

Bibliodémences

Bulletin bibliographique critique sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés

Volume 2, Numéro 5 (mai 2005)

Nombre de références retenues pour ce numéro : 9+7

La veille bibliographique est réalisée chaque semaine à partir des revues de sommaires des trois éditions des **Current Contents**, éditées par Thomson/ISI : Clinical Medicine ([1188 périodiques](#)), Life Sciences ([1416 périodiques](#)) et Social & Behavioral Sciences ([1688 périodiques](#)) qui répertorient la littérature scientifique internationale. L'équation de recherche utilisée est : **Alzheimer's or dementia or mild cognitive impairment**.

Accès aux documents (réservé aux CMRR et à leurs réseaux de CMP et de spécialistes) : tous les textes des articles présentés sont disponibles en format pdf sur demande à : Evelyne.Mouillet@isped.u-bordeaux2.fr

Une base de données enrichie chaque mois des informations présentées dans les bulletins est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RIS/RISWEB.ISA>, liste déroulante Search : **Bibliodémences.enl**.

Les bulletins sont archivés sur internet : <http://www.isped.u-bordeaux2.f>, rubrique **Bibliodémences**

Mots-clés. Chaque référence a été indexée, en particulier, avec ces descripteurs spécifiques : Démence, Comprendre la maladie, Diagnostiquer, Évaluer l'impact de la maladie en Santé Publique, Imagerie, Informer le patient et son entourage, Maladie d'Alzheimer, MCI, Neuropsychologie, Prévenir, Prescrire, Pronostiquer, Suivre et prendre en charge le patient.

Format des références (liste présentée par ordre alphabétique d'auteur)

Auteur(s). **Titre.** Source.

Adresse de l'auteur référent (si disponible)

Analyse critique (titre traduit, synthèse, commentaires)

Analysé par (lecteur de l'article)

[Accès au résumé anglais](#) (lien sur le résumé de l'auteur)

Mots-clés



1. Adlard PA, Perreau VM, Pop V, Cotman CW. **Voluntary exercise decreases amyloid load in a transgenic model of Alzheimer's disease**. Journal of Neuroscience 2005;25(17):4217-4221.

Adresse de l'auteur référant: Adlard, PA; Univ Calif Irvine; Inst Brain Aging & Dementia; 1113 Gillespie Neurosci Res Facil; Irvine; CA 92697; USA. padlard@uci.edu

Analyse critique: L'exercice volontaire décroît la charge amyloïde chez un modèle transgénique de Maladie d'Alzheimer

Synthèse

Plusieurs études épidémiologiques sous tendent que le manque d'activité intellectuelle et physique augmente le risque de développer une démence de type Alzheimer (DTA). Dans cette optique, des études récentes semblent montrer que la pratique d'activités physiques au cours de la vie pourrait influencer le décours de la pathologie. L'étude menée a pour objectif de démontrer une interaction entre la pratique d'exercices physiques et le développement de la physiopathologie chez un modèle murin de la MA. Les souris mutantes âgées de 4 semaines sont subdivisées en deux groupes : un échantillon de 5 souris est soumis à une série d'exercices durant une période de 5 mois, en leur donnant libre accès à une roue, et sont comparés en terme histopathologique et cognitif à 5 souris mutantes sédentaires. Les résultats montrent que la pratique d'exercice à long terme se traduit par une quantité moindre de dépôts amyloïdes au niveau cortical par rapport aux animaux sédentaires. Cette réduction notable du phénomène physiopathologique chez les souris ayant pratiquées ces exercices, se traduit au plan comportemental par de meilleures performances de mémoire spatiale évaluées par le test de la piscine de Morris. Afin d'évaluer l'existence d'un effet précoce de l'exercice physique sur le catabolisme du peptide amyloïde, une seconde expérience a été menée : celle-ci porte sur un lot de 5 souris mutantes soumis à une période d'exercices physiques d'1 mois et comparé à un lot de 3 souris mutantes sédentaires. L'analyse biochimique des coupes de cerveau montre une réduction notable, bien que non significative, de la quantité de peptide amyloïde chez les souris soumises à ces exercices physiques. Cependant, cette diminution ne semble pas associée à une modification de l'activité des enzymes catabolisant le peptide amyloïde. Au vu de ces résultats, il semble donc que l'exercice physique modifie le décours de la physiopathologie de la MA, en diminuant la quantité de peptide amyloïde produit et ce même après une courte période d'exposition à ces exercices. Cette altération du phénomène physiologique est associée à une réduction des effets comportementaux de la pathologie, en préservant les performances de mémoire. Le mécanisme qui entraîne cette diminution de la quantité de peptide amyloïde produit reste à découvrir et ne semble pas associé par l'augmentation de l'activité des enzymes dégradant habituellement le peptide.

