusieurs années et se matérialise :

1. Sur le plan intellectuelle par des troubles du jugement et de la pensée abstraite nécessitant des mesures de protection juridique

2. Sur le plan cognitif et instrumental par :

- un déficit de tous les systèmes mnésiques avec dissociation de certaines performances
- une désorganisation de la perception du temps, de la durée, de l'espace
- des troubles du langage
- des troubles praxiques (perte des schémas corporelle, de l'utilisation des outils = apraxie) et gnosiques (perte de la reconnaissance visuelle, auditive, gustative, olfactive = agnosie), souvent d'une anosognosie.

3. Sur le plan psycho-affectif par :

- des troubles du comportement (agressivité, fugue, déambulation, turbulence nocturne...)
- une désorganisation progressive du comportement social (tenue négligée, manque d'hygiène vestimentaire et corporelle, incapacité à exercer des responsabilités)
- perte de l'identité avec mouvance des structures de personnalité

### Évolution

L'état général peut rester excellent très longtemps mais l'évolution est progressive vers la cachexie (Dégradation profonde de l'état général, accompagnée d'une maigreur importante) et la mort avec complications cardiaques ou pulmonaires.

Note :

Apathie = absence d'initiative

MMSE = échelle d'évaluation cognitive

Les troubles du comportement évoluent avec la maladie

(se présenter à chaque fois avec un malade Alzheimer en stade avancé)

Un dépressif dément perd sa dépression avec le temps : Il n'a plus de raison d'être triste puisqu'il ne souvient pas. Il en est de même avec l'irritabilité.

Un anxieux va voir son anxiété augmenter.

### Troubles du comportement : présence tout au long de la maladie :

- Apathie : symptôme comportemental le plus souvent associé à la maladie d'Alzheimer et quel qu'en soit le stade..
- Anxiété
- Agitation
- Comportement moteur
- Idées délirantes
- Hallucinations

## **Prise en charge pharmacologique des troubles du comportement :**

### **Stratégie recommandée en cas de dépression**

- Encourager toutes les activités appréciées par le sujet.
- Planifier cette activité avec le soignant préféré
- Orienter le propos vers des événements agréables
- Être attentif à l'environnement

### **Stratégie recommandée dans les états d'agitation et d'agressivité :**

- Eloigner le patient des facteurs déclenchant.
- Voix et discours rassurants
- Approcher calmement et lentement
- Utiliser la relation tactile
- Position non terrorisante
- Ne pas augmenter ou diminuer les causes de l'agressivité
- Réorienter les intérêts du sujet
- Instaurer un environnement calme
- Eviter les contentions physique

### **Stratégie recommandée en cas d'errance :**

- Redonner confiance au sujet(expliquer les lieux et pourquoi il est là)
- reconnaître les trajets et les lieux privilégiés ou inconnus avec le sujet
- Donner un papier avec les éléments de repère(adresse,n° de tel)
- Port d'un bracelet de sécurité

### **Stratégie recommandes pour les conduites répétitives**

- Ignorer les questions  
Évaluer les composantes émotionnelles des questions posées
- Rassurer et expliquer
- Amener la conversation sur des sujets plaisants
- Engager le sujet sur une activité autre

### **Stratégie recommandée en cas d'apathie : (baisse de l'effort)**

- Pallier l'absence d'initiative du sujet par des stimulations externes variées, l'encourageant et le stimulant tout au long de l'activité
- Proposer au sujet de travailler ses capacité attentionnelles
- Respecter le temps de repos

## **Communiquer avec le patient Alzheimer :**

- Parler lentement(mémoire de W très déficitaire donc besoin de temps pour comprendre ce que l'on dit)
- Laisser au malade suffisamment de temps pour répondre
- Avoir une attitude de bienveillance, d'empathie qui donne au patient un sensation de sécurité et de confort
- Faire attention au timbre de voix

- Discuter dans un endroit calme, sans interférence
- Ne pas utiliser un langage infantin et infantilisant
- Privilégier les situations à 2
- Éviter les circonstances où le patient peut se sentir dévalorisé, mis en échec
- Avoir un discours clair et précis
- Éviter les expressions imagées
- Éviter les mots non spécifiques, les pronoms, les adjectifs possessifs, les mots abstraits
- Couper les consignes trop longues
- Utiliser les mêmes mots, les mêmes phrases au cours des activités
- Réagir avec bienveillance aux émotions exprimées par le patient
- Prêter attention aux messages non verbaux, mimiques, gestes, toucher, sourires...)
- Ne pas penser à priori que ce que dit le patient est incohérent