

LA PLAINTÉ MNÉSIQUE

Pr Christian Derouesné

Université Pierre et Marie Curie
CHU Pitié-Salpêtrière

KRAL: OUBLI BÉNIN

- *Détails du passé ancien et récent*
- **Oubli transitoire (rappel)**
- **Sujets hautement conscients de leurs difficultés**
 - **Autonomie parfaite**
 - **Examen clinique de la mémoire normal**
 - **Hommes = femmes**
- **Pas d'évolution particulière vers la démence**
 - **Espérance de vie normale**

KRAL: OUBLI MALIN

- *Événements du passé récent (enregistrement)*
 - Troubles de l'orientation
 - Déficits à l'examen clinique, fabulations
= *syndrome amnésique*
- Sujets peu ou pas conscients de leurs difficultés
 - Autonomie restreinte
 - Femmes > hommes
 - Évolution vers la démence
 - Espérance de vie diminuée

KRAL

La fréquence des deux augmente avec l'âge
oubli bénin = sénescence
oubli malin = processus pathologique
Ambiguïtés
1. Le vécu recueilli,
mais pas de plainte spontanée
2. Rapport entre bénin et malin
Il ne s'agit pas forcément de deux processus
distincts

**LES CRITÈRES DE DIAGNOSTIC
DE DÉMENCE: DSM-III (1980)**

Troubles de mémoire

- 1. Oublis dans la vie quotidienne: répétition
oubli des noms des n°s de téléphone, directions,
événements de la journée**
- 2. « Le trouble peut-être formellement prouvé par
une difficulté à apprendre
des informations nouvelles
ou
à évoquer des souvenirs »**

**Diagnostic: *modifications liées au vieillissement
dont la nature et la réalité sont objet de controverses***
Donc classification binaire

**GLOBAL DETERIORATION SCALE
(Reisberg, 1982)**

- 1. Pas de déclin cognitif**
- 2. Déclin cognitif très léger = forgetfulness**
***Subjective complaints: noms de personnes
bien connues, place des objets
Inquiétude appropriée***
Pas de retentissement sur activités professionnelles, sociales
**Pas de déficit de mémoire objectif -
à l'examen clinique**
- 3. Déficit cognitif léger**
Déficit évident pour l'entourage
Déficit de mémoire objectif évident

CLINICAL DEMENTIA RATING

(Hughes et al, 1982)

Méthode: entretien semi-structuré avec patient et aidant.
6 dimensions: mémoire, orientation, jugement, social
 domestique, soins personne

CDR 0: *sujet sain*

- . Pas de troubles de mémoire *ou*
oubli légers sans conséquences
- . Parfaitement orienté
- . Résolution des problèmes de la vie courante,
 jugement intacts
- . Pas de difficultés dans les activités professionnelles
 ou sociales
- . Activités de loisir et intellectuelles maintenues
- . Prend complètement soin de lui-même

Clinical dementia rating (2)

CDR 0, 5: *Démence suspecte*

- . Oublis légers, sans conséquences, restitution partielle
 des événements, *oubli bénin*
- . Parfaitement orienté
- . Retentissement douteux sur les activités professionnelles
 - . Déficit douteux dans la résolution des problèmes,
 les similitudes, les différences
- . Activités intellectuelles et de loisirs légèrement diminuées
- . Prend complètement soin de lui-même

**Age Associated Memory Impairment,
AAMI (Crook et al, 1986)**

1. Age \geq 50 ans

2. Plainte mnésique

Difficultés de mémoire dans la vie quotidienne:

**ne pas se souvenir des noms propres après
introduction, des multiples courses à faire,
des noms de téléphone, des codes postaux
ne plus savoir où on a placé les objets, difficulté
à retrouver le fil après distraction**

**3. Authentifiées par une diminution des performances
aux tests par rapport aux sujets jeunes**

Mild Cognitive Impairment

(Smith et al, 1996)

- **Plainte présentée par sujet, famille ou médecin**

- **Activités de la vie quotidienne normales**

- **Fonction cognitive globale normale**

- **Déficit objectif de mémoire *ou autre fonction***

1,5 à 2 sd < moyenne sujets même âge

- **CDR 0,5**

- **non dément**

Plusieurs formes:

- déficit isolé de mémoire

- déficit isolé d'une autre fonction

- déficit multiple mais pas assez sévère pour démence

MCI Amnésique
(Petersen et al, 1999)

