

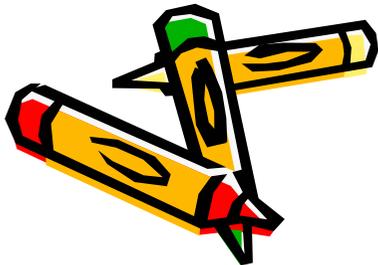
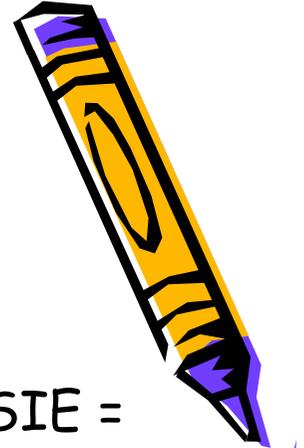
*Évaluation de l'anosognosie des patients
déments pris en charge en hôpital de jour
de neuropsychogériatrie*

Congrès des hôpitaux de jour
Rennes 24-25 mai 2007

Dr STIRATI- BURON
Hôpital BRETONNEAU PARIS
Service du Dr DRUNAT

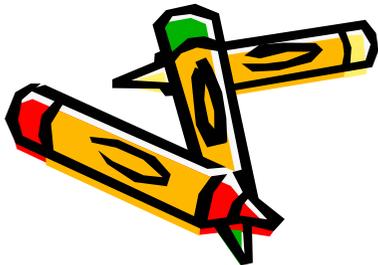
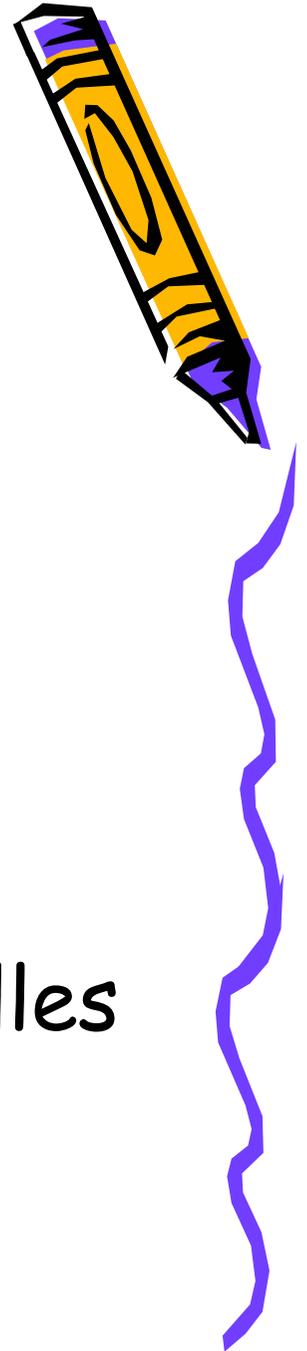
DEFINITION

- Terme issu du grec → NOSOS = maladie et GNOSIE = connaissance
- Décrit initialement par Babinski (1914): méconnaissance par le patient des déficits ou de la maladie dont il est atteint
- Se réfère chez le dément à une altération de la capacité à reconnaître la présence ou apprécier la sévérité de ses déficits dans le fonctionnement sensoriel, perceptif, moteur, affectif ou cognitif (Kotler 1995)
- Différentes études ont mis en évidence une **sous estimation** de leurs difficultés chez les déments de 15 à 75 %