Commentaires

Cette étude s'inscrit dans le cadre des analyses montrant un effet de la stimulation de l'individu sur le développement de lésions habituellement associées à la MA. L'un des apports appréciables de cette étude est d'avoir considéré le pendant cognitif et ainsi pu montrer que la réduction notable du phénomène physiopathologique se traduisait aussi sur le plan comportemental par la préservation des performances de l'individu. On regrettera tout de même les faibles effectifs mis en œuvre, nous interrogeant sérieusement sur l'existence des phénomènes constatés. Il faut remarquer aussi l'absence de souris normales testées, ce qui ne nous permet pas d'apprécier la préservation des performances des souris mutantes stimulées par rapport à un échantillon de souris normales. Ces résultats restent donc toujours à confirmer.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par : Nicolas Le Carret, CMRR Aquitaine

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer, Activité physique, Neuropsychologie, Amyloïde

2. Amieva H, Jacqmin Gadda H, Orgogozo JM, Le Carret N, Helmer C, Letenneur L, Barberger Gateau P, Fabrigoule C, Dartigues JF. **The 9 year cognitive decline before dementia of the Alzheimer type: a prospective population-based study.** Brain 2005;128 Part 5:1093-1101.

Adresse de l'auteur référent: Amieva, H; Univ Bordeaux 2; INSERM; 146 Rue Leo Saignat; F-33076 Bordeaux; France. helene.amieva@isped.u-bordeaux2.fr

Analyse critique : Suivi du déclin cognitif avant la survenue d'une maladie d'Alzheimer pendant 9 ans : étude prospective en population générale.

Synthèse

L'enjeu actuel dans la MA est d'en repérer ses manifestations précliniques. Pour progresser dans cette connaissance, deux stratégies sont possibles. Soit, on identifie des sujets présentant les critères de MCI et on admet qu'ils se trouvent à un stade transitionnel entre vieillissement normal et démence ; soit on analyse des cohortes sans a priori sur d'éventuels critères en suivant le déclin des sujets. Certaines études nous ont appris ainsi que les performances de patients Alzheimer étaient déjà sinon altérées, du moins abaissées plus de 10 ans avant la démence (étude de Framingham) voire que les compétences linguistiques pouvaient prédire plus de 50 ans avant la maladie (suivi des nonnes américaines)! L'étude PAQUID offre cette possibilité de travail. L'échantillon de départ comprenait 3777 sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile. Quatre tests neuropsychologiques ont été réalisés régulièrement : le MMS, l'épreuve de mémoire visuelle de Benton (reconnaissance), le Set Test d'Isaac (évocation lexicale), l'épreuve des similitudes de la WAIS. À 10 ans de suivi, les auteurs étudient 1050 sujets qui n'ont pas de démence et ont réalisé toutes les visites et 215 sujets qui ont révélé une maladie d'Alzheimer pendant ces 9 années de suivi, la visite V0 servant de ligne de base. Les auteurs tiennent compte en outre du genre, de l'âge à l'inclusion, et du niveau socio-culturel. Le score de MMS est distinct à V0 dans les 2 groupes, son déclin est rapide pour les futurs malades et celui-ci s'accélère 3 ans avant le diagnostic. Les sujets les plus éduqués ont un score qui s'effondre 4 ans avant le début. Le score du Benton est distinct dans les 2 groupes à V0, son déclin est linéaire chez les niveaux les moins éduqués et chute dramatiquement 3 ans avant pour les niveaux élevés. Le score de la fluence est distinct dans les 2 groupes à V0. Le déclin est lent et linéaire avec une accélération proche du diagnostic particulièrement chez les hauts niveaux. Le score des similitudes est distinct dans les 2 groupes à V0. L'évolution du déclin cognitif avant la survenue de la démence est clairement en lien avec l'éducation : les sujets les plus éduqués ont des performances supérieures à l'inclusion et leurs performances s'effondrent davantage au cours des dernières années précédant le diagnostic pour rejoindre celles des faibles niveaux témoignant d'une évolution non linéaire et confirmant l'idée que le niveau permet à ces tout premiers stades de mettre en jeu des réserves cognitives. Deux modèles physiopathologiques se dessinent. Le premier modèle repose sur une phase préclinique longue de la maladie d'au moins 10 ans. Pendant cette période, se mettent en place des mécanismes de compensation, biologiques, psychologiques et environnementaux. Puis le déclin cognitif s'accélère par accélération du processus pathologique ou échec de la compensation. Dans le second modèle, le processus pathologique ne se produit que 3 à 4 ans avant la maladie. Le début de l'expression du déclin cognitif repose alors sur les facteurs de risque de la maladie : âge, niveau culturel, facteurs de risque vasculaires, etc.