**= syndrome clinique intermédiaire
entre normalité et démence**

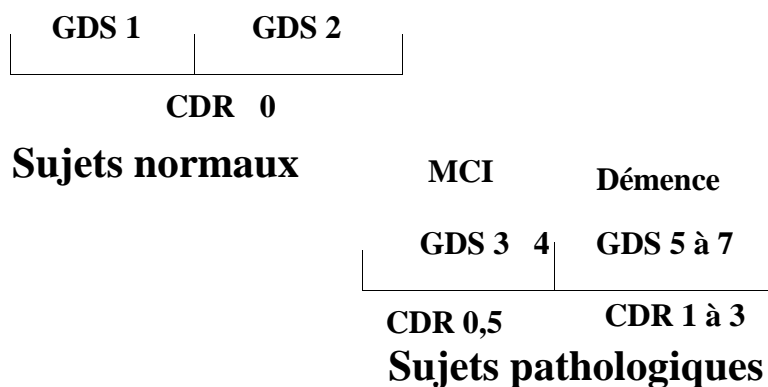
- **Définition opératoire: quels tests? Quels résultats?**
 - **Activité cognitive globale normale,**
- **Pas de retentissement vie quotidienne, mais CDR 0,5**
 - **Non stable**
 - **Signification:**

*syndrome clinique à étiologies multiples
ou phase initiale de la MA?*

La question des « convertisseurs »

**Continuité ou discontinuité
des troubles mnésiques ?**

AAMI, ARCD



HÉTÉROGÉNÉITÉ DE LA PLAINTÉ MNÉSIQUE

I. Plaintes spontanées

II. « Plaintes ressenties »

1. *Question(s) globale(s)*

**évaluation par rapport à l'état actuel
au passé récent ou lointain**

2. *Questionnaires ou auto-questionnaires*

- **difficultés cognitives ou mnésiques**
- **méta mémoire**

Deux questions

- **Une plainte exprimée spontanément a-t-elle la même signification qu'une « plainte recueillie » ?**
- **Quand on se plaint de sa mémoire, de quoi se plaint-on ?**

PLAINTE EXPRIMÉE VS RESSENTIE

Ces deux types sont-elles équivalentes?

**1. Les deux facteurs des questionnaires
Plainte générale vs spécifique**

2. Dans la description de l'AAMI (Crook 1986)

*Tous les sujets ont une diminution des performances avec l'âge
Certains s'adaptent et ne se plaignent pas
D'autres ont des difficultés d'adaptation et se plaignent*

**Il n'est donc pas légitime de décrire comme plainte
toute perception de difficultés mnésiques**

**Quelle est la signification
de la plainte mnésique ?**

PREMIÈRE HYPOTHÈSE

**La plainte est le reflet subjectif
d'une baisse de performance aux tests
= valeur prédictive pour la maladie d'Alzheimer**

OBJECTIONS MAJEURES

- 1. Pas ou peu de corrélation
entre plainte et performance
notamment après ajustement sur dépression**
- 2. L'étude de Koivisto (1990)
Plainte: 80%
Diminution de performance aux tests: 78 %
Les deux: 56%**
- 3. Evolution vers la démence**
- 4. Pas de plainte dans les syndromes amnésiques
majeurs: Korsakoff, MA avancée**

DEUXIÈME HYPOTHÈSE

**La plainte est indépendante
des performances aux tests**

FACTEURS DEMOGRAPHIQUES

- *Le niveau culturel*

Plus le niveau est élevé moins la plainte est fréquente

- *Le sexe*

**La prévalence de la plainte est plus élevée
chez les femmes**

FACTEURS DE SANTE GENERALE

Cutler et Grams 1989

- **Mauvais état de santé ressenti**
- **Plaintes somatiques multiples**
- **Présence d'une atteinte sensorielle**
 - **Arthrose de hanche**

Derouesné et al 1989

Diabète, hypertension artérielle

FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES

- **Symptomatologie dépressive**
- **Anxiété généralisée ou vieillissement**
 - **Personnalité: névrosisme**
- **Vulnérabilité au stress chez sujets fragiles**

(Broadbent, 1980)

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

- **Modifications de rôle, de statut**
- **Réduction d'activité**
 - **Isolement**
= moindre demande
- **Externalisation du lieu de contrôle**

Facteurs psychologiques
(1) : l'estime de soi

L'estime de soi joue un rôle déterminant dans l'adaptation:

1. estimations des compétences cognitives
relationnelles, physiques
2. comparaison sociale % groupe de référence

*L'estime de soi est ± élevée selon les individus
± stable en fonction des performances ponctuelles
± indépendante des situations*