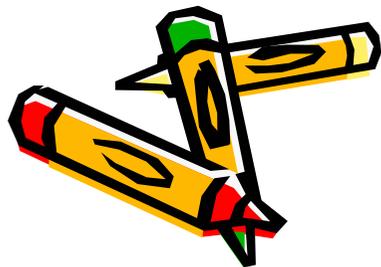
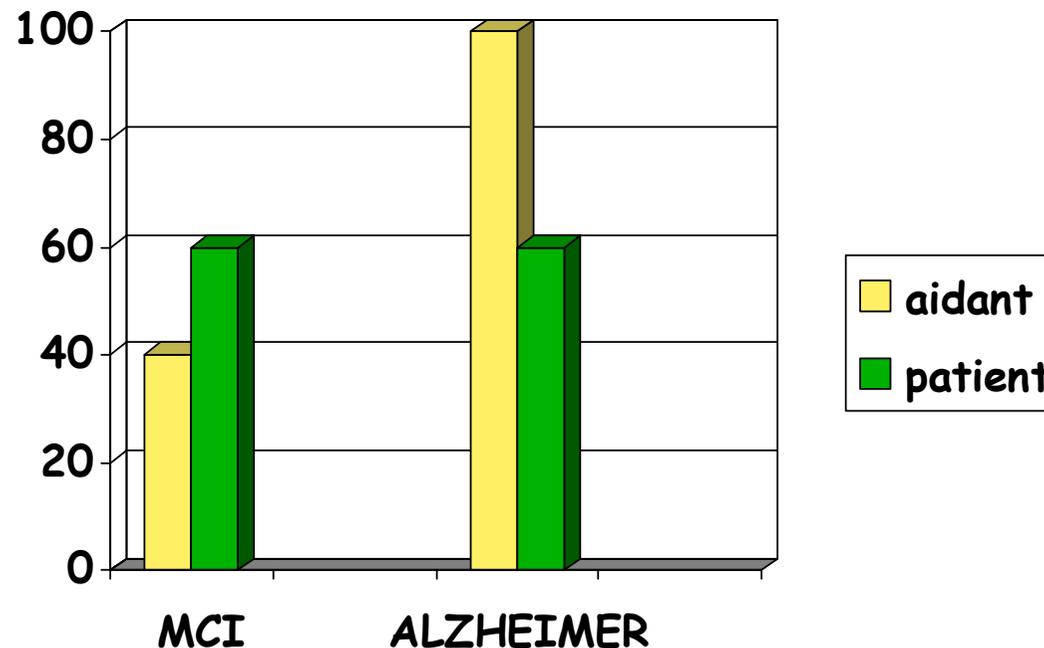
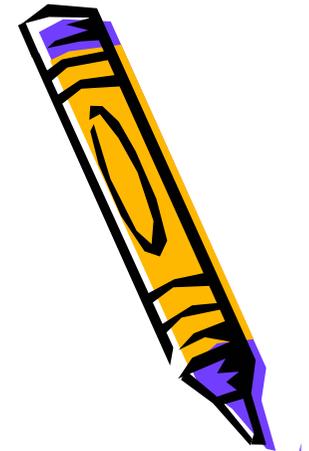


Hétérogénéité de l'anosognosie

- Activités de la vie quotidienne
- Mémoire
- Gestion budget
- Comportement
- Jugement
- Hétérogénéité aussi dans les échelles d'évaluation



Anosognosie facteur prédictif de Démence ?

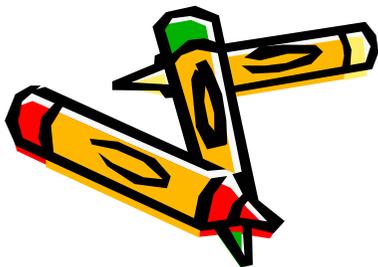
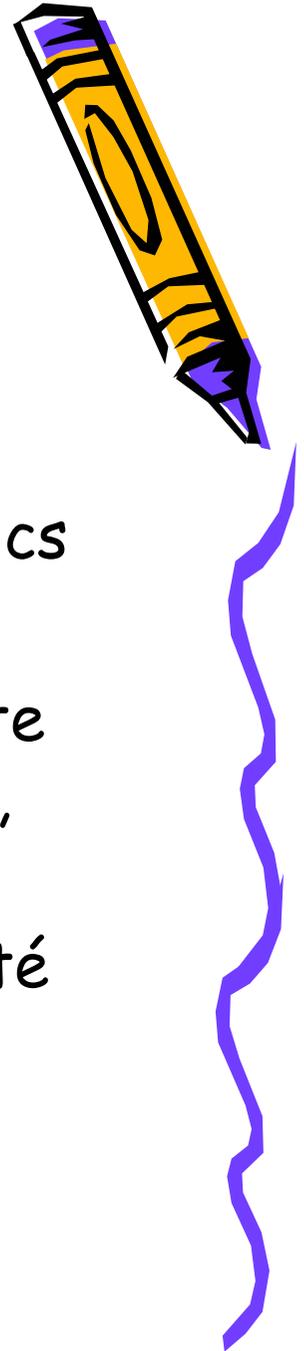


Kalbe 2005. Test cognitif sur 13 domaines réalisé chez 82 DTA et 79 MCI comparables en age , éducation et MMS >24 et leurs aidants.

