"Qui était-il avant de tomber malade?"

Autor(en): **Schipper, Ori / Gunten, Armin von**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Horizons : le magazine suisse de la recherche scientifique**

Band (Jahr): **26 (2014)**

Heft 102

PDF erstellt am: **27.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-556203

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

«Qui était-il avant de tomber malade?»

Photos: Valérie Chételat

La démence sénile est incurable, en règle générale. Si l'on veut que les personnes concernées souffrent moins, il faut aussi prendre en compte leur vécu, affirme Armin von Gunten, gérontopsychiatre.
Par Ori Schipper

Armin von Gunten, vous étudiez le rôle que jouent certains traits de la personnalité dans la démence sénile. Ce type de causalité échappe à la majeure partie de la recherche sur la maladie d'Alzheimer qui travaille à mettre en évidence les mécanismes biologiques.
Oui, quand nous recueillons des données sur un patient, lorsque nous effectuons des prélèvements de sang ou quand nous enregistrons son activité cérébrale, nous obtenons un instantané de son état au moment de l'examen. C'est bien et c'est important. Mais nous devrions nous intéresser aussi au déroulement temporel. Quel genre de personne le patient atteint de la maladie d'Alzheimer était-il avant de tomber malade? La réponse peut nous aider à mieux adapter le traitement aux besoins individuels. Si une personne démente refuse avec véhémence de se doucher, la raison réside peut-être moins dans un trouble irrationnel du comportement que dans le fait que, durant toute sa vie, elle ne faisait sa toilette que deux ou trois fois par semaine, et trouve insupportable d'être désormais lavée tous les jours.

Il serait donc bon que les médecins se concentrent davantage sur la biographie du patient que sur le moment présent?
Je ne me place pas dans une logique où l'un exclut l'autre, mais où l'un vient compléter l'autre. Nous ne devrions pas moins tenir compte des résultats issus de la recherche clinique, mais prendre aussi en considération la personnalité du patient. Si nous connaissons ses préférences en matière d'hygiène, nous sommes mieux à même de comprendre sa réaction et d'essayer d'adapter les soins et la prise en charge psychosociale, au lieu de traiter ses troubles du comportement avec des médicaments.

Les médicaments sont-ils trop souvent prescrits, à votre avis?
Je ne dis pas que les médicaments sont une mauvaise chose. Ils sont souvent très utiles. Mais les anxiolytiques et les tranquillisants, comme les neuroleptiques fréquemment prescrits aux personnes démentes, peuvent avoir des effets négatifs sur le cerveau. Même s'ils apaisent le patient agité et atténuent ses symptômes, ils sont de nature à aggraver certains signes de la maladie.

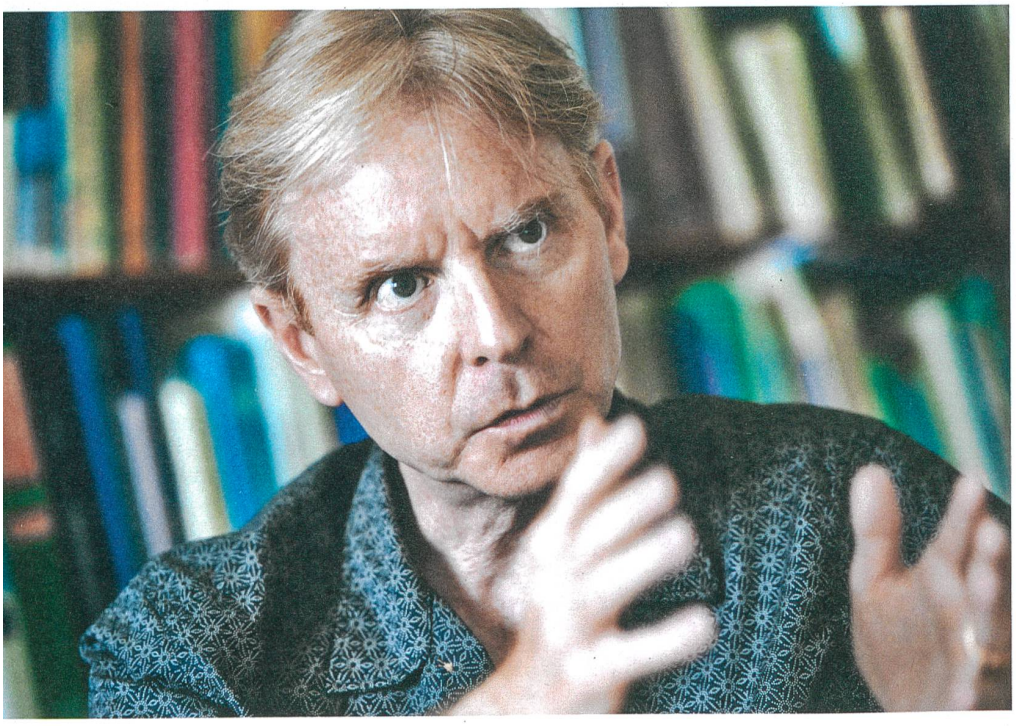
Qu'entreprendre, sinon, contre la maladie d'Alzheimer?
Les démences séniles, en règle générale, sont incurables. Mais nous devons mieux «aller chercher» les patients là où ils sont. Si une personne s'est toujours intéressée aux voitures, vous misez probablement sur la mauvaise méthode en tentant de capter son attention avec des films animaliers. Dans le quotidien clinique, la personnalité et les habitudes d'un patient sont un phénomène décisif. Une fois atteinte de démence, une personne qui avait besoin de faire les cent pas pour réfléchir sera considérée comme agitée. Alors qu'il ne s'agit pas d'un trouble du comportement qu'il faut corriger.