Commentaires

Ce travail montre combien il est toujours passionnant de disposer de données cliniques recueillies de façon prospective. Deux types de lecteurs seront motivés pour une lecture approfondie. Les lecteurs ayant une bonne culture épidémiologique apprécieront la clarté, la rigueur et le design de l'étude statistique. Les cliniciens seront confrontés à une vraie question qui peut remettre leurs pratiques en cause. En effet dans le deuxième modèle, la phase de traitement devrait être la plus efficace lors de l'installation et du déclin et du processus pathologique alors que dans le premier modèle que les résultats de cette étude renforcent, des stratégies préventives pourraient être développées.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par : Catherine Thomas-Anterion, CMRR Rhône Alpes

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer, Pronostiquer

3. Benoit M, Brocker P, Clement JP, Cnockaert X, Hinault P, Nourashemi F, Pancrazi MP, Portet F, Robert P, Thomas P, Verny M. **Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge.** Revue Neurologique 2005;161(3):357-366.

Adresse de l'auteur référent: Benoit, M; Hop Louis Pasteur; CHU Nice; 30 Ave Voie Romaine; F-06002 Nice; France.benoit.m@chu-nice.fr

Analyse critique : Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge

Synthèse

Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) sont importants à connaître et prendre en charge de par leur fréquence et leur retentissement, notamment sur l'aidant du patient. Un groupe de gériatres, neurologues et psychiatres français s'est réuni pour faire le point de ces SPCD, sur la base des recommandations de l'*International Psychogeriatric Association* (IPA) et les adapter à un environnement français. Les SPCD sont regroupés en troubles affectifs et émotionnels, psychotiques, du comportement, des fonctions élémentaires (appétit, sommeil). Ils sont pratiquement présents à tous les stades de la maladie, parfois inauguraux, et leur fréquence tend à augmenter avec la sévérité de la démence. La variabilité interindividuelle est très importante. Dans les formes légères à modérées, ce sont l'apathie, la dépression et l'anxiété qui dominent. Les SPCD doivent être bien évalués cliniquement (type, intensité, évolution, déclenchement etc..) pour une prise en charge optimale. Les instruments d'évaluation les plus utilisés sont la *Neuropsychiatric Inventory* de Cummings validée en français par P. Robert (NPI), la BEHAVE-AD de Reisberg, l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield, évaluées avec l'aidant principal. Les SPCD ont une origine multiple : organique (les lésions cérébrales elles-mêmes, notamment frontales), le déficit cholinergique, mais aussi la personnalité antérieure et les facteurs environnementaux. La prise en charge repose d'abord sur l'évaluation d'un facteur déclenchant ou aggravant du trouble du comportement, en particulier iatrogène ou maladie intercurrente. Les approches non pharmacologiques sont très nombreuses ; on citera les interventions centrées sur relation aidant patient, car les SPCD sont ceux qui aggravent le fardeau et conduisent à l'épuisement, soutien psychologique, programmes de formation, mise en place d'un réseau de soutien, plusieurs de ces programmes ayant montré une efficacité sur le fardeau de l'aidant dans des études bien menées. Les interventions centrées sur l'environnement du patient, spatial, temporel (rythmes de vie), les approches psychothérapeutiques et sociothérapeutiques manquent encore souvent de "preuves" d'efficacité malgré leur intérêt individuel parfois évident. Les approches pharmacologiques reposent sur les inhibiteurs des cholinestérases (apathie, dépression, anxiété, agitation, hallucinations) et les psychotropes classiques : antidépresseurs (IRSS surtout), antipsychotiques (atypiques, tiapride) anxiolytiques (certaines BZD, buspirone) hypnotiques, thymorégulateurs.

Commentaires

Cette revue des SPCD en français est bien présentée, documentée et complète donc très utile au clinicien. Elle porte essentiellement sur les SPCD de la maladie d'Alzheimer, ce qui reflète bien le relatif déficit d'informations, dans la littérature, sur les autres démences. On peut argumenter que de nombreux SPC sont communs aux différents types de démences, cependant leur prise en charge n'est pas toujours similaire en pratique du fait de la nature du processus pathologique sous-jacent. On peut aussi s'interroger sur la pratique réelle des échelles d'évaluation des SPCD, même dans les consultations spécialisées...

