



Besoins des Soignants, Experts en santé mentale et patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de leurs familles admis dans les hôpitaux de la ville de Kananga : Défis et attentes en matière de soins

[Needs of caregivers, mental health experts and Alzheimer's patients and their families admitted to hospitals in the city of Kananga: Challenges and expectations of care]

Tshibola Badiambile Veronique^{1*}, Bapidia Nzengu Samuel², Patrick Kasonga Kabamba³, Lofandjola Masumbuku Jacques² & Mukandu Basua Babintu Leyka²

¹*Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, Kananga, République Démocratique du Congo*

²*Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

³*Centre Hospitalier Biopharm 2, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

Résumé

La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans la ville de Kananga en particulier et, en général en République Démocratique du Congo, pose de nombreux défis, tant au niveau des soins infirmiers que des attentes des familles. Cette étude vise à comprendre les besoins et attentes des vieillards atteints de la maladie d'Alzheimer, leurs membres de famille, et le personnel de santé en matière de soins. Elle opte pour l'approche qualitative par échantillonnage non probabiliste de convenance. C'est une étude qualitative de type descriptif exploratoire qui vise une description soignée et systématique de ce qui est perçu par les patients, les familles, le personnel soignant et les experts en santé mentale en matière de soins. La collecte des données s'est faite de manière transversale. Elle applique la méthode phénoménologique qui vise une description soignée et systématique de ce qui est perçu par ces informateurs-clés. Les données recueillies révèlent que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer à Kananga rencontrent des défis de prise en charge infirmière en raison de leur vulnérabilité liée à la perte d'autonomie, la gestion des activités quotidiennes et des troubles cognitifs. Les besoins en soins médicaux, notamment pour la gestion des traitements et des interactions médicamenteuses, sont cruciaux mais insuffisamment couverts. Les aspects sociaux, tels que l'isolement et la stigmatisation, affectent profondément les patients et leurs familles, qui font face à un manque de ressources pour y répondre. Les troubles mentaux et émotionnels, tels que la confusion, l'agitation et la dépression, compliquent également la gestion des soins. Les attentes des patients et des familles portent sur une approche holistique, intégrant des soins médicaux, sociaux et psychologique.

Mots-clés : Besoins, attentes, maladie d'Alzheimer, prise en charge, soins de santé.

Abstract

The care of Alzheimer's patients in the city of Kananga in particular, and in the Democratic Republic of Congo in general, poses many challenges, both in terms of nursing care and family expectations. This study aims to understand the needs and expectations of elderly people with Alzheimer's disease, their family members and healthcare staff in terms of care. It opts for a qualitative approach using non-probability convenience sampling. It is an exploratory descriptive qualitative study that aims at a careful and systematic description of what is perceived by patients, families, caregivers and mental health care experts. Data collection was cross-sectional. It applies the phenomenological method, which aims for a careful and systematic description of what is perceived by these key informants. The data collected reveal that Alzheimer's patients in Kananga face nursing care challenges due to their vulnerability linked to loss of autonomy, management of daily activities and cognitive impairment. The need for medical care, particularly in managing treatments and drug interactions, is crucial but insufficiently covered. Social aspects, such as isolation and stigmatization, profoundly affect patients and their families, who face a lack of resources to address them. Mental and emotional disorders, such as confusion, agitation and depression, also complicate care management. Patients and families expect a holistic approach, integrating medical, social and psychological care.

Keywords: Needs, expectations, Alzheimer's disease, care, health care.

*Auteur correspondant: Tshibola Badiambile Veronique, (vbadiambile@gmail.com). Tél. : (+243) 971085021

Reçu le 14/02/2025 ; Révisé le 05/03/2025 ; Accepté le 07/04/2025

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i2.144>

Copyright: ©2025 Tshibola et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

La question des besoins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer hospitalisés ainsi que sur ceux de leurs familles, en lien avec les défis associés à la prise en charge infirmière et les attentes en matière de soins, revêt une importance capitale. Cela est vrai tant dans les pays développés que dans les régions en développement, telles que l'Afrique subsaharienne et la République Démocratique du Congo (RDC) (Zissimopoulos et al., 2041).

Cette problématique met en lumière plusieurs enjeux majeurs, parmi lesquels figurent les difficultés d'intégration des soins spécifiques aux patients Alzheimer au sein des systèmes de santé existants, les attentes des familles vis-à-vis de la prise en charge infirmière, ainsi que les ressources souvent insuffisantes des établissements de santé dans ces contextes (Krier, 2024).

