

Ecole d'enseignement et de Promotion Sociale

De la Communauté Française

Rue de Saint Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement secondaire supérieur de transition

Section : aide-soignante

*« Comment l'aide-soignant peut-il aider la personne âgée à
préserver ses fonctions cognitives ? »*

Travail réalisé par Raineri Antoine.

En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant.

Année scolaire 2020-2021

Table des matières

	Page
Introduction	6
Partie Contextuelle	
• <u>Définir</u> :	
1. Qu'est-ce qu'un aide-soignant ?	9
2. Qu'est-ce que les fonctions cognitives ?	11
3. Comment l'aide-soignant peut-il déceler un trouble cognitif ?	15
Partie Conceptuelle	
• <u>Le déclin cognitif</u>	
1. Quand commence-t-elle la diminution cognitive ?	18
2. Quels sont les différents symptômes du déclin cognitif ?	18
3. Quels sont les facteurs favorisant le déclin cognitif ?	19
4. Comment ralentir le déclin cognitif ?	19
• <u>Les troubles cognitifs</u>	
1. Comment les troubles cognitifs apparaissent-ils ?	21
2. Les maladies :	22
a. Définition des différentes maladies	
b. Symptômes	
c. Causes	
d. Facteurs favorisant	
e. Traitement de la maladie	
3. Quels sont les différents troubles cognitifs pour une fonction cognitive touchée ?	32

Pratique

1. Comment évaluer les différents troubles cognitifs ? **37**
2. Quels sont les différents rôles de l'aide-soignant ? **45**
 - a. Rôle de l'aide-soignant auprès du patient **45**
 - b. Rôle de l'aide-soignant auprès de l'entourage / famille du patient **47**
 - c. Rôle de l'aide-soignant auprès de l'équipe pluridisciplinaire **49**
1. Comment prendre en charge une personne âgée atteinte de troubles cognitifs ? **50**
 - a. La personne ayant des troubles de la mémoire **50**
 - b. La personne ayant des troubles apraxique **53**
 - c. La personne ayant des troubles du comportement **54**
2. Qu'est-ce que l'espace snoezelen ? **54**
3. Qu'est-ce que la musicothérapie ? **55**
4. Qu'est-ce que la réminiscence ? **58**

Conclusion **64**

Annexe **67**

Bibliographie **93**

Introduction

Lorsque, j'ai commencé la formation d'aide-soignante. Les enseignants nous ont présentés, le déroulement des différentes unités d'études, le fonctionnement des stages, du rapports et enfin les modalités de l'épreuve intégrée. Lorsqu'on nous a expliqué, le déroulement de l'épreuve intégrée. Je me suis replongé dans mes précédents stages et plusieurs situations me sont alors revenus. Lors de mon BAC ASSP¹, j'ai effectué 3 stages sur 4 en unité de vie protégée, vient ensuite mon stage d'observation. Lors de ce stage, je me retrouve avec des personnes presque autonomes, cela a changé du tout au tout. De nouvel situation se sont offertes à moi. Je me suis d'abord penché sur l'isolement, comment faire des activités pour l'éviter etc... C'est dans ce cadre que j'ai rédigé mon UE 2 sur la médiation animal. Ce sujet m'avait énormément plu. J'étais tellement plongé dans la médiation animal, je ne trouvais pas de problématique d'aide-soignant qui pouvait mettre en lien la médiation animal j'ai décidé d'arrêter ce sujet.

Lorsque j'ai rédigé mon stage d'intégration, j'ai dû travailler une annexe sur la marche, la mémoire et la musique. Lors de mes recherches particulièrement sur la mémoire, je me suis souvenu de mes stages lors de mon BAC ASSP. Je me suis souvenu du comportement et de la communication à avoir face à une personne atteinte d'Alzheimer, des différentes activités que j'ai mis en place. En revanche pour la marche, j'en ai appris plus pendant la formation. Particulièrement lors de mes différents stages d'observation, insertion et intégration. J'ai été ensuite en contact avec des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, j'ai pu observer et comprendre les différentes activités mise en place pour ces personnes.

Tout comme la rédaction de mon UE 2. La rédaction de cette annexe ma énormément plu, s'est pour ces raisons que j'ai décidé pour cette épreuve intégrée de présenter la problématique : « *Comment l'aide-soignant peut-il aider la personne âgée à travailler ses fonctions cognitives léger ?* ».

Le développement de cette épreuve intégrée est composé de plusieurs parties.

Premièrement la partie contextuelle, où nous répondrons aux interrogations.

¹ Bac Accompagnement, Soins et Services à la personne

Deuxièmement la partie conceptuelle, où nous développerons nos recherches sur la problématiques.

Troisièmement la partie pratique, est dédiée aux différentes solutions pour répondre à la problématique : « *Comment l'aide-soignant peut-il aider la personne âgées à préserver ses fonctions cognitives ?* ».

Pour finir je terminerai cette épreuve intégrée par une conclusion.

Partie Contextuelle

1. Qu'est-ce qu'un aide-soignant ?

Définition :

« L'aide-soignant est une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier, sous son contrôle, en matière de soins, d'éducation, de logistique et dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier dans une équipe structurée »².

Sous la responsabilité et le contrôle de l'infirmier, l'aide-soignant fait partie d'une équipe pluridisciplinaire. Il accompagne le patient dans les activités de sa vie quotidienne. Il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie. Il peut prendre le pouls et la température. Vérifier l'état des pansements et des drains, et veiller à ce que le patient prend les médicaments. Si besoin, il aide à la toilette, à l'habillage et au repas. L'aide-soignant accueille le malade à l'hôpital et l'installe. Il veille à ce que la chambre soit propre et le lit fait. Il a un rôle de logistique, Il effectue la distribution des repas en respectant les régimes de tous. Certains patients, doivent rester à jeun et d'autres suivent un régime spécifique. L'aide-soignant, peut être amener aussi à ranger et gérer les livraisons de matériels ou de linge. Il effectue le réapprovisionnement quotidien des chariots et armoires. Proche du patient, l'aide-soignant est là pour le soutenir. Parfois confidant, il peut recueillir des informations précieuses sur l'état physique et morale du patient. Patience, compréhension et sens du contact sont des qualités indispensables. Il est tout aussi important, d'avoir de la force pour aider les malades grabataires à se déplacer ou changer de position. L'aide-soignant est capable et peut être amener à organiser des activités. Les activités de l'aide-soignant sont réglementées par la loi du 10 août 2001 et les arrêtés royaux du 12 janvier 2006 et du 1^{er} septembre 2019³.

Nous pouvons constater que l'aide-soignant effectue plusieurs tâches, c'est un métier qui nécessite des compétences physiques, mais aussi des connaissances pour pouvoir bien effectuer ces tâches.

² Définition vu dans le cours d'UE1 effectué par Mme Defraeye.

³ Voir annexe : 1 pages 67

Les compétences requises pour devenir aide-soignant :

En reprenant la définition du cours d'UE1, nous pouvons constater qu'il est important pour un aide-soignant d'avoir des compétences relationnelles et humaines, intellectuelles, physiques, psychologiques et le sens de l'écoute afin d'exercer son métier dans les meilleures conditions possibles.

Ces compétences sont primordiales dans l'accueil des patients, ainsi que dans la relation que l'aide-soignant entretient avec ses patients. Un bon sens de l'écoute et un excellent contact relationnel aideront fortement l'aide-soignant. Cette empathie⁴ ressentie par le patient fait partie des points cruciaux dans un processus de guérison et ne doit absolument pas être négligée.

Entretenir ses capacités physiques, psychiques et intellectuelles sont très importantes. En effet, ses capacités physiques seront extrêmement sollicitées lors des transferts et son endurance est mise à l'épreuve toute la journée. De plus, l'aide-soignant doit faire preuve de caractère pour résister à la pression inhérente à son métier, ainsi qu'à la fatigue physique qui peut très logiquement survenir lors d'une nuit de garde.

Entretenir sa psyché est tout aussi importante. Tout au long de sa carrière, l'aide-soignant est confronté à la souffrance. Qu'elle soit physique ou psychologique. Il est aussi confronté à la mort. L'aide-soignant doit aussi faire preuve de beaucoup de sang-froid. En effet, il doit être à même de déterminer certaines situations d'urgence qui pourraient survenir dans l'état des patients, puis de contacter les personnes pertinentes. Dans ces instants, l'aide-soignant ne doit pas flancher et doit être très solide psychologiquement. Enfin, enrichir son intellect lui permettra de gérer l'imprévu, de s'améliorer et de s'adapter à un nouvel environnement plus facilement.

Nous venons de voir ce qu'est le métier d'aide-soignant. Désormais, nous allons débiter cette épreuve intégrée sur les fonctions cognitives.

⁴ Capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent.

2. Qu'est-ce que les fonctions cognitives ?

Définition :

Les fonctions cognitives sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent d'être en interaction avec notre environnement : elles permettent de percevoir, se concentrer, acquérir de connaissance, raisonner, s'adapter et interagir avec les autres.

1. La perception (gnosie).

La perception recouvre ce qu'on reconnaît, grâce à nos différents sens⁵. On parlera donc respectivement de gnosie visuelle, gnosie auditive, gnosie tactile, gnosie olfactive et gnosie gustative. Généralement, la perception se restreint à la modalité visuelle.

2. L'attention.

L'attention est une fonction cognitive complexe, qui fait référence à la capacité à être attentif à son environnement. L'attention, fait aussi référence à la capacité, à se concentrer sur une tâche donnée, elle mobilise tous les sens.

L'attention est sensible aux interférences et maintenir une attention constante est impossible. Plusieurs fonctions cognitives sont liées, par exemple la mémoire et l'attention. Si une personne n'est pas attentive à ce que dit son interlocuteur, elle enregistrera mal l'information en mémoire même si à la base, elle n'a aucun problème de mémoire.

3. La mémoire.

C'est la capacité à retenir des informations visuelles, verbales à court et long terme.

Il existe différents types de mémoire : la mémoire épisodique (dans la mémoire épisodique on peut retrouver la mémoire rétrospective), la mémoire sémantique et la mémoire procédurale.

⁵ Les 5 sens sont : vision, ouïe, toucher, odorat, goût

a. La mémoire épisodique :

La mémoire épisodique permet de voyager dans le temps, passé ou futur. En effet, elle permet de se rappeler d'évènement passé⁶ et de prévoir ceux à venir. Pour qu'une information, soit enregistré dans notre mémoire, elle doit passer par différentes étapes :

- L'encodage : l'information doit être enregistrée dans le cerveau. Ce processus est influencé par plusieurs facteurs : stratégies mnémotechniques⁷, le niveau d'attention et certains états psychologiques comme le stress, l'anxiété ou encore la dépression.
- Le stockage : pour ne pas être éphémère, l'information doit ensuite être stockée de manière plus permanente dans le cerveau en mémoire en long terme. Ainsi, l'information sera gardée et réactivée au besoin et en fonction des situations.
- Le rappel : correspond à la recherche du souvenir afin de le restituer. Il arrive parfois que la récupération soit bloquée, c'est ce que nous appelons plus communément un « trou de mémoire ». Pour parvenir à restituer ce souvenir, nous pouvons nous aider des indices, des repères et se rappeler le contexte d'apprentissage de l'information.

La mémoire rétrospective

Présente dans la mémoire épisodique, c'est grâce à celle-ci qu'on est capable de se souvenir d'évènements passés.

La mémoire prospective

Tout comme la mémoire rétrospective. La mémoire prospective, elle permet de se rappeler d'action future à effectuer.

⁶ Exemple : ce qu'on a mangé la veille.

⁷ C'est un ensemble de stratégies conçues pour aider à mieux mémoriser la nouvelle information.

b. La mémoire sémantique :

La mémoire sémantique concerne les connaissances acquises⁸ et sont stockées sans référence à un contexte précis.

c. La mémoire procédurale :

La mémoire procédurale, ceux sont des « savoir-faire », des habiletés motrices ou cognitives qui ont été acquises par la pratique et qui sont graduellement devenues automatisées. C'est grâce à la mémoire procédurale, que nous apprenons à jouer d'un instrument de musique. Une fois l'habileté acquise, son exécution devient automatisée et n'est alors plus nécessaire de réfléchir pour exécuter cette action.

1. La mémoire de travail.

La mémoire de travail, réfère à la capacité à traiter et manipuler mentalement des informations données dans le moment présent. Par exemple : retenir un numéro de téléphone, le temps de pouvoir le noter ou encore effectuer un calcul mental.

4. La motricité (praxie).

Il s'agit de la capacité à exécuter des mouvements simples ou des séquences de mouvements de façons volontaire : s'habiller, se brosser les dents, marcher.

5. Le langage (phasie).

C'est la capacité à communiquer à travers le langage. Les fonctions langagières comprennent un ensemble d'habileté qui sont généralement divisées en deux catégories, soit les habiletés réceptives : comprendre le langage qu'il soit parlé ou écrit et les habiletés expressives : parler et écrire.

a. Le langage oral

Le langage oral comprend deux habiletés.

- Les habiletés réceptives correspondent au décodage des mots ainsi qu'à la compréhension des phrases.

⁸ Ce sont la culture générale, le vocabulaire etc.

- Les habiletés expressives correspondent à la dénomination, l'articulation, la fluence verbale⁹, l'intonation et la gestion de la syntaxe et de la grammaire.

b. Le langage écrit

En langage écrit : on différencie les capacités de lecture des capacités d'écriture

- La lecture correspond à la capacité, à décoder des mots grâce à deux voies distinctes.
 - La voix indirecte : La lecture du mot se fait par découpage du mot en unités plus petites que nous traduisons en son. C'est par cette voie, que nous décodons les nouveaux mots.
 - La voix directe : Le lecteur utilise cette procédure lorsqu'il connaît déjà le mot, il le reconnaît cela permet une lecture fluide et rapide.
- L'écriture quant à elle correspond à la maîtrise de l'orthographe et des règles de grammaire. Son concerner également la maîtrise de la syntaxe, de la ponctuation, l'organisation du texte et l'utilisation d'un vocabulaire adéquat.

6. Le raisonnement (fonctions exécutives).

Les fonctions exécutives ont pour fonctions principales de faciliter notre adaptation aux situations nouvelles. Il s'agit d'un ensemble de fonctions, qui agissent comme un chef d'orchestre¹⁰ dont l'objectif est de coordonner les autres fonctions cognitives : langage, calcul, raisonnement etc.

Quelques composantes des fonctions exécutives :

- Organisation / planification : capacités d'établir des priorités, anticiper et prévoir les étapes d'une tâche.
- Inhibition : C'est la capacité de résister aux distractions. Elle permet d'avoir un comportement social adapté, et surtout non déplacé par rapport à l'environnement dans lequel on se trouve.
- Flexibilité mentale : Capacité à s'adapter à la nouveauté et au changement.

⁹ La fluence verbale est le nombre de mots émis par minute.

¹⁰ Voir annexe : 2 pages 70

- Autocritique: Capacité d'évaluer convenablement ses propres capacités, d'être conscient de ses forces et faiblesses.
- Jugement: Capacité à évaluer la meilleure solution face à un problème. Cela permet de prendre des décisions appropriées. Et d'adopter, le bon comportement en fonction des situations.

7. Fonctions visuo-spatiales.

La fonction visuo-spatiale est une fonction mentale qui implique la distinction, par la vue, la position des objets dans l'environnement ou par rapport à soi. Cette fonction très complexe, repose essentiellement sur le mouvement de nos yeux ainsi que sur la capacité qu'ont ceux-ci d'analyser, de comprendre et de se représenter l'espace en deux ou trois dimensions. La fonction visuo-spatiale est essentielle pour faire la synthèse des éléments présents, c'est-à-dire reconnaître un objet et analyser sa position, évaluer son orientation. Cette fonction cognitive est fondamentale afin d'orienter nos actions comme saisir un verre.

8. Comment l'aide-soignant peut-il déceler un trouble cognitif ?

Précédemment nous avons vu la définition de l'aide-soignant. Dans cette définition, nous avons vu que l'aide-soignant passe du temps avec ses patients, ce qui dans certains cas peut l'amener à devenir un confident. Nous avons aussi vu qu'au cours des années, ce métier évolue au gré des différentes lois, ainsi que des différents arrêtés royaux. L'aide-soignant va jouer un rôle majeur et déterminant pour les patients. Nous allons voir comment l'aide-soignant peut identifier un trouble cognitif.

Tout d'abord, il est primordial de passer du temps avec le patient. Cela nous permettra de mieux le connaître. Nous avons vu que l'aide-soignant a une tâche importante, celle « d'établir une relation humaine, appropriée et assurer une communication professionnelle adéquate. » par le biais de la communication nous pourrions déjà observer plusieurs fonctions cognitives. Ensuite le langage, nous verrons comment le langage du patient évolue. Si, il y a la présence d'aphasie il sera très facile pour l'aide-soignant de s'en rendre compte. Ensuite, il y a la mémoire à force de passer du temps avec le patient, l'aide-soignant connaîtra quelques souvenirs ou détails sur sa vie, ce qui nous permettra de poser des questions afin de remarquer d'éventuel trouble de mémoire. Lorsque nous passons du temps avec les patients

certaines se confie. Il est important de prendre toute remarque en considération, par exemple le patient dit qu'il ne sent plus d'odeur, il est possible qu'une agnosie en est la source. Ensuite nous savons qu'une des compétences les plus importantes de l'aide-soignant est son observation. L'observation ici sera très importante, voir comment évolue les patients de façon positive ou non. Observer la marche d'une personne, sa gestuelle ou simplement la regarder manger c'est important, le moindre geste pourrait être source d'apraxie. L'observation peut simplement servir pour regarder, comment s'oriente un patient. Si, il se trompe de chambre par exemple ça pourrait être une cause indirecte de sa mémoire.

Lorsque nous observons un changement, il est primordial de le signaler par le biais de carnet de soins ou de logiciel et lors des transmissions. Il est important de laisser une trace écrite des observations que nous faisons.

Dans cette partie contextuelle, nous avons défini ce qu'est un aide-soignant, nous avons aussi aperçu les différentes fonctions cognitives et nous avons vu comment l'aide-soignant est capable de déceler des troubles cognitifs. Nous allons poursuivre par la partie contextuelle, dans cette partie nous allons voir ce qu'est le déclin cognitif, les différentes maladies causant des troubles cognitifs et enfin les différents troubles cognitifs.

Partie Conceptuelle

Dans la partie contextuelle, nous avons défini le métier d'aide-soignant ainsi que les fonctions cognitives. Il est maintenant temps de voir qu'elle est la cause des troubles cognitifs et nous verrons les pathologies les plus fréquentes. Nous allons donc définir chaque pathologie, voir leurs symptômes, leurs causes ainsi que leurs facteurs favorisant et pour finir leurs différents traitements. Nous allons ensuite reprendre les fonctions cognitives et nous parlerons cette fois-ci des troubles qui en sont liés. Mais dans un premier temps, nous allons voir l'élément déclencheur des troubles cognitifs, ainsi que de leur pathologie le déclin cognitif. Nous allons d'abord définir ce qu'est le déclin cognitif. Nous verrons ensuite, quand il apparaît ainsi que les différentes fonctions cognitives qu'il affecte. Nous verrons ensuite les facteurs qui le favorisent et enfin nous verrons comment le traiter ou le ralentir un maximum.

Le déclin cognitif.

Le déclin cognitif, il est difficile de dire précisément quand il commence. En revanche, nous pensons que le déclin cognitif peut apparaître vers 45 ans par la diminution de notre capacité à raisonner et à comprendre. Il se manifeste sensiblement par un déclin lent, mais régulier de la mémoire à court terme et de la mémoire de travail et des fonctions exécutives. Les mémoires à long terme peuvent quant à elles, être conservées jusqu'à un âge très avancé.

En 2012 plusieurs études, indiquent que 10 à 15 % des personnes atteintes de déclin cognitifs évoluent vers une démence de type Alzheimer. Pour mesurer le déclin cognitif il existe de nombreux tests comme le test MMSE¹¹.

Quand commence-t-elle la diminution cognitive ?

La diminution cognitive comme nous avons pu le constater, apparaîtrait vers l'âge de 45 ans. Jusqu'à présent nous pensions, qu'il n'y avait pas de déclin avant l'âge de 60 ans. C'est dans une publication du « *British Medical Journal* »¹² qu'une étude démontre que notre mémoire, notre capacité à raisonner et à comprendre décline à l'âge de 45 ans.