**Les modifications liées au vieillissement entraînent une dévalorisation
un sentiment de perte,**

*

mais flexibilité, résilience
Pas de corrélation absolue

**Facteurs psychologiques
(2) : le sentiment d'identité**

1. Identité personnelle

**= caractéristiques individuelles qui permettent à chacun
de se différencier de l'autre**

2. Identité sociale

**= conscience de l'appartenance à un groupe et
signification évaluative de cette appartenance**

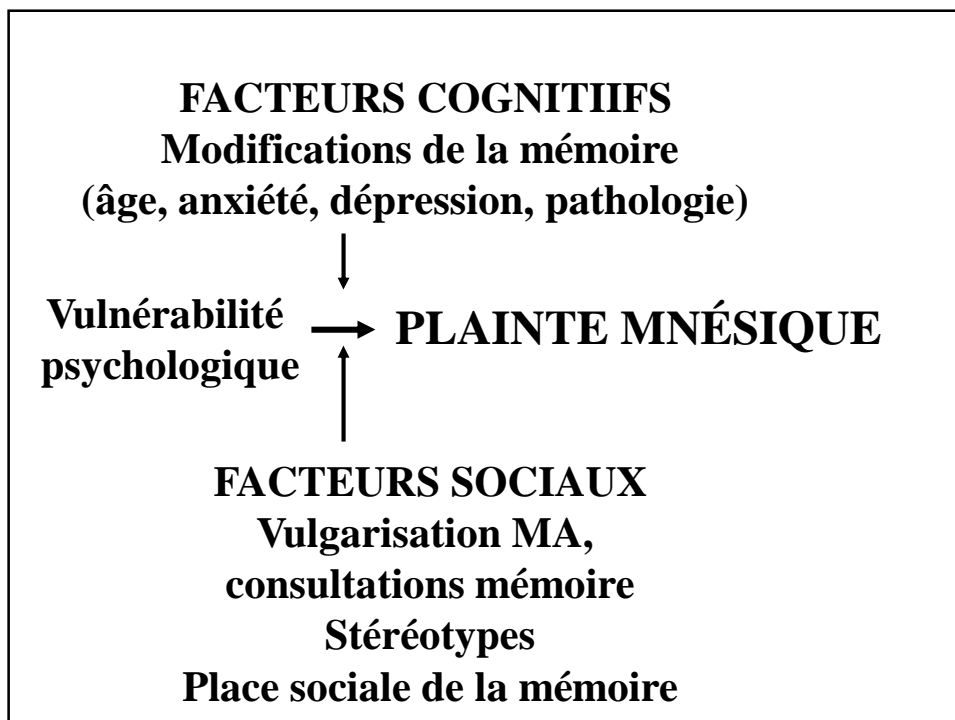
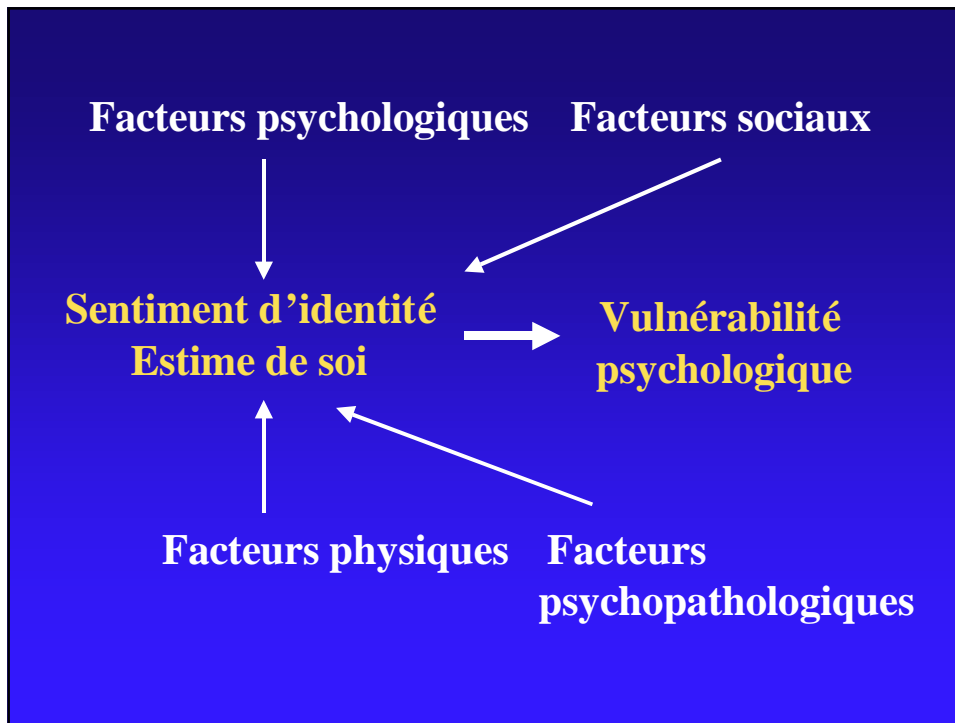
**La représentation de soi est modifiée
par les modifications somatiques, la perte de statut,
la diminution de l'estime de soi, l'externalisation du contrôle**