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) sont confrontées à une dégradation progressive de leurs fonctions cognitives (Corey-Bloom, 2002), ce qui affecte leur autonomie et leur capacité à mener une vie quotidienne indépendante (Benmessoud, 2023).

Ces patients ont des besoins spécifiques en matière de soins médicaux et infirmiers, qui ne se limitent pas seulement aux aspects physiques, mais englobent également des dimensions émotionnelles, sociales et psychologiques. Cependant, dans de nombreux pays, y compris les pays en développement comme ceux de l'Afrique subsaharienne et la RDC, les structures de santé sont souvent mal équipées pour répondre efficacement à ces besoins complexes (Krier, 2024).

La prise en charge infirmière de la maladie d'Alzheimer est encore confrontée à des défis considérables, notamment le manque de formation spécialisée, les ressources limitées et les stigmates sociaux associés à la maladie, (Labarchède, 2021). En parallèle, les attentes des familles, souvent ignorées ou sous-évaluées dans les pratiques de soin, jouent un rôle central dans la qualité des soins et dans la satisfaction des patients et de leurs proches (Ogunniyi & Akinyemi, 2003).

Dans les pays développés comme les Etats-Unis et le Royaume-Uni, plusieurs recherches ont été menées pour évaluer la satisfaction des patients et des familles quant aux soins infirmiers. Sharif et al. (2023) ont révélé que les familles ont des attentes élevées en matière de continuité des soins et de gestion efficace des symptômes comportementaux, tout en cherchant

des approches plus humanistes et centrées sur la personne.

Les soins infirmiers dans le cadre de la maladie d'Alzheimer doivent inclure une communication claire, une prise en charge globale et personnalisée des symptômes comportementaux, ainsi qu'un soutien psychologique (Tetsuka, 2021).

Les hôpitaux en Afrique subsaharienne sont souvent mal préparés pour traiter la maladie d'Alzheimer, et les patients y sont parfois stigmatisés, considérés comme ayant des troubles mentaux graves plutôt que des troubles neurodégénératifs (Olayinka & Mbuyi, 2014).

Dans les pays d'Afrique subsaharienne et plus particulièrement en RDC, la situation est encore plus complexe en raison de multiples facteurs, notamment des systèmes de santé fragiles, le manque de personnel formé et des infrastructures souvent inadaptées aux besoins spécifiques des patients Alzheimer (Akinyemi et al., 2021). Le manque de ressources financières et humaines dans le secteur de la santé, combiné à des stigmates sociaux liés aux troubles cognitifs, empêche une prise en charge efficace (Paddick et al., 2013).

En RDC, on note l'absence d'un cadre de soins adapté aux malades Alzheimer dans les hôpitaux, et l'inefficacité des soins infirmiers face aux symptômes comportementaux de la maladie (Ikanga et al., 2023). De plus, la majorité des patients ne bénéficient pas de soins continus ou spécialisés, et les infirmiers manquent de formation spécifique sur la gestion des symptômes cognitifs et comportementaux.

Les familles, bien qu'elles aient un rôle central dans la gestion de la maladie d'Alzheimer en Afrique subsaharienne, sont souvent laissées seules à faire face aux défis. Les attentes des familles en matière de soins sont souvent basées sur des connaissances limitées de la maladie, ce qui augmente la pression sur les soignants et les familles elles-mêmes.

La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans la ville de Kananga en particulier et, en général en République Démocratique du Congo, pose de nombreux défis, tant au niveau des soins infirmiers que des attentes des familles. La formation des infirmiers, la sensibilisation des familles et l'adaptation des soins aux réalités locales sont des aspects clés à explorer pour améliorer la qualité de vie des patients et leur prise en charge médicale.

2. Matériels et méthodes

La présente étude est menée dans les hôpitaux de la ville de Kananga durant la période allant du 08 au 22 février 2025. C'est une étude qualitative du type descriptif exploratoire réalisée dans le milieu naturel avec triangulation des entretiens semi-structurés ou des groupes de discussion avec des patients, des familles, du personnel soignant et des experts en santé mentale pour recueillir des témoignages sur les perceptions de l'efficacité des interventions.

La collecte des données s'est faite de manière transversale. Elle applique la méthode phénoménologique qui vise une description soignée et systématique de ce qui est perçu par les patients, des familles, du personnel soignant et des experts en santé mentale en matière des soins.

