

CONFUSION, DÉPRESSION, DÉMENCE : superposition, addition, potentialisation

M. SCHUERCH (1), L. FARAG (2), S. DEOM (3)

RESUME : Il n'existe pas de consensus dans la littérature, sur les liens potentiels de cause à effet existant entre les trois entités que sont la confusion, la dépression, et la démence (les 3 D). Liens de causalité, impact annonciateur : la dépression dite prodromique de la maladie d'Alzheimer est assez largement documentée; les signes dépressifs consécutifs à la démence le sont, quant à eux, bien moins. Il en va de même pour les rapports étroits, presque intimes, qu'entretiennent la confusion et la démence, la confusion et la dépression. Il s'ensuit des dilemmes diagnostiques liés aux nombreuses «zones de recouvrement symptomatologiques» entre les trois entités. Mais ces «recouvrements» de symptômes sont incontournables : il est fréquent que le malade souffre de deux de ces trois pathologies, voire des trois. Démêler les 3D, a déjà fait l'objet de plusieurs publications. Cet article propose à la fois une synthèse du sujet, et l'apport d'une réflexion clinique issue du milieu psychogériatrique hospitalier.

MOTS-CLÉS : Démence - Alzheimer - Dépression - Confusion - Delirium

INTRODUCTION

On dit souvent qu'une image est plus parlante que bien des discours. Pour illustrer le sujet qui nous intéresse, Anne-Marie Gyselinck-Mambourg, ancienne médecin chef du Service de Psychogériatrie du Péri, utilisait l'image d'un oignon : plusieurs couches superposées autour d'un cœur, formant un tout. La métaphore s'applique bien à l'individu, la démence, la dépression et la confusion, pathologies surajoutées comme les couches de l'oignon. La problématique essentielle autour du diagnostic différentiel démence/dépression/confusion est bien celle-là: si ces trois entités peuvent théoriquement apparaître isolément, dans la pratique elles sont redoutablement intriquées. Toutefois, pour faire référence à la métaphore précitée, en retirant chaque couche précautionneusement, minutieusement, il est possible de faire le tri dans les différents symptômes rencontrés. L'objectif de cet article est de proposer une démarche structurée permettant d'organiser ce tri délicat. Une mise en garde est toutefois nécessaire : un individu humain est éminemment plus complexe qu'un oignon et il serait déraisonnable de croire que démence, dépression et confusion ne sont unies

DELIRIUM, DEPRESSION, DEMENTIA : SOLVING THE 3D'S

SUMMARY : As there is no consensus in the specialized literature, it is often difficult to recognize the ties existing between dementia, delirium and depression. Depression preceding dementia is well-documented. Depressive symptoms during the process of dementia are less well-known. So are the close relationships between dementia and delirium as well as between delirium and depression. The commonality of symptoms between the three often causes diagnostic dilemmas. Unfortunately, elderly patients can often present two, or even three, of the "3 D's" simultaneously. Untangling the 3 D's has been the subject of several articles. We propose a synthesis as well as our thoughts on the subject from a clinical psychogeriatric standpoint.

KEYWORDS : *Dementia - Alzheimer - Depression - Delirium*

que par un lien simple et unique de superposition.

Pragmatiquement, nous suivrons une démarche par étapes et par exclusion. La confusion, d'apparition aiguë, et potentiellement curable, fera l'objet des premières attentions. La dépression, d'installation généralement plus insidieuse, et nécessitant un traitement au long cours, fera l'objet d'une deuxième analyse.

Enfin, ces deux entités diagnostiquées et traitées, les signes cognitifs et comportementaux persistants doivent amener le clinicien à envisager la possibilité d'une démence, avec toutes les réserves qui seront évoquées ci-dessous, dans des concepts tels que ceux de la confusion subaiguë et de la pseudo-démence dépressive.

DELIRIUM, EPISODE CONFUSIONNEL AIGU (ECA)

Selon Ebbing et al. (2008) (1), la confusion est «une pathologie psychiatrique aiguë, transitoire, liée au dysfonctionnement global et non spécifique du système nerveux central». Le caractère aigu et transitoire dépendra fortement de la précocité et de la qualité du diagnostic posé.

L'une des premières difficultés dans le cadre de ce diagnostic clinique, est que l'on n'est pas confronté à une entité sémiologique de type unicausal : rares sont les confusions à étiologie unique. La littérature atteste d'une moyenne de trois étiologies qui, plus que de s'additionner, se potentialisent (Tableau I).