Quels sont les différents symptômes du déclin cognitif ?

Le déclin cognitif touche plusieurs fonctions cognitives à savoir la mémoire, la personne ainsi que ses proches vont remarquer des oublis, une désorientation et le langage est aussi affecté.

¹¹ Mini Mental State Examination, voir annexe : 3 pages 71

¹² Voir annexe : 4 pages 73

La personne va oublier le nom d'un objet, elle peut rencontrer des difficultés à s'exprimer ou à répéter les phrases, elle peut aussi avoir des difficultés dans la rédaction ainsi que suivre une consigne écrite. L'attention, la personne présente des difficultés dans le calcul mental ainsi que dans la mémorisation. La coordination des mouvements, la personne a des mouvements saccadés et non précis.

Facteurs favorisant le déclin cognitif.

Tout comme les symptômes, les facteurs favorisant le déclin cognitifs sont variés : absence de stimulation physique / cognitive, certaines pathologies et accidents, stupéfiants et alcool, stress chronique, isolement sociale, dépression. En revanche, nous savons que le plus importants d'eux est le facteur génétique, nous ne déclinons pas tous de la même façon ni à la même vitesse.

Comment ralentir le déclin cognitif ?

« *Mens sana in corpore Sano* »¹³, cette citation prend tout son sens ici. En effet, le déclin cognitif est à ce-jour inéluctable, en revanche on peut le ralentir en continuant d'apprendre, en pratiquant une activité physique.

Apprendre, il y a matière pour apprendre. Quand, on pense aux diverses sciences. La philosophie, ou encore l'histoire et la géographie. En revanche, il est tout à fait utopique d'espérer exceller dans un domaine si nous n'avions pas eu un bon niveau avant 25 / 30 ans. Toutefois, il est totalement possible d'apprendre une langue ou de se perfectionner dans sa langue natale jusqu'à la fin de sa vie. Les adultes arrivés à la maturité, peuvent s'appuyer sur une expérience dont ils étaient dépourvus adolescents. Encore une fois, nous ne progressons pas tous à la même vitesse. Apprendre est sans nul doute la meilleure activité pour stimuler la cognition. Ça permet de prendre des décisions, comprendre, réfléchir et être attentif.

Pratiquer une activité physique régulière, est tout aussi important que continuer d'apprendre. L'activité physique, permet de diminuer les risques d'un déclin cognitif prématuré de 35% chez une personne modérément actif et jusque 38% chez une personne active. De plus, les personnes habituellement actives présentent un déclin moins marqué des performances cognitives avec l'avancée en âge. Pour les personnes de plus de 55 ans, il faut

¹³ « Un esprit sain dans un corps sain. »

privilégier les activités physiques aérobies d'intensité modérée (30mn/J pendant 5j (soit 150mn/semaine)). A ça, il faut ajouter des exercices de types renforcement musculaire léger et de souplesse (2x/semaine). Pour les personnes âgées, à risque de chute. On peut ajouter des exercices d'équilibres. Avant de commencer une activité physique, il est important d'avoir l'avis de son médecin. Il est aussi important de prendre en compte, les profils de chacun avant de commencer une activité de groupe.

D'autres activités ne sont pas à négliger, comme pratiquer une activité artistique et culturelle. La pratique d'un instrument de musique, stimule la cognition d'ailleurs. La musique est un domaine, qui est très étudiée par les neuroscientifiques et les psychologues de la cognition. Dans un sens plus large, il y a la peinture, la sculpture mais aussi l'écriture. En résumé, n'importe quelles activités demandent créativité et productivités. Voyager dans un pays étranger, peut être tout aussi bénéfique. Cela, nous permet d'être confronté à la nouveauté tout en travaillant une autre langue. Pour qu'un voyage nous soit bénéfique, il faut que l'on se trouve dans des situations où l'on doit prendre des décisions.

Maintenir des relations sociales, non pas avec les réseaux sociaux mais en présentiels. C'est important de voir l'autre. Selon plusieurs études, les interactions sociales sont bénéfiques pour la prévention du déclin cognitif et des démences. En effet dans cette étude, les personnes de 60 ans qui ont eu des liens sociaux presque quotidiennement voient leur risque de développer une démence diminuer de 12% comparé à des personnes du même âge, qui verraient leurs amis que quelque fois dans le mois. De plus se faire de nouveaux amis, permet de faire fonctionner la mémoire. Comme se souvenir, du prénom d'un petit fils par exemple.

Avoir une bonne hygiène de vie, un sommeil réparateur est primordial, des pièces aérées, une exposition au soleil etc. L'aération des pièces est importante. Cela permet de prévenir les maux de tête, le stress, améliorer l'humeur. Le cerveau a besoin d'oxygène, ainsi que d'ions négatifs¹⁴. La présence d'appareils électriques et les matériaux synthétiques sont néfastes. Une activité soutenue qu'elle soit physique ou intellectuelle, consomme davantage d'oxygène. Aussi, l'organisme a besoin d'oxygène et de glucose afin de se régénérer.

¹⁴ Les ions négatifs se trouvent dans l'air, ils dynamisent et nous apaisent.

La nourriture joue un rôle important sur la bonne santé de notre cerveau. Selon des chercheurs neuroscientifiques, la vitamines B9¹⁵ a prouvé des effets contre le déclin cognitif ainsi que la démence sénile. Les sucres lents ont eu plusieurs effets, comme donner de l'énergie au muscle et réduire le stress. Plusieurs études ont été menées auprès de certains enfants, ils ont pu constater que la consommation d'oméga 3¹⁶ avait entraîné un meilleur score aux épreuves qui mesuraient la compétence verbale, l'apprentissage et la mémoire.

Les troubles cognitifs.

1. Comment les troubles cognitifs apparaissent-ils ?

Les troubles cognitifs apparaissent durant le vieillissement. Ils atteignent la mémoire, les fonctions exécutives et les capacités attentionnelles. Les troubles cognitifs ont un rapport avec les facteurs de risque vasculaire présents à l'âge adulte, mais ils ont aussi un lien avec la démence. La démence de façon simplifiée est une « maladie de la mémoire ». Le cerveau est atteint de telle sorte que la personne perd progressivement ses fonctions cognitives. Lorsque les atteintes sont suffisamment importantes pour avoir un impact sur les capacités de la personne à faire ses tâches au quotidien, on parle alors de troubles cognitifs majeure. En revanche, si l'atteinte est notable, mais n'a pas encore d'impact dans ce cas on dit trouble cognitif mineur. Cependant nous avons pu constater, l'incidence des démences augmentent fortement après 65 ans. Avec l'augmentation continue de l'espérance de vie, la prévalence¹⁷ des sujets déments devrait augmenter de 75% en 2030. L'évaluation gériatrique permet de diagnostiquer ces troubles cognitifs.

Il existe plusieurs types de troubles cognitifs. Les maladies les plus connues sont l'Alzheimer et Parkinson. Mais, il y a aussi le trouble cognitif vasculaire, les démences fronto-temporales et la démence de Lewy pour ne nommer seulement les plus fréquentes.

¹⁵ La vitamine B9 joue plusieurs rôles dans notre organisme (formation de globule rouge, fonctionnement du syst. Nerveux et Immunitaire).

¹⁶ Les omégas 3 jouent un rôle sur notre mémoire, notre concentration. Ils sont favorables à notre équilibre mental. Voir annexe : 5 pages 80

¹⁷ La prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population, dénombrant le nombre de cas de maladies.

2. Les maladies.

Les troubles cognitifs mineurs.

a. Définition

Tout d'abord, les troubles cognitifs mineurs. Tout comme le déclin cognitif, ils sont tous deux inéluctable. Il ne faut donc pas s'inquiéter au moindre oubli. Ensuite, il existe tout un spectre d'atteinte à la mémoire comme l'Alzheimer. Les démences sont d'ailleurs appelées des troubles neurocognitifs majeurs¹⁸. Entre deux, nous pouvons retrouver les atteintes cognitives légères aussi appelées troubles neurocognitif mineurs¹⁹. Donc, la personne atteinte d'un TNC mineur et les personnes de son entourage perçoivent de légers troubles de mémoire plus marqués que dans le vieillissement normal, mais moins sévères que dans les maladies de la mémoire. Ces atteintes cognitives ne se répercutent pas sur le fonctionnement de la personne. Cette dernière réussit à vivre au quotidien, sans avoir besoin de plus d'aide. Elle garde le même niveau d'autonomie connu.

b. Symptômes des TNC mineurs

Comme nous avons pu le voir, les TNC mineurs touchent la mémoire. Etant donné que la TNC altère la mémoire, la personne atteinte peut rencontrer des difficultés d'accès lexical ainsi que confondre des informations données comme des lieux ou des prénoms. La personne peut aussi rencontrer des difficultés, en plus des difficultés lexicales²⁰, comme prendre plus de temps pour effectuer diverses tâches. Enfin la personne atteinte de TNC mineure peut aussi subir des changements d'humeurs.

c. Les causes d'un TNC mineur

Un TNC mineur survient dû au vieillissement ou plus soudainement dans ce cas, il est en lien avec une diminution des capacités cognitives. Une diminution cognitive quant à elle, peut survenir dans le cadre d'une maladie chronique, d'une dépression, à la suite d'un délirium²¹ ou encore d'une amnésie.

¹⁸ Troubles neurocognitifs majeurs =TNC majeurs

¹⁹ Troubles neurocognitif mineurs = TNC mineurs.

²⁰ Des difficultés lexicales peuvent s'exprimer à l'oral, comme à l'écrit. On fait souvent référence à ce genre de difficultés par l'expression « *avoir le mot sur le bout de la langue* ».

²¹ Trouble du psychisme caractérisé par une confusion des idées et un rapport faussé à la réalité.

d. Traitement d'un TNC mineur

Encore une fois, comme nous avons vu pour le déclin cognitif. Il n'existe aucun traitement pour lutter contre celui-ci. En revanche, les techniques vues pour ralentir le déclin cognitif fonctionnent très bien dans ce cas-ci. Quotidiennement, il est important de pratiquer des exercices physiques. Mais il est tout aussi important d'entretenir sa cognition par le billet de mot croisés ou de lecture par exemple. Entretenir ses relations sociales n'est pas à négliger tout comme le fait d'avoir une alimentation saine et équilibré. Enfin, lorsqu'il y a une atteinte quelconque de la mémoire il ne faut pas hésiter d'abuser des stratégies mnémotechniques afin de compenser ses incapacités.

La démence vasculaire.

a. Définition

Comme son nom l'indique, la démence vasculaire est dû à des lésions du cerveau d'origine vasculaire. La démence vasculaire, peut survenir à la suite d'un blocage de gros vaisseaux. Comme dans le cas d'accidents vasculaire cérébrale ou suivant le blocage de plusieurs petits vaisseaux on parle alors d'atteinte microvasculaire.

b. Symptômes d'une démence vasculaire

Les symptômes d'une démence vasculaire sont multiples selon le type de vaisseaux atteints, la localisation au niveau du cerveau etc. Il est possible qu'une démence vasculaire affecte plusieurs fonctions cognitives simultanément. Plus souvent, on retrouve un ralentissement du traitement de l'information et un besoin fréquent d'aide pour se souvenir. En plus de ça, on peut ajouter des sauts d'humeur, un ralentissement sur le plan moteur avec une haute fatigabilité ainsi qu'une démarche moins assurée. La personne atteinte peut aussi présenter une aphasia, au cours de la journée la personne commet des erreurs, se sent dépassée par la quantité d'information à mémoriser, éprouve des difficultés à faire plus d'une chose à la fois.

c. Les causes d'une démence vasculaire

Comme nous avons pu l'observer dans la définition, les causes d'une démence vasculaire sont principalement les AVC. Mais aussi dû à une usure chronique, des petits vaisseaux : atteinte microvasculaire. Il existe d'autre cause plus rare comme une diminution du débit sanguin cérébral. Il est tout à fait possible de souffrir d'une démence vasculaire sans avoir fait d'AVC.

d. Facteurs favorisant la démence vasculaire

Les facteurs favorisant la démence cardiaque sont les mêmes que pour n'importe quelle maladie cardiaque. Les personnes atteintes de diabète, d'hypertension ainsi que d'obésité sont à risque. En revanche, il est important de ne pas négliger la sédentarité et le tabagisme qui représente aussi un risque important.

e. Traitement de la démence vasculaire

Les dommages sur le cerveau sont irréversibles. Le cœur du traitement repose sur le contrôle des facteurs favorisant une démence vasculaire. Il est important d'éviter de fumer et de maintenir une bonne hygiène de vie. Pour maintenir une bonne hygiène de vie, il est essentiel de faire de l'activité physique et de maintenir une bonne alimentation, faire des activités intellectuelle ainsi que développer de nouveaux intérêts. Enfin, il faut aussi entretenir des relations sociales.

Les démences fronto-temporales

a. Définition

Les démences fronto-temporales sont un regroupement de maladies neurodégénératives qui affectent les lobes frontaux et temporaux du cerveau²². Plus précisément, ces régions sont responsables du jugement, du contrôle des émotions et du comportement ainsi que du langage. Parmi tous les cas de démences, les démences fronto-temporales en représentent 15%. La démence fronto-temporale existe sous deux variantes, la variante comportementale²³ et les variantes langagières aussi appelées aphasies primaires progressives²⁴.

b. Symptôme des démences fronto-temporales

1. Symptômes de la démence fronto-temporale variante comportementale :

Les personnes atteintes de DFT-vc vont présenter certaines de ces caractéristiques au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Ces caractéristiques évoluent différemment d'une personne à l'autre. La personnalité d'une personne atteinte de DFT-vc peut changer ainsi

²² Voir annexe : 6 pages 82

²³ Démence fronto-temporale variante comportementale = DFT-vc

²⁴ Aphasies primaires progressives = APP

que son comportement désinhibé²⁵, elle peut aussi perdre toute forme d'empathie, avoir des changements alimentaires, ainsi qu'un manque de motivation. Une obsession pour certaines activités ou d'actions répétées comme une nouvelle collection, gestes répétitifs etc. Peut être remarqué.

Symptômes de la démence fronto-temporale variante langagière

On reconnaît les aphasies progressives primaires par une atteinte dominante du langage. Souvent la personne dit oublier les mots, or sa mémoire n'est pas atteinte. Il existe trois types d'APP.

- La variante sémantique :

La personne atteinte de la variante sémantique a une perte du sens des mots : « Qu'est-ce qu'une clé ? A quoi sert une clé ? ». Elle rencontre aussi une difficulté à nommer les objets, en fin la personne parle sans arrêt avec conviction bien que son discours est totalement dépourvu de sens.

- La variante non-fluente :

La personne atteinte de la variante non-fluente possède un discours agrammatique²⁶. En plus, on peut ajouter un débit ralenti avec des tâtonnements articulatoire audibles ou visibles, des faux départs, des redémarrages fréquents, des autocorrections et des pauses silencieuses. Contrairement à la variante sémantique, la personne comprend le sens des mots et des phrases simples.

- La variante logopénique :

La personne atteinte de la variante logopénique possède des difficultés à nommer et à trouver certains objets. De plus, elle a un trouble de la répétition de mot ou de phrase²⁷. En revanche, la personne préserve la compréhension des mots isolés et des connaissances sur les objets.

²⁵ Faire cesser une inhibition, se lâcher, se décoincer.

²⁶ L'agrammatisme est un trouble du langage qui concerne essentiellement la capacité à produire des énoncés corrects sur le plan grammatical ou syntaxique

²⁷ Palilalie.

c. Les causes des démences fronto-temporales

Nous ne connaissons pas les causes précises d'une DFT-vc/APP. Cependant, il a déjà été observé une accumulation anormale de protéine qui provoque une dégénérescence dans certaines régions du cerveau dont le lobe frontale. Il n'y a pas de cause génétique ou héréditaire. On note souvent une histoire familiale, de maladie psychiatrique, de criminalité et d'abus de substance. En revanche, une atteinte du comportement à la suite d'un AVC ou d'une tumeur ne constitue pas une DFT-vc/APP.

d. Facteurs favorisant les démences fronto-temporales

Il existe plusieurs facteurs favorisant les démences fronto-temporales, le fait d'avoir des besoins essentiels non satisfaits comme la faim, soif, sécurité, sociabilité. L'absence de routine quotidienne ou l'absence de repère temporo-spatiaux, les lobes frontaux ainsi que les lobes temporaux endommagés, enfin la iatrogénie médicamenteuse.²⁸

e. Evolution des démences fronto-temporales

1. Evolution de la DFT-vc

La maladie a une durée de 8 ans. Les personnes atteintes peuvent au fil du temps, développer des problèmes de déglutitions, des troubles de mémoire et de mouvement telle une rigidité tout comme la maladie de Parkinson ou une faiblesse musculaire maladie de Charcot. La DFT-vc entraîne une perte importante de l'autonomie. La personne atteinte, aura besoin d'un encadrement important pour toutes les tâches quotidiennes.

2. Evolution de l'APP

La maladie a une durée variante de 8 à 10 ans. Progressivement, les difficultés de langage vont s'accroître et affecter grandement la capacité de communiquer des personnes atteintes. Les personnes peuvent, au fil du temps, développer des troubles de comportement, de mouvement tels que la rigidité ou une faiblesse musculaire. Les APP entraînent éventuellement, une perte d'autonomie progressive. La personne atteinte, aura besoin d'un encadrement important pour toutes les tâches quotidiennes. L'évolution est toutefois moins prononcée que dans la DFT-vc ou la maladie d'Alzheimer.

²⁸ Désigne tous les effets indésirables plus ou moins graves, provoqués par les médicaments.

f. Traitement des démences fronto-temporales.

Dans un premier temps, il faut favoriser les approches non pharmacologiques. C'est-à-dire ne pas juger la personne pour son comportement, il est important de rester calme et de la rassurer. Somme toute maintenir ses capacités fonctionnelles, la valoriser dans les tâches qu'elle est encore capable d'accomplir, sa participation et d'encourager ses actions que ce soit pour ses soins personnels ou dans les activités auxquelles, elle participe quotidiennement.

Pour le traitement médicamenteux de la démence fronto-temporale, il n'existe actuellement aucun traitement curatif. Cependant, il est possible de traiter des symptômes en particulier afin d'atténuer les troubles du comportements du patient.

Démence à corps de Lewy

a. Définition

La démence à corps de Lewy, est une maladie de la mémoire comportant des points communs avec la maladie d'Alzheimer ainsi que la maladie de Parkinson. La démence à corps de Lewy représente 5 à 10% des cas de démence. Elle doit son nom à la présence d'accumulations de protéines dans les neurones, que l'on voit au microscope et qui sont appelées "*corps de Lewy*".

b. Symptômes de la démence à corps de Lewy

La perte de capacités cognitives est souvent l'un des premiers symptômes de la maladie à corps de Lewy. Les troubles cognitifs retrouvés dans la démence à corps de Lewy ont leurs particularités propres à la maladie. Au début de la maladie, les troubles de la mémoire n'apparaissent pas toujours. Ils se manifestent souvent plus tard, contrairement à la maladie d'Alzheimer.

- Troubles cognitifs : Les personnes atteintes de la maladie vont tout d'abord sembler inattentives. Leurs fonctions exécutives vont être touchées. On note de façon marquée, des difficultés dans la perception visuo-spatiale.
- Hallucinations visuelles : Environ 75% des patients sont touchés par des hallucinations visuelles. Souvent, ils voient quelqu'un ou des animaux qui ne sont réellement pas présent. Ces hallucinations sont fréquentes et généralement non menaçantes pour la

personne qui en est atteinte. Les hallucinations auditives ne font pas partie de la démence à corps de Lewy.