Ainsi, les participants devront satisfaire aux critères tels que : être vieillards admis dans une des structures de santé pour la maladie d'Alzheimer, être personnel de santé chargé de prise en charge, être membres de famille accompagnant le malade d'Alzheimer, et expert en santé mentale, présents au moment de notre enquête, s'exprimer en kiluba ou en français et manifester son consentement, et accepter de participer à l'étude. Le guide d'entretien avait été élaboré avec des pistes de thèmes en fonction des objectifs de l'étude, ce qui nous a donné l'attente et besoin des vieillards en matière des soins suivant l'analyse syntaxique, thématique et catégorielle.

Pour collecter les données, nous avons procédé par un entretien de groupe ou discussion en groupe, auquel nous avons joints un enregistreur et un transcripteur de l'entretien (spécialement pour tous les sujets). Le recueil des données s'est effectué par les trois intervenants. La technique utilisée était majoritairement celle des groupes de discussion (Focus Group), faisant intervenir pour chaque entretien collectif trois protagonistes : une animatrice et deux observateurs. Au cours de notre étude, trois animateurs différents ont animé les groupes de discussion. Ils ont été choisis grâce à leur connaissance en animation de groupe. Ces derniers étaient volontaires, de sexe, et d'âges différents.

Après la collecte des données, nous avons procédé à (au) : l'audition des interviews, la retranscription des données, tri des données en écartant

celles qui étaient incomplètes et incorrectes et le contrôle de la qualité des données.

Sur le plan éthique, avant de nous rendre sur terrain, nous avons soumis notre protocole au comité de Bioéthique de l'Ecole Doctorale de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa n°31/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2024 du 07/02/2024, qui après avoir lu et vérifié que les sujets sélectionnés ne couraient aucun risque de quelle nature qu'il soit, nous avons été autorisé de mener nos recherches, les sujets retenus dans cette étude étaient en possession des informations sur la nature et les retombées de l'étude. Les consentements libres et éclairés étaient sollicités et obtenus avant l'enquête. Ensuite, nous avons expliqué aux participants les bénéfices liés à l'étude. La recherche était strictement anonyme et confidentielle.

3. Résultat

Le **tableau I** présente les informations sur le profil des interviewés dans cette étude.

Le **tableau I** révèle que la population était diversifiée et couvrait l'ensemble des caractéristiques des interviewés inclus dans la recherche. La population d'étude a été composée de 54 acteurs-compétents, repartis en 9 groupes de discussion ou focus group. Parmi les acteurs rencontrés, il y avait 15 acteurs du sexe masculin et 36 du sexe féminin. 34 vieillards ont été rencontrés, 9 membres de famille, 5 professionnels de santé et 3 experts en santé mentale.

Au total, 9 interviews collectifs ou groupe de discussion (Focus Group) ont été réalisés, avec pour chacun : un verbatim, un contexte d'énonciation, un codage avec relecture. Les 6 focus groups pour les vieillards (FG1-FG6), 1 focus group pour les aidants naturels (membres de famille FG7), 1 focus group pour le personnel de santé de l'hôpital (FG8) et 1 focus group pour les experts en santé mentale (FG9). La durée des interviews a été différente. La saturation théorique des données a été atteinte à partir du 5ème focus group (FG 5).

3.1. Présentation des différents sous-thèmes de l'étude

D'après le **tableau II** (encadré 1) sur la vulnérabilité des personnes de troisième âge avec maladie d'Alzheimer face à leur autonomie et activités quotidiennes, il résulte des échanges que la maladie d'Alzheimer dégrade progressivement la capacité de la personne âgée à prendre soin d'elle-même, affectant sa

Tableau I. Le Profil des interviewés

Entretiens	FG1	FG2	FG3	FG4	FG5	FG6	FG7	FG8	FG9	Total : 9 entretiens
Nombre de participants	6	4	6	6	5	7	9	5	3	51
Durée des entretiens	55 min	45 min	54 min	51 min	56 min	50 min	56 min	55 min	55 min	53 min
Vieillards malades	6	4	6	6	5	7	0	0	0	34
Aidants naturels	0	0	0	0	0	0	9	0	0	9
Professionnel de santé	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
Expert en santé mentale	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Masculin	2	0	1	2	1	1	4	1	3	15
Féminin	4	4	5	4	4	6	5	4	0	36
Tranche d'âge	55-90 ans	55-90 ans	55-90 ans	55-90 ans	55-90 ans	55-90 ans	16-37 ans	34-45 ans	36-52 ans	