[Accès au résumé français](#)

Analysé par : Sophie Auriacombe, CMRR Aquitaine

Mots-clés : Démence, Comprendre la maladie, Suivre et prendre en charge le patient, Psychiatrie, Psychologie

4. Pignatti R, Rabuffetti M, Imbornone E, Mantovani F, Alberoni M, Farina E, Canal N. **Specific impairments of selective attention in mild Alzheimer's disease**. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 2005;27(4):436-448.

Adresse de l'auteur référant : Pignatti, R; Cso Brodolini 26; I-27029 Vigevano; PV; Italy. pignatti@virgilio.it

Analyse critique: Déficits spécifiques de l'attention sélective dans la MA modérée

Synthèse

Un déficit d'attention sélective mesuré par des tâches de barrage a été souvent rapporté dans les stades débutants de MA. Les tâches de barrage habituelles ne fournissant généralement qu'une mesure globale du temps de réalisation de la tâche et un nombre de bonnes réponses apportent peu d'éléments permettant de comprendre la nature des processus cognitifs en cause. Méthode : 16 patients MA légers à modérés et 16 sujets contrôles appariés sur l'âge et le niveau d'étude ont réalisé une tâche informatisée de barrage de cibles. Cette tâche était réalisée au moyen d'un écran tactile présentant 40 lettres cibles (H) et 80 distracteurs distribués de manière aléatoire. Le sujet avait pour consigne de toucher avec son doigt tous les " H " sans faire de répétition et le plus rapidement possible. De nombreuses mesures étaient recueillies : un temps de réaction moteur simple, la latence entre deux cibles sélectionnées successivement, la distance séparant deux cibles sélectionnées successivement, la stratégie d'exploration spatiale (correspondant au model spatial de réponses du sujet), le nombre d'omissions, le nombre de fausses reconnaissances et le nombre de persévérations. Résultats. La latence entre deux cibles successives est plus grande chez les patients MA alors que la distance est équivalente. La vitesse de recherche visuelle (ratio entre les deux) est donc plus faible chez les MA. Il n'y a pas de corrélation entre le temps de réaction simple et la vitesse de recherche. Les patients MA font plus d'omissions et plus de persévérations. Discussion. Les auteurs concluent que les mauvaises performances des patients MA à des tâches d'attention sélective et en particulier aux tâches de barrage ne sont pas dues à un ralentissement psycho-moteur généralisé. Elles seraient plutôt dues à un mauvais fonctionnement des processus de planification engendrant des stratégies d'exploration spatiale désorganisées. Ces stratégies sont peu efficaces dans la mesure où elles amènent le sujet à réinvestir des parties du champ visuel déjà explorées et ainsi à commettre des persévérations. Ce serait ces problèmes de planification qui entraîneraient une augmentation du temps de réalisation de la tâche et non un ralentissement psycho-moteur généralisé.

Commentaires

L'intérêt de cette étude est l'analyse des aspects qualitatifs d'une tâche de barrage que proposent les auteurs pour mieux comprendre les déficits sous-jacents aux difficultés d'attention sélective chez les patients MA. L'utilisation d'une tâche informatisée permettant de recueillir diverses informations sur la performance des sujets est le point fort de cette étude dans la mesure où cela permet de distinguer la part du ralentissement moteur et la part du ralentissement dû à l'inefficacité des processus de planification et d'exploration.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par : Hélène Amieva, CMRR Aquitaine

Mots-clés : Cognition, Attention, Maladie d'Alzheimer

5. Silverman JM, Ciresi G, Smith C, Marin DB, Schnaider Beerli M. **Variability of familial risk of Alzheimer disease across the late life span.** Archives of General Psychiatry 2005;62(5):565-573.

Adresse de l'auteur référent : Silverman, JM; CUNY Mt Sinai Sch Med; Dept Psychiat; Box 1230,1 Gustave L Levy Pl; New York; NY 10029; USA. jeremy.silverman@mssm.edu

Analyse critique: Variabilité du risque familial de la maladie d'Alzheimer au cours de la vie.