- Fluctuation de l'attention et de la vigilance : Au cours d'une même journée, les patients peuvent, par moment, sembler endormis ou confus, puis être bien éveillés et alertes. Ils peuvent aussi paraître plus déprimés ou anxieux et être moins intéressés à poursuivre certaines de leurs activités.
- Troubles moteurs : Les patients peuvent présenter plusieurs symptômes de la maladie de Parkinson, comme des troubles de l'équilibre, une démarche plus lente, une rigidité musculaire et occasionnellement des tremblements. Contrairement à la maladie de Parkinson, les personnes atteintes de la démence à corps de Lewy présentent des troubles moteurs en même temps que des problèmes cognitifs ou des hallucinations.
- Troubles du sommeil : Les patients vivent leurs rêves comme s'ils étaient éveillés et peuvent donc parler, crier, bouger. On appelle ce phénomène : trouble du comportement en sommeil paradoxal. Ce trouble peut précéder la maladie de Parkinson et la démence à corps de Lewy.

c. Causes de la démence à corps de Lewy

Cette maladie est caractérisée par des dépôts anormaux d'une protéine dans les neurones. On nomme ces dépôts « Corps de Lewy ». Nous ne connaissons pas encore la raison de ces dépôts et l'apparition de la maladie. Néanmoins, nous savons que les hommes sont plus à risque que les femmes. L'âge moyens des patients est d'environ 75 ans, le risque augmente avec l'âge.

d. Facteurs favorisant la démence à corps de Lewy

Certaines pathologies, comme la maladie de Parkinson et certains troubles, comme le trouble du comportement en sommeil paradoxal sont associés à un risque élevé d'être atteint de démence à corps de Lewy. La démence à corps de Lewy n'est pas considérée comme une maladie héréditaire. Aucun facteur environnementaux spécifiques n'est requis ici, en revanche un mode de vie sain réduirait le risque d'avoir une démence quelconque.

e. Traitement de la démence à corps de Lewy

La démence à corps de Lewy est une maladie neurodégénérative qui évolue lentement sur plusieurs années. Malheureusement, il n'existe à ce jour, aucun traitement pour en guérir. Certains médicaments, peuvent cependant être tentés pour diminuer les symptômes et améliorer la qualité de vie des patients.

Maladie de Parkinson

a. Définition

La maladie de Parkinson est une maladie neuro-dégénérative caractérisée par la destruction des neurones à dopamine²⁹. Ces neurones sont impliqués dans le contrôle des mouvements. La maladie survient en moyenne entre l'âge de 55 et 65 ans. La cause de la maladie Parkinson demeure inconnue, bien que le rôle de certains facteurs environnementaux et génétiques soit suspecté.

b. Symptôme de la maladie de Parkinson

1. Les symptômes moteurs

La personne ressent une rigidité dans les muscles ce qui engendre, un ralentissement des mouvements. En plus de ça, il y a des tremblements lorsque les membres sont au repos. Il y a aussi une atteinte de la posture.

2. Les symptômes non moteurs

La maladie de Parkinson atteint l'humeur de la personne : anxiété, dépression. Elle provoque en plus une anosmie³⁰, des troubles du sommeil : insomnie, rêves agités, mais aussi un ralentissement de la pensée.

c. Causes de la maladie de Parkinson

Environ 5% des cas de Parkinson serait d'origine héréditaire. Au-delà de la génétique, nous pensons que l'environnement joue un rôle. L'exposition à certains facteurs environnementaux et à diverse produit chimique de types pesticides ou à certains solvant peuvent entraîner le

²⁹ La dopamine est impliquée dans « le contrôle moteur, l'attention, le plaisir et la motivation, le sommeil, la mémoire et la cognition.

³⁰ Perte totale ou partielle de l'odorat.

déclanchement de la maladie de Parkinson. Depuis 2012, la maladie de Parkinson figure sur le tableau des maladies professionnelles du régime agricole.

d. Facteurs favorisant la maladie de Parkinson

Bien que les causes réelles de la maladie de Parkinson soit inconnue, nous connaissons quelques facteurs favorisant la maladie :

- L'âge : la maladie de parkinson apparait généralement entre 55 et 65 ans.
- Le sexe : les hommes sont 2 fois plus touchés que les femmes. En revanche, la maladie semble évoluer plus rapidement chez la femme.
- Exposition (sur plusieurs années) aux pesticides ainsi qu'aux solvants organique.

e. Traitement pour la maladie de Parkinson

On ne peut pas guérir de la maladie de Parkinson. En revanche, il existe des traitements antiparkinsoniens visant à pallier le manque de dopamine. Cependant, ce traitement à des effets secondaire comme des troubles du comportement, nausées, vomissement par exemple. En complément du traitement, il est possible de faire de la rééducation physique et orthophonique.

Maladie d'Alzheimer

a. Définition

C'est une maladie neuro-dégénérative, caractérisée par une perte progressive de la mémoire, dont les symptômes s'aggravent au fur et à mesure que la maladie progresse. Les personnes atteintes d'Alzheimer ont progressivement tendance à oublier des informations importantes. Étonnamment, ces oublis concernent habituellement davantage la mémoire à court terme qu'à long terme. Avec le temps, ce n'est plus seulement la mémoire qui est atteinte. Mais aussi les autres fonctions du cerveau, comme le langage, l'attention, la planification ou le jugement.

b. Symptôme de la maladie d'Alzheimer

Plusieurs symptômes sont associés à la maladie d'Alzheimer, ils apparaîtront progressivement de façon aléatoire d'une personne à l'autre. La personne atteinte peut rencontrer des

difficultés à exécuter des tâches familières, ainsi que des pertes d'intérêt. Elle aura un jugement amoindri, entre autres des difficultés à juger des situations potentiellement dangereuses et des changements d'humeur. L'un des symptômes le plus connu de la maladie d'Alzheimer est la perte de mémoire qui engendrera la perte d'objets et peut être aussi à l'origine d'aphasie.

c. Causes de la maladie d'Alzheimer

Les causes de la maladie d'Alzheimer restent encore mal connues à ce-jour. Cependant, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent deux caractéristiques dans leur cerveau : Des dépôts d'une protéine nommée amyloïde autour des neurones, et la dégénérescence neurofibrillaire³¹ que l'on retrouve à l'intérieur des neurones.

d. Facteurs favorisant la maladie d'Alzheimer

Ils existent plusieurs facteurs favorisant la maladie d'Alzheimer :

- L'âge : le principale facteur de risque, la plupart des cas surviennent après 65 ans.
- Les antécédents familiaux : la forme héréditaire représente 5% des patients de la maladie d'Alzheimer.
- Les facteurs cardiovasculaires : hypertension, AVC, hypercholestérolémie, obésité, diabète.
- Les facteurs de risques modifiables : obésité, sédentarité, hypertension, tabagisme, diabète, maladie cardiaque ainsi que les traumatismes crâniens.

e. Traitement pour la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est incurable. Jusqu'à ce jour, aucun traitement n'arrête ou ne ralentit la progression de la maladie dans le cerveau. Garder le cerveau en bonne santé est primordiale pour ralentir la progression de la maladie. Tout comme pour le déclin cognitif vu précédemment, il est important d'entretenir un maximum la cognition en faisant des activités stimulantes pour l'intellect, il est aussi important de pratiquer une activité physique, puis de maintenir des relations sociales. La nutrition est tout aussi importante. Avoir une alimentation

³¹ Les fibres présentes dans le corps cellulaire des neurones est moins dense. Annexe : 7 pages 83

saine et équilibré. Plus globalement, il faut maintenir une bonne hygiène de vie en évitant de fumer par exemple.

3. Quels sont les différents troubles cognitifs pour une fonction cognitive touchée ?

a. Lagnosie

Comme nous avons pu le voir dans la partie contextuelle, lagnosie est la faculté de reconnaissance. Une agnosie est un trouble cognitif qui se manifeste par un déficit de la capacité de reconnaissance. La personne ne parvient plus à reconnaître un objet, un son, une odeur, un goût, le toucher. On parle alors d'agnosie visuelle, auditive, olfactive, gustative, somatosensorielle. Les troubles agnosiques concernent généralement un seul sens. Les formes les plus fréquentes sont les agnosies visuelles, auditives et somatosensorielles. Les troubles agnosiques sont souvent dus à l'apparition de lésions cérébrales à la suite d'un AVC, un traumatisme crânien, des troubles neurologiques ou d'une tumeur cérébrale. Il existe différents traitements selon le type d'agnosie, une rééducation orthophonique ou ergothérapeutique peut aider les patients à apprendre comment compenser leurs déficits.

b. L'attention

L'attention c'est la capacité d'être alerte à son environnement et de maintenir son attention sur une durée de temps en rapport à l'âge. Le plus souvent, les personnes ayant des troubles de l'attention sont atteintes d'un trouble de déficit de l'attention avec ou non hyperactivité³². Elles ont des difficultés à se concentrer, à être attentives et à mener à terme des tâches le moins complexes. Elles ont souvent du mal à rester en place, à attendre leur tour et agissent fréquemment de façon impulsive. Un TDAH se développe chez l'enfant, sans qu'une maladie neurologique ou psychiatrique l'explique. On retrouve souvent d'autres troubles comme des troubles de l'apprentissage par exemple. Le TDAH entraîne très souvent des difficultés scolaires. Selon les cas, des séances d'orthophonie en cas de trouble du langage écrit, du langage oral, de troubles logico-mathématiques ou des séances de rééducation en ergothérapie et/ou en psychomotricité en cas de dyspraxie. À l'âge adulte, le TDAH peut occasionner de graves problèmes comportementaux et sociaux. Ainsi, près de la moitié des

³²Trouble de déficit de l'attention avec ou non hyperactivité = TDAH

adultes atteints de TDAH souffrent de troubles anxieux, qui perturbent leur intégration sociale et leur équilibre de vie.

c. La mémoire

La mémoire est un ensemble de fonctions en relation avec la capacité d'enregistrer, d'élaborer, de stocker, de récupérer et d'utiliser des informations. Certaines situations, comme un traumatisme physique entraînant des lésions cérébrales, un AVC, une tumeur du cerveau ou des dégénérescences neuronales³³ entraînent des amnésies durables. Les manifestations de ces troubles sont extrêmement variables selon leur origine et les localisations³⁴ cérébrales des processus pathologiques. Ainsi, des patients atteints d'une démence sémantique. La mémoire sémantique est donc touchée, les mots ou des informations sont oubliés, ils perdent également d'anciens souvenirs. En revanche, leur mémoire épisodique fonctionne toujours. Ils enregistrent de nouveaux souvenirs. Contrairement à la démence sémantique la maladie d'Alzheimer, elle touche la mémoire épisodique. Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les souvenirs les plus anciens sont épargnés plus longtemps que les plus récents. Les troubles de mémoires affectant la mémoire procédurale, eux engendrent la perte de certains automatismes, comme chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Les troubles altérant la mémoire de travail, peuvent quant à eux donner des difficultés à se concentrer et à faire deux tâches en même temps. Il existe un trouble de mémoire passager s'appelant « ictus amnésique idiopathique ». Il survient entre 50 et 70 ans, il s'agit d'une amnésie soudaine et massive pendant laquelle le patient est incapable de se souvenir de ce qu'il vient de faire, sa mémoire épisodique est annihilée. Mais sa mémoire sémantique est intacte : il peut répondre à des questions de vocabulaire et évoquer des connaissances générales. Cette amnésie disparaît souvent après six à huit heures.

d. La praxie

La praxie c'est la capacité de coordonner nos mouvements, comme la marche par exemple. La dyspraxie est une atteinte neurologique, c'est un trouble touchant la planification et la coordination des mouvements nécessaire à l'exécution d'une action volontaire. La dyspraxie

³³ Maladie Alzheimer

³⁴ Voir annexe 8 : pages 84

est présente dès la naissance. Les observations les plus courantes reportées chez des enfants qui présentent une dyspraxie sont : du retard dans les apprentissages moteurs fondamentaux : se lever, marcher, lancer ou attraper une balle etc., des difficultés dans l'habillage, des comportements maladroits, une maîtrise difficile de l'écriture, des difficultés dans le découpage et la capacité d'effectuer des activités de construction. Plus généralement, l'apraxie est un trouble de la gestuelle tout comme la dyspraxie, en revanche celui-ci survient à la suite d'un AVC, traumatisme crânien ou en raison d'une maladie neurologique comme la maladie de Parkinson. Il existe plusieurs apraxies³⁵. En cas d'apraxie, il est possible de faire de la rééducation auprès d'un kinésithérapeute, ergothérapeute ainsi qu'un orthophoniste.

e. Le langage

Le langage nous permet de communiquer par la parole mais aussi par l'écrit. L'aphasie désigne la perte partielle ou totale de la faculté de s'exprimer, de comprendre le langage, parlé ou écrit. L'aphasie est dû à une atteinte neurologique, elle peut être dû à un AVC, un traumatisme crânien, une tumeur ou une maladie neurodégénérative. Il existe plusieurs aphasie³⁶. Pour traiter une aphasie, le plus courant sont des séances de rééducation orthophonique.

f. Les fonctions exécutives

Il s'agit d'un ensemble de fonction nous permettant d'organiser, planifier, faire preuve d'autocritique et de jugement etc. Les fonctions exécutives vont de pair avec les fonctions d'attentions, on retrouve donc principalement le TDAH comme principaux troubles. Lors d'un AVC ou traumatisme crânien, on retrouve quasi systématiquement un dysfonctionnement exécutif. Un dysfonctionnement exécutif entraîne des difficultés à établir des priorités, à organiser et accomplir son travail, résoudre des problèmes. Ça provoque aussi de l'impulsivité ainsi que des difficultés de mémorisation. Pour traiter les dysfonctions exécutives, il faut travailler étapes par étapes, par des aides de mémoires, un renforcement des consignes simples et explicatif.

³⁵ Voir annexe : 9 pages 85

³⁶ Voir annexe : 9 pages 85

g. Les fonctions visuo-spatiales

Les fonctions visuo-spatiales permettent de percevoir correctement des objets dans l'espace ainsi que de déterminer la distance entre nous et l'objet. Parmi les troubles visuo-spatiaux, on retrouve la dyspraxie, la dyslexie³⁷, dyscalculie³⁸. Un trouble visuo-spatial est un dysfonctionnement d'un ou des mécanismes permettant la saisie, l'analyse et le traitement des informations visuelles en vue d'exécuter une tâche en particulier. Une des manifestations les plus sévères des troubles visuospatiaux est le syndrome de Balint. Les patients qui en sont affectés deviennent alors « aveugle pour l'espace ». Ce syndrome, est caractérisé par une incapacité à atteindre une cible sous contrôle visuel, c'est aussi l'incapacité à orienter volontairement son regard vers un stimulus situé dans le champ de vision périphérique³⁹. Enfin, parmi les troubles visuo-spatiaux il y a la perte de l'orientation. Celle-ci se définit comme l'incapacité à reconnaître l'environnement et à s'y orienter. Plusieurs stratégies cognitives sont utilisées pour naviguer dans l'environnement. Les troubles de l'orientation peuvent ainsi résulter de mécanismes divers, comme d'un trouble de l'analyse visuelle de l'espace, de la reconnaissance des repères saillants de l'environnement ou de la perte de la mémoire des trajets dû à une amnésie par exemple. Pour traiter un trouble visuo-spatial, il est possible de faire de la rééducation orthophonique, ergothérapeutique ainsi qu'orthoptique⁴⁰.

Nous avons vu ce qu'était le déclin cognitif ainsi que ses effets sur nos fonctions cognitives mais aussi les meilleurs moyens de le ralentir. Ensuite, nous avons étudié les pathologies les plus fréquentes causant des troubles cognitifs et pour finir nous avons pu observer les différents liens entre un trouble cognitif et sa fonction cognitive. Toutefois, nous avons pu voir que certaines pathologies n'ont pas encore de traitement pour en guérir totalement. Nous allons maintenant poursuivre avec la partie pratique de ce travail où nous verrons comment l'aide-soignant ainsi que l'équipe soignante peuvent préserver les fonctions cognitives d'une personne âgée.

³⁷ Difficulté à reconnaître les mots.

³⁸ Difficulté dans l'alignement des chiffres en géométries et mesure.

³⁹ Le champ de vision périphérique, c'est le champ de vision permettant de percevoir des indications visuelles depuis les côtés des deux yeux.

⁴⁰ L'orthoptie est une profession paramédicale qui s'intéresse au dépistage, à la rééducation, à la réadaptation et à l'exploration fonctionnelle des troubles de la vision

Partie Pratique

Après la théorie, passons désormais à la pratique. Dans cette partie pratique, nous allons développer plusieurs points. Dans un premier temps, nous verrons comment évaluer les troubles cognitifs, à la suite de ça nous verrons les différents rôles de l'aide-soignant. Et enfin, nous verrons comment l'aide-soignant peut aider une personne atteinte de trouble cognitif. Plus précisément une personne ayant des troubles mnésiques puis une personne ayant des troubles apraxique et enfin une personne ayant des troubles du comportement. Par la suite, nous verrons ce qu'est le snoezelen, la musicothérapie et enfin la réminiscence.

Comment évaluer les différents troubles cognitifs ?

Dans un premier temps, il est important de comprendre comment se déroule l'évaluation d'un trouble cognitif. L'évaluation d'un trouble cognitif s'effectue auprès d'un neuropsychologue. Le neuropsychologue prend connaissance de tous les documents pertinents⁴¹ disponibles pour mieux comprendre la situation du patient. En cas de besoin, le neuropsychologue peut faire appel à une aide extérieure afin de recueillir des informations relatives à l'histoire personnelle et familiale du patient, ses antécédents médicaux, son mode de vie et son activité professionnelle. Ces informations, permettent au neuropsychologue de contextualiser la plainte, les symptômes et de poser l'hypothèse d'un déclin cognitif durable et évolutif. Ensuite, le neuropsychologue fait passer des tests au patient, il existe d'innombrable test différent.

Les tests d'attention

Nous avons vu précédemment que l'attention est la fonction qui nous permet de rester concentré, nous avons vu aussi que cette fonction va de pair avec d'autre comme la mémoire par exemple. Pour évaluer l'attention, il faut utiliser des épreuves simples, qui permettent au patient de produire ainsi que de maintenir un effort cognitif. Comme épreuve, il y a l'énumération des différents mois de l'année à l'endroit puis à rebours, le compte à rebours de 20 jusque 0, la soustraction de 6 en 6 en commençant à 100.

⁴¹ Autres évaluations en psychologie, orthophonie ou orthopédagogie, bulletins scolaires, productions scolaires, etc.

Les tests de mémoire

Nous avons vu précédemment que la mémoire est notre capacité de retenir des informations pouvant être visuelles, verbales. Nous avons aussi vu qu'il existait plusieurs types de mémoire, selon le type de mémoire touché les tests varieront. Pour évaluer la mémoire, tout d'abord il y a l'interrogatoire. Cela va permettre d'évaluer les plaintes et les répercussions des troubles mnésiques, par l'évocation d'informations personnelles datées et localisées : mémoire épisodique et de connaissances : mémoire sémantique. Tout d'abord lors de l'interrogatoire, nous commencerons par la mémoire autobiographique, c'est-à-dire la mémoire des événements personnels comme : visite, voyage, événements marquants, des emplois, histoire familiale, dates et lieux d'événements importants. Lors de l'interrogatoire, nous vérifierons ensuite la mémoire sémantique. Pour faire ceci, nous devons poser des questions d'ordre culture générale comme « qu'elle est la capitale de l'Australie ? », ou encore « Où vit le pape ? ». Pour évaluer la mémoire sémantique, nous pouvons aussi poser des questions liées au métier de la personne, par exemple pour un électricien on peut lui demander « quels outils il utilisait ? ». Enfin, il nous reste plus qu'à poser des questions sur la chronologie des événements passer comme « Qui sont les 2 derniers champions d'Europe au foot ? », mais encore « Où se sont déroulés les JO ? ». Une fois que nous aurons terminé l'interrogatoire, nous allons évaluer la mémoire de travail. Pour évaluer celle-ci, nous pouvons énoncer une suite de mots à voix haute, le patient devra les répéter immédiatement, cela permettra de vérifier l'encodage. Ensuite, nous les ferons réitérer à la suite d'une tâche effectuer comme citer les jours de la semaine par exemple. A la suite de cette épreuve, nous pouvons en effectuer une autre celle-ci sera plus visuel. Cette épreuve se nomme le test des 5 mots⁴² en bref cette épreuve consiste d'écrire 5 mots sur une feuille montrer la feuille au patient afin qu'il mémorise les mots, une fois que c'est fait nous retournons la feuille et nous demandons au patient de réciter les mots, nous pouvons donner des indices en cas de besoin.