Schématiquement, il existe trois grandes formes de confusion. Zarate-Lagunes et al. (2) rap-

(1) Psychiatre, Chef de Service de Psychogériatrie, (2) Logopède, (3) Psychologue, Cliniques de Soins Spécialisés Valdor-Péri, ISO SL, Liège.

TABEAU I. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DELIRIUM SELON LE DSM IV-TR
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS; FOURTH EDITION;
TEXT REVISION. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. JUIN 2000 (5)

Altération de la conscience avec diminution de la capacité à focaliser, maintenir ou changer le sujet de l'attention
Modification cognitive ou perturbation de la perception qui n'est pas mieux expliquée par une démence pré-existante
Les troubles fluctuent sur une courte période de temps et tendent à fluctuer au cours d'une journée
On peut identifier une cause organique dans l'histoire, l'examen clinique ou les investigations

pellent que les symptômes peuvent être dans les cas les plus critiques, diamétralement opposés :

- forme agitée, active, hyperkinétique (20%),
- forme léthargique, hypoactive, aboulque (68%),
- forme mixte caractérisée par l'alternance de phases agitées et de phases léthargiques (12%).

Le diagnostic de la confusion est particulièrement délicat en raison du paradoxe suivant :

- la confusion est souvent sous-diagnostiquée, surtout dans sa forme hypoactive, chez le malade fort âgé, et souffrant de démence (3). Les symptômes de la confusion sont alors injustement assimilés à ce double facteur de l'âge et de la démence;
- mais, la confusion influencera d'autant plus la mortalité que le malade est dément, et très âgé.

L'identification des symptômes propres à la confusion jouera donc directement sur l'espérance de vie du malade. Le sous-diagnostic évoqué dans le premier point est autant engendré par un manque de formation à la symptomatologie confusionnelle, qu'à un phénomène de représentations sociales que l'on peut qualifier d'agéiste. Il se manifeste par une appréhension globalement défectologiste de la personne âgée.

Certaines enquêtes réalisées dans le milieu hospitalier témoignent de ce phénomène de sous-diagnostic (4). Près de 60% des confusions ne seraient pas diagnostiquées. La symptomatologie aboulque est généralement considérée comme «normale» au regard de l'âge des malades et de leur mauvais état de santé. Il s'agit là d'un véritable «ennemi silencieux» qui peut induire en erreur le praticien, et prolonger chez le malade un état de souffrance cérébrale diffuse. La problématique de l'aboulie confusionnelle permet d'ouvrir une fenêtre sur l'apathie liée à la dépression, le manque d'allant et d'entrain. Cet aspect sera plus spécifiquement développé dans le paragraphe consacré à la dépression.

Schématiquement, la confusion caractérise bien le concept de fragilité gériatrique, et plus précisément, la question de l'homéostasie déficitaire. Elle apparaît sur un terrain propice, en équilibre fragile et instable, équilibre brisé par le changement brusque, même minime d'une composante intrinsèque ou extrinsèque.

Souvent, ce sont les médicaments qui sont les «déclencheurs» d'un épisode confusionnel... «Déclencheurs», car la confusion est tant une question d'éléments précipitants qu'une question de terrain fertile (éléments prédisposants). Chez le patient atteint de démence, par exemple, le déficit cholinergique crée un terrain fertile à une confusion qui sera précipitée par l'introduction d'un nouveau médicament à effet anticholinergique.

De la même manière, une rétention urinaire ou un fécalome (facteur somatique) tout comme un placement en maison de repos (facteur psychologique) peuvent être des «précipitants». Il est vain de raisonner de manière univoque et exclusive. Au contraire, il est grandement nécessaire d'appréhender tout ce qui fait «le terrain» (pathologies chroniques, mode général de vie...), et tout ce qui fait les «précipitants» (stress biologiques, traumatiques, psychologiques, changement de lieu de vie...).

L'échelle CAM (Confusion Assessment Method) proposée par Inouye et al (6) reste en soi un excellent outil d'évaluation, et un excellent pense-bête des symptômes cardinaux d'une confusion, qu'elle soit de forme «agitée» ou de forme «léthargique».

Les quatre signaux d'alarme doivent nécessairement faire suspecter un épisode confusionnel.