Synthèse

Beaucoup d'études rapportent un excès de risque de maladie d'Alzheimer (MA) chez les apparentés au premier degré de sujets MA. Mais la variabilité du rôle des facteurs génétiques complique l'estimation de ce risque. Les auteurs se proposent de déterminer le risque de développer une MA dans les 10 ans chez les apparentés de cas, en fonction de l'âge d'apparition de la maladie chez le cas. Méthodes : 904 sujets atteints ont été sélectionnés depuis 1984 au *Mount Sinai Alzheimer Research Center* (n=638) et au *Jewish Home and Hospital* (n=266). Des sujets non déments ont été recrutés (n=1525) parmi les époux des cas, des résidents temporaires de la *Jewish Home* et dans des centres pour personnes âgées de la ville de New-York. La fratrie et les parents des cas et des témoins ont été contactés par téléphone et le *Alzheimer's disease risk questionnaire* a été posé. Ce questionnaire permet d'obtenir un diagnostic proche du DSM IV. À partir de ces données, les taux d'incidence en fonction de l'âge de l'apparenté et de l'âge du début des troubles ont été estimés, pour donner une représentation en 3D du risque relatif de MA. Résultats : 4687 apparentés de cas et 7649 apparentés de témoins ont été identifiés et le nombre de déments était respectivement de 393 et 223. Dans le groupe des cas, l'incidence de la MA chez les apparentés était nulle vers 60 ans, quel que soit l'âge de début du cas. Lorsque l'âge de l'apparenté augmente, l'incidence augmente, mais de façon plus prononcée chez les sujets ayant un cas de début précoce. Un pic d'incidence est noté vers 80 ans, surtout chez les apparentés ayant un cas de début précoce. Chez les apparentés des témoins, la progression de l'incidence était plus plate pour atteindre un maximum vers 85 ans. Le risque relatif de MA chez les apparentés a pu être établi, et représente le risque de développer une démence dans les 10 ans chez les sujets ayant un apparenté atteint par rapport aux apparentés âgés de 75 à 89 ans de sujets témoins. On note un risque plus élevé (RR=13) chez les apparentés jeunes (<65 ans) ayant un cas de début jeune. De ce pic, le risque diminue assez rapidement. L'estimation de l'intervalle de confiance montre un excès de risque familial avant 80 ans pour des âges de début du cas inférieurs à 85 ans. Au delà, le risque n'est plus significatif. Discussion. Cette nouvelle approche graphique (figure) permet de représenter le risque de MA en fonction de l'âge de l'apparenté mais aussi de l'âge de début du cas.

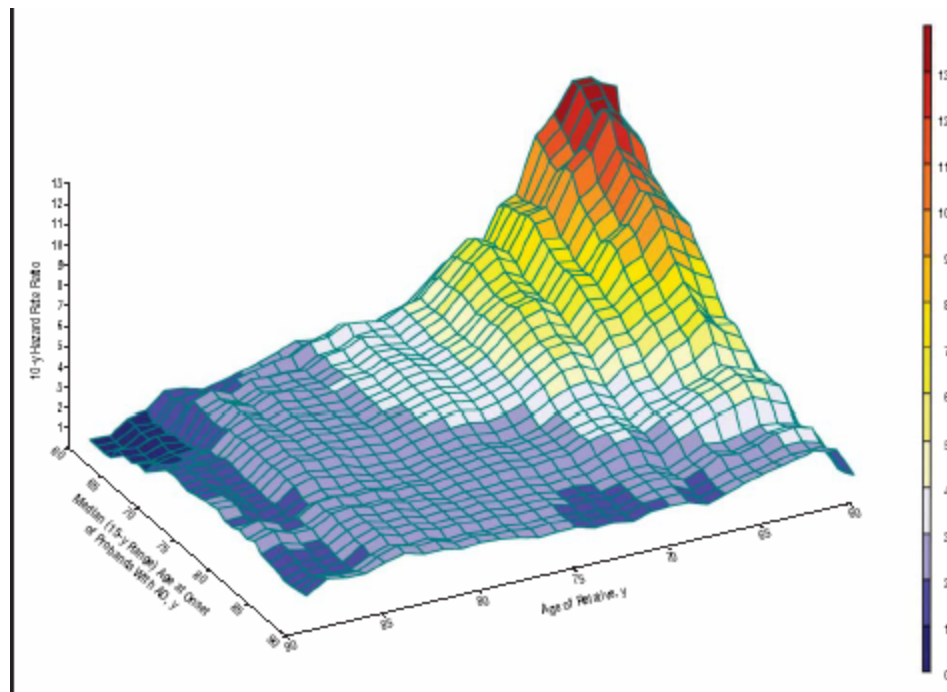


Figure. The 10-year hazard rate ratio of Alzheimer disease (AD) (z-axis) in relatives of probands with AD against the reference group, relatives of elderly probands without dementia aged 75 to 89 years (median age, 82), by relative age (x-axis) and the onset age of the probands with AD (y-axis).