Les tests du langage

Nous avons vu précédemment que le langage est une fonction, qui nous permet de communiquer de deux façons à l'oral ainsi qu'à l'écrit. Nous avons aussi vu, que cette fonction regroupe aussi bien la communication mais aussi la compréhension. Tout comme la

⁴² Voir annexe :10 pages 87

communication, la compréhension fonctionne de deux façons l'oral et l'écrit. L'épreuve ici consistera dans un premier temps, d'évaluer le débit de la parole du patient. Ce débit sera dit non fluent si il est diminué, ou de fluent si il est normal. Les troubles de la syntaxe, quant à eux peuvent être évalué par la description d'une image mettant en scène des personnages par exemple ou simplement en demandant au patient de construire une phrase à partir de trois mots que nous lui donnerons comme « parc, ballon, enfant ». Nous évaluerons ensuite la compréhension des mots, pour se faire nous montrerons une image au patient. Sur cette image, il peut y avoir plusieurs objets du même type ou non. Par exemple, sur une image comprenant plusieurs objets d'audio-visuel, nous demandons au patient de trouver l'appareil photo. La compréhension des phrases, peut s'évaluer par l'exécution d'ordres comme « avec votre main gauche, touchez votre coude droit, puis votre oreille gauche. ». L'exploration du langage écrit consiste à faire lire, écrire et épeler des mots comme café, table, baptême etc.

Les tests de praxies

Nous avons vu dans la partie contextuelle, que la praxie regroupe des mouvements ou une suite de mouvement. Tout d'abord, pour pouvoir évaluer convenablement des troubles apraxiques, il sera important d'interroger le patient. L'interrogatoire peut être évocateur de lenteur, erreurs dans l'utilisation des objets, difficultés pour se (dé)vêtir, se (dé)chausser, se laver mais encore se raser. Dans les maladies, ces difficultés praxique entraine le plus souvent une diminution voire l'abandon des activités. Ceux-ci sont parfois méconnues de l'entourage, qui les interprète comme un moindre intérêt ou des signes de dépression. Dans un premier temps, il y aura l'évaluation de la motricité fine c'est-à-dire nous demanderons au patient d'attraper un objet du bout des doigts par exemple. Suite à ça nous demanderons au patient de tordre une serviette, se peigner ou simplement se brosser les dents. Nous évaluerons ensuite la praxie bucco-faciale, pour évaluer celle-ci nous demanderons au patient de siffler ou de claquer la langue par exemple. Et pour finir nous allons évaluer la praxie lors de l'habillage, pour se faire nous allons simplement demander au patient de boutonner une chemise, enfiler un tee-shirt etc.

Les tests visuo-spatiales

Nous avons vu précédemment que la fonction visuo-spatiale, est une fonction très complexe qui nous permet de nous orienter ainsi que nous repérer. Cette fonction nous permet aussi,

de percevoir des objets et d'en déduire sa distance. L'évaluation de cette fonction cognitive consiste, à la recherche d'une extinction visuelle ou sensitive. Par exemple, lors de la stimulation bilatérale, le patient ne perçoit pas le stimulus du côté droit, en revanche il a senti correctement le stimulus du côté gauche. Lors de l'évaluation, si le patient a déjà fait un AVC il est important d'effectuer des recherches, sur une éventuelle hémiparésie⁴³ par divers épreuves. Ces épreuves peuvent être multiples⁴⁴, par exemple nous demandons au patient de repérer des symboles répartis sur une feuille et de les barrer une fois que le patient a fini. Il nous faudra alors vérifier que toute la feuille a bien été prise en considération par le patient. Mais encore, nous pouvons donner une image au patient. Il devra alors énumérer ce qu'il y voit. Dans ce cas, il sera important de poser des questions sur ce qui se trouve sur les parties gauche et droite de l'image. Enfin, nous pouvons effectuer une lecture et dictée de phrase et de mots. Ici, il est possible que le patient omette une partie de la feuille mais aussi une partie des mots.

Les tests de perception

La fonction gnosie comme nous l'avons vu regroupe nos sens c'est-à-dire la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et enfin le goût. L'évaluation de cette fonction est très simple, il suffit de s'assurer de l'absence de trouble perceptif. Il s'agit simplement d'effectuer des stimuli dans les modalités suivantes : visuelle, tactile, olfactive, auditive, gustative.

Les tests de fonction exécutive

Nous avons vu que pour cette fonction exécutive, il s'agissait d'un ensemble qui nous permet d'organiser, planifier, avoir un sens d'autocritique et de jugement. Pour évaluer tout ça, il faudra dans un premier temps effectuer un interrogatoire. Lors de cette entretien, nous devons faire preuve d'observation afin de chercher plusieurs choses. Tout d'abord, il faudra chercher des indices de désinhibition, c'est-à-dire de la familiarité dans les propos et les gestes, une modification de comportement lors de repas par exemple et enfin de l'impulsivité, une irritabilité et grossièreté. Ensuite, il faudra chercher une absence d'initiative. Attention, nous ne devons pas tomber dans le piège de la dépression. En effet, l'absence d'initiative n'est pas un syndrome dépressif, car il manque ici la douleur morale et la tristesse. Nous allons

⁴³ C'est une anomalie due à une lésion de l'un des hémisphères cérébraux à la suite d'un AVC par exemple et qui conduit la personne atteinte à négliger, "oublier" la moitié de l'espace qui l'entoure.

⁴⁴ Exemple de test permettant l'évaluation des troubles visuo-spatiaux voir annexe : 11 pages 89

ensuite nous concentrer sur les troubles alimentaires, modification des quantités ou de la qualité des aliments, ingestion d'objet non alimentaire. Ensuite, il y a la réduction de l'hygiène corporelle, de la propreté du logement. Nous devons observer comment le patient s'habille, souvent ses vêtements auront une absence d'harmonie, une inadéquation avec la température etc. Niveau hygiène, le comportement urinaire peut changer lui aussi, le patient peut effectuer ses mictions dans un lieu inadapté. Niveau du comportement, le patient peut totalement changer de routine, c'est-à-dire faire la collection d'item alors que celui-ci n'avait aucun intérêt pour ceux-ci auparavant. La perte de l'autocritique, se définit par la perte de l'évaluation des conséquences de nos actes ou propos.

Nous allons désormais passer aux différents tests. Dans un premier temps, nous allons évaluer le langage ainsi que la mémoire du patient. Les évaluations du langage seront des épreuves de fluence verbale. Le patient devra nommer le plus de mots appartenant à une même catégorie, par exemple des marques automobiles, ou simplement des mots commençant par la même lettre. Ces tests, nous permettront dans un premier temps d'évaluer les stratégies de recherche d'information. Pour la mémoire, nous savons que les fonctions exécutives jouent un rôle à la mise en place de stratégie mnémotechnique. A présent, nous allons voir plusieurs tests afin d'évaluer les fonctions exécutives. Voyons la stratégie. Pour évaluer celle-ci nous allons simplement demander « Comment faites-vous pour contacter quelqu'un dont vous avez oublié l'adresse et le numéro de téléphone ? ». Ensuite, pour évaluer le jugement du patient, nous allons lui demander son opinion sur un événement connu comme « A votre avis, pourquoi paie-t-on des impôts ? ». Pour évaluer la résolution des problèmes, il nous faut être créatif et inventer des problèmes comme par exemple « Un piéton va à la gare en 90mn. Un cycliste va trois fois plus vite. Une voiture va quant à elle deux fois plus vite que le cycliste. Combien de temps met la voiture pour aller à la gare ? ». Les consignes conflictuelle, il faut donner au patient deux consignes une ou il peut faire l'action, une ou il ne peut pas faire l'action par exemple « lorsque je tape le stylo sur le bureau une fois, vous touchez le bureau deux fois. A l'inverse lorsque je tape le bureau avec le stylo une fois, vous ne faites rien. ». Et pour finir, nous évaluerons la flexibilité mentale du patient. La flexibilité mentale correspond à la capacité d'une personne de passer d'une tâche cognitive à une autre. Par exemple, nous pouvons demander au patient d'alterner oralement entre chiffre et lettre.

Désormais, nous allons voir une description de différents tests psychométriques⁴⁵ pouvant aider à évaluer un trouble cognitif, ces tests peuvent être fait en plus de ceux que nous venons de voir. Le tableau se trouve à la page suivante.

⁴⁵ Les tests psychométriques permettent de déterminer les caractéristiques particulières d'un individu. Ils évaluent son comportement général.

Nom	Description	Repère TNC Mineure	Repère TNC Majeure	Durée (mn)	Explore la mémoire
MMSE 46	Test global sensible à l'âge et au niveau éducatif. N'évalue pas les fonctions exécutives, faussement négatif si niveau éducatif élevé	Non	Oui	>15	Oui
MOCA 47	Test global : attention concentration, fonctions exécutives, mémoire épisodique, langage, praxies visuelles constructives, abstraction, calcul, orientation Faussement négatif si niveau éducatif élevé Faussement positif si niveau éducatif faible	Oui	Oui	>15	Oui
GP- COG ⁴⁸	Évalue plusieurs fonctions Adresse à mémoriser, date du jour ..., évocation d'événements récents, rappel de l'adresse ..., Test patient (9 pts) complété par test entourage (6 pts)	Oui	Oui	5	Non
6-CIT	Évalue plusieurs fonctions. On cote les erreurs : Année ? (4 pts) ; Mois ? (3 pts) ; Adresse (5 éléments à mémoriser) ; Heure ? (3 pts) Distraction par calcul ou épeler à rebours. L'adresse ? (2 pts par erreur) Seuil > 7	Oui	Oui	5/10	Non

⁴⁶ Test américain

⁴⁷ Test canadien

⁴⁸ Test australien

Nom	Description	Repère TNC Mineure	Repère TNC Majeure	Durée (mn)	Explore la mémoire
MIS ⁴⁹	Évalue la mémoire uniquement. Apprentissage de 4 mots écrits « souris, flûte, violet, pyjama » avec indiçage. On cote succès ou échec de l'apprentissage après 5 essais. Si succès, rappel libre et indicé après distraction : 2 pts si rappel libre, 1 pt si indicé. Noter les intrusions.	Oui	Oui	5	Non
5 mots de Dubois ⁵⁰	Évalue la mémoire uniquement Test en 3 étapes. Une feuille avec 5 mots Encodage 1° : « Lisez à voix haute les 5 mots et essayez de les retenir. Tout en regardant la liste demander « Nom de la boisson ? » » Contrôle de l'encodage : sans la feuille, redire les 5 mots ? Indice uniquement pour les mots oubliés. Un pt par mot retrouvé. Si < 5, les mots ne sont pas enregistrés, répéter l'encodage (3 fois max), si > 5 pts, enregistrement effectif. Distraction. Rappel libre et indicé. Noter les intrusions. Score seuil = 10 et = 8 pour les plus de 80 ans	Oui	Oui	5	Oui
Codex	2 épreuves (item) : un rappel différé de 3 mots et test de l'horloge simplifié. Si erreur sur une épreuve ; évaluation orientation spatiale.	Oui	Oui	>3	Oui

⁴⁹ Test britannique

⁵⁰ Test français

Quels sont les différents rôles de l'aide-soignant ?

Dans ce point nous allons voir les différents rôles de l'aide-soignant par rapport à la problématique. L'aide-soignant a nombreux rôles à jouer auprès du patient, mais aussi de sa famille et son entourage, ainsi qu'auprès de l'équipe pluridisciplinaire avec laquelle il sera amené de travailler. Nous allons maintenant développer les rôles auprès de ces personnes.

a. Rôles de l'aide-soignant auprès du patient.

Les rôles de l'aide-soignant auprès du patient est donc dans ce sujet, auprès de la personne ayant des troubles cognitifs. Auprès d'elle, l'aide-soignant aura un rôle de présence active, d'accompagnement mais aussi un rôle d'éducation et de prévention.

Un rôle de présence active et d'accompagnement.

Pour commencer, l'aide-soignant a un rôle de présence active et d'accompagnement. Il devra écouter la personne, mais aussi observer ses comportements en vue de détecter les ressources et les déficits possibles, stimuler les capacités physiques et mentales et la soutenir moralement. Nous allons donc développer ici toutes ces tâches importantes et nécessaires dans le rôle de la présence active et de l'accompagnement lors de la communication avec une personne atteinte de trouble cognitif. Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, la bonne communication est nécessairement basée sur une bonne écoute et pour écouter de la meilleure façon possible l'aide-soignant pourra utiliser certaines notions. Avoir un bon sens de l'observation est une qualité essentielle chez un aide-soignant, surtout pour le rôle de présence active et d'accompagnement. Il sera nécessaire d'observer le comportement de la personne en vue de détecter ses ressources et ses déficits possibles et éventuellement dans ce cas utiliser le MMSE. Le MMSE pourrait aussi être utilisé de manière moins officielle : poser des questions telles que « quel jour sommes-nous ? » lors de la prise en charge de la personne, ces questions peuvent nous aider à déceler certains déclin cognitifs ou surveiller l'évolution d'un déclin cognitif déjà présent. De plus, lors de la communication avec le patient, l'observation sera réellement nécessaire : observer son comportement non verbal pourrait nous donner des indications sur ce qu'elle ressent. Parfois la communication verbale ne sera pas en adéquation avec la communication non verbale : ce que la personne dit ne sera pas forcément ce qu'elle pense ou ce qu'elle ressent. Stimuler les capacités physiques et mentales du patient fait également partie des tâches qui nous sont destinées. Cette tâche suppose que

nous connaissons en amont ses capacités. Il sera important de connaître la personne en face de nous et de la stimuler en fonction de ses capacités : lui demander quelque chose qu'elle n'est pas capable de faire la mettrait en situation d'échec et donc diminuerait l'estime d'elle-même. Au contraire, lui demander de réaliser des choses qui sont dans ses capacités, pourraient la valoriser lorsqu'elle les effectuera cela aura donc un impact bénéfique sur son estime d'elle-même. L'estime de soi est importante au bien être, une personne qui a une bonne estime d'elle-même se sentira mieux et craindra moins le jugement, elle se sentira donc plus à l'aise en collectivité et tout cela participe à l'envie de communiquer. Stimuler les capacités mentales d'une personne atteinte de trouble cognitif est d'autant plus important. Stimuler les capacités physiques peut aussi leur permettre de garder une certaine autonomie et fait également partie de notre rôle. Certains outils sont disponibles pour stimuler les capacités physiques et mentales des patients peuvent être mis en place pendant les activités comme par exemple le snoezelen, la réminiscence ou encore la musicothérapie. En plus de stimuler ses capacités, ces activités auront tendance à apaiser la personne. Grâce à la communication, nous pouvons stimuler la personne à parler, à se souvenir, à lire, etc. Nous devons également soutenir les patients avec lesquelles nous communiquons : de toute l'équipe pluridisciplinaire présente autour de la personne, c'est sûrement avec les aides-soignants que les opportunités de communication se présenteront le plus. Elles ont besoin de se sentir comprises et soutenues lorsqu'elles communiquent, si ce n'est pas le cas, elles auront probablement plus de mal à entrer en communication et le risque d'isolement et de repli sur elle-même augmentera. Pour pouvoir soutenir une personne ayant un trouble cognitif, il est important de construire une relation de confiance et sécuritaire.

Un rôle d'éducation.

Après d'un patient ayant des troubles cognitifs, nous avons également un rôle d'éducation. Nous pouvons la conseiller sur les activités qu'il peut faire et qui pourront stimuler ses capacités physiques et mentales. Nous ne devons pas nous attarder sur des choses trop compliquées, un des troubles faisant parti des troubles cognitifs est la perte de mémoire. En tant que soignant, nous devons le garder en tête ce que nous apporterons à une personne démente sera sûrement très vite oublié. Les conseils que nous donnerons se feront donc sur le moment. Chez les personnes ayants des troubles amnésiques, il est important d'instaurer des rituels, d'ailleurs certains rituels qu'elles faisaient dans leur vie restent et elles font ces

choses par habitude. Il est également de notre ressort de prévenir aux risques d'isolements, en veillant à ce que la personne ne reste pas seule dans sa chambre et qu'elle participe aux activités, si elle est d'accord. Pour favoriser sa participation aux activités, il peut être intéressant de connaître son histoire de vie, ses centres d'intérêts et les activités qu'elle aimait faire dans le passé. Pour pouvoir exercer tous ces rôles de la meilleure façon possible, il nous faudra au préalable prendre le temps d'apprendre à connaître la personne avec laquelle nous communiquons ou avec laquelle nous souhaitons entrer en communication. Après avoir pris connaissance du dossier et de l'histoire de vie de celle-ci, il faut pouvoir connaître la personne pour l'accepter dans son entièreté, telle qu'elle a été dans le passé mais telle qu'elle est aujourd'hui également. Il serait compliqué de prendre en charge et de communiquer avec une personne que nous ne connaissons pas.

b. Rôles de l'aide-soignant après de l'entourage/ famille du patient.

En tant qu'aide-soignant, nous avons également certains rôles à jouer auprès de la famille et de l'entourage de la personne. Il ne faut pas oublier qu'un trouble cognitif a de nombreuses répercussions sur la famille, l'entourage et qu'ils peuvent en souffrir. Bien souvent, ils ne connaissent pas la maladie et se sont toujours occupé de leur proche. Confier leur proche à une institution et une équipe de soignant n'est pas chose aisée. Nous aurons donc également un rôle de présence active, d'accompagnement, mais aussi un rôle d'éducation et un rôle de relais.

Rôle de présence active et d'accompagnement.

La famille et l'entourage, tout comme le patient, ont un profond besoin d'écoute. Nous pouvons et nous devons pratiquer l'écoute active avec la famille. En effet, il faut aussi pouvoir écouter ce que la famille et l'entourage ressent : être l'aidant d'une personne n'est pas évident. Bien souvent, ils auront besoin de se confier. Il faut savoir écouter ce que l'aidant fait au quotidien, comment il perçoit et vit la situation dans laquelle il se trouve. Un trouble cognitif est au sens large une maladie qui ne fait pas qu'une seule victime. La famille en souffre également, même si elle est souvent oubliée. Les conséquences sont généralement néfastes chez les aidants et ils peuvent être vulnérables. Ils peuvent ressentir de la détresse liée à la souffrance et à la modification psychique de leur proche, de la fatigue due à la charge quotidienne que représente leur proche, des inquiétudes, des frustrations, de la peur, de la

colère, de l'impuissance, etc. Face à tous ces sentiments qu'ils peuvent ressentir, ils auront bien souvent besoin de parler et d'une oreille attentive qui les écoute. De plus, la famille de la personne peut être considérée comme une experte dans certains domaines comme dans l'histoire de vie de la personne, pour réaliser son anamnèse et aussi sur la façon d'approcher la personne, etc. Toutes ces choses sont importantes et nécessaires pour la prise en charge du patient. Il faut donc pouvoir reconnaître les compétences de la famille et écouter ce qu'elle a à nous dire sur le patient. La qualité de la communication entre le patient, la famille et les soignants sera importante et c'est la qualité de cette communication qui donnera une qualité de prise en charge. Pour cela, il est donc nécessaire d'écouter et de prendre en compte les besoins de chacun.

Un rôle d'éducation.

Les proches ont souvent besoin d'aide sous forme d'information sur la maladie, de conseil sur la façon de prendre en charge la personne, de communiquer avec elle. Nous pouvons les éduquer au vu des principes que nous connaissons, nous pouvons aussi leur conseiller de prendre l'habitude d'observer et de décoder le comportement de la personne. Cela pourrait leur permettre de mieux comprendre ce qui se passe et donc améliorer l'efficacité de la relation en diminuant leur incompréhension et donc atténuer leur souffrance. Tout comme pour le patient, il faut être honnête face à la famille et à l'entourage certaines maladie peuvent être évolutive et les symptômes vont s'aggraver. Notre rôle n'est pas d'éduquer la famille sur la maladie en tant que telle, de leur donner une échéance ou de leur faire une liste des symptômes que leur proche pourrait avoir. Mais de leur faire comprendre que les choses ne s'arrangeront pas, même si il peut y avoir des moments d'accalmie et que la communication avec leur proche sera de plus en plus compliquée à mettre en place et qu'ils devront s'adapter mais qu'elle sera toujours possible. Nous pouvons aussi orienter la famille vers certaines associations, elle peut également être aidée par des groupes de soutien organisés par exemple par les caisses de maladie. Il existe aussi des associations telles que l'association France Alzheimer, qui est une association reconnue d'utilité publique au niveau national des familles. Cette association forme les personnes qui sont concernées par la maladie et au-delà de l'information, de la sensibilisation sur la maladie et du soutien pour la recherche. Elle a pour mission de mener des actions d'accompagnements qui sont adaptées. Il est aussi de notre rôle de prévenir la famille sur les facteurs de risque de la maladie, mais aussi sur le risque

d'isolement ainsi que sur le risque de rupture de la communication avec leur proche. Il faut aussi veiller à ce que les membres de la famille comprennent qu'ils doivent prendre du temps pour se reposer, faire des activités qu'ils aiment et qu'ils se préoccupent de leur vie et de leur santé.