***Mais le sentiment d'identité est moins fonction de l'âge réel que de
autonomie/dépendance
santé/maladie***

INTERPRÉTATION PROPOSÉE

**La plainte mnésique est le témoignage d'une
vulnérabilité psychologique liée à une altération
sentiment d'identité
*estime de soi***

**Cette vulnérabilité s'exprime
au niveau de la mémoire
en s'appuyant sur des modifications objectives
et pour des raisons sociales**



LES DEUX GRANDS TYPES DE PLAINTES EXPRIMEES

- *A tout âge*
anxiété
organisation névrotique
- *Sujet âgé*
organisation névrotique
psychopathologie propre au vieillissement

LES FONCTIONS DES PLAINTES EXPRIMEES

- Lutter contre l'anxiété: demande de réassurance**
- Exprimer une souffrance psychique cachée**
- Chercher une protection symbolique vis-à-vis de cette souffrance**
- Demande d'aide, de reconnaissance**
- Retrouver une assise narcissique dans le rôle de malade**

ATTITUDE PRATIQUE
 Eliminer une maladie d'Alzheimer (1)

• *sémiologie de la plainte*

Suspecte si passé récent, retentit sur vie quotidienne
 Bénigne si passé ancien comme récent, attention, rappel

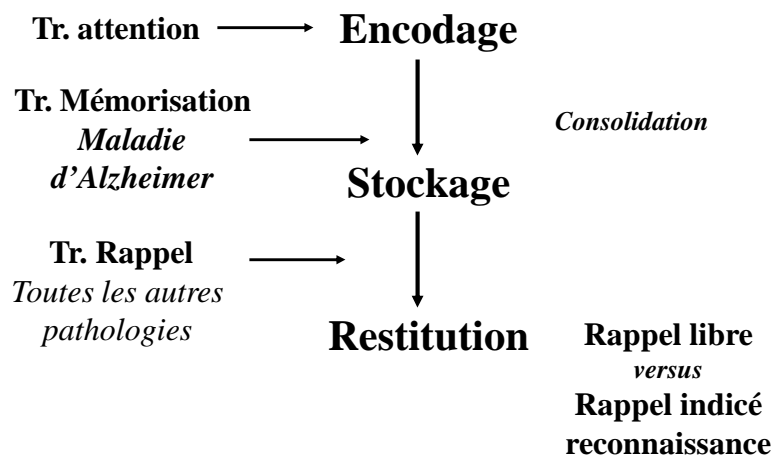
• *troubles psychoaffectifs associés*

Suspectes si apathie
 Vs anxiété

• *examen de la mémoire*

Mémorisation vs trouble du rappel

LES TROIS TEMPS DE LA MEMOIRE



Memory Impairment Screen

MIS (Buschke, 1999)

**4 mots appartenant à 4 catégories présentés par écrit
non prototypiques de leurs catégories**

Ex dahlia, merlan, platane, tenaille

- **Indiçage: Quel est le nom de la fleur?**
- **Vérification de l'encodage Répéter immédiatement les 4 mots**
- **Épreuve interférente: compter de 20 à 0**
- **Rappel libre: quels étaient les 4 mots**
- **Rappel indicé: donner la catégorie pour les mots non rappelés**

*La présence d'1 mot non restitué en rappel indicé
ou d'une intrusion est suspecte*

ATTITUDE PRATIQUE

Eliminer une maladie d'Alzheimer (2)

Confirmer l'atteinte hippocampique

- **Examen neuropsychologique**
type des troubles de mémoire et sévérité
- **atteinte des autres fonctions**

- **Imagerie cérébrale structurale:**

atrophie hippocampique

Scanner centré sur cornes temporales

IRM ++

- **Imagerie fonctionnelle: TEM (SPECT)**

ATTITUDE PRATIQUE
Devant une plainte « bénigne »

- 1. Éliminer un élément psychopathologique franc nécessitant une thérapeutique adaptée: dépression, anxiété majeure**
- 2. Pour chaque sujet évaluer l'importance des différents facteurs**
- 3. Apprécier la composante psychopathologique et les fonctions de la plainte**

ATTITUDE PRATIQUE
Devant une plainte « bénigne »

- Information sur fonctionnement mnésique et âge**
- Participation névrotique importante intervention psychothérapique f (possibilités sujet et contexte)**
 - Dans les autres cas:**
objectif = fournir de l'attention, de la réassurance plus qu'amélioration des performances techniques cognitives
place du médicament

CONCLUSIONS

- 1. La plainte mnésique doit être abordée
au plan neuropsychologique et
au plan psychopathologique**
- 2. Son approche associe les deux démarches**
- 3. Qu'elle soit primitive (plainte banale)
ou dans le cadre d'une affection cérébrale
elle traduit toujours une souffrance psychologique
qui doit toujours être prise en compte**