Tableau II. Encadré 1 : Autonomie et activités de la vie quotidienne

Sous-Thème	Verbatim	Catégories
Vulnérabilité des vieillards avec maladie d'Alzheimer liée à l'autonomie et activités quotidiennes	FG1, FG7 « ... euh ! Ayi... oublions souvent les événements récents, les noms de gens, ... les tâches quotidiennes ... incapables à réaliser des activités simples même cuisiner, s'habiller ou se souvenir de de rendez-vous »	Perte de mémoire
	FG5, FG9 « ... surtout avoir du mal à trouver les mots, aussi comprendre les autres ou à suivre une conversation ... »	Trouble de langage ou difficulté de communication
	FG4, FG3 « ... ne pas faire les gestes simples comme se brosser les dents, se laver, ou marcher ... devenir un défi, créant un risque constant de chutes et d'avoir des blessures ... »	Trouble de motricité et de coordination
	FG3« ... oublie de prendre des médicaments même difficiles de s'aventurer dehors ... des risques, comme surtout se perdre»	Altération du jugement
	FG2, FG6 « ... je ne sais où je me trouve exactement ou à quel moment de la journée ou de l'année »	Pertes de repères temporels et spatiaux
	FG7 « nous remarquons qu'ils répètent souvent des gestes ou des phrases sans raison apparente ... »	Comportement répétitifs
	FG8 « ... ils n'éprouvent plus d'intérêt pour des activités qu'elles appréciaient auparavant, comme les jeux de société ou voir même le contact avec leurs proches	Apathie et perte d'initiative
	FG9 « ... ils accusent de l'anxiété, les hallucinations ... cela peut entraîner un sentiment d'insécurité, de confusion et rendre difficile la réalisation de tâches quotidiennes. Ils peuvent, par exemple, se méfier des aides-soignants ou de leurs proches	anxiété et la dépendance totale

dignité et nécessitant souvent un accompagnement constant comme cela est libellé dans ces propos : FG4, FG3 « ne pas faire les gestes simples comme se brosser les dents, se laver, ou marcher ... devenir un défi, créant un risque constant de chutes et d'avoir des blessures »

De leur part, le personnel de santé témoigne que ces malades accusent une apathie et perte d'initiative : FG8 « ils n'éprouvent plus d'intérêt pour des activités qu'elles appréciaient auparavant, comme les jeux de société ou voir même le contact avec leurs proches »

Les experts en santé mentale insiste de leur côté de l'anxiété et la dépendance dont font preuve cette catégorie des malades : FG9 « ils accusent de l'anxiété, les hallucinations ... cela peut entraîner un sentiment d'insécurité, de confusion et rendre difficile la réalisation de tâches quotidiennes. Ils peuvent, par

exemple, se méfier des aides-soignants ou de leurs proches »

Trois catégories sont ressorties en termes de sens pour la compréhension des propos des interviewés. La maladie d'Alzheimer entraîne un besoin complexe de soins médicaux, avec des enjeux spécifiques autour des

Tableau III. Encadré 2 : Besoins en soins médicaux des personnes âgées atteint de maladie d'Alzheimer

Sous-Thème	Verbatim/ propos	Catégories
Expérience d'hospitalisation et besoin en soins médicaux	FG8, FG9 : « ... des plaintes excessives et de fois ils sont traités avec plusieurs médicaments en même temps, dont des psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques) mais la combinaison de ces médicaments entraîne de fois des interactions complexes et des effets secondaires... »	Multiplicité des prescriptions et risque d'interaction médicamenteuse
	FG4, FG5, FG1, FG7 « ... lorsque on nous demande d'aller à la maison, j'oublie parfois de doses, une prise incorrecte ou à un arrêt prématuré des médicaments ... » FG5, FG3 « ... médicaments que nous recevons ne soient pas entièrement efficaces pour des symptômes, je n'ai pas mon bien-être »	Difficultés à suivre la prescription médicamenteuse à domicile Frustration liée à l'inefficacité des médicaments

Tableau IV. Encadré 3 : Avis sur les besoins sociaux des personnes âgées atteint de maladie d'Alzheimer