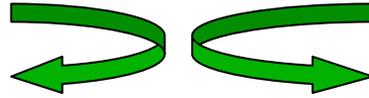


Symptômes précoces

- Étude australienne Starkstein 2006
 - 750 patients déments légers interrogés en cs mémoire ainsi que leur aidant
 - ANOSOGNOSIE se manifeste par une perte de conscience de leur déficit dans les AVQ, changement d'humeur et déshinibition
 - Adl /Iadl bonne sensibilité et spécificité d'identifier l'anosognosie

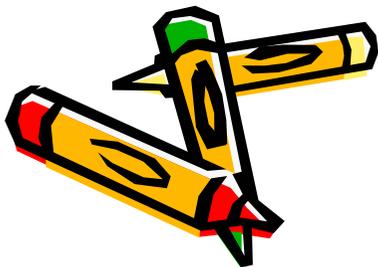
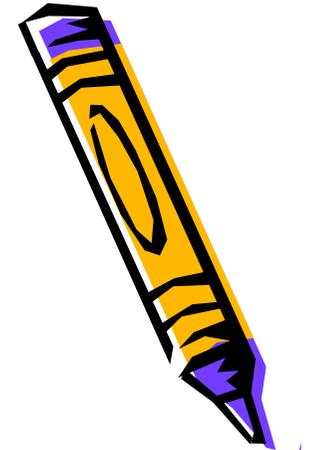


Caractéristiques des patients anosognosiques (kashiwa 2005) 84 patients Alzheimers



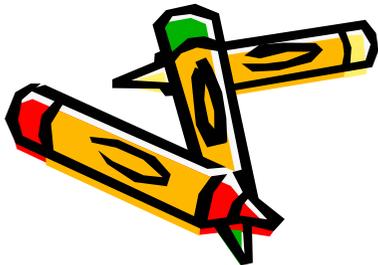
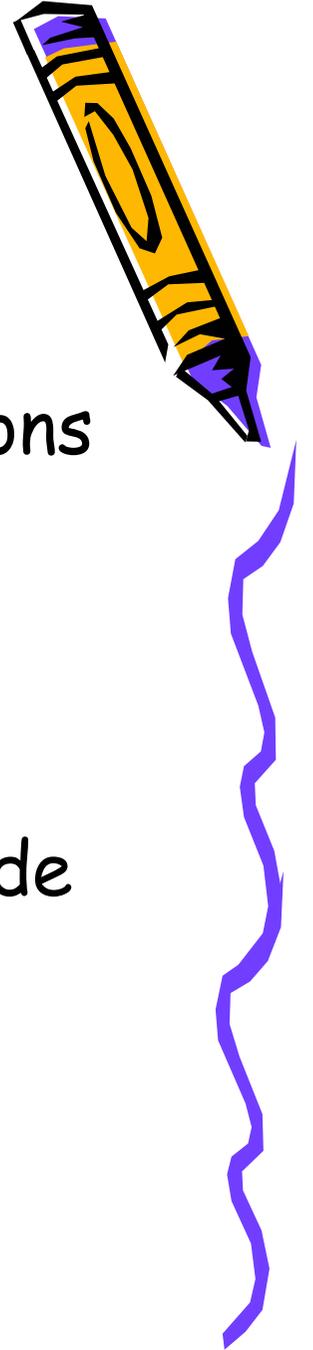
- Age du patient
- Age tardif de début de la maladie
- Durée de la maladie*
- IADL *
- NPI*
- 3ème partie du stroop test

- MMS
- G Dépression Scale
- Education
- Sexe
- Tests cognitifs (tmt, stroop, fluences verbales, empans)



Anosognosie et troubles du comportement

- Les patients présentant des hallucinations ont des scores plus hauts d'anosognosie (Migliorelli 1995)
- Comme pour délires paranoïdes (1994 Mangone)
- Corrélation avec une échelle de rire et de pleurs (Starskein 1995)
- NPI