Un rôle de relais.

Auprès de la famille et de l'entourage du patient, nous avons également un rôle de relais. En effet, nous venons de prouver l'importance de la famille et de l'entourage dans la prise en charge du patient. Pour avoir des soins de qualité, nous devons entretenir la communication entre les trois parties : le patient, les soignants et la famille. Il sera nécessaire de répondre aux questions de la famille, mais aussi d'informer la famille sur la journée de la personne, sur les activités qu'elle a effectué dans la journée. La famille aura besoin de savoir comment la personne s'est sentie durant la journée ou même durant la semaine. Ce rôle de relais est nécessaire pour une bonne communication. Si la personne a passé une mauvaise journée, elle sera moins réceptive à la communication. Si nous n'effectuons pas ce rôle de relais auprès de la famille, elle pourrait ne pas comprendre pourquoi la personne est si peu réceptive, sans le savoir, elle pourrait aussi brusquer la personne et la communication pourrait être explosive.

c. Rôles de l'aide-soignant auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Au-delà de nos rôles auprès du patient et de sa famille, nous avons également un rôle auprès de l'équipe avec laquelle nous travaillons. Ce rôle est un rôle de relais.

Un rôle de relais.

Auprès de l'équipe soignante, notre premier rôle est un rôle de relais. En effet, grâce aux transmissions, nous pouvons informer l'équipe de tout ce qui est nécessaire de savoir sur la personne. D'ailleurs parfois, nous ne serons pas dans la possibilité de rencontrer la famille. Le rôle de relais auprès de l'équipe est donc essentiel. Si la famille vient l'après-midi et que nous n'avons eu aucune transmission par l'équipe du matin, nous ne pourrions pas remplir notre rôle de relais pour la famille. Nous savons qu'il existe deux types de transmission : elles peuvent être écrites ou orales. Les transmissions orales permettent de transmettre ce qui a été fait ou encore les éléments nouveaux. Elles permettent aussi de transmettre les informations à la famille. Les transmissions écrites permettent de conserver une trace des éléments importants et des problèmes signalés. Les transmissions doivent être inscrites dans

le cahier de transmissions ou informatiquement dans le logiciel propre à la structure de soins. Pour qu'une transmission soit correcte, il faudra noter le but et l'objectif de cette transmission. Elle comportera les éléments qui doivent être transmis, le destinataire et si la transmission a été transmise oralement. Les observations, les anomalies, les informations nouvelles, les changements positifs ou négatifs ainsi que les actions réalisées doivent être sujet de transmission. Il faudra veiller à ne pas oublier de dater et de signer la transmission. Les transmissions permettent notamment de regrouper les informations sur la personne et donc une meilleure prise en charge. Elles permettent également une personnalisation des soins, d'assurer le suivi et de favoriser la concertation entre tous les membres de l'équipe professionnelle.

Dans le point que nous allons maintenant aborder, nous allons voir les différentes manières de prendre en charge une personnes possédant différent type de trouble cognitif.

Comment prendre en charge une personne atteinte de trouble cognitif ?

Dans la partie conceptuelle, nous avons vu qu'il existe plusieurs troubles cognitifs. Nous allons développer cet ensemble en plusieurs partie. Tout d'abord une personne atteinte de trouble de la mémoire. Et par la suite, nous allons voir une personne ayant des troubles praxiques et pour finir, nous verrons la prise en charge d'une personne ayant des troubles du comportement.

d. Prendre en charge une personne ayant des troubles de la mémoire.

Pour effectuer la prise en charge d'une personne atteinte de trouble de la mémoire, il faut dans un premier temps consulter le dossier de soin du patient. Pour déterminer à quel trouble de la mémoire, nous allons faire face. Comme nous l'avons vu dans la partie conceptuelle sur la mémoire, selon la localisation cérébrale touché le trouble de la mémoire sera différent. Les pathologies de la personne, ont eux aussi un effet direct sur le type de trouble de la mémoire et enfin les agnosies et les aphasies sont eux aussi des troubles de la mémoire. Prendre en charge une personne ayant des atteintes de la mémoire, c'est potentiellement faire face à une personne démente. Face à une personne, qui présente un trouble de la mémoire. Il est important de respecter l'identité de la personne, ce qu'elle est et ce qu'elle a été avant son

trouble. Il est important de considérer la personne ayant un trouble de mémoire, comme une personne. Simplement, le trouble de la mémoire ne définit et ne caractérise aucunement la personne. Cette personne possède toujours ses traits de personnalité, ses qualités ainsi que ses défauts, différentes envies et besoins. Il est important de préserver un maximum l'autonomie de la personne ainsi que l'inciter à participer aux différentes activités. Pour lutter contre le trouble de la mémoire, il est important en tant qu'aide-soignant et professionnel de la santé de stimuler et de laisser faire ce que la personne sait faire. Les activités quotidiennes rythme la journée de la personne, ils vont lui permettre de lutter contre la désorientation spatio-temporelle. Lors d'une activité, inclure des amis de la personne présentant des troubles de mémoire, facilitera son intégration et sa participation dans ladite activité. La visite régulière de ses proches va favoriser le bien-être de la personne. Communiquer avec une personne, présentant des troubles de la mémoire voir démente est assez difficile. Il est important d'être patient avec la personne. Lorsque l'on souhaite communiquer avec une personne, ayant des troubles de la mémoire. Il faut dans un premier temps : s'assurer que la personne possède ses appareils auditifs et ses lunettes afin d'être vu et compris. Ensuite, il faut bien avoir en tête que certaines personnes rencontrent des difficultés à reconnaître leurs proches : famille et amis ainsi que n'importe quels professionnels de la santé. Pour ces raisons, il faut se présenter et se représenter de multiple fois. Il est aussi important de se placer à la hauteur de la personne, afin de favoriser la communication. Il est nécessaire de réduire le débit de notre parole, utiliser des phrases courtes et simples, il faut aller droit au but. Lorsqu'on pose une question, il est préférable que ce soit une question fermée⁵¹, afin d'éviter de perdre la personne dans ses explications. Il est important de manifester de l'intérêt envers la personne de lui montrer qu'on l'écoute, malgré le fait que s'est phrase non plus de sens. Il faut valoriser la personne et ne pas insister sur ses erreurs. Il ne faut pas utiliser de langage rabaissant ou humiliant, ni interrompre la personne lors de ses explications en revanche, on peut l'aider à trouver ses mots. Il faut faire ça avec respect et patience. Pour aider la compréhension de la personne, on peut ajouter des gestes pour l'aider à comprendre ce que l'on dit, le sens de l'humour n'est pas à négliger. Il peut convaincre la personne mais aussi nous rapprocher d'elle, réduire la tension. Nous l'avons vu au début de cette partie, les aphasies font partie des

⁵¹ La réponse de peut-être que « oui » ou « non ».

troubles de la mémoire. Nous allons voir différentes manières de communiquer avec une personne aphasique.

Comme nous l'avons vu, dans la partie conceptuelle. Les aphasies altèrent les facultés de compréhension et de formulation d'un message, qu'il soit sous forme écrite ou oral. Le type de communication optimale choisi, sera en fonction de l'atteinte et des capacités du patient. La communication par l'écriture et la lecture n'est pas une bonne technique, les troubles de la lecture⁵² et de l'écriture⁵³ étant retrouvés dans les aphasies. Le langage pourra parfois continuer à être utilisé, mais il lui faudra abaisser son seuil de complexité : débit plus lent, phrases simples etc. Il faudra prêter attention à ce que le langage gestuel et facial soit en harmonie avec le message que l'on souhaite transmettre à la personne. Pour communiquer avec une personne aphasique, il existe plusieurs méthodes. Le principe des questions entonnoirs⁵⁴ est une stratégie qui est susceptible de fonctionner selon l'aphasie de la personne. C'est une technique qui permet de s'approcher par approximation-itération⁵⁵ du contenu réel du message. Pour cela, il suffit de poser à la suite des questions fermées. Si un message demeure incompris et qu'il semble d'une importance haute, il peut être intéressant de prendre le temps de le décortiquer en partant du général au particulier⁵⁶. Il est à noter que cette méthode demande un engagement de la part du soignant, c'est une technique qui prend du temps mais qui permet de fonder un lien avec la personne aphasique. Lorsque nous communiquons avec une personne aphasique ou plus largement avec une personne ayant des troubles de la mémoire, il est très important de reformuler nos phrases. La personne sentira que nous sommes concernés par ce qu'elle dit et cela l'encouragera, nous jouerons alors un rôle de porte-parole. Reformuler permet de s'assurer de la justesse de notre interprétation et invite le patient à préciser si besoin. Cela permet de détecter les erreurs de communication. Pour que la personne aphasique puisse s'exprimer et en retour qu'on puisse la comprendre, nous pouvons utiliser un carnet de communication. Ce carnet de communication ne sera en effet pas un carnet comme les autres, il n'y aura aucun mot ni phrase mais une suite de

⁵² Alexie

⁵³ Agraphie

⁵⁴ Technique d'élaboration d'un questionnaire qui consiste à séquencer les questions de manière à commencer par aborder le sujet en général et à poser au fur et à mesure que l'on progresse dans le questionnaire des questions plus précises et/ou plus impliquantes.

⁵⁵ Répéter des questions approximatives afin de résoudre un problème.

⁵⁶ Elle permet la formulation d'hypothèses à partir d'un nombre plus ou moins élevé d'observations.

pictogramme ou d'image. La personne aphasique s'exprimera en montrant l'image qu'elle souhaite⁵⁷, par exemple la personne souhaite aller au toilette elle désignera alors l'image du toilette dans son carnet de communication.

e. Prendre en charge une personne atteinte d'apraxie.

Pour prendre en charge une personne atteinte d'apraxie. Il faut dans un premier temps, prendre connaissance du dossier de soins de la personne afin de voir qu'elle apraxie la personne est atteinte, ainsi que d'avoir une première idée de ses capacités. Comme nous l'avons vu dans la partie contextuelle, l'apraxie désigne des troubles du mouvement et la paralysie fait partie de l'apraxie. Lors de la consultation du dossier de soin, il est important de se rappeler, si l'on observe une hémiplégié causée par l'hémisphère droit du cerveau. La personne sera hémiplégié du côté gauche au niveau de ses membres et vice-versa. Une personne hémiplégié peut ressentir des douleurs au niveau des membres atteints et avoir une aphasie. Si la personne que nous allons prendre en charge présente de l'aphasie en plus de son apraxie, nous pouvons utiliser les méthodes vues sur la mémoire afin de communiquer avec elle. Lorsque nous nous présentons à la personne, il sera important de faire preuve d'observation afin de détecter rapidement les signes de son apraxie. Les signes peuvent être nombreux comme des coupures sur le visage, des tremblements, des difficultés de motricité fine, une hémiplégié avec aphasie ou encore la présence de couvert spéciaux. Selon l'atteinte de la personne, il sera important de stimuler son autonomie au maximum, ainsi que la stimuler à participer aux activités afin de travailler ses membres atteints d'apraxie, si c'est possible. Lors des activités, il est préférable qu'elle soit faite avec des amis de la personne, afin de l'encourager et de ne pas la juger lorsqu'elle prend du temps et ainsi la démotiver. Lors des soins, si la personne n'ai pas d'atteinte des membres inférieurs ou qu'elle ne présente aucun gêne pour se mouvoir. Alors, la toilette peut être effectué dans la salle de bain. Dans le cas contraire, il faudra faire une toilette au lit. Lors du déshabillage, il faut commencer par le côté sain. La longueur des ongles est une chose importante à vérifier, car ils peuvent être source de coupure. Lors de la toilette, il est extrêmement important de vérifier l'état cutané de la personne et encore plus quand elle présente des apraxies. Elle a des risques plus élevés d'escarres. Lors de l'habillage pour des raisons de faciliter, il est préférable de mettre des

⁵⁷ Voir annexe : 12 pages 90

habits amples. Cette fois, il faudra commencer par les membres hémiparétiques. Lorsque l'on installe la personne, il est important de ne pas oublier si elle a un fauteuil roulant et son coussin anti-escarre par exemple. Régulièrement, il faudra aider la personne pour changer de position, afin de lutter contre les escarres. Lors des repas, il est important de mettre les couverts spéciaux si la personne en a besoin, il faut aussi faire très attention au risque de fausse déglutition. Enfin les personnes hémiparétiques, peuvent se plaindre de douleur. Il est important de leur demander comment elles sentent, il existe l'échelle Doloplus afin d'évaluer la douleur⁵⁸.

c. Prendre en charge une personne ayant des troubles du comportement.

Pour prendre en charge une personne ayant des troubles du comportement, il est important de connaître les symptômes et d'être capable de se mettre à la place de la personne, afin de l'aider le mieux possible. Dans un premier temps, il va falloir créer une relation de confiance avec la personne. Les personnes souffrant de trouble du comportement, ont une faible estime d'elle-même. Il va être important d'établir une routine et de la respecter, il va falloir créer des consignes simples mais claires. Par exemple, dès que la personne se réveille. Elle va effectuer sa toilette et s'habiller. Quand nous passerons lors de la distribution du petit déjeuner, nous vérifierons que tout c'est bien dérouler. Lorsque l'on dicte une consigne, il est important d'aller droit au but sans tergiverser. Par exemple, si la personne se lève sans arrêt nous n'allons pas lui dire « Voulez-vous bien cesser de vous lever ? », mais plutôt « Arrêtez de vous lever. » Pendant la journée, il y a plusieurs activités possibles pour aider la personne à gérer ainsi qu'exprimer ses émotions, par le biais du dessin ou de la relaxation par exemple.

Qu'est-ce que l'espace snoezelen ?

Le snoezelen a été développé vers les années 70. Le terme « snoezelen » est la contraction de deux mots néerlandais Snuffelen⁵⁹ et de Doezen⁶⁰. Par le biais de ces deux mots, nous comprenons donc que le terme snoezelen signifie activité de détente. Cette approche, peut être définie comme étant une méthode de relaxation tout en stimulant les sens. L'objectif est

⁵⁸ Voir annexe : 13 pages 91

⁵⁹ Renifler, sentir.

⁶⁰ Somnoler.

la relation à l'autre en favorisant la communication et l'apaisement, afin de pouvoir transmettre à autrui son monde intérieur. La spécificité du Snoezelen repose sur l'adaptation d'un environnement personnalisé en intégrant, des jeux de lumière qui créent une ambiance calme et zen. Les lumières s'accompagnent souvent de musique douce. Au début, le Snoezelen était prévu pour des personnes handicapées, mais il s'est finalement élargi à divers publics⁶¹. Grâce à l'utilisation du Snoezelen, l'accompagnateur doit posséder des compétences d'observation et de communication non-verbale. Mais aussi une connaissance des systèmes sensoriels, une bonne créativité. L'accompagnant va tenter de faire développer un mode de communication non-verbale grâce au toucher relationnel,⁶² mais aussi améliorer la connaissance du résident par l'observation de ses réactions et de son comportement au cours des séances. Il veillera également à favoriser la détente corporelle et psychique du résident mais aussi favoriser la relation du patient avec les autres. L'accompagnant peut aussi stimuler les différents sens du patient. L'utilisation du Snoezelen possède quelques avantages : le rythme des personnes sera respecté et le Snoezelen favorise la relaxation et la détente. C'est un endroit sécurisant et rassurant pour la personne, cela peut aider le patient à avoir confiance en lui et peut l'aider à se découvrir et à découvrir son corps. Le snoezelen peut aussi s'effectuer en extérieur. Dans une prairie, avec de l'herbe fraîche où la personne se couche. Elle aura l'occasion de sentir l'odeur de l'herbe. Elle regardera les nuages bouger dans un endroit calme avec le son des petits insectes. L'accompagnant est à la fois, un médiateur potentiel entre la personne et son environnement. Mais aussi un accompagnateur au rythme de la personne afin de mieux partager, de mieux écouter. Il gère également le bon déroulement de la séance, la sécurité du patient, du cadre et des règles. On peut aussi le voir observer, tout en décodant ce qu'il se passe.

Qu'est-ce que la musicothérapie ?

La musicothérapie a débuté aux Etats-Unis ainsi qu'au Canada pendant les années 60. La musicothérapie est l'utilisation de la musique, du son dans une démarche de soin. C'est une thérapie à support non verbal utilisant le sonore. Ainsi, en musicothérapie, les sons et les rythmes deviennent des instruments pour augmenter sa créativité, reprendre contact avec soi

⁶¹ Enfants de crèches, personnes en psychiatrie, personnes en maisons de retraite, en soins palliatifs, etc.

⁶² Le toucher relationnel contribue à soulager la douleur non seulement physique, mais morale, et crée une relation privilégiée et un climat favorable à l'expression du vécu de la personne

et traiter divers problèmes de santé. En tant qu'outil de croissance personnelle, la musique permet d'accroître son dynamisme ainsi que d'améliorer ses capacités cognitives, psychomotrices. Mais pas qu'eux, la musique favorise l'accompagnement de l'émotion. Pour les personnes démentes, la musique étant organisée en couplets et refrains, elle structure le temps et ça lui permet de se sentir en sécurité. Le thérapeute peut aussi inviter la personne à chanter, en chantant avec elle, des liens se créent. Voici encore une façon de communiquer qui peut débloquent pas mal de situations. La musicothérapie vous invite à considérer votre proche comme un chef d'orchestre, à vous concentrer sur sa voix, pour y percevoir l'émotion. C'est à cette émotion qu'elle propose alors de répondre, notamment par la communication non-verbale, le chant, un discours bref et clair. Comme dans les autres méthodes de communication, il n'est pas question de s'opposer aux dires de la personne, de la contrarier, de la rabaisser. Le respect et l'envie de comprendre sont prioritaires. En pratiquant la musicothérapie, le thérapeute va donner différents bienfaits à la personne âgée. A ses débuts, la musicothérapie était réservée à la psychothérapie. Ses visées thérapeutiques se sont depuis beaucoup élargies. Qui plus est, aucune connaissance musicale n'est nécessaire pour tirer profit de la musicothérapie. La musicothérapie a un large public, que ce soient les enfants, le malade cancéreux, la personne souffrant de problèmes mental ou celle en perte d'autonomie sur le plan cognitif et les malades en fin de vies. La musique doit être soigneusement sélectionnée en fonction de l'âge, de l'état de santé, des goûts et des différents objectifs.

L'influence de la musique sur nos émotions.

La musique possède une capacité de mobilisation, des émotions pouvant être utile au soins infirmiers. Il est intéressant de constater un lien entre la musique écoutée et l'état émotionnel, les amateurs de musique « hard rock » et « heavy métal » seraient plus susceptibles à la dépression, tandis que le « hip hop » est plutôt associé à la bonne humeur. Quant au « rock », il augmente de manière marquée l'agressivité, la fatigue, la tristesse, la tension. Alors, qu'il fait diminuer la relaxation, la clarté mentale, la vigueur et l'empathie. Et enfin la musique classique. La musique classique, elle produit une diminution notable de la tension. Il est observé que la musique « new Age » fait augmenter significativement la

relaxation et provoque une diminution de l'agressivité et de la tension. En revanche, elle diminue aussi la clarté mentale⁶³ et la vigueur.

Différents avantages de la musicothérapie.

Avantage sur le plan mnésique.

La musique possède pour ces personnes, non seulement un effet de plaisir calmant et bénéfique, mais aussi un avantage thérapeutique non négligeable sur le plan mnésique. Diverses mélodies, sont souvent associées à des moments de bonheur et à différentes expériences de notre vie. Elles peuvent par exemple nous rappeler un voyage, des vacances à la campagne ou être reliées à la rencontre du conjoint, à la cérémonie du mariage, à la naissance d'un enfant, etc. Les écouter permet de revivre ces moments et d'en ressentir les émotions. C'est pourquoi, ces musiques sont bénéfiques pour aider ces personnes dont la mémoire est évanescence⁶⁴. Elles arrivent ainsi à revisiter le passé et à se rappeler des visages et des détails oubliés. Il est facile de demander à leurs proches, quelles mélodies elles aimaient et de chercher à les faire entendre pour stimuler leurs souvenirs d'antan et leur rappeler des expériences depuis longtemps enfouies dans leur mémoire mise en veilleuse.