1) **Un début soudain.** Une anamnèse, idéalement réalisée avec le ou les proches du malade, permet souvent d'identifier, avec une relative précision, la période d'apparition des troubles. Ceci facilitera grandement la recherche des éléments précipitants. Ce principe de soudaineté, tout comme celui d'une étiologie potentiellement identifiable et curable, sont tous deux à nuancer. Tout d'abord, il arrive qu'une confusion s'installe insidieusement; cela peut s'observer dans les cas d'anémies lentement progressives liées à des saignements digestifs à bas bruit. La confusion deviendra alors comme «subaiguë», de diagnostic plus complexe, surtout si elle intervient sur un terrain de déficit cognitif lié à une démence, ou d'inactivité engendrée par une dépression. De plus, il est rare que la confusion soit clairement explicable et donc traitable, au travers d'une seule et unique étiologie. Il faut mettre en

garde les cliniciens par rapport au raccourci qui voudrait qu'un patient confus dont on a traité une infection, et qui n'évolue pas favorablement, soit nécessairement dément. Une seconde pathologie active peut expliquer l'entretien d'un état confusionnel;

2) *Une difficulté massive à focaliser son attention.*

Cette difficulté se caractérise par des fluctuations importantes en cours d'examen : le patient semble «distrain». Ces fluctuations amènent parfois à des malentendus entre les différents acteurs de la prise en charge : le malade peut être tout à fait différent le matin au moment de la toilette avec l'infirmière, et l'après-midi au moment de la visite du médecin traitant. La communication entre les différentes catégories de professionnels, et avec la famille, évitera une vision «éclatée» du malade. Ces fluctuations de l'attention et des capacités cognitives ne sont pourtant pas exclusivement caractéristiques de la confusion : dans la démence à Corps de Lewy, elles représentent tout autant un critère diagnostique. Dans tous les cas, la fluctuation au fil des jours, ou des heures, est un symptôme qui doit attirer l'attention;

3) «*Décousue*», «*incohérente*» sont les adjectifs qui caractérisent le mieux la pensée du

patient confus. Le discours manque de logique et de structure, les idées se télescopent. Le discours incohérent, passant d'un sujet à l'autre sans liens de causalité, s'observe assez facilement dans la conversation avec le malade, et dans la discussion avec la famille;

4) *L'état de conscience est perturbé.* C'est essentiellement à ce niveau que l'on distingue la forme hyperactive de la confusion, de la forme hypoactive ou léthargique.

De ces critères principaux découlent les symptômes additionnels suivants :

- désorientation dans le temps et l'espace;
- troubles mnésiques;
- hallucinations, illusions;
- augmentation ou, au contraire, diminution de l'activité motrice;
- perturbation du rythme veille-sommeil (Tableau II).

DÉPRESSION, ÉPISODE DÉPRESSIF, PSEUDO-DÉMENCE DÉPRESSIVE

La dépression est définie comme suit : «maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale

TABLEAU II. CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Début brutal et évolution fluctuante - Y a-t-il des éléments suggérant un changement aigu récent de l'état mental du malade par rapport à son statut de base ? - Est-ce que cet état mental nouveau fluctue au cours de la journée ? Est-ce que cet état mental a tendance à aller et venir, à augmenter ou à diminuer quant à son intensité ?	oui	non	incertain	non applicable
Trouble de l'attention - Le patient a-t-il des difficultés pour se concentrer ? Est-il facilement distrait ou a-t-il des difficultés pour rester attentif à ce qu'un tiers est en train de dire ? non applicable	oui	non	incertain	/
Pensée désorganisée - Est-ce que la pensée du malade est désorganisée ou incohérente, ayant par exemple des propos inapplicables à une situation donnée (désorientation), peu logique ou avec un enchaînement illogique de la pensée et la possibilité de passer d'un sujet à l'autre sans construction ni raisonnement organisé ?	oui	non	incertain	non applicable
Altération du niveau de conscience - Est-ce que la conscience du sujet peut être qualifiée d'une des manières suivantes : sujet alerte, vigilant, léthargique, stuporeux ou comateux ?	oui	non	incertain	non applicable
Pour obtenir un résultat positif, la présence des critères 1 et 2 et 3 ou 4 est requise. Une réponse positive est nécessaire aux critères suivants : - début soudain et fluctuation des symptômes ET, - inattention ET - désorganisation de la pensée OU Altération de l'état de conscience				
Confusion Assessment Method d'après Inouye et al. (1990), traduction par Prof. J.M. Serot; Rouen 2007				

et du ralentissement psychomoteur. La dépression s'accompagne généralement d'anxiété, et entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance, de fatalité désespérante, de ruminations à thème de culpabilité, d'indignité, d'auto-dépréciation ... Cette définition de Postel (7), complétée par celle du DSM IV-TR couvre globalement l'ensemble de la symptomatologie qui va nous intéresser (Tableau III).

D'après Hazif-Thomas et Thomas (9), la dépression, telle qu'entendue par ces critères diagnostiques consensuels du DSM IV-TR, concernerait 13% à 40% de la population âgée.