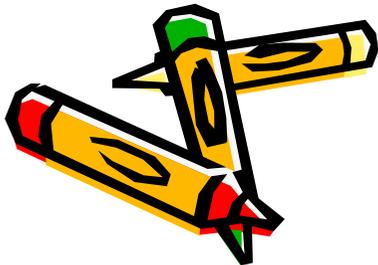
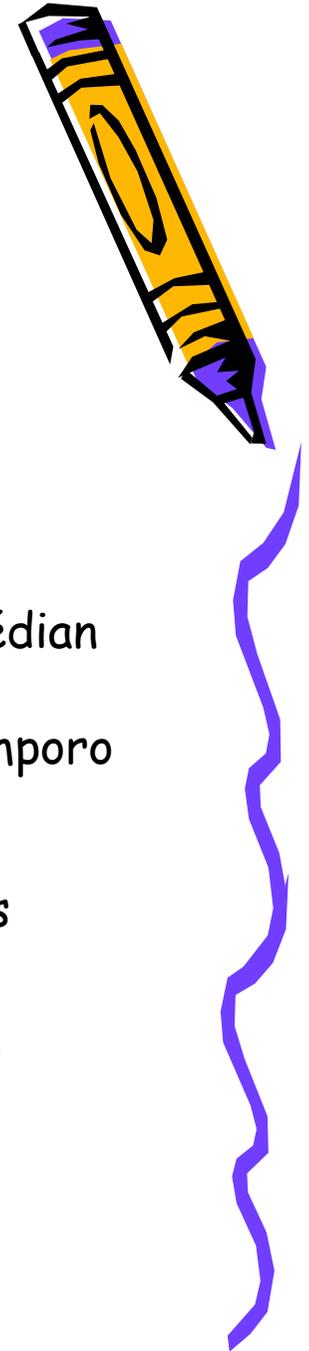


Quelles régions cérébrales participent à la conscience de soi?

- Diminution du débit sanguin cérébral de l'hémisphère droit (migliorelli 1995; auchus 1996)
- Par la neuro imagerie fonctionnelle (argembeau et al 2005)
 - ↳ Activation de la région préfrontale ventromédian

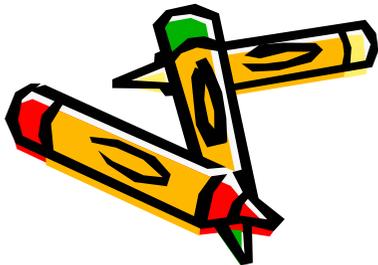
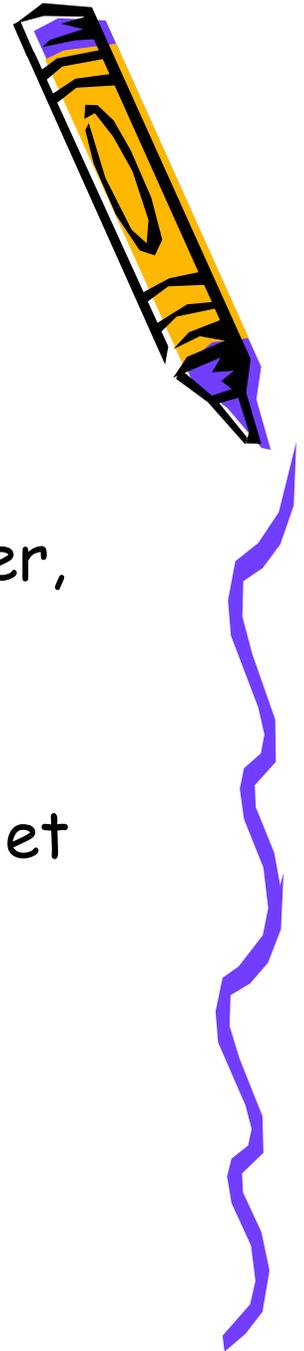
Lien entre anosognosie et activités des régions de jonction temporo pariétale faible (salmon 2006)

Jugement du patient sur ses capacités, confronté aux résultats psychométriques : corrélation entre erreur de jugement et activité des régions orbito-frontales (impliquées dans les jugements de l'individu vis-à-vis de ses propres compétences)