Avantage sur l'apraxie.

La musicothérapie, Il s'agit d'une stimulation auditive rythmique qui vise à améliorer la démarche et réduire les épisodes de chutes des personnes atteintes d'apraxie. La personne atteinte d'apraxie va automatiquement se calibrer sur le tempo, cela va lui permettre d'améliorer sa vitesse de marche ainsi qu'augmenter la distance et la cadence du pas. Plus généralement les mouvements de la personne apraxique seront bien plus précis. Voici d'autres exemples des effets de la musicothérapie.

Amélioration de l'humeur.

La musique peut contribuer à améliorer l'humeur. Elle aurait des effets positifs sur les patients ainsi que le personnel soignant. Par conséquent, en rendant l'hospitalisation plus agréable

⁶³ C'est une qualité globale d'attention, de présence.

⁶⁴ Qui s'amointrit et disparaît graduellement.

pour les malades et leurs familles, un impact positif direct sur les patients sera évident. Il en découlera également l'amélioration de l'humeur des soignants sur le long terme.

Réduire l'anxiété ainsi que le stress.

La musique relaxante peut diminuer l'anxiété. En raison de son effet relaxant, elle aide à réduire le niveau de cortisol⁶⁵. D'autre part, elle stimule la libération d'endorphines⁶⁶ qui ont des effets sédatifs et analgésiques⁶⁷, mais aussi euphorique. C'est pourquoi, la musicothérapie est de plus en plus courante dans les hôpitaux. Cette forme de traitement est principalement utilisée pour calmer les patients souffrant de maladies respiratoires ou cardiaques. Avec l'aide de la musique, ils pourront contrôler leurs émotions et retrouver la sérénité. De plus, des essais cliniques ont montré qu'ils pouvaient en effet lutter plus efficacement contre l'anxiété et les mauvaises émotions.

Améliorer le sommeil.

L'effet apaisant de la musique, qu'elle soit instrumentale ou chantée à plus être observer sur tous les âges. Selon les résultats, la musicothérapie peut faciliter l'endormissement ainsi que réduire le nombre de réveil et enfin améliorer la qualité du sommeil en augmentant sa durée.

Qu'est-ce que la réminiscence ?

La réminiscence possède plusieurs définitions, certaines philosophiques dont une théorie de Platon, d'autre tantôt psychique tantôt littéraire. Selon Larousse, la réminiscence serait : « un retour à la conscience claire de souvenir non accompagné de reconnaissance ». Le petit Robert quant à lui la définit comme « un souvenir vague, imprécis, où domine la tonalité affective⁶⁸ ». De même que, la réminiscence considère que la croissance d'un être humain se déroule par étapes. Il faut voir comment chacun répond aux défis posés par ces étapes et comment il gère les périodes de transition qui s'ensuivent. Le déroulement d'une vie dépend souvent de la

⁶⁵ Elle permet la régulation des glucides, des lipides, des protéines, des ions et de l'eau pour limiter une éventuelle variation de l'équilibre physiologique de l'organisme.

⁶⁶ Les endorphines jouent un rôle clé dans le système nerveux central et interviennent dans les circuits de la récompense et du plaisir.

⁶⁷ C'est un médicament qui prévient ou diminue la sensation de douleur.

⁶⁸ Humeur.

façon dont on aura négocié ou atteint les tâches liées à chaque étape. Il existe plusieurs types de réminiscences voire le tableau page suivante.

Type de réminiscence	Description de la réminiscence :	Exemple de souvenir	Effets cognitives possible
Réminiscence intégrative	Correspond au rappel du vécu accompagné d'une réévaluation des causes, des conséquences des succès et des échecs. Il s'agit d'un passage en revue des objectifs personnels, des valeurs personnelles et des composants fondamentaux de l'identité de l'individu par rapport aux événements passés pour les intégrer de manière cohérente au présent.	« Je suis quelqu'un de méticuleux et cela m'a aidé dans mon métier de menuisier »	Recours à la mémoire épisodique et sémantique : stock de connaissance, recherche de souvenir en adéquation avec les valeurs, croyances et désirs.

Type de réminiscence	Description de la réminiscence	Exemple de souvenir	Effets cognitives possible
Réminiscence instrumentale	Se rapporte au rappel de souvenirs personnels concernant des situations problématiques, des épisodes de vie au cours desquels la personne a mis en œuvre ses capacités d'adaptation. Ces souvenirs permettent de réactiver des stratégies déjà utilisées par le passé pour faire face aux problèmes actuels.	« Dans une situation similaire, j'avais agi de telle façon... »	Fonctions exécutives : organisation, récupération d'une stratégie déjà utilisée, planification d'étapes dans le but de résoudre un problème.
Réminiscence instructive	Correspond au fait de transmettre son expérience, son savoir en racontant des faits passés, par exemple à des générations plus jeunes passant par les mêmes étapes en vue d'instruire/d'informer ou de conseiller.	« J'étais plutôt douée en tapisserie, voici mes méthodes ... »	Recours à la Mémoire procédurale. Fonctions langagières et lexique du domaine
Réminiscence narrative	Consiste en la narration des souvenirs d'un individu vers autrui en vue de raconter une anecdote intéressante, amusante ou pertinente au cours de la conversation.	« Je peux te raconter à quoi l'on jouait quand j'étais petit ».	Communication interpersonnelle. Lutte contre le repli sur soi. Échanges intergénérationnels.

Type de réminiscence	Description de la réminiscence	Exemple de souvenir	Effets cognitives possible
Réminiscence obsédante	Ce sont des préoccupations mentales sur des événements de vie négatifs, des conflits non résolus ou des regrets auxquels un sentiment de culpabilité est associé.	« Je n'arrive pas à oublier la mort de mon frère et j'ai des regrets sur nos relations »	Souvenirs négative congruent ⁶⁹ à l'humeur : humeur dépressive. Repli sur soi et ruminations mentales.
Réminiscence d'évasion de la réalité	Aussi nommées « réminiscences défensives » : correspondent au fait de glorifier les événements du passé en vue d'échapper à un présent trop difficile, en vantant exagérément ses réalisations passées, en se focalisant sur les aspects agréables du passé, c'est revenir au « bon vieux temps ».	« J'aime repenser à nos vacances familiales à la campagne »	Recours à la Mémoire sémantique et épisodique.

⁶⁹ Dont les éléments conviennent bien ensemble, quand ils sont en adéquation.

Il est possible que les personnes démentes expriment des difficultés éprouvées et non résolues lors des étapes antérieures. La réminiscence permet aux personnes démentes de se reconnecter à leurs souvenirs, de les grouper, de rallier le puzzle. Cela renforce leur confiance en soi, leur estimer et leur identité ; différents sentiments qui sont en général défaillants chez ces personnes. La technique de réminiscence se pratique généralement à plusieurs, en groupe. Les séances individuelles sont également possibles. Les patients qui participent à cet atelier bénéficie d'un entretien permettant de retracer leur histoire de vie et d'orienter vers un thème qui leur est adapté. L'atelier est prévu une fois par semaine principalement le week-end. Les séances doivent se dérouler dans une atmosphère sereine et agréable. Pour cela, elles nécessitent une bonne préparation préalable. Chaque séance est organisée autour d'un thème inspiré des différentes étapes de la vie : l'école, le travail, la cuisine etc. Celui-ci est abordé au travers de supports variés tels que des objets d'antan, des photographies, des livres, des vidéos et des diaporamas. Afin d'amorcer la séance, nous commençons par nous présenter individuellement puis procédons à une réorientation temporo-spatiale, autour d'un thème d'actualité récurrent. Après cette mise en route, il s'agit de rappeler le principe de cet atelier et d'en rappeler quelques « règles » afin que chacun puisse s'exprimer librement ex : respecter celui qui parle en ne lui coupant pas la parole, ne pas porter de jugement, etc. Ensuite, vient le moment de la présentation du thème et des outils. Chacun prend connaissance des supports par le biais des différentes modalités sensorielles : manipulation des objets, observation des photos, etc. Petit à petit les patients évoquent leurs souvenirs personnels. Les animateurs suscitent, favorisent et soutiennent les échanges entre les différents participants. La réminiscence permet aux personnes démentes d'entrer en contact les unes avec les autres à travers leurs souvenirs, ce qui crée de nouveaux liens. Les personnes participantes se découvrent des points communs jusque-là ignorés.

Conclusion

Pour conclure cette épreuve intégrée, nous avons tenté de mettre en avant la prise en charge d'une personne atteinte de trouble cognitif. Ce travail, nous a permis de nous rendre compte de l'importance de la communication dans la prise en charge d'une personne atteinte de trouble cognitif. Cette prise en charge est difficile, demande du temps et beaucoup de savoirs. En effet, peu de professionnels de la santé sont formés à la prise en charge d'une personne atteinte de trouble cognitif. La communication est un besoin primordial pour l'être humain. Tous les jours, nous communiquons, sans même le savoir et sans le vouloir. Il est très important de bien adapter notre façon de communiquer avec une personne ayant des troubles cognitifs au niveau mnésique ou aphasique. Car ce besoin de communiquer peut encore être satisfait chez cette personne, mais il le sera d'une autre manière. Ce n'est pas parce que la personne a perdu l'usage de la parole, du mode d'emploi du langage, qu'elle ne voit plus, n'entends plus ou ne marche plus, qu'elle n'a plus besoin de communiquer. Ce besoin ne s'efface jamais. Il faut rester en communication malgré les incompréhensions, les crises, les absences etc. Notre manière de communiquer avec une personne avec des troubles cognitifs est importante car cela va permettre à cette personne de se sentir bien, en sécurité et en confiance. Elle se sentira reconnue comme une personne à part entière. Dans le cas contraire, si notre communication n'est pas adaptée à la personne ayant des troubles cognitifs, elle pourrait se sentir frustrée, éviter les échanges et les interactions mais pourrait aussi rentrer dans une situation de maltraitance. Cette maltraitance qui peut avoir plusieurs formes et touche souvent les personnes avec des troubles cognitifs à cause de leur vulnérabilité. Certes, la personne ayant des troubles cognitifs peut être vulnérable, mais nous prenons en charge ce type de public, nous pouvons également devenir fragile. Une telle prise en charge comme dit précédemment n'est pas facile et met à rude épreuve notre état psychologique, notre patience mais aussi nos capacités en tant que professionnel de la santé. C'est pour cela qu'il faut apprendre à se connaître soi-même, à écouter son corps pour ne pas dépasser ses limites afin de ne pas montrer des actes maltraitants. De plus, il est important de savoir parler de ses difficultés et de ses échecs lors des réunions d'équipes et des transmissions. Il est important de connaître la personne avec des troubles cognitifs qui se trouve devant nous, l'écouter de la bonne manière et s'adapter à ses besoins et capacités sont des choses essentielles. Différentes méthodes de communication peuvent nous permettre

d'entrer en relation avec une personne atteinte de trouble cognitif et de tenter de la comprendre. Nous avons pu notamment développer la communication non-verbale, le Snoezelen, la Musicothérapie. Chacune de ces méthodes ont leurs avantages mais aussi leurs inconvénients. La personne ayant des troubles cognitifs restent une personne à part entière malgré sa maladie, ses stades et elle aussi, peut communiquer.

Annexes

Annexe 1 : La loi du 10 août 2001 et les arrêtés royaux du 12 janvier 2006 et du 1^{er} septembre 2019.

Selon la loi du *10 août 2001* : « On entend par aide-soignant, une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous son contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier ou l'infirmière dans une équipe structurée ». Par la suite le rôle de l'aide-soignant a été revu avec l'arrêté royal du *12 janvier 2006* puis une nouvelle fois avec l'arrêté royal datant du *1^{er} septembre 2019* précisant les actes infirmiers délégués pouvant être effectué par un aide-soignant.

12 janvier 2006 :

- Observer et signaler les changements chez le patient/résident sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne.
- Informer et conseiller le patient/résident et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées.
- Assister le patient/résident et son entourage dans les moments difficiles.
- Soins de bouche
- Enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses, à l'exception de la thérapie par compression à l'aide de bandes élastiques.
- Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes.
- Soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies.
- Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résident et signaler les problèmes
- Aide à la prise des médicaments par voie orale pour le patient/résident, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un(e) infirmier(ière) ou un pharmacien
- Aide à l'alimentation et l'hydratation par voie orale du patient/résident à l'exception des cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition.

- Installation et surveillance du patient/résident dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins
- Soins d'hygiène chez les patients/résidents souffrant de dysfonction des actes de la vie quotidienne, conformément au plan de soins.
- Transport des patients/résidents, conformément au plan de soins.
- Application des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins.
- Application des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins
- Application des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins.
- Prise du pouls et de la température corporelle, signalement des résultats.
- Assistance du patient/résident lors du prélèvement non stérile d'excrétions et de sécrétions.

1^{er} septembre 2019 :

- Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier.
- Administration de médicament, à l'exclusion des substances stupéfiantes, préparés par un infirmier ou un pharmacien, par les voies d'administration suivantes :
 - Orale (y compris l'inhalation).
 - Rectale.
 - Gouttes ophtalmiques.
 - Gouttes auriculaires.
 - Percutanée.

- Sous-cutanée : uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée.
- Alimentation et hydratation par voie orale.
- Enlèvement manuel de fécalome.
- Enlever et remettre les bandages ou les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses.

Annexe 2 : Les fonctions exécutif le chef d'orchestre

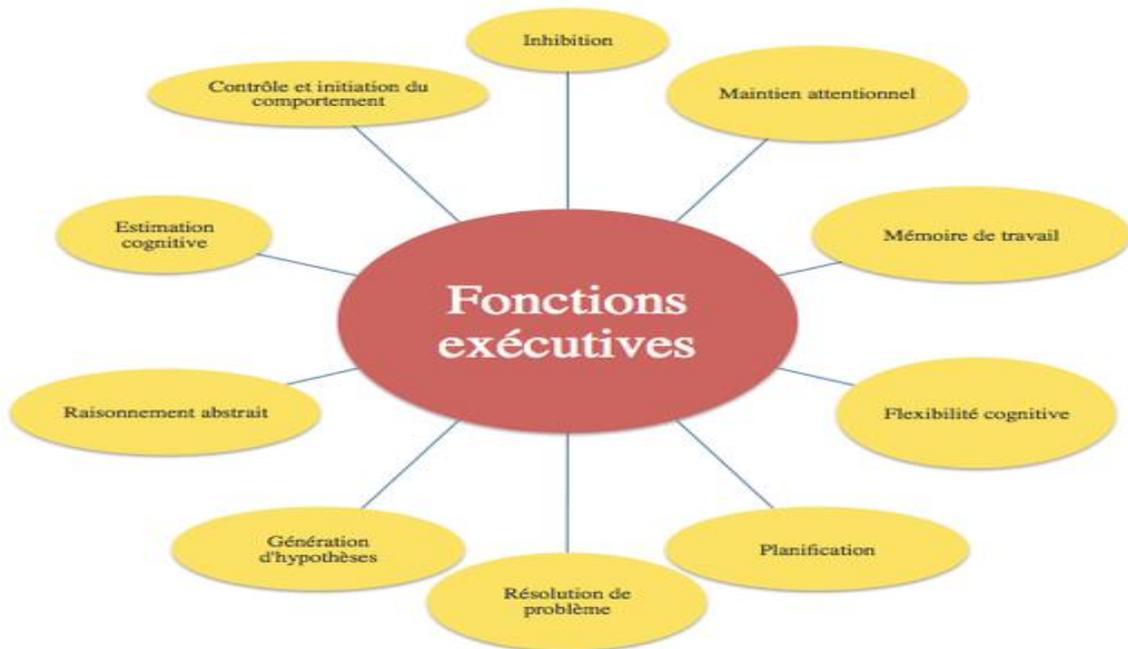


Schéma d'un ensemble de fonction afin de former une seul et même fonction les fonctions exécutifs.

Annexe 3 : le test MMSE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)	Etiquette du patient
Date :	
Évalué(e) par :	
Niveau socio-culturel	

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

→ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | | | |
|----------------------------------|-------|------------------------------|--|--|-------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | [oui] | | | | [oui] |
| 2. en quelle saison ? | [] | 4. Quel jour du mois ? | | | [] |
| 3. en quel mois ? | [] | 5. Quel jour de la semaine ? | | | [] |
- Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- | | |
|--|-----|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | [] |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | [] |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | [] |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | [] |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | [] |

APPRENTISSAGE

→ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répérez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|----------|----|------------|-----|
| 11. Cigare | | [citron] | | [fauteuil] | [] |
| 12. fleur | ou | [dé] | ou | [tulipe] | [] |
| 13. porte | | [ballon] | | [canard] | [] |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

→ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

- | | | |
|--------|--|-----|
| 14. 93 | | [] |
| 15. 86 | | [] |
| 16. 79 | | [] |
| 17. 72 | | [] |
| 18. 65 | | [] |

→ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

→ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|----------|----|------------|-----|
| 19. Cigare | | [citron] | | [fauteuil] | [] |
| 20. fleur | ou | [dé] | ou | [tulipe] | [] |
| 21. porte | | [ballon] | | [canard] | [] |

LANGAGE

- | | |
|--|-----|
| 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. | [] |
| 23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre | [] |
| 24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | [] |

→ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|-----|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | [] |
| 26. Pliez-la en deux. | [] |
| 27. et jetez-la par terre ». | [] |

→ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|----------------------------------|-----|
| 28. « faites ce qui est écrit ». | [] |
|----------------------------------|-----|

→ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|-----|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | [] |
|---|-----|

PRAXIES CONSTRUCTIVES

→ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|-----|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | [] |
|---|-----|



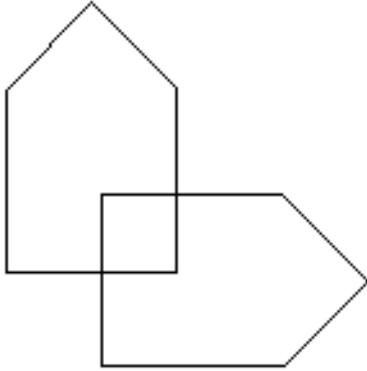
SCORE TOTAL (0 à 30) []

9°

« FERMEZ LES YEUX »

10° Écrire une phrase

11° Copier le dessin



Le test MMSE est un test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne. Le mini mental test est employé à visée d'orientation diagnostique devant une suspicion de démence.

Annexe 4 : Etude du « British Medical Journal » sur le déclin cognitif⁷⁰

Objectif de l'étude : Estimer le déclin sur 10 ans de la fonction cognitive à partir de données longitudinales dans un groupe d'âge moyen, et examiner si les groupes d'âge peuvent être comparées aux données transversales pour déduire l'effet de l'âge sur le déclin cognitif.

Conception : Étude de cohorte prospective. Au début de l'étude en août 1985, il y avait 10 308 participants

Participants : 5198 hommes et 2192 femmes âgés de 45 à 70 ans au début des tests cognitifs en novembre 1997.

Critère de jugements : Tests de mémoire, de raisonnement, de vocabulaire et de fluidité phonétique.

Introduction

L'augmentation continue de l'espérance de vie qui implique des changements fondamentaux dans la structure de la population et une augmentation exponentielle du nombre de personnes âgées. Ces changements auront vraisemblablement, une profonde influence sur la vie des individus et sur la société en général. Un mauvais état cognitif est peut-être la condition la plus invalidante de la vieillesse, mais l'âge auquel le déclin cognitif devient évident au niveau de la population reste un sujet de débat. Une revue récente de la littérature a conclu, qu'il y avait peu de preuves de déclin cognitif avant l'âge de 60 ans. Ce point de vue n'est cependant pas universellement accepté. Une étude clinicopathologiques montrent une bonne corrélation entre neuropathologie et la sévérité du déclin cognitif et les dégénérescences neurofibrillaires et des plaques amyloïdes, les caractéristiques de la pathologie, sont connus pour être présents dans le cerveau des jeunes adultes. Un consensus émergent sur la longue période de gestation de la démence suggère également que les adultes de moins de 60 ans sont susceptibles de connaître un déclin cognitif lié à l'âge. L'évaluation de l'effet de l'âge sur le déclin cognitif n'est pas simple car les données longitudinales couvrant plusieurs décennies sont rares. Les données transversales peuvent ne pas distinguer avec précision le changement longitudinal - c'est-à-dire l'effet de l'âge chronologique - du changement séculaire, également appelé effets de « cohorte ». L'âge

⁷⁰ Cette annexe et la traduction effectuée par mes soins de l'étude trouvable en bibliographie.

auquel le déclin cognitif commence est important parce que les interventions comportementales ou pharmacologiques conçues pour modifier les trajectoires de vieillissement cognitif sont plus susceptibles de fonctionner, si elles sont appliquées lorsque les individus commencent à subir un déclin. Nous avons examiné, si le déclin cognitif commence avant l'âge de 60 ans en utilisant un large échantillon d'adultes d'âge moyen de l'étude de cohorte longitudinale Whitehall II. Nous avons également évalué le biais dans les estimations du déclin cognitif tirées de données transversales.