L'état général de santé, le degré d'autonomie, le milieu de vie vont fortement influencer sur le facteur dépressif. Les perspectives de développement personnel, les pertes et les deuils également. Ceci soulève une seconde fois la question de l'agésisme et des représentations sociales qui conditionnent la perception du vieillissement. Il est «admis» qu'une personne âgée soit un peu aigre, acariâtre, voire «méchante». La littérature (Folcoche et autres Mac Mich) et encore plus le cinéma (Tatie Danielle) donnent des personnes âgées, et en l'occurrence surtout des dames, une image peu flatteuse. Ces images attestent du caractère dominant, solide, et installé de représentations sociales qui, même chez le soignant, amènent tant à banaliser une humeur maussade ou colérique chez le patient âgé, qu'à véhiculer des «messages» peu motivants pour «réussir sa vieillesse». Encore et toujours des pièges puisque ces différents symptômes doivent renvoyer le clinicien à la recherche d'un syndrome dépressif : la dépression fort justement appelée «masquée» se caractérise entre autres par de l'irritabilité, de l'hostilité même, un caractère exigeant en apparence, et des comportements enfantins et régressifs. Pourtant, nous vivons de plus en plus vieux, et grâce aux progrès de la médecine, de plus en plus vieux en bonne santé. Le troisième et le quatrième âges ne sont plus synonymes de maladie et d'inactivité (Tableau IV).

Pour illustrer avec plus de force encore l'importance du diagnostic des troubles thymiques de la personne âgée, citons ces quelques chiffres en rapport avec la problématique du risque suicidaire. Le geste suicidaire revêt un caractère radical chez la personne âgée : là où les femmes de 25 ans exécutent des suicides «réussis» à concurrence d'une fois pour 160 tentatives, ce rapport passe à 1 pour 3 en ce qui concerne les femmes de plus de 65 ans (8).

La dépression peut également se cacher derrière une plainte somatique et/ou douloureuse.

TABLEAU III. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉPRESSION MAJEURE
SELON LE DSM IV-TR
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS; FOURTH EDITION;
TEXT REVISION. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. JUIN 2000 (5)

a. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
1. humeur dépressive présente pendant pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres. Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent ;
2. diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) ;
3. perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours;
4. insomnie ou hypersomnie presque tous les jours;
5. agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur) ;
6. fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
7. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement de se faire grief ou se sentir coupable d'être malade);
8. diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres);
9. pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
b. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
c. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
d. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).
e. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.
Critères diagnostiques DSM IV-TR APA

TABLEAU IV. FACTEURS DE RISQUE DE DÉPRESSION
(CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE)

- sexe féminin (chez les moins de 85 ans); - antécédents d'histoire psychiatrique; - sévérité des maladies somatiques; - douleur; - importance fonctionnelle du handicap; - veuvage; - médicaments dépressogènes : B-bloquants, anti-hypertenseurs centraux, certains neuroleptiques.
D'après Hazif-Thomas & Thomas (9).

Les troubles psychosomatiques ne font pas l'objet du présent article. Les troubles cognitifs qui accompagnent, dans certains cas, la maladie dépressive de la personne âgée, sont par contre au cœur de la notion de pseudo-démence dépressive. Cette forme de dépression, à laquelle sont associés des troubles cognitifs, est fréquente chez la personne âgée. Elle consiste en : « ... un déficit cognitif important en l'absence de signes d'origine neurologique ou médicale. Le tableau clinique se caractérise par des antécédents psychiatriques, une évolution récente et rapide de la détérioration cognitive et mnésique générant un grand sentiment de détresse, une discordance entre la capacité de fonctionnement et les déficits rapportés, ainsi qu'une dépression associée. Les déficits neuropsychologiques sont similaires à ceux de la démence organique et, donc, difficiles à distinguer autrement que par leur inconstance lors de tâches équivalentes et leur régression à la suite du traitement antidépresseur... » (9). Hazif-Thomas et Thomas (9) rappellent que le simple fait de connaître l'existence de ce syndrome, et d'en envisager le diagnostic est en soi salvateur. Ils précisent que la suite de la démarche devrait consister en un test thérapeutique d'épreuve, par antidépresseur, dès que le doute intervient face à une démence de présentation clinique atypique.

Au sein de la «nébuleuse dépressive», voici donc plusieurs présentations cliniques qui confrontent le praticien à de nombreuses interrogations. Perte d'allant et de motivation : présentation clinique classique ? Humeur subitement colérique et revendicatrice : dépression hostile ? Plaintes somatiques à l'avant-plan : dépression masquée (10). Troubles mnésiques et difficultés de concentration : pseudo-démence dépressive ? Tous ces symptômes peuvent par ailleurs exister dans la démence, plus spécifiquement dans la maladie d'Alzheimer (apathie, plainte mnésique), et/ou dans la confusion, plus spécifiquement si elle est de forme hypoactive.