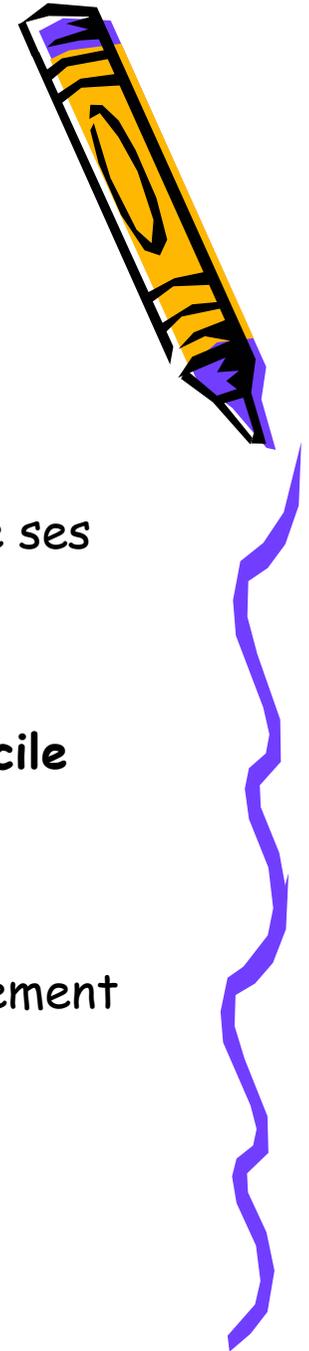


Anosognosie et bilan neuropsychométrique

- Pas de corrélation entre démence sévère et anosognosie (SMITH 2000)
- Pas de corrélation avec le mms et test wechsler, apraxie et langage (MICHON 1994)
- Mais avec score frontal: wisconsin, fluences verbales, BREF, série de luria
- Plus de dysfonctionnement visuo-constructifs et échec du test de l'horloge (AUCHUS 96)
- **Donc lien entre anosognosie et fonctions exécutives démontré**



Intérêt du dépistage

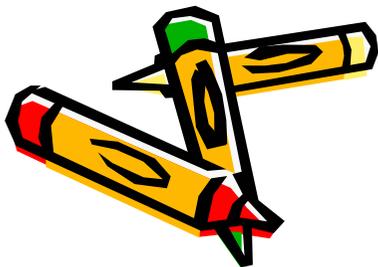


- **PATIENT**

- Retarde le diagnostic
- Pas de stratégies de compensation ni d'anticipation de ses déficits
- Se met en insécurité
- Opposant aux soins
 - » **Complication de la prise en charge au domicile**

- **AIDANT**

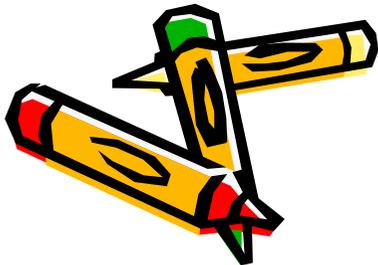
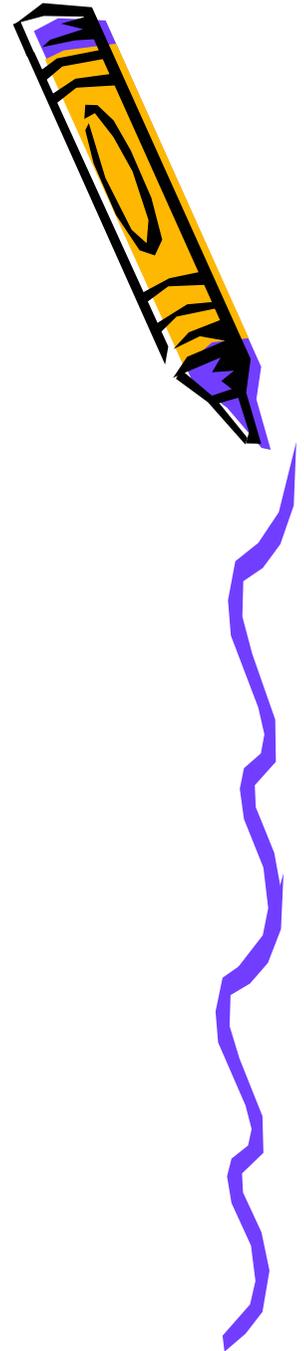
- Augmente le fardeau
- Décisions à prendre ou à imposer : conduite auto, placement en institution, introduction d'aides au domicile
- Conflits familiaux, tutelle



Techniques d'évaluation de l'anosognosie

- Par le patient lui-même → auto-questionnaire
- Par l'aidant
- Par le bilan neuro psychométrique