Sous-Thème	Verbatim/ propos de signification	Catégories
Soutien social	FG1, FG6 « ... nous ressentons un sentiment de solitude et d'isolement ... » FG7 « ... de fois nous sommes stressés pour voir une détérioration de la qualité de vie de ce vieillards malade ... »	Isolement social Impact sur les aidants naturels
	FG2 « ... nous retrouvons isolés, incapables de participer aux activités sociales en raison des exigences permanentes de soins ... »	Dépendance
	FG8, FG9 « ... ils sont perçus comme « différentes » ou « déconnectées et ceci renforce leur marginalisation et leur exclusion sociale ... » FG9 « ... ils peuvent ressentir qu'ils sont un fardeau pour leurs proches, ce qui aggrave leur anxiété sociale et les éloigne encore plus de leurs réseaux de soutien ... »	Stigmatisation et incompréhension Peur de devenir un fardeau
	FG8, FG9 : « ... nous voyons que ces malades ont besoin d'un soutien social constant, mais les ressources limitées, qu'il s'agisse de soignants professionnels, d'institutions ou de groupes de soutien, sont souvent insuffisantes. Cette carence peut conduire à un stress accru pour les aidants et une détérioration de la qualité de vie du patient ... »	Besoin constant de soutien mais manque de ressources

Tableau V. Encadré 4 : Avis sur l'évaluation de l'état mental et émotionnel des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer

Thème	Verbatim/propos	Catégories
Secours psychologique et émotionnel	FG1, FG2, FG3, FG5, FG6 « ... que souvent on ne reconnaît pas bien des gens, des confusions, et j'oublie même le lieu ... » FG4, FG5 « ... nous avons aussi peur de ce qui nous arrive et parfois des gens ... » FG1, FG2, FG3, FG5, FG6 « ... nous sommes inutiles, isolés et impuissants, malheureux... »	Confusion et désorientation Peur de l'inconnu signes dépressifs
	FG7, FG9 « ... ils peuvent se lever sans raison, chercher quelque chose, ou répéter des gestes de manière compulsive » FG9 « ... développent des hallucinations visuelles, auditives ou même tactiles, et peuvent être sujets à des délire, pensant que des événements ou des personnes imaginaires existent ... »	Agitation incontrôlée Troubles de perception (hallucination, délire, ...)
	FG9 « ... Bien qu'ils aient du mal à exprimer leurs sentiments, certains patients éprouvent une douleur psychologique intense en raison de la conscience partielle de leur perte de mémoire et de leurs capacités ... »	Sentiment de culpabilité ou d'impuissance

psychotropes. Une gestion prudente en milieu hospitalier et individualisée des traitements est essentielle pour minimiser les risques et améliorer le confort des patients tout en maintenant leur qualité de vie. Cette réflexion est renchérie dans ces propos :

FG8, FG9 : « ... des plaintes excessives et de fois ils sont traités avec plusieurs médicaments en même temps, dont des psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques) mais la combinaison de ces médicaments entraîne de fois des interactions complexes et des effets secondaires... »

De leur côté, les malades pensent qu'à domicile, il y a souvent difficultés à bien suivre la prescription. Ils se sont ainsi exprimés en ces termes :

FG4, FG5, FG1, FG7 « ... lorsque on nous demande d'aller à la maison, j'oublie parfois des doses, une prise incorrecte ou à un arrêt prématuré des médicaments ... »

Au regard de cet encadré, il ressort que les malades connaissent une diminution significative de leur qualité de vie sociale. Le manque de soutien approprié, l'isolement et la difficulté de maintenir des relations peuvent contribuer à l'aggravation de leur état, tant sur le plan physique que mental. Ils se sont donc exprimés :

FG1, FG6 « ... nous ressentons un sentiment de solitude et d'isolement ... »

FG7 « ... de fois nous sommes stressés pour voir une détérioration de la qualité de vie de ce vieillards malade ... »

FG2 « ... nous retrouvons isolés, incapables de participer aux activités sociales en raison des exigences permanentes de soins ... »

Les personnes de santé de l'hôpital ainsi que les experts en santé mentale témoignent que ces malades sont objets d'une discrimination et exclusion sociale : FG8, FG9 « ... ils sont perçus comme « différentes » ou « déconnectées et ceci renforce leur marginalisation et leur exclusion sociale ... »

Ils renchérissent ces malades ont un besoin constant de soutien mais il y a un manque criant et complice des ressources. Ils se sont ainsi exprimés :

FG8, FG9 : « ... nous voyons que ces malades ont besoin d'un soutien social constant, mais les ressources limitées, qu'il s'agisse de soignants professionnels, d'institutions ou de groupes de soutien, sont souvent insuffisantes. Cette carence peut conduire à un stress accru pour les aidants et une détérioration de la qualité de vie du patient ... »

Les experts en santé mentale démontrent que ces malades développent certaines réactions allant même dans le sens d'éviter d'être fardeau social voire les idées suicidaires : FG9 « ... ils peuvent ressentir qu'ils sont un fardeau pour leurs proches, ce qui aggrave leur

anxiété sociale et les éloigne encore plus de leurs réseaux de soutien ... ».