Méthodes

Population étudiée.

La cohorte Whitehall II a été constituée en 1985 parmi 10 308 (67% d'hommes) fonctionnaires britanniques. Tous les fonctionnaires âgés de 35 à 55 ans dans 20 départements basés à Londres ont été invités à participer par lettre, et 73% ont acceptés. Bien que tous les participants à l'étude soient des cols blancs⁷¹, un large éventail de professions est représenté avec une différence de salaire de plus de 10 fois entre le haut et le bas de la hiérarchie. L'étude a été lancée (phase 1) vers août 1985 ou impliquait un examen clinique et un questionnaire auto-administré. Les phases ultérieures de collecte de données ont alterné entre l'inclusion d'un questionnaire seul et un questionnaire accompagné d'un examen clinique. L'examen clinique se concentre sur l'anthropométrie, les facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques et la maladie. Les tests cognitifs ont été introduits dans l'ensemble de la cohorte lors de l'examen clinique de phase 5 (novembre 1997) et répétés aux phases 7 (avril 2002) et 9 (novembre 2007)

Age.

Au départ de cette étude (phase 5 de Whitehall II), les participants étaient âgés de 45 à 70 ans. Pour permettre la comparaison du déclin cognitif en fonction de l'âge, nous l'avons classé en groupes d'âge de cinq ans : 45-49 ans, 50-54, 55-59, 60-64 et 65-70 ans.

Fonction cognitive

⁷¹ Le terme cols blancs représentent les travailleurs de bureau. Les cols bleus sont des travailleurs exécutants des tâches manuelles.

La batterie de tests cognitifs, administrée lors de trois examens cliniques sur 10 ans (phases 5, 7 et 9), a été choisie pour fournir une évaluation complète de la fonction cognitive et être appropriée pour cette population composée d'individus plus jeunes que dans la plupart des études sur le vieillissement cognitif. L'examen de l'état mini-mental, n'a pas été utilisé dans l'analyse actuelle en raison des effets de plafond (qui est, des tests simples conduisant à une faible variabilité des scores). Les tests inclus dans l'analyse, décrits ci-dessous, avaient une bonne fiabilité test/retest (intervalle de 0,60 à 0,89) chez 556 participants qui ont été invités à retourner à la clinique dans les trois mois après avoir passé le test au départ. Le Alice Heim 4-I (AH4-I) est composé d'une série de 65 éléments de raisonnement verbal et mathématique de difficulté croissante. Il teste le raisonnement inductif, mesurant la capacité à identifier des modèles et à déduire des principes et des règles. Les participants disposaient de 10 minutes pour faire cette section. La mémoire verbale à court terme a été évaluée avec un test de rappel libre de 20 mots. On a présenté aux participants une liste de 20 mots d'une ou deux syllabes à deux secondes d'intervalle et on leur a ensuite demandé de rappeler par écrit autant de mots dans n'importe quel ordre en deux minutes. Nous avons utilisé deux mesures de la fluidité verbale : phonémique. On a demandé aux participants de se rappeler par écrit autant de mots commençant par « S » et autant de noms d'animaux que possible. Une minute était allouée pour chaque test ; l'intervalle observé sur ces tests était de 0 à 35. Le vocabulaire a été évalué avec le test de vocabulaire de Mill Hill, utilisé dans son format à choix multiples, consistant en une liste de 33 mots stimulus classés par difficulté croissante et six choix de réponse.

Education

La scolarité a été évaluée à l'aide d'une variable à trois niveaux : n'a pas terminé ses études secondaires, a obtenu un diplôme supérieur à l'école secondaire (vers l'âge de 18 ans) et a obtenu un diplôme universitaire ou plus. Les résultats avec des années d'études continues étaient similaires et ne sont pas présentés.

Résultats

Sur les 10 308 participants au début de l'étude (1985-8), 306 étaient décédés et 752 s'étaient retirés de l'étude avant le début de la collecte de données cognitives en novembre 1997. Notre analyse était basée sur 7390 (5198 hommes et 2192 femmes) des 9250

personnes encore dans l'étude. Les personnes incluses dans les analyses étaient plus scolarisées (29,5% contre 20,8% avaient un diplôme universitaire, $P < 0,001$) et étaient plus jeunes (les taux de réponse étaient de 84% (1526/1818) chez les 45-49 ans, 82% (2160/2643)) chez les 50-54 ans, 79% (1580/1992) chez les 55-59 ans, 79% (1564/1976) chez les 60-64 ans et 68% (560/821) chez les 65-70 ans). Des 7390 individus inclus dans l'analyse, nous avons des données complètes pour 4675 (63%) aux trois phases, 1613 en deux phases et 1102 en une seule phase. Au cours du suivi de 10 ans, 305/7390 (4%) sont décédés. La mortalité au cours de cette période était plus élevée chez les personnes ayant des scores cognitifs plus faibles au départ ($P < 0,01$ sur tous les tests). L'exclusion de ces individus de l'analyse n'a pas beaucoup modifié les résultats, nous conduisant à les retenir dans les analyses.

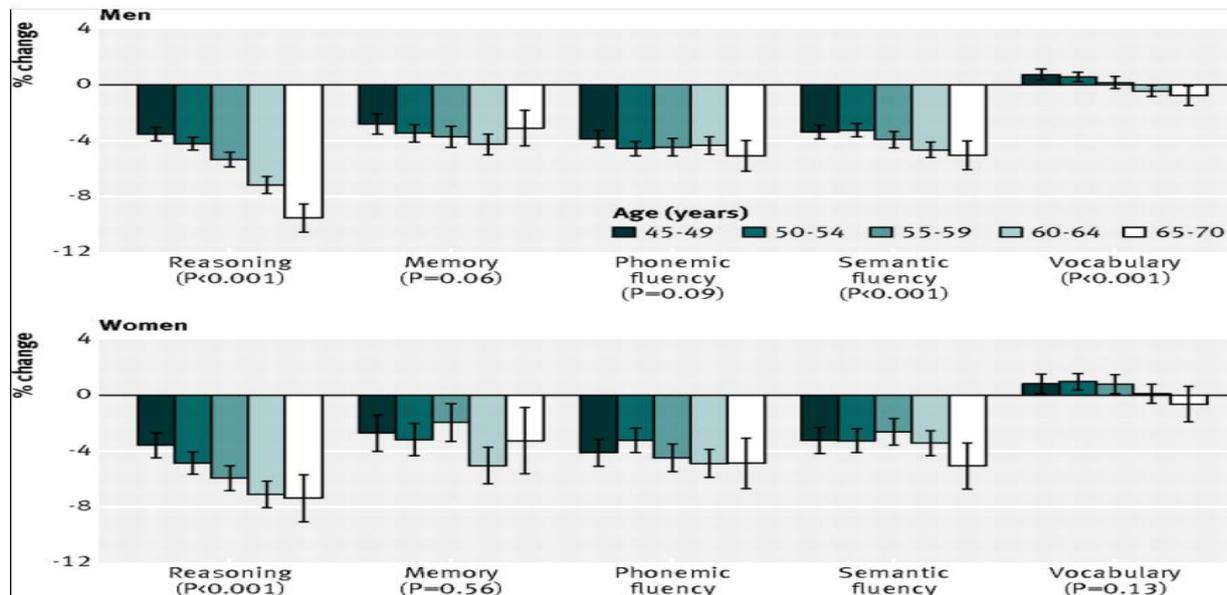
Table 1 Characteristics of study population in Whitehall II. Figures are numbers (percentage) unless stated otherwise

	Men (n=5198)	Women (n=2192)	P value*
Mean (SD) age at baseline (years)	55.5 (5.9)	56.2 (6.0)	<0.001
White	4859 (93.5)	1888 (86.1)	<0.001
Married/cohabiting	4319 (83.1)	1327 (60.5)	<0.001
Education†:			
Less than secondary school	1964 (39.4)	1163 (56.6)	<0.001
Secondary school	1370 (27.5)	467 (22.7)	
University	1649 (33.1)	424 (20.6)	
Mean (SD) cognitive function at baseline‡:			
Reasoning (range 0-65)	48.7 (10.0)	41.6 (12.2)	<0.001
Memory (range 0-20)	6.9 (2.3)	6.9 (2.7)	0.39
Phonemic fluency (range 0-35)	16.9 (4.2)	16.5 (4.7)	<0.001
Semantic fluency (range 0-35)	16.7 (4.0)	15.8 (4.6)	<0.001
Vocabulary (range 0-33)	25.7 (3.8)	23.1 (5.5)	<0.001

*For difference between men and women.

Le tableau 1 présente les caractéristiques des participants inclus dans l'analyse et leurs scores cognitifs de base (phase 5, 1997-9). Il y avait une association transversale entre l'âge au départ, classé en cinq cohortes d'âge de cinq ans chacune couvrant 45-70 ans, et tous les scores cognitifs (tous $P < 0,001$), à l'exception du vocabulaire chez les hommes ($P = 0,13$). Le graphique suivant représente des estimations du déclin cognitif, exprimées en pourcentage de changement (changement / plage du test $\times 100$) sur la période de suivi de 10 ans à l'aide de trois vagues de données. Il y avait des preuves d'un déclin plus important à des âges plus avancés et d'une tendance linéaire à la baisse avec l'âge pour certains des tests, en particulier chez les hommes (fig. 1 et tableau B sur bmj.com). Par exemple, chez les hommes âgés de 45 à 49 ans au départ, la baisse du raisonnement sur 10 ans était de $-3,6\%$ (intervalle de

confiance à 95% $-4,1\%$ à $-3,0\%$) tandis que chez ceux âgés de 65 à 70 ans, elle était de $-9,6\%$ ($-10,6\%$). À $-8,6\%$). Chez les femmes, la baisse correspondante était de $-3,6\%$ ($-4,6\%$ à $-2,7\%$) chez celles âgées de 45 à 49 ans et de $-7,4\%$ ($-9,1\%$ à $-5,7\%$) chez celles âgées de 65 à 70 ans. Les résultats de tous les tests, sauf le vocabulaire.



Dans la dernière série d'analyses, nous avons comparé les effets longitudinaux et transversaux de l'âge sur le « déclin cognitif ».

Table 2 Comparison of cognitive decline (expressed as % change*) from longitudinal and cross sectional effects in subsample† of participants in Whitehall study

	Longitudinal analysis (participants aged 45-49 at baseline followed up for 10 years)		Cross sectional analysis (difference in score between those aged 45-49 and 55-59 at baseline)	
	10 year decline (95% CI)	10 year decline (95% CI) adjusted for education‡	Difference (95% CI)	10 year decline (95% CI) adjusted for education‡
Men				
Reasoning (AH4-I)	-3.6 (-4.1 to -3.1)	-3.6 (-4.1 to -3.1)	-3.2 (-4.5 to -1.8)	-1.9 (-3.2 to -0.6)
Memory	-2.9 (-3.6 to -2.2)	-2.9 (-3.6 to -2.2)	-3.6 (-4.6 to -2.5)	-3.1 (-4.1 to -2.0)
Phonemic fluency	-3.9 (-4.5 to -3.3)	-3.9 (-4.5 to -3.4)	-2.9 (-4.1 to -1.8)	-2.3 (-3.4 to -1.2)
Semantic fluency	-3.4 (-4.0 to -2.8)	-3.5 (-4.1 to -2.9)	-3.4 (-4.4 to -2.3)	-2.8 (-3.8 to -1.7)
Vocabulary	0.7 (0.4 to 1.1)	0.7 (0.37 to 1.1)	1.0 (-0.1 to 2.1)	2.1 (1.1 to 3.1)
Women				
Reasoning (AH4-I)	-3.6 (-4.5 to -2.8)	-3.6 (-4.5 to -2.8)	-11.4 (-14.0 to -8.9)	-7.2 (-9.6 to -4.8)

fluency	0.71 (0.4 to 1.1)	0.7 (0.37 to 1.1)	1.0 (-0.1 to 2.1)	2.1 (1.1 to 3.1)
Vocabulary	0.7 (0.4 to 1.1)	0.7 (0.37 to 1.1)	1.0 (-0.1 to 2.1)	2.1 (1.1 to 3.1)
Women				
Reasoning (AH4-I)	-3.6 (-4.5 to -2.8)	-3.6 (-4.5 to -2.8)	-11.4 (-14.0 to -8.9)	-7.2 (-9.6 to -4.8)
Memory	-2.6 (-4.0 to -1.3)	-2.5 (-3.8 to -1.1)	-6.5 (-8.3 to -4.6)	-5.0 (-6.9 to -3.1)
Phonemic fluency	-4.2 (-5.2 to -3.2)	-4.3 (-5.3 to -3.3)	-6.5 (-8.4 to -4.6)	-4.4 (-6.3 to -2.5)
Semantic fluency	-3.1 (-4.1 to -2.0)	-2.9 (-3.9 to -1.9)	-7.9 (-9.8 to -6.0)	-5.2 (-7.0 to -3.3)
Vocabulary	0.8 (0.2 to 1.4)	0.8 (0.18 to 1.5)	-7.4 (-9.7 to -5.1)	-3.5 (-5.6 to -1.3)

*Change/range of test×100.

†Longitudinal analysis: 1076 men and 396 women; cross sectional analysis: 918 men and 329 women aged 45-49 and 836 men and 364 women aged 55-59.

‡In those aged 45-49 at baseline 30% of men and 34% of women had less than secondary school education, 28% and 26% had secondary school education, and 42% and 40% had a university degree. For those aged 55-59 at baseline corresponding figures were 38% and 58%, 33% and 25%, and 29% and 17%.

Les résultats, présentés dans le tableau 2 en pourcentage de changement (changement / plage du test × 100) en utilisant l'échelle d'origine, suggèrent que chez les femmes, mais pas les hommes, l'analyse transversale a considérablement surestimé l'effet du vieillissement. Par exemple, l'analyse longitudinale chez les femmes montre que le raisonnement a diminué de -3,6% (-4,5% à -2,8%) chez les 45-49 ans mais les effets transversaux suggèrent une baisse de -11,4% (-14,0% à - 8,9%). L'ajustement pour l'éducation n'a pas beaucoup changé les estimations longitudinales, mais a considérablement réduit les estimations transversales de l'effet du vieillissement sur le déclin cognitif. Il y avait des différences considérables entre les cohortes dans l'éducation des femmes. Chez les hommes âgés de 45 à 49 ans au départ, 30% avaient moins qu'un diplôme d'études secondaires, 28% avaient terminé des études secondaires et 42% avaient un diplôme universitaire. Pour les femmes, les chiffres correspondants étaient de 34%, 28% et 40%. Pour les personnes âgées de 55 à 59 ans au départ, les chiffres correspondants étaient de 38%, 33% et 29% pour les hommes et 58%, 25% et 17% pour les femmes.

Résultats : Tous les scores cognitifs, à l'exception du vocabulaire, ont diminué dans les cinq catégories d'âge (45 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59, 60 à 64 et 65 à 70 ans au départ), avec des preuves d'un déclin plus rapide chez les personnes âgées. Chez les hommes, la baisse sur 10 ans, représentée par un changement / intervalle de test × 100, dans le raisonnement était de -3,6% (intervalle de confiance à 95% -4,1% à -3,0%) chez les 45-49 ans au départ et de -9,6% (-10,6% à -8,6%) chez les 65-70 ans. Chez les femmes, la baisse correspondante était de

-3,6% (-4,6% à -2,7%) et de -7,4% (-9,1% à -5,7%). Les comparaisons des effets longitudinaux et transversaux de l'âge suggèrent que ce dernier surestime le déclin chez les femmes en raison des différences de cohorte en matière de scolarité. Par exemple, chez les femmes âgées de 45 à 49 ans, l'analyse longitudinale a montré que le raisonnement avait diminué de -3,6% (-4,5% à -2,8%) mais les effets transversaux suggéraient une baisse de -11,4% (-14,0% à -8,9%).

Conclusion : Le déclin cognitif est déjà évident à l'âge moyen (45-49 ans).

Annexe 5 : Les bienfaits des oméga 3 ⁷²

Quels sont les bienfaits des oméga-3 sur la santé ? Les acides gras oméga-3 procurent de nombreux bienfaits sur le plan cérébral, optimisent l'apprentissage et la mémoire et participent à la prévention de troubles mentaux comme la dépression, la démence, les troubles bipolaires ou la dyslexie.

Renforcer la plasticité synaptique est leur principal bénéfice : les oméga-3 renforcent cette capacité des neurones à se connecter entre eux et qui permet d'expliquer l'existence de nombreuses formes de mémoire dans le système nerveux. Ils réduisent également le stress oxydatif qui affecte particulièrement les cellules du cerveau.

Réduire la réponse inflammatoire : de récentes études montrent que les oméga-3 peuvent également contribuer à réduire les réactions inflammatoires. Ces mécanismes de défense sont utiles pour combattre les infections mais deviennent néfastes en l'absence de danger réel comme en cas de réponse auto-immune. Les acides gras oméga-3 auraient ainsi la capacité d'augmenter l'autophagie chez les macrophages, ces cellules de l'immunité impliquées dans les phénomènes inflammatoires, et de réduire la sécrétion de certains facteurs (comme le CXCL-10) responsables de l'amplification de la réponse inflammatoire.

Lutter contre le vieillissement : d'autres études révèlent qu'en réduisant certains marqueurs de l'inflammation, ils permettraient de préserver la taille des télomères, ces sections spécialisées de l'ADN, des « capuchons de protection » qui permettent la copie fidèle des chromosomes pendant la division cellulaire. Le raccourcissement des télomères a été associé au cancer et aux maladies cardiaques, au déclin cognitif, au vieillissement et au décès prématuré ; des télomères plus longs à une espérance de vie plus élevée.

La liste de leurs effets bénéfiques semble aussi longue que le nombre de cascades moléculaires induites, susceptibles d'affecter des mécanismes très différents du corps humain. De nombreuses études ont ainsi mis en évidence leurs effets favorables vis-à-vis de la tension artérielle, de l'élasticité des vaisseaux, des réactions immunitaires et de l'agrégation des plaquettes sanguines. Autant de bénéfices possibles à portée de main à condition de

⁷² D'après l'article publié le 27/06/2018 par Communiqué SUPER SMART SA « ACIDES GRAS OMEGA-3 : Pourquoi sont-ils si importants pour votre cerveau ? »

veiller à réduire les apports en oméga-6 qui parasitent l'utilisation des oméga-3 par le corps humain. En effet, les oméga-3 et les oméga-6 entrent en compétition pour plusieurs enzymes : si les apports en oméga-6 sont trop importants, comme c'est le cas dans les pays occidentaux, les rares oméga-3 apportés par l'alimentation sont sous-exploités.