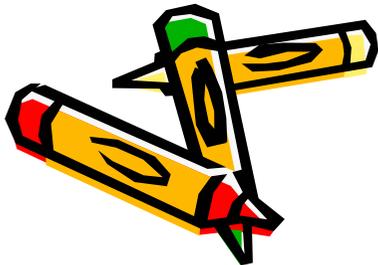
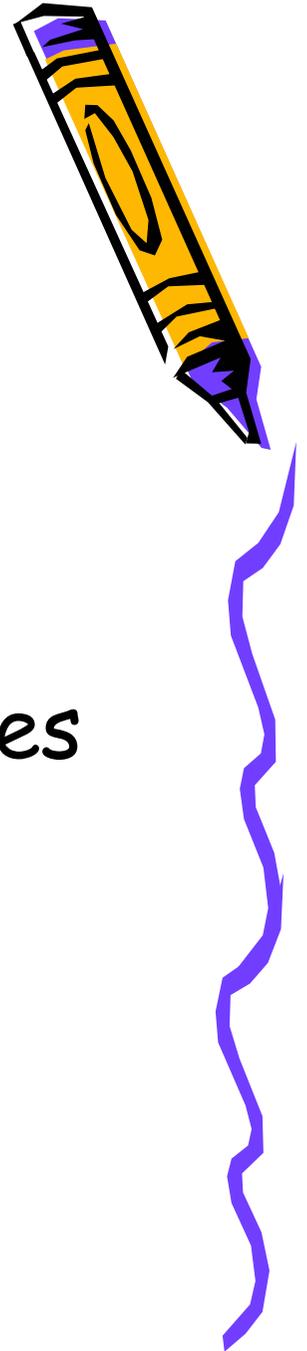
= toujours différentiel entre le patient et un outil de référence



Exemples de dépistage

- Simple

- Pourquoi consultez vous ?
- Pensez vous avoir des problèmes au quotidien ?
- Comment pensez vous avoir répondu aux tests ?

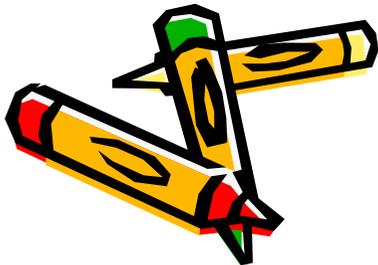


AQ-D

Migliorelli 95



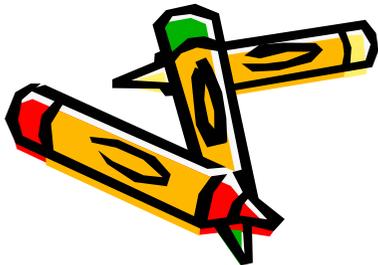
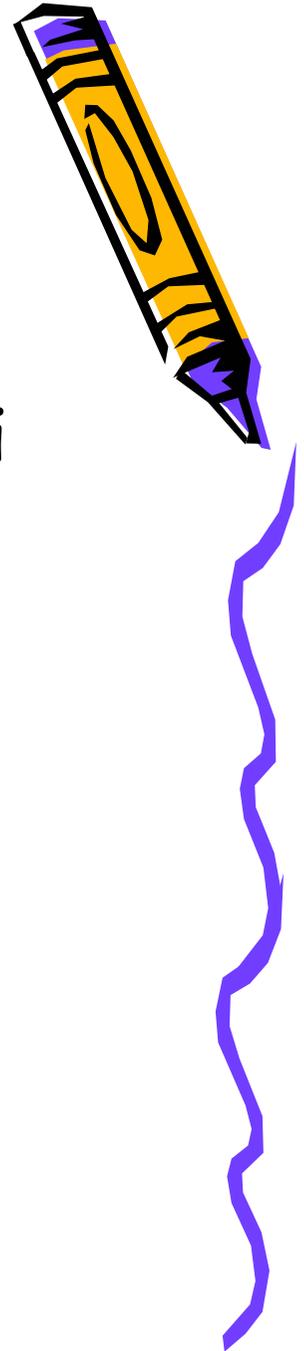
- Sur 30 items : cotation de 0 (jamais) à 3 points (toujours)
- Explorant les fonctions intellectuelles et comportementales
 - **Date, orientation, compréhension, écrire, utiliser l'argent et gérer les comptes, calcul mental, communiquer contrôle sphincter, manger seul, faire tâches ménagères**
 - **Comportement: plus égoïste, plus irritable, rire dans des situations non appropriées, dépressif**
- Score d'anosognosie = score référent- score patient
- Pas d'anosognosie < 14 Anosognosie sévère >32



MMS anosognosique

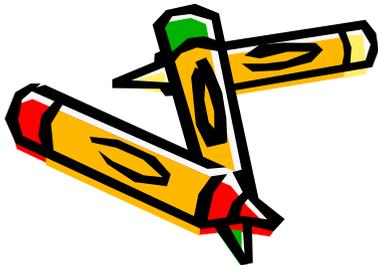
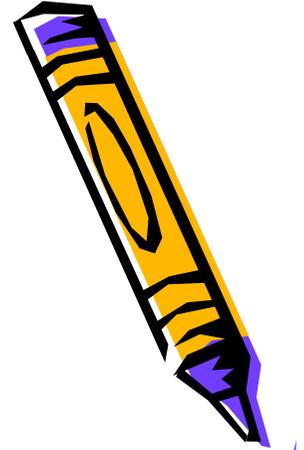
(Laudrin, Drunat 2001)