La Geriatric Depression Scale (GDS) peut alors être d'un grand secours, venant compléter la batterie clinique déjà alimentée préalablement par la CAM, les définitions cliniques, et les critères du DSM IV-TR. De plus, la forme brève de la Geriatric Depression Scale, réduite à 4 items (11), représente un outil simple, ergonomique, facile d'utilisation en consultation de routine, et bénéficiant d'un bon rapport sensibilité/spécificité (Tableau V).

Mais la question des «similitudes cliniques» existant entre la démence, la dépression et la confusion, reste indissociable de celle des «rapports de causalité» entre ces trois entités. Groulx nous rappelle que «... des études ont montré que plus du tiers des patients souffrant d'une dépression

TABLEAU V. MINI GDS EN 4 ITEMS

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.		
1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?	oui	non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non
3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	oui	non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	oui	non
Cotation :		
à la question 1 :	oui = 1	non = 0
à la question 2 :	oui = 1	non = 0
à la question 3 :	oui = 0	non = 1
à la question 4 :	oui = 1	non = 0
Si score = 1 ou plus : très forte probabilité de dépression		
Si score = 0 : très forte probabilité d'absence de dépression		
D'après J.P. Clément et J.M. Léger (11); Hazif-Thomas & Thomas (1997) (9)		

d'apparition tardive seront atteints de la maladie d'Alzheimer dans les deux années suivantes (12). Chez les patients dont la dépression se manifeste sous la forme d'une dépression avec trouble cognitif, 89% seront atteints de maladie d'Alzheimer dans les trois à dix ans». La recommandation aux praticiens semble alors évidente: les patients âgés qui présentent une dépression d'apparition tardive méritent que l'on surveille de manière particulièrement vigilante l'apparition d'une maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, la dépression dite «prodromique» est un phénomène largement étudié depuis de nombreuses années, à un point tel qu'elle pourrait contribuer à l'établissement d'un diagnostic précoce de maladie d'Alzheimer.

En synthèse de ce deuxième chapitre, la question reste ouverte : la dépression est-elle toujours dissociable de la démence ? Il est connu que la dépression est présente chez 50% des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, 10% à 15% des personnes âgées déprimées sont, à tort, diagnostiquées démentes. Cela ne suffit pas à établir un lien systématique entre les deux pathologies, ce lien systématique constituerait par ailleurs une erreur par manque de nuance. Le médecin spécialiste, psychiatre, ou psychogériatre peut amener en seconde ligne une aide précieuse pour résoudre cette équation.

DES DÉMENCES

Arrivons à la troisième couche de notre fameux «oignon». Celle qui se cache sous les

autres, qui leur ressemble tout en ayant son existence propre. Qualitativement parlant, si l'on en est arrivé à ce stade de l'analyse diagnostique en identifiant, et en traitant les «couches» précédentes, l'on pourra se féliciter à juste titre d'avoir libéré le malade de certains aspects curables de sa polypathologie (Tableau VI).

Si l'on suit les méandres de «l'histoire naturelle des démences», il est vrai qu'elles finissent malheureusement toutes mal. Au stade actuel du développement de la médecine et des sciences fondamentales, que l'on parle d'une démence ou de démences, l'on parle bien de pathologies évolutives et incurables. Par leur symptomatologie cognitive et/ou comportementale, elles perturberont assez tôt la vie quotidienne du malade et aboutiront inéluctablement au syndrome «triple A» (aphasie, apraxie et agnosie). Un état grabataire et des troubles de la déglutition marquent dans la plupart des cas le stade terminal. Toutefois, la diversification de l'offre de soins à destination des malades «déments» (thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses) permet aujourd'hui une prise en charge qui limite l'impact des premiers symptômes, voire en retarde l'apparition. La question d'un diagnostic le plus précoce et le plus précis qui soit est donc essentielle : il s'agit bien de gagner sur la maladie quelques semaines, mois, voire années, précieuses en termes de qualité de vie. On cerne rapidement toutes les questions éthiques qui entourent l'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer, ou de toute autre démence. Ces questions sont d'autant plus essentielles à un moment où la recherche plaide pour un diagnostic précoce dans des stades que l'on n'hésite pas à qualifier de «prédémementiels». Les nouveaux traitements gagneraient à être administrés le plus tôt possible dans l'évolution du processus pathologique, ce qui nécessite ce type de diagnostic. En découlent deux points de réflexion. Le premier touche à l'annonce, dans une phase pré-symptomatique, du diagnostic d'une maladie actuellement incurable, et donc de tout ce que cette information peut changer en termes de perspectives de vie pour le patient. Le second fait référence au fondement même du présent article : la mise au point diagnostique est un processus minutieux, extrêmement complexe selon les cas et les polypathologies. Gagner du temps sur l'annonce du diagnostic ne devrait en aucun cas se faire au détriment du temps nécessaire à l'établissement de ce diagnostic grave avec le degré de probabilité le plus élevé possible (Fig. 1).