Annexe 6 : Les lobes fronto-temporaux

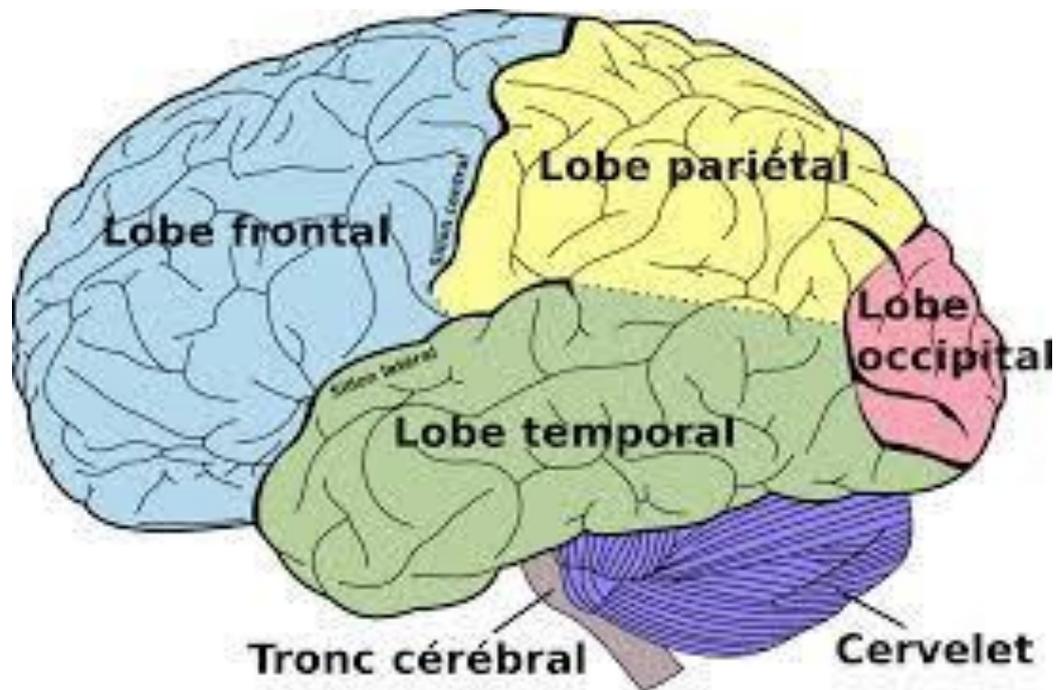


Schéma du cerveau et de ses différents lobes.

Annexe 7 : La dégénérescence neurofibrillaire ainsi que la plaque d'amyloïde

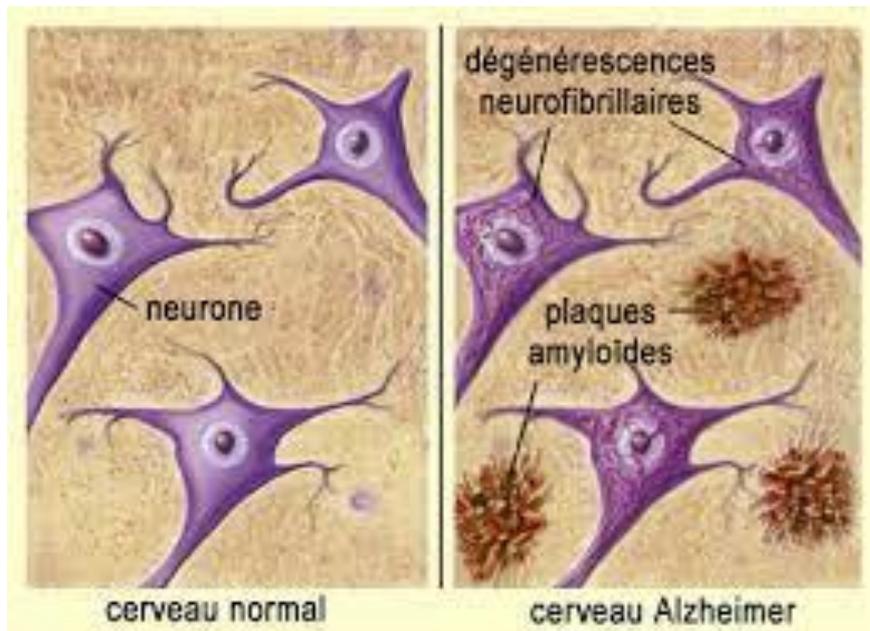


Schéma comparant les neurones d'un cerveau sain et d'un cerveau atteint de la maladie d'Alzheimer.

Annexe 8 : Localisation des troubles mnésiques

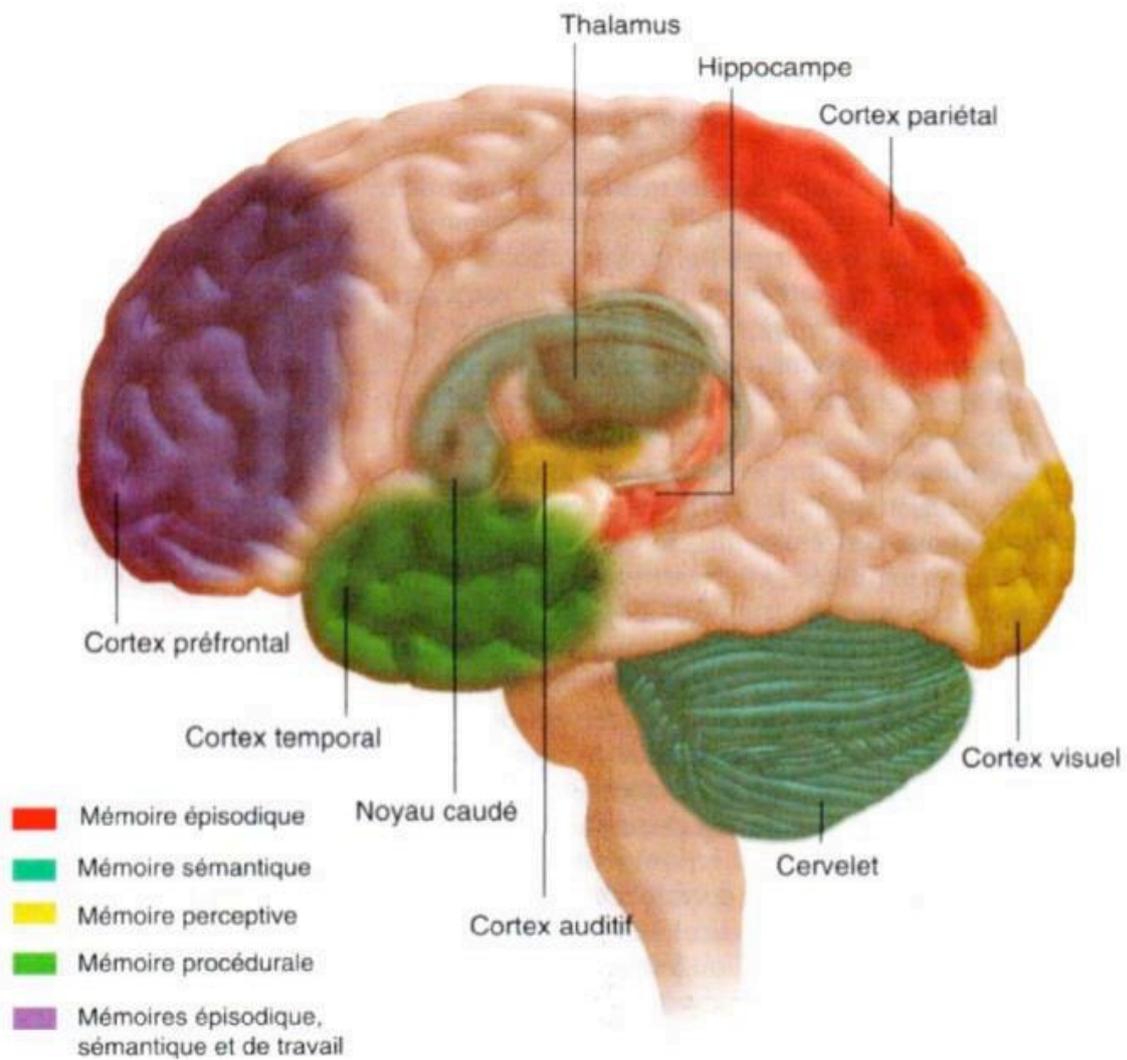


Schéma d'un cerveau localisant les différentes mémoires

Annexe 9 : Les différentes apraxies/aphasies

Liste des différentes apraxies :

- L'apraxie idéomotrice : c'est la forme la plus courante, elle correspond à une incapacité de réaliser volontairement des gestes simples de la vie quotidienne, sur demande orale ou visuelle.
- L'apraxie idéatoire : elle est caractérisée par des difficultés à réaliser des tâches complexes ou des séquences de gestes.
- L'apraxie motrice : cette apraxie inclut l'apraxie kinesthésique, avec des difficultés à trouver les mouvements nécessaires à la réalisation de gestes simples, et l'apraxie mélokinétique, avec une perturbation des mouvements fins, sélectifs, rapides ou en série.
- L'apraxie constructive : elle concerne la réalisation des dessins avec une perception difficile de l'espace.
- L'apraxie bucco-faciale, ou l'apraxie bucco-linguo-faciale : elle se manifeste au niveau d'une ou de plusieurs parties du visage, de la bouche et du larynx, et qui est caractérisée par des difficultés à réaliser des mouvements déterminés et non verbaux tels que siffler, ouvrir la bouche ou encore tirer la langue.
- L'apraxie de l'habillement : elle se traduit des difficultés à manipuler, orienter et enfiler correctement les vêtements.
- L'apraxie de la marche : elle est caractérisée par des difficultés à disposer convenablement les jambes pour marcher.

Liste des différentes aphasies :

- L'aphasie de Broca : elle se caractérise par une réduction de l'expression. L'individu parle peu, lentement, cherche ses mots. Les mêmes difficultés peuvent être observées à l'écrit. La compréhension est généralement conservée. On l'appelle aussi aphasie d'expression, aphasie antérieure, aphasie motrice, aphasie expressive.
- L'aphasie de conduction : elle se manifeste par un langage entrecoupé d'hésitations, d'arrêts occasionnés par une difficulté à trouver les mots et, surtout, par la production

de nombreuses paraphasies. La personne atteinte mêle les sons dans les mots et comme elle en est habituellement consciente elle tentera de se corriger. Parfois, les paraphasies sont tellement abondantes qu'elles peuvent donner lieu à un jargon.

- L'aphasie de Wernicke : elle se caractérise par des difficultés importantes à comprendre ce qui est dit et ce qui est écrit. La personne atteinte parle facilement ou même abondamment, mais parfois elle fait des paraphasies ou elle jargonne. A l'écrit, elle rencontre généralement les mêmes difficultés que lorsqu'elle parle. Elle est aussi nommée aphasie de réception, aphasie sensorielle, aphasie réceptive, aphasie postérieure.
- L'aphasie globale : c'est la forme la plus sévère de l'aphasie. L'expression est quasi nulle et les troubles de compréhension sont très importants.
- L'aphasie mixte : c'est quand il y a la fois une réduction de l'expression et des difficultés importantes de compréhension.
- L'aphasie progressive primaire : Il existe 2 types d'APP.

Type non fluent : le débit verbal est de plus en plus réduit allant jusqu'au mutisme.

Type fluent : on peut observer un jargon, des troubles importants de la compréhension orale et écrite ainsi que des troubles de la lecture à haute voix et de la répétition.

Annexe 10 : test des 5 mots

L'épreuve des 5 mots est un test simple et rapide (2 minutes). Elle a été validée pour le dépistage de la maladie d'Alzheimer. L'épreuve consiste à faire apprendre au patient une liste de 5 mots et à en étudier la restitution. La liste prototypique est : Musée, Limonade, Sauterelle, Passoire, Camion.

L'épreuve des 5 mots comporte deux temps. Le premier consiste à étudier l'apprentissage de la liste. Il s'agit de s'assurer que l'information (la liste des 5 mots) a bien été mémorisée par le patient (encodage). Après une épreuve interférente (en pratique le dessin de l'horloge) permettant de détourner l'attention du patient pendant un temps suffisant, l'étape de rappel différé (mémoire) consiste en l'étude de la mémorisation proprement dite. Le score de mémoire doit être égal à 5 normalement (rappel libre + indiçage). Une amélioration nette du score par l'indiçage est habituellement observée en cas d'atteinte sous-corticale. La valeur seuil du score total (score d'apprentissage sur 5 + score du rappel différé sur 5) est normalement égale à 10.

1. Montrer la liste

Faire lire la liste au patient : « Lisez cette liste de mots à voix haute et essayez de la retenir, je vous la redemanderai tout à l'heure. »

- | | |
|--------------|------------|
| • Musée | Mimosa |
| • Limonade | Abricot |
| • Sauterelle | Eléphant |
| • Passoire | Chemisette |
| • Camion | Accordéon |

2. Interrogez le patient

« Pouvez-vous me dire en regardant la liste, quel est le nom de la boisson, l'ustensile de cuisine, le véhicule, le bâtiment, l'insecte ? »

3. Retourner la liste et interroger à nouveau le patient

« Pouvez-vous me redonner les mots que vous venez de lire ? »

4. Pour les mots non rappelés et seulement ceux-ci demander :

« Quel était le nom de :..... » en fournissant l'indice correspondant

5. Compter le nombre de bonnes réponses = score d'apprentissage

Si score = 5, l'enregistrement a été effectif, passer à l'étape 6 Si score < 5, remonter la liste et indiquer du doigt les mots non rappelés, puis retourner la liste et demander au patient les mots non rappelés en réponse à leurs indices. Le but est de s'assurer que le patient a bien enregistré tous les mots.

6. Poursuivre la consultation médicale et faire d'autres tests.

Le but est de détourner l'attention du patient pendant 3 à 5 minutes. Par exemple, en explorant ses capacités visuo-spatiale.

7. Interroger à nouveau le patient

« Pouvez-vous me donner les 5 mots que vous avez lu tout à l'heure ? » Pour les mots non rappelés et seulement ceux-ci demander : « Quel était le nom de :..... » en fournissant l'indice correspondant

8. Compter le nombre de bonnes réponses = score de mémoire

Annexe 11 : Figure de Rey

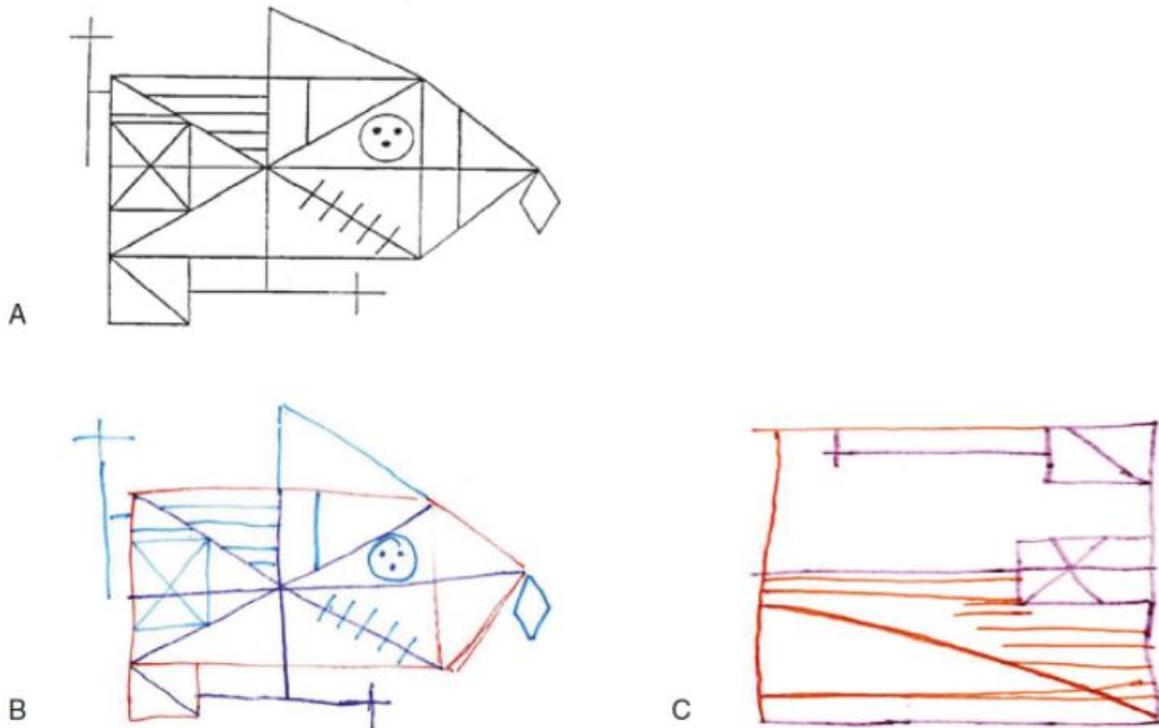


Fig. 21.2. Figure de Rey.

A. Modèle. B. Exemple de copie réussie. C. Exemple de copie altérée, témoignant d'un trouble visuoconstructif. (Source : CEN, 2019.)

La figure de Rey fait partie des tests des fonctions visuo-spatiales. Dans cette annexe nous pouvons voir plusieurs exemples. Premier exemple A/B : Le patient reproduit parfaitement le modèle aucun signe de trouble visuo-spatiaux. Deuxième exemple A/C : Le patient ne reproduit pas du tout le modèle nous pouvons constater qu'un trouble visuo-spatiaux est présent.

Annexe 12 : Carnet d'une personne aphasique



Voici un exemple de carnet de communication utilisant des dessins/pictogramme pour une personne atteinte d'aphasie.

Annexe 13 : L'échelle Doloplus

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

NOM : _____
Prénom : _____
Service : _____

DATES

--	--	--	--

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. PLAINTES SOMATIQUES	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. MIMIQUE	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. SOMMEIL	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. MOUVEMENTS	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8. COMMUNICATION	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. VIE SOCIALE	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

--	--	--	--

Bibliographie

Cours :

- Cours UE1 : Découverte des métiers de l'aide et des soins aux personnes.

Consulté le 03/01/2021.

Site internet :

- <https://centre-ressource-rehabilitation.org/fiche-thematique-les-fonctions-cognitives>

Consulté le 05/01/2021.

- <https://apprendreaeduquer.fr/fonctions-cognitives/>

Consulté le 05/01/2021.

- <https://www.psychologue-tdah-paris.fr/precocite-intellectuelle/fonctions-ex%C3%A9cutives/>

Consulté le 05/01/2021.

- <https://studylibfr.com/doc/2485608/gnosie>

Consulté le 06/01/2021.

- https://centreprsycle-amu.fr/wp-content/uploads/2014/01/2006_BenoisJoverBICHAT.pdf

Consulté le 06/01/2021.

- <http://www.happyneuron.fr/cerveau-et-entrainement/declin-cognitif-et-entrainement>

Consulté le 08/01/2021.

- <https://www.axaprevention.fr/sante-bien-etre/bien-vieillir/troubles-cognitifs-personnes-agees>

Consulté le 08/01/2021.

- <https://pwc.ottawaheart.ca/fr/educatives/education-en-sante-cardiaque/les-facteurs-de-risque/activite-physique/exercices-daerobie>

Consulté le 15/01/2021.

- <https://psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/553737/troubles-cognitifs>

- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- <https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/DemencesFrontoTemporales-FRfrPub3338.pdf>

Consulté le 08/02/2021.

- http://cache.media.education.gouv.fr/file/VIE_PROFESSIONNELLE/65/2/Troubles_cognitifs_et_deficiences_intellectuelles_Catherine_CHARBONNIER_854652.pdf
- <https://aphasie.ca/les-aphasies/>
- <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2015-1-page-5.htm>

Consulté le 12/02/2021.

- <https://orthophonie.ooreka.fr/comprendre/aphasie>
- <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=maladie-corps-lewy>
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf

Consulté le 13/02/2021.

- <https://www.inserm.fr/dossier/parkinson-maladie/>
- <https://doctocare.com/actualites/zoom-maladie-de-parkinson/>

Consulté le 26/02/2021.

- <https://www.inserm.fr/dossier/alzheimer-maladie/>
- <https://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/symptomes/>
- <https://www.mmt-fr.org/maladies-degeneratives/>

Consulté le 05/03/2021.

- <http://www.centam.ca/dyspraxie.html>
- <https://www.hug.ch/geriatrie/tests-cognitifs>

- <http://www.sfls.aei.fr/formations/pdf/2009/bdx-neuro/evaluation-breve-fonctions-cognitives.pdf>

Consulté le 15/03/2021.

- <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/maladie-alzheimer/prise-charge-traitement-aidants>
- https://handicapinfos.com/informer/prise-charge-patient-atteint-maladie-parkinson_3024.htm

Consulté le 18/03/2021.

- <https://grandiravecmino.fr/snoezelen/>
- https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=musicotherapie_th
- <https://effetsdelamusiquesurlhomme.wordpress.com/>

Consulté le 19/03/2021.

- <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2015-2-page-117.htm>
- <https://presse.inserm.fr/le-declin-cognitif-apparait-des-45-ans/2536/>

Consulté le 24/03/2021.

- <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/mini-mental-state-examination-mmse>
- <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/montreal-cognitive-assessment-moca>
- <http://gpcog.com.au/>
- <https://patient.info/doctor/six-item-cognitive-impairment-test-6cit>
- https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_Epreuve_MIS.pdf
- http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/5_mots_Dubois.pdf
- <https://www.testcodex.org/>

Consulté le 09/06/2021.