- SCORE = MMS patient - MMS A si >5 Agnosie sévère
 - Rapide, pas de surestimation possible
 - Score de fiabilité du référent = MMS R - MMS
 - Inconvénients: n'explore pas les avq, les troubles du comportement, les fonctions exécutives



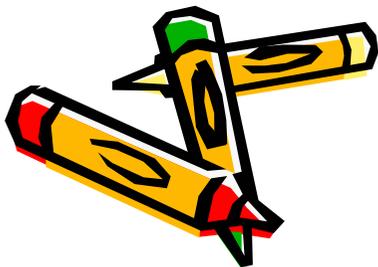
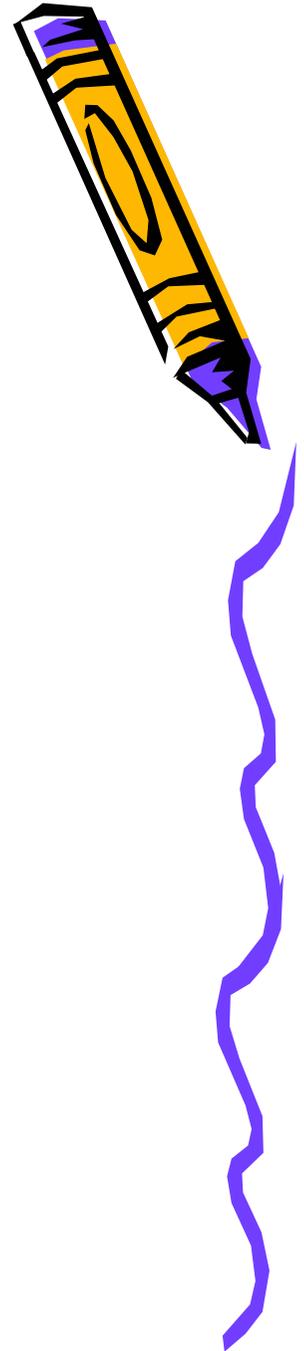
Consensus

- Concept neurologique, rapporté à la démence dans les années 80
- Hétérogénéité introduite dans les années 90 impliquant d'élargir les études à l'ensemble des fonctions cognitives
- **Lobe frontal** joue un rôle pour la conscience des déficits
- Tests des **fonctions exécutives** seraient plus perturbés (stroop, Wisconsin)
- Ne permet pas de différencier le diagnostic étiologique de la démence

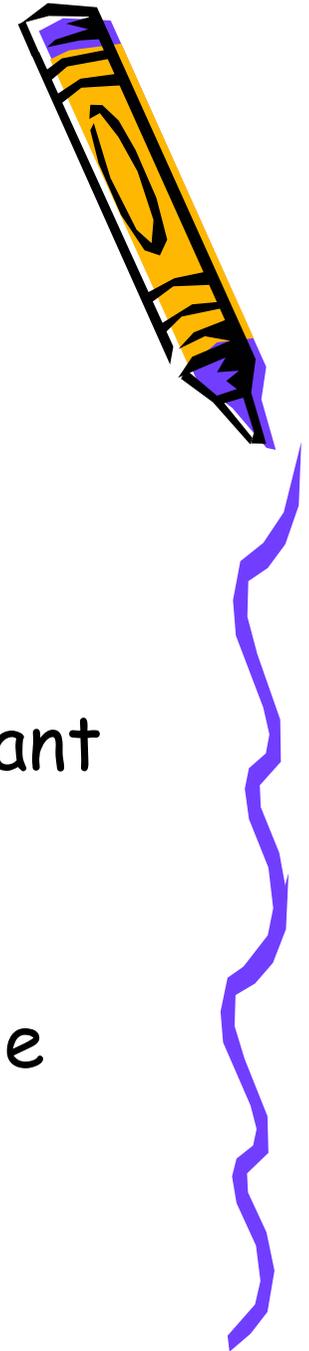


Expérience de l'hôpital de jour

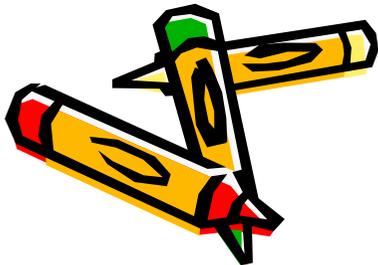
- 15 places
- Patients déments légers à modérément sévère
- Journée de pré admission
- Réadaptation cognitive sous forme d'ateliers 2 à 3 fois par semaine pendant 6 mois