Du **tableau V** (encadré 4), il se démarque les malades sombrent dans un état marqué par une souffrance psychologique profonde, entre confusion, perte de repères, frustration et peur. La prise en charge de ces maux nécessitent une attention particulière, tant sur le plan médical, émotionnel que psychologique, pour maintenir la dignité et offrir un soutien adapté. Les répondants se sont exprimés en ces termes : FG1, FG2, FG3, FG5, FG6 « que souvent on ne reconnaît pas bien des gens, des confusions, et j'oublie même le lieu » FG4, FG5 « nous avons aussi peur de ce qui nous arrive et parfois des gens » FG1, FG2, FG3, FG5, FG6 « nous sommes inutiles, isolés et impuissants, malheureux »

Les aidants naturels témoignent que ces malades affichent des comportements bizarres souvent accompagnés d'agitation, tels que le fait de se lever sans raison, de chercher quelque chose, ou de répéter des gestes de manière compulsive.

Les experts en santé mentales soulignent que ces malades peuvent développer aussi les troubles de perception et la culpabilité qui nécessitent impérativement leur internement : FG9 « développent des hallucinations visuelles, auditives ou même tactiles, et peuvent être sujets à des délires, pensant que des événements ou des personnes imaginaires existent » FG9 « Bien qu'ils aient du mal à exprimer leurs sentiments, certains patients éprouvent une douleur psychologique intense en raison de la conscience partielle de leur perte de mémoire et de leurs capacités »

4. Discussion

4.1. De la vulnérabilité des vieillards avec maladie d'Alzheimer liée à l'autonomie et activités quotidiennes

Des entretiens avec les acteurs révèlent que la maladie d'Alzheimer dégrade progressivement la capacité de la personne âgée à prendre soin d'elle-même, affectant sa dignité et nécessitant souvent un accompagnement constant. Les experts en santé mentale insistent de l'anxiété et la dépendance dont font preuve cette catégorie des malades.

Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) présentent une vulnérabilité accrue face à la perte d'autonomie, notamment dans les activités quotidiennes. La dégradation de la mémoire, en particulier la mémoire à court terme, empêche les

individus de se souvenir des tâches simples et de suivre des routines (Amel, 2020). Le trouble du langage ou aphasie, rend la communication difficile, ce qui peut entraîner de l'isolement (Benarab, 2021).

Les troubles de motricité, souvent associés à la MA, compliquent la réalisation d'activités physiques (Talantikite & Boudemagh, 2021). Les pertes de repères temporels et spatiaux déstabilisent encore davantage l'autonomie des patients, entraînant des errances et des risques de chutes (Sharif et al., 2023). Les comportements répétitifs, comme les gestes ou les paroles, sont fréquents et augmentent la dépendance, rendant plus difficile la gestion quotidienne (Safiri et al., 2024).

4.2. De besoins en soins médicaux des personnes âgées atteint de maladie d'Alzheimer

En analysant les propos dans le cadre de cette étude, la maladie d'Alzheimer entraîne un besoin complexe de soins médicaux, avec des enjeux spécifiques autour des psychotropes. Une gestion prudente en milieu hospitalier et individualisée des traitements est essentielle pour minimiser les risques et améliorer le confort des patients tout en maintenant leur qualité de vie. Les malades pensent qu'à domicile, il y a souvent difficultés à bien suivre la prescription.

Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) présentent des besoins médicaux complexes en raison de la multiplicité des prescriptions, notamment pour traiter la MA et ses symptômes associés. Cela augmente le risque d'interactions médicamenteuses, pouvant altérer l'efficacité des traitements. Les patients rencontrent également des difficultés à suivre les prescriptions à domicile, en raison de troubles cognitifs affectant leur capacité à se souvenir des doses et des horaires (Ogunniyi & Akinyemi, 2003). La frustration liée à l'inefficacité des médicaments, souvent perçue par les familles et les soignants, résulte de l'absence de traitement curatif, conduisant à une gestion symptomatique parfois insuffisante (Safiri et al., 2024). Ces difficultés exacerbent la charge des soignants et compliquent le suivi médical.

4.3. Des avis sur les besoins sociaux des personnes âgées atteint de maladie d'Alzheimer

Il est important de signaler que les malades connaissent une diminution significative de leur qualité de vie sociale. Le manque de soutien approprié, l'isolement et la difficulté de maintenir des relations

peuvent contribuer à l'aggravation de leur état, tant sur le plan physique que mental.

Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) font face à un isolement social important, en raison des difficultés de communication et de la perte de repères, ce qui diminue leurs interactions sociales (Gwyther, 1998). Ce phénomène affecte non seulement les patients, mais aussi leurs aidants naturels, qui éprouvent souvent de la détresse émotionnelle et physique face à la dépendance croissante (Le Glaz et al., 2021).

La stigmatisation liée à la MA engendre un manque de compréhension dans la société, créant une séparation entre les malades et la communauté (Benarab, 2021). Les patients nécessitent un soutien constant, mais les ressources disponibles sont insuffisantes, ce qui rend la gestion quotidienne plus difficile pour les familles et les soignants (Benmessoud, 2023). La dépendance accrue augmente la pression sur les aidants, souvent sans les services de soutien nécessaires, ce qui conduit à un sentiment de frustration et d'épuisement (Couret, 2023).

4.4. Des avis sur l'évaluation de l'état mental et émotionnel des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer

Les répondants déclarent que les malades sombrent dans un état marqué par une souffrance psychologique profonde, entre confusion, perte de repères, frustration et peur. La prise en charge de ces maux nécessitent une attention particulière, tant sur le plan médical, émotionnel que psychologique, pour maintenir la dignité et offrir un soutien adapté.

L'évaluation de l'état mental et émotionnel des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) est complexe en raison de symptômes variés tels que la confusion et la désorientation, qui peuvent altérer l'interprétation des résultats des tests cognitifs (Olayinka & Mbuyi, 2014).

Les patients éprouvent souvent une peur de l'inconnu, liée à la perte progressive de leurs capacités cognitives, créant un sentiment d'anxiété. Les signes dépressifs sont fréquents, avec une perte d'intérêt pour les activités et des sentiments de tristesse ou de vide. L'agitation incontrôlée, souvent liée aux changements neurologiques, complique l'évaluation précise (Sharif et al., 2023). Des troubles de perception, comme des hallucinations visuelles ou auditives, sont également courants et affectent l'état émotionnel (Ikanga et al., 2023). Les patients peuvent éprouver un sentiment de culpabilité ou d'impuissance face à leur incapacité à

accomplir des tâches simples, ce qui dégrade leur bien-être émotionnel (Olayinka & Mbuyi, 2014). Ces divers facteurs rendent l'évaluation de l'état mental et émotionnel particulièrement délicate, nécessitant des approches sensibles et adaptées.

5. Conclusion

La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à Kananga soulève des défis complexes tant pour les patients que pour leurs familles. En raison de la vulnérabilité accrue des vieillards, particulièrement liée à la perte d'autonomie, de mémoire, et à des troubles de la motricité, l'assistance aux activités quotidiennes devient essentielle. Les besoins en soins médicaux, notamment la gestion des traitements multiples et des risques d'interactions médicamenteuses, sont primordiaux, mais difficilement satisfaits dans un contexte où les ressources sont limitées.

Par ailleurs, les aspects sociaux, comme l'isolement et la stigmatisation, affectent la qualité de vie des patients et des familles, augmentant la pression sur les aidants. Les défis relatifs à l'état mental et émotionnel des patients, tels que l'agitation, la dépression et la confusion, compliquent davantage la gestion des soins.

Il existe une forte demande de soutien continu et de ressources adaptées, tant pour les soignants que pour les familles, qui peinent souvent à faire face à l'inefficacité des traitements. Les attentes en matière de soins incluent une approche plus holistique, intégrant les soins médicaux, sociaux et psychologiques, pour répondre aux besoins variés et complexes des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à Kananga.

Références bibliographiques

- Akinyemi, R.O., Yaria, J., Ojagbemi, A., Guerchet, M. & Okupadejo, N. (2022). Dementia in Africa: Current evidence, knowledge gaps, and future directions. *Alzheimer's & Dementia*, 18(15),790-809. <https://doi.org/10.1002/alz.12432>.
- Amel, D. (2020). *Approche environnementale et vernaculaire pour les espaces de repos. Le projet : Maison de retraite-46 lits* [Mémoire de Master, University of Biskra Repository].
- Benarab, A. (2021). *De la médecine en général à la psychiatrie en particulier en Algérie : Un échec programmé?* Alger, L'Harmattan.
- Benmessoud, N. (2023). Quelles sont les épreuves vécues par les conjoints proches aidants de