La surface représentée semble indiquer que l'influence des facteurs génétiques n'est pas uniforme en fonction de l'âge, et que l'âge de début de la maladie n'est pas héritable. Ces résultats suggèrent que l'influence des facteurs génétiques diminue à mesure que l'âge de l'apparenté et que l'âge de début du cas augmente.

Commentaires

Cet article propose une approche séduisante de l'estimation du risque de développer une démence dans les 10 ans chez un apparenté de cas, variant avec l'âge de début des troubles du cas. Il semble toutefois encore prématuré d'utiliser ces estimations pour "prédire" son risque car les taux d'incidence rapportés chez les apparentés ont tendance à chuter au delà de 85 ans, ce qui est contradictoire avec les données de la littérature. Il est probable qu'en raison du schéma d'étude utilisé, l'incidence de la MA soit sous-estimée pour les plus grands âges, qui servent de base de référence aux RR proposés. Par contre, la forme de la surface de risque en fonction des âges mérite d'être consultée pour indiquer que le risque est plus important chez les apparentés de moins de 75 ans ayant eu un cas avant 75 ans.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par : Luc Letenneur, CMRR Aquitaine

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer, Pronostiquer, Génétique

6. Verkaik R, van Weert JCM, Francke AL. **The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: A systematic review.** International Journal of Geriatric Psychiatry 2005;20(4):301-314.

Adresse de l'auteur référant : Verkaik, R; NIVEL; POB 1568; NL-3500 BN Utrecht; Netherlands. r.verkaik@nivel.nl

Analyse critique : Efficacité des approches psychosociales sur la dépression, l'agressivité et l'apathie chez les patients déments. Revue de la littérature.

Synthèse

Cette revue de la littérature selon la méthode de la *Cochrane Library* a pour but de déterminer l'efficacité de 13 méthodes non médicamenteuses pour réduire les troubles du comportement à type d'apathie, d'agressivité et de dépression chez le patient dément. Méthode : 4 critères d'inclusions pour les études : 1) Des études randomisées et contrôlées ; 2) Le diagnostic de démence doit être porté sur des critères bien établis (DSM IV) ; 3) Les méthodes non médicamenteuses utilisées sont reconnues par *l'American Psychiatric Association* pour dix d'entre elles, les trois autres approches sont couramment utilisées au Pays-Bas. Les principales approches utilisées sont les suivantes : évocation du passé, thérapie par empathie, thérapie comportementale, rééducation de l'orientation, activité physique, stimulation multi sensorielle, psychothérapie cognitive, psychothérapie de soutien, stimulation par la présence d'un proche, activités artistiques, relaxation, ergothérapie ; 4) Seules sont retenues les études incluant l'évaluation les troubles du comportement à type de dépression, d'apathie et d'agressivité. Résultats : 19 études répondaient aux critères d'inclusions. La synthèse des résultats suggère : 1) Une efficacité de la stimulation sensorielle sur l'apathie dans les démences aux stades sévères ; 2) Une efficacité modeste des thérapies comportementales pour diminuer la dépression des patients porteur d'une MA vivant au domicile ; 3) Une efficacité modeste de l'activité physique pour diminuer l'agressivité chez les patients déments vivant en institution ; 4) Pas d'efficacité prouvée pour les autres approches.

Commentaires

Cette analyse de la littérature a utilisé une méthode rigoureuse de sélection des articles ceux de la *Cochrane Library*. Cependant 12 études n'ont pu être analysées (articles complets non disponibles), en incluant une partie de ces études les conclusions auraient pu être différentes. Il existe des difficultés d'interprétation des résultats du fait de l'hétérogénéité des populations étudiées. L'utilisation d'instruments d'évaluation différents et les méthodes appliquées selon des protocoles différents rendent difficiles la comparaison des études. L'efficacité de ces méthodes reste modeste et pourrait s'expliquer par le biais d'une plus grande attention apporté au patient. Toutefois, en pratique cet article est intéressant car il souligne le caractère multidisciplinaire de la prise en charge des troubles du comportement chez le patient dément et tente de répondre aux interrogations des aidants et des soignants sur des méthodes qui tendent à se développer dans les EHPAD et les accueils de jour. Des études complémentaires standardisées seraient utiles en intégrant notamment la consommation en psychotropes afin de déterminer l'efficacité réelle de ces traitements et leur efficacité respective en comparaison aux autres traitements pour les troubles du comportement.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par : Rabia Boulahssass et Patrice Brocker, CMRR Nice

Mots-clés : Démence, Suivre et prendre en charge le patient

7. Wenisch E, Stoker A, Bourrellis C, Pasquet C, Gauthier E, Corcos E, Banchi MT, de Rotrou J, Rigaud AS. **Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés**. Revue Neurologique 2005;161(3):290-298.