Dépistage de l'anosognosie lors de la pré admission

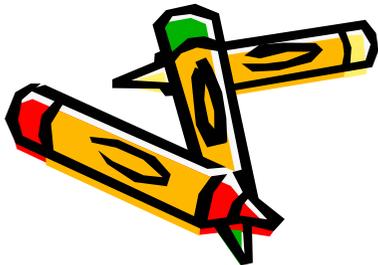
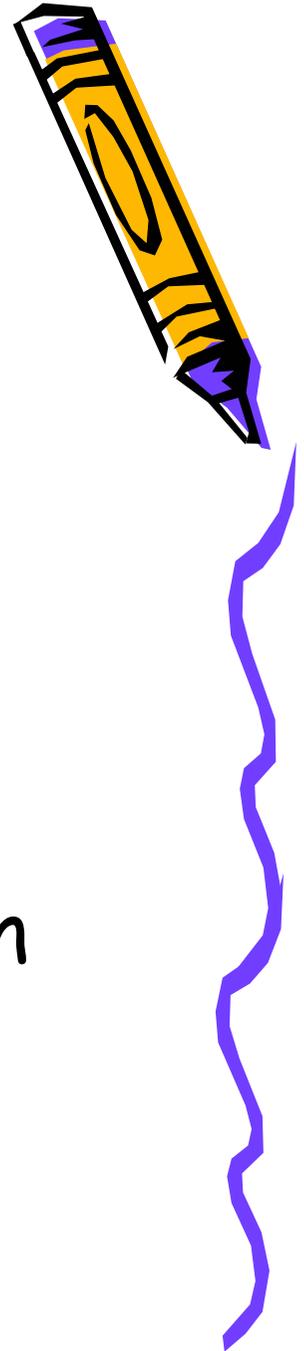


- **Multidisciplinaire**
- Infirmière ou aide soignante → l'aidant
- Rééducateur → le patient
- Médecin → le patient
- Assistante sociale rencontre la famille



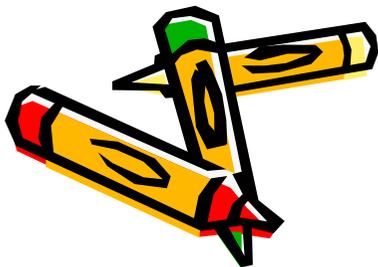
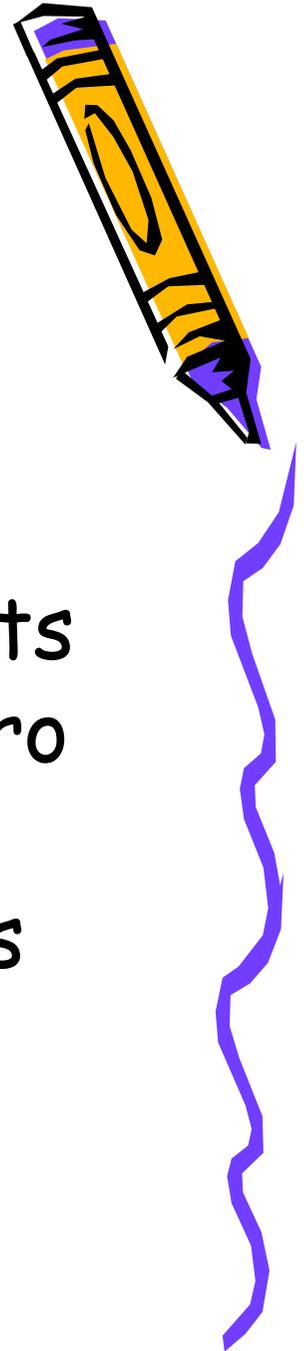
Bilan du patient

- Bilan neuropsychométrique :
 - diagnostic posé et patient informé
- Échelle de mac Nair
- AVQ
- Mise en situation lors de l'entretien avec le rééducateur



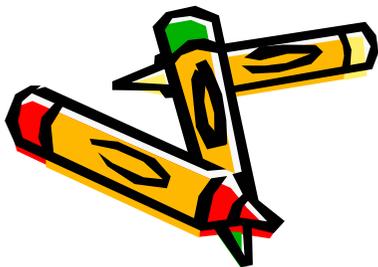