- personnes atteintes de la maladie d'alzheimer vivant à domicile? *Alg J Med*. 7(1), 52-63. <https://doi.org/10.20381/ruor-29443>
- Corey-Bloom, J. (2002). The ABC of Alzheimer's disease: cognitive changes and their management in Alzheimer's disease and related dementias. *Int Psychogeriatr*. 14(1), 51-75. DOI: 10.1017/S1041610203008664
- Couret, A. (2023). *Parcours de soins et évolution des modes de prise en charge des sujets atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en France* [Thèse de Doctorat, Université Paul Sabatier-Toulouse III]. <https://theses.hal.science/tel-04496097/>.
- Gwyther, L.P. (1998). Social Issues of the Alzheimer's Patient and Family. *Am. J. Med* 104(4A), 17S-21S. DOI: [10.1016/S0002-9343\(98\)00024-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(98)00024-2).
- Ikanga, J., Reyes, A., Kaba, D., Akilimali, P. & Mampunza, S. (2023). Prevalence of Suspected Dementia in a Sample of Adults Living in Kinshasa-Democratic Republic of the Congo. *Alzheimers Dement*. 19(9): 3783-3793. DOI:10.1002/alz.13003.
- Krier, D. (2024). *Evaluation coût-résultat d'un modèle d'inclusion sociale et de soins personnalisés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées : Le «Village Landais Henri Emmanuelli» comme modèle alternatif aux EHPAD*. [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. <https://theses.hal.science/tel-04909295>.
- Labarchède, M. (2021). Anticiper l'institution? Modalités et temporalités de l'entrée en établissement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. *Populations vulnérables*, 7(4),16-25. <https://journals.openedition.org/popvuln/768>
- Le Glaz, A., Walter, M., Gentric, A., & Griner-Abraham, V. (2021). Impact de l'euthanasie pour dépression dans le débat sur la fatigue de vivre : Réflexions éthiques autour du concept de vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 43(1), 133-142.
- Ogunniyi, A & Akinyemi, R.O. (2003). Epidemiology and Genetics of Alzheimer's disease with Special Reference to Africans. *Nig. Journal of Health Sci*. 3(1), 1-6.
- Olayinka, O.O. & Mbuyi, N.N. (2014). Epidemiology of dementia among the elderly in sub-Saharan Africa. *International Journal of Alzheimer's disease*, 20(14), 35-43.
- Tetsuka, S. (2021). Depression and dementia in older adults: a neuropsychological review. *Aging Dis*. 12(3),1920-1934. DOI: 10.14336/AD.2021.0526.
- Paddick, S.M., Longdon, A.R., Kisoli, A., Dotchin, C., Gray, W.K., Dewhurst, F., Kalaria, R., Ahmed M. Jusabani, A.M. & Walker, R. (2013). Dementia prevalence estimates in sub-Saharan Africa: comparison of two diagnostic criteria. *Glob Health Action*, 6(1):19646.
- Talantikite, S.I., & Boudemagh, B.O. (2021). *La conception architecturale ambiante, un outil d'accompagnement dans la thérapie des patients dépressifs en milieux hospitaliers?* [Thèse de Doctorat, Université Constantine 3 Salah Boubnider]. <https://dspace.univ-constantine3.dz/jspui/handle/123456789/166>
- Safiri, S., Ghaari Jolfayi, A., Fazlollahi, A., Morsali, S., Sarkesh, A., Sorkhabi, A.D., Golabi, B., Aletaha, R., Asghari, K.M., Hamidi, S., Mousavi, S.E., Jamalkhani, S., Karamzad, N., Shamekh, A., Mohammadinasab, R., Sullman, M.J.M, Sahin, F. & Kolahi, A.A. (2024). Alzheimer's disease: a comprehensive review of epidemiology, risk factors, symptoms diagnosis, management, caregiving, advanced treatments and associated challenges. *Front. Med*. 11(3), 1474043. DOI: 10.3389/fmed.2024.147404.
- Sharif, N.H., Hosseini, L., Ashghali, F.M. & Froelicher, E.S. (2023). Development and validation of care stress management scale in family caregivers for people with Alzheimer: a sequential-exploratory mixed-method study. *BMC Geriatr*. 23(2),82-91. DOI: 10.1186/s12877-023-03785-6.
- Zissimopoulos, J., Crimmins, E. & St Clair, P. (2014). The value of delaying Alzheimer's disease onset. *Forum Health Econ Policy*. 18(3), 25-39. DOI: 10.1515/fhep-2014-0013.