Le diagnostic de démence appelle donc le praticien à la fois au réalisme et à la modestie

TABLEAU VI. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉMENCE
SELON LE DSM-IV-TR
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS;
FOURTH EDITION; TEXT REVISION. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.
JUN 2000

- A. Apparition de déficits cognitifs multiples comme en témoignent à la fois :
1. une altération de la mémoire : altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement;
 2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a) aphasie (perturbation du langage);
 - b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes);
 - c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes);
 - d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).
- B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- C. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus à une des causes suivantes :
1. autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner un déficit de la mémoire et du fonctionnement cognitif (p.ex. : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale);
 2. affections générales pouvant entraîner une démence (p.ex. hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH;
 3. affections induites par une prise de substance.
- D. Les symptômes ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'une confusion mentale (delirium).
- E. La perturbation n'est pas expliquée par un trouble dépressif majeur ou une schizophrénie.

Critères diagnostiques DSM IV-R APA

(13). Au fil des décennies, la terminologie n'a cessé d'évoluer au fur et à mesure des chamboulements des conceptions de la démence : démence sénile, démence vésanique, artériosclérose, maladie d'Alzheimer. Les classifications ont ainsi radicalement changé, et, plus la science avance plus une chose semble certaine : la majorité des démences seraient «mixtes». De fait, les démences ne sont pas «mutuellement exclusives», l'évolution d'un processus «amyloïde» n'empêche pas la pathologie cérébro-vasculaire, ni même la formation de corps de Lewy. Chez certains patients, la neuro-imagerie explique bien les symptômes observés, le lien entre une lésion de l'hippocampe et des troubles de la mémoire étant l'exemple le plus explicite. Chez d'autres patients, des troubles apparaissent, et s'amplifient sans que l'imagerie médicale soit réellement contributive. Le cas inverse existe également, celui de patients dont les troubles

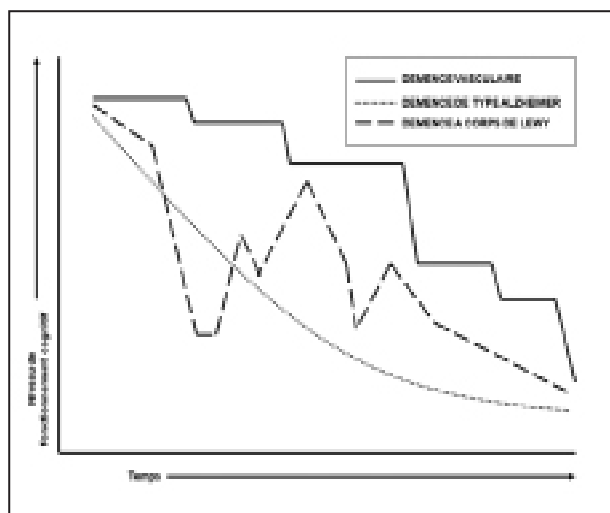


Figure 1. Progressivité des principaux syndromes démentiels.
D'après Deom et Farag, cycle de formation interne, ISO-SL.

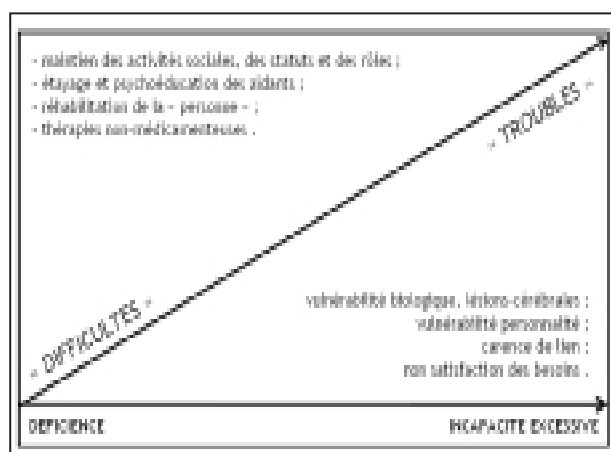


Figure 2. De la déficience à l'incapacité : comment prévenir.
D'après Pancrazi, 26^{ème} Congrès de la SPLF, Limoges, 2010.

cognitifs et fonctionnels restent minimes alors que les clichés attestent de structures anatomiques cérébrales fortement altérées.