Adresse de l'auteur référent : Wenisch, E; Hop Broca; Serv Gerontol Clin 2; 54-56 Rue Pascal; F-75013 Paris; France. emilie.wenisch@brc.ap-hop-paris.fr

Analyse critique : Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés

Synthèse

Cet article a pour objectif de décrire le contenu d'une prise en charge globale non pharmacologique visant à améliorer les troubles cognitifs et les symptômes psychologiques et comportementaux, destiné aux patients souffrant de démence neurodégénérative en institution. Les études contrôlées évaluant l'efficacité des diverses méthodes de prise en charge sont peu nombreuses, souvent insuffisantes au plan méthodologique et peu comparables entre elles. L'ANAES (2003) a d'ailleurs fait un état des lieux exhaustif des différentes méthodes d'interventions non médicamenteuses et conclue à une absence de preuve concernant leur efficacité. Les auteurs décrivent une prise en charge quotidienne globale (sociale, psychologique, sensori-motrice et cognitive) par une équipe pluridisciplinaire et spécialisée. Deux groupes de 10 patients sont concernés et cela sur une durée de 3 mois, 5 jours par semaine, de 9h à 17h. L'équipe intervenant est composée de 6 aides soignantes, d'une ergothérapeute, d'une orthophoniste, d'une psychomotricienne, d'une psychologue, encadrée par un cadre ergothérapeute. L'intervention a lieu dans le cadre de l'institution (Unité de soins de longue durée). Dans le cadre de ce programme, les soignants accompagnent sur toute la journée les patients en stimulant les capacités résiduelles. L'objectif des thérapeutes est surtout de maintenir un certain niveau de vigilance chez des patients généralement isolés et inactifs tout en revalorisant les acquis. Des séances de transmission et d'échanges d'information sont mis en place entre les soignants de l'équipe intervenante et ceux de l'unité. A l'issue des 3 mois de prise en charge, des réunions de relais ont lieu dans les différentes unités de l'hôpital afin de refaire un point entre les attentes des soignants et les bénéfices réellement observés. Les auteurs rapportent les résultats de 2 études publiées par leurs équipes. La première montre une efficacité du programme sur les fonctions cognitives évaluées par le MMS ainsi qu'une amélioration des troubles comportementaux. En revanche, la seconde ne rapporte aucune différence à l'issue des 3 mois de prise en charge concernant les fonctions cognitives. Par ailleurs, seul l'item "trouble de l'appétit" du NPI s'améliore significativement.

Commentaires

Cet article aborde la question extrêmement importante de la prise en charge globale des sujets atteints de démence sévère en institution. Les auteurs font une description détaillée du programme. La revue de la littérature sur ce thème renforce l'intérêt de l'article. La description des populations étudiées (stade cognitif, dépendance, type de signes et symptômes comportementaux) aurait peut-être mérité d'être plus détaillée. Une des questions soulevées à la lecture de l'article est celle des outils d'évaluation des fonctions cognitives aux stades sévères. C'est peut-être une des raisons qui expliquent les résultats contradictoires de la littérature. En tout les cas, ce type de programme a le mérite d'améliorer la formation des différents intervenants dans les institutions et à long terme avoir un impact sur la qualité de vie des patients.

[Accès au résumé français](#)

Analysé par : Fati Nourhashémi, CMRR Midi Pyrénées

Mots-clés : Démence, Suivre et prendre en charge le patient

8. Whitehouse P, Gaines AD, Lindstrom H, Graham JE. **Anthropological contributions to the understanding of age-related cognitive impairment.** Lancet Neurology 2005;4(5):320-326.