Vous proposez une approche adaptée à l'individu. Mais la notion de «personalized health», de médecine personnalisée, est surtout utilisée pour des traitements adaptés au génome.
Le décryptage du génome humain n'a pas encore apporté le moindre progrès en gérontopsychiatrie. Les analyses génétiques et les IRM d'activité cérébrale fournissent des informations importantes pour répondre aux questions du «comment», et comprendre le rapport entre fonction cérébrale et trouble du comportement. Lorsque la chimie du cerveau se déséquilibre, cette question se réduit à un problème de neurotransmetteur. Mais la question du «pourquoi» reste entière. Pourquoi un patient se comporte-t-il de telle manière et non d'une autre? Peut-être parce qu'il réussit de cette façon à juguler son anxiété. Ce que nous qualifions de trouble du comportement est le résultat des mécanismes d'adaptation du cerveau malade. Au lieu de changer seulement la chimie du cerveau, nous devrions essayer plus souvent de modifier l'environnement auquel le cerveau malade tente de s'adapter.

«Les neuroleptiques fréquemment prescrits aux personnes démentes peuvent avoir des effets négatifs sur le cerveau. Même s'ils apaisent le patient agité.»

Vos résultats indiquent qu'en début de démence, les gens tendent à devenir plus anxieux.
Oui, la personnalité d'un individu semble toujours se modifier dans la même direction. Alors que l'intensité de certains traits – comme l'«agreeableness», l'amabilité ou la coopération sociale – reste à peu près la même, la démence, au début, s'accompagne d'une accentuation du «neuroticisme», une anxiété difficile à surmonter, et d'une diminution de l'ouverture à la nouveauté.

Comment l'expliquez-vous?
La dégénérescence cognitive influence la personnalité. Les personnes se montrent plus prudentes et plus méfiantes qu'elles ne l'étaient auparavant. Mais on ignore encore pourquoi ces modifications de la



«L'Organisation mondiale de la santé estime que le nombre de personnes atteintes de démence passera de plus de 30 millions à près de 120 millions au cours des quarante prochaines années.»

personnalité vont toujours dans la même direction et semblent donc prévisibles. A l'inverse, l'histoire d'une personne marque son cerveau. Une dépression sévère ou récidivante augmente le risque de maladie d'Alzheimer, car elle laisse des traces bien nettes dans le cerveau et a un effet neurotoxique. Nous avons également trouvé que certains traits de la personnalité, telle une grande anxiété, représentaient des facteurs de risque pour une démence ultérieure.

De quelle façon exploiter concrètement les éléments de connaissance que vous avez mis en évidence?
Certains changements de personnalité peuvent annoncer une démence. Ils sont riches d'indices pour le diagnostic. Mais contrairement à l'imagerie cérébrale, les instruments nécessaires pour les décrypter sont simples, et ce point est important pour des médecins généralistes, par exemple. Ils sont susceptibles aussi de contribuer à améliorer la situation dans les pays émergents et en développement, où vivent aujourd'hui bien plus de la moitié des personnes atteintes de démence, mais où seule une petite minorité est correctement diagnostiquée et traitée. L'Organisation mondiale de la santé estime que le nombre de personnes atteintes de démence passera de plus de 30 millions à presque 120 millions au cours des quarante prochaines années. Autrement dit, il va quadrupler. La plus forte hausse est attendue dans les pays émergents. L'intérêt pour des instruments simples de dépistage et de diagnostic devrait donc aller croissant.

Comment les personnes réagissent-elles au diagnostic?
Très différemment les unes des autres. De très rares personnes se suicident. Mais la plupart du temps, comme la démence n'est pas physiquement perceptible et ne fait pas mal, on ne se sent pas malade. Nombre de personnes ne sont pas inquiètes, elles considèrent - souvent à raison, bien sûr - que la mémoire qui flanche est un phénomène normal, lié à l'âge. D'autres encore, sans se sentir malades, perçoivent inconsciemment qu'elles ne fonctionnent plus comme les autres, et que le stress génère chez elles de l'anxiété et un comportement inadéquat.

Qu'est-ce que cela signifie pour les proches?
Souvent, le fait d'être peu ou pas conscient de la maladie protège les patients, mais pour les proches qui s'en occupent, cela représente des problèmes supplémentaires. Nombreux sont ceux qui tentent de corriger les malades, ce qui ne fait qu'empirer la situation. L'anxiété des personnes démentes et leurs troubles du comportement s'accentuent, ce qui péjore fréquemment davantage la qualité de vie que ne le fait le déclin cognitif. Notre prise en charge cible donc aussi les proches.

Ori Schipper est rédacteur scientifique du FNS.

Armin von Gunten

Armin von Gunten a grandi en Suisse orientale et a effectué ses études de médecine aux universités de Fribourg et de Lausanne. Après différents séjours de recherche, entre autres à Londres et à New York, il est retourné à Lausanne où il dirige depuis 2011 le Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé du CHUV et le groupe de recherche «Neuropsychiatrie et déterminants prémorbides».

Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus fréquente de démence chez les gens âgés (plus de la moitié des cas). En Suisse, quelque 60 000 personnes sont concernées, et la tendance est à la hausse. L'affection est incurable, mais différents traitements permettent aux patients de rester autonomes plus longtemps. Le risque de maladie d'Alzheimer est plus faible chez les personnes ayant un niveau de formation supérieur, un mode de vie sain, une activité physique suffisante et ne présentant ni hypertension ni diabète.