Heureusement, la médecine clinique, tout enrichie qu'elle soit dans sa pratique par la diversité des examens médico-techniques et leur apport indéniable, ne se limite pas à rechercher des critères diagnostiques, fussent-ils consensuels. C'est là qu'intervient l'histoire de vie du malade comme élément indispensable d'une mise au point diagnostique. Et son corollaire: la relation réciproque avec le malade, avec le proche, le colloque singulier. Bien entendu, l'anamnèse n'est pas que «l'histoire de l'intellect» du malade. C'est l'histoire de toute une vie, les traits de personnalité, les choses qui comptent, les événements qui ont marqué, les petits rituels, ces petits détails qui semblent peu importants et qui, parfois, du futile deviennent... utiles. Quel défi que de faire ce chemin inverse dans le cadre d'une maladie dégénérative, là où bien des

soins communément utiles deviennent... futiles! Et pourtant, prendre soin du malade atteint de démence et de son réseau, c'est un peu cela.

Reste alors la question du traitement. Elle ferait l'objet à elle seule d'un autre article de synthèse. Loin de vouloir alimenter le débat sur les anticholinestérasiqes, il apparaît néanmoins intéressant de rappeler les deux points suivants, afin de conclure sur des perspectives:

- le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en Belgique (14), et, avant lui, la Haute Autorité de Santé (HAS) en France (15) relativisent l'intérêt des médicaments anticholinestérasiqes, dans une balance coût-bénéfice, tant pour le malade et sa famille que pour la collectivité. Ils rappellent également l'importance d'une grande parcimonie et d'une grande vigilance dans l'utilisation des médicaments psychotropes. Tout en reconnaissant leur utilité, voire leur caractère inévitable dans certains cas, ils les replacent également dans une balance coût-bénéfice. Il s'avère que dans la majorité des cas, les effets indésirables l'emportent sur les effets positifs escomptés;

- en alternative, ou en complément, de ces traitements pharmacologiques, ces deux mêmes centres d'expertise proposent également des pistes de réflexion par rapport aux approches dites «non médicamenteuses», et mettent en évidence le caractère essentiel de l'aide aux aidants.

Comme l'illustre le diagramme de Pancrazi, le traitement de la démence est multimodal (16). En aucun cas, la situation du malade ne peut être améliorée à long terme par le simple effet des médicaments. Un plan de soins individualisé et réfléchi permettra à la fois de renforcer les capacités restantes du malade, et les capacités d'adaptation (et d'acceptation) des proches, mais également de neutraliser les facteurs d'aggravation ou de précipitation du déclin. Mais, ceci est une autre histoire (Fig. 2).

CONCLUSION

ECOUTER LE MALADE ET SES PROCHES

Au terme de cet article, trois idées phares doivent retenir l'attention du lecteur.

Tout d'abord, le diagnostic différentiel démence-dépression-confusion est un exercice délicat, comportant une marge d'erreur liée à l'intrication qui existe entre ces trois pathologies (17). En adoptant une démarche séquentielle et rigoureuse, à l'aide d'outils de référence cliniques, l'on peut toutefois réduire considérablement cette marge d'erreur.

TABLEAU VII. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL CONFUSION/DÉPRESSION/
DÉMENCE D'APRÈS VOYER ET AL. (4)

	Démence	Confusion	Dépression
Début	insidieux	aigu	rapidement progressif
Evolution	lentement progressive	irrégulière	rapidement progressive
Décours final	irréversible	réversible	réversible
Antécédents dépressifs	parfois	peu fréquents	fréquents
Humeur	labile, triste	perplexité anxieuse, peur, méfiance	triste
Vigilance	normale au début	altérée	normale
Désorientation	fréquente	presque toujours	absente
Fonctions supérieures	altérées	altérées	parfois émoussées
Troubles du langage	fréquents	possibles	très rares
Discours	normal au début	incohérent	ralenti mais cohérent
Signes neurologiques	souvent absents au début	souvent présents	absents
Délire	peu fréquent	fréquent, systématisé	absent sauf trouble bipolaire
Hallucinations	rare	fréquentes, surtout visuelles	absentes sauf mélancolie
Activité psychomotrice	normale au début	souvent augmentée, parfois diminuée	diminuée
Plaintes somatiques	rare	possibles	fréquentes
Sommeil	peu perturbé	perturbé, agité, rythme nyctéméral inversé	insomnie de 2 ^{ème} partie de nuit

Tout l'intérêt réside bien entendu, deuxième idée phare, dans l'observation que dépression et confusion répondent positivement à certains traitements. A défaut de guérir le malade de tous ses maux, il est toutefois possible de le libérer de certaines contraintes néfastes à sa qualité de vie.