Adresse de l'auteur référent : Whitehouse, P; Case Western Reserve Univ; Dept Neurol; 12200 Fairhill Rd, Suite C357; Cleveland; OH 44120; USA. peter.whitehouse@case.edu

Analyse critique : Apports de l'anthropologie à la compréhension du déclin cognitif lié à l'âge

Synthèse

A l'instar de la vision biomédicale réductrice des différentes formes de déclin cognitifs et des démences, l'anthropologie situe ces pathologies dans un contexte culturel, historique et sociologique. Cet abord ouvre une perspective positive sur les changements observés chez les personnes vieillissantes, à l'opposé du discours dominant en Europe de l'Ouest ou Outre-Atlantique. Étiqueter des pertes cognitives comme maladie a des effets pervers, qu'il s'agisse de démence ou de déclin cognitif léger : la stigmatisation des sujets atteints, les querelles de chapelle entre neurologues, psychiatres et gériatres entre autres. Avec l'évolution de la société, la labellisation de certains comportements en tant que maladie peut changer, l'homosexualité en est un exemple. Si les recherches biomédicales sur l'étiologie des atteintes cognitives se sont focalisées sur la neurotransmission puis sur la biologie moléculaire et la génétique, l'anthropologie évoque d'autres facteurs étiologiques décrits dans certaines sociétés comme le rôle néfaste de certaines familles vis-à-vis de personnes vieillissantes rapporté chez les Indiens. L'anthropologie apporte enfin un éclairage différent sur le conseil génétique, les traitements des déclin cognitifs, les lieux de soins.

Commentaires

Cet article présente une synthèse de différents apports de l'anthropologie à laquelle le corps médical est peu familiarisé. Cette vision des modifications cognitives observées chez des personnes vieillissantes est effectivement éloignée des perspectives habituelles axées sur des modèles biologiques. Loin de s'opposer les deux abords du déclin cognitif sont complémentaires. L'anthropologie permet de positiver notre regard sur les déclin cognitifs observés au cours du vieillissement, en nous faisant découvrir la façon d'appréhender ces phénomènes dans d'autres cultures et sociétés.

[Accès au résumé anglais](#)

Analysé par : Marie Laure Seux, CMRR Île de France

Mots-clés : Anthropologie, Cognition, Suivre et prendre en charge le patient

Les analyses critiques de ces 8 articles supplémentaires sont présentées dans la base Bibliodémences et non dans le bulletin en raison de leur intérêt trop spécialisé.

À cette adresse :

URL: <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/RIS/RISWEB.ISA>, choisir dans la liste déroulante *All Databases* la base **Bibliodémences.enl**

1. Ankri, J., et al., *Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2005 20(3): p. 254-260.

Analysé par : Valérie Bergua, CMRR Aquitaine

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer, Aidant, Psychologie, Suivre et prendre en charge le patient

2. Finnema, E., et al., *The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2005 20(4): p. 330-343.

Analysé par : Caroline Marquis, CMRR Grenoble-Arc Alpin

Mots-clés : Démence, Suivre et prendre en charge le patient

3. Freund, B., et al., *Drawing clocks and driving cars - Use of brief tests of cognition to screen driving competency in older adults*. Journal of General Internal Medicine, 2005. 20(3): p. 240-244.

Analysé par : Yann Gaëstel, CMRR Aquitaine

Mots-clés : Diagnostiquer, Cognition, Test, Conduite automobile

4. Geslani, D.M., et al., *Mild cognitive impairment: An operational definition and its conversion rate to Alzheimer's disease*. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2005 19 (5-6): p. 383-389.

Analysé par : Pascale Barberger-Gateau, CMRR Aquitaine

Mots-clés : MCI, Maladie d'Alzheimer

5. Razvi, S.S.M., et al., *The prevalence of cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leucoencephalopathy (CADASIL) in the west of Scotland*. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 2005 76(5): p. 739-741.

Analysé par : Didier Hannequin, CMRR haute-Normandie

Mots-clés : Démence, Microangiopathie, CADASIL, Ecosse

6. Sicras, A., et al., *Prevalence, resource utilization and costs of vascular dementia compared to Alzheimer's dementia in a population setting*. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2005 19 (5-6): p. 305-315.

Analysé par : Arnousse BEAULIERE, CMRR Aquitaine

Mots-clés : Démence vasculaire, Maladie d'Alzheimer, Évaluer l'impact de la maladie en Santé Publique, Coût

7. van Dijk, K.R.A., et al., *Peripheral electrical stimulation in Alzheimer's disease - A randomized controlled trial on cognition and behavior*. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2005 19 (5-6): p. 361-368.

Analysé par : Madeleine Dumoulin, CMRR Aquitaine

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer, Cognition, Prescrire

8. Weil, M., et al., *Blood mercury levels and neurobehavioral function*. Journal of the American Medical Association, 2005 293(15): p. 1875-1882.

Analysé par : Catherine Helmer, CMRR Aquitaine

Mots-clés : Cognition, Nutrition, Mercure