Et enfin, troisième idée phare, et même si cela peut paraître simpliste, voire simplificateur après toutes les notions qui viennent d'être abordées,

rien ne remplace une consultation «ouverte», où le dialogue médecin-patient et médecin-famille prend tout son sens comme véritable outil d'investigation diagnostique.

Traiter ce qui peut l'être, et aider le malade et son «système» à vivre avec ce qui ne peut encore être traité : cela résume assez bien toute l'importance que peut avoir le médecin traitant dans une approche de proximité, au domicile du malade, en partenariat avec ses proches. A ce titre, il est bon de rappeler que le diagnostic de dépression chez l'aidant (18) est lui aussi très largement sous-diagnostiqué (étude Pixel). Pourtant, l'état tant psychologique que physique de l'aidant proche conditionne quasi directement sa disponibilité face au malade. C'est un élément déterminant dans le maintien au domicile, et l'évitement de l'hospitalisation. Prendre soin «directement» de l'aidant proche, c'est parfois... souvent, prendre soin «indirectement» du malade (Tableau VII).

BIBLIOGRAPHIE

1. Ebbing K, Giannakopoulos P, Hentsch F.— Etat confusionnel chez la personne âgée : une détection laborieuse. *Rev Med Suisse*, 2008, **4**, 966-971.
2. Zarate-Lagunes M, Lang PO, Zerkry D.— Syndrome confusionnel du sujet âgé : les difficultés d'un diagnostic facile. *Rev Med Suisse*, 2008, **4**, 2392-2397.
3. Rockwood K, Cosway S, Carver D, et al.— The risk of dementia and death after delirium. *Age and Ageing*, 1999, **28**, 551-556.
4. Voyer P, Richard S, Doucet L, et al.— Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing*, 2008, 7-4.
5. DSM-IV-TR.— *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, texte révisé. Elsevier Masson. 2003
6. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, et al.— Clarifying Confusion : the confusion assessment method, a new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*, 1990, **12**, 941-948.
7. Postel J.— *Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie Clinique*. Larousse, 1998.
8. Rapagnani G.— Le suicide chez la personne âgée. *Rev Med Liege*, 2002, **57**, 91-96.
9. Hazif-Thomas C, Thomas P.— *L'importance de la dépression et les moyens de la dépister chez les personnes âgées*. http://www.esculape.com/geriatrie/depression_geriatrie_diag.html et/ou http://www.chu-poitiers.fr/pole-info/vieillessement_cerebral/depress.htm. consulté le 13/04/2011
10. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, et al.— Recognition of depression by non-psychiatric physicians : a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 2007, **23**, 25-36.
11. Clement JP, Nassif RF, Lege JM, et al.— Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. *L'Encéphale*, 1997, **23**, 91-99.

12. Groulx B.— Dépression et démence : ce que les cliniciens doivent savoir (première partie). *Rev Canadienne Maladie d'Alzheimer*, 2000, **4**, 9-11.
13. Pucci E, Angeleri F, Borsetti G, et al.— General practitioners facing dementia : are they full prepared ? *Neurol Sci*, 2003, **24**, 384-389.
14. Hulstaert F, Thiry N, Eyssen M, et al.— Interventions pharmaceutiques et non pharmaceutiques dans la maladie d'Alzheimer : une évaluation rapide. *Rapport KCE*, 2009, 111B.
15. Haute Autorité de Santé.— Diagnostic et Prise en Charge de la Maladie d'Alzheimer et des Maladies Apparentées, recommandations professionnelles. *HAS*, Service des Bonnes Pratiques Professionnelles, 2008.
16. Pancrazi MP.— *Explications psychopathologiques des SPCD, autour des dysrégulations des émotions et des mécanismes de défense du sujet atteint de démence* – communication en séance plénière du 26^{ème} Congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française. Limoges, 2010.
17. Gagliardi JP.— Differentiating among depression, delirium and dementia in elderly patients. *Am Med Assoc J Ethics*, 2008, **6**, 383-388.
18. Thomas P.— Entrée en Institution des Déments : l'Etude PIXEL. Fond. Nationale de Gérontologie. *Gérontol Soc*, 2005, **112**, 141-156.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. M. Schuerch, Service de Psychogériatrie, ISOSL, Site Pérî, Montagne Sainte-Walburge 4B, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : m.schuerch@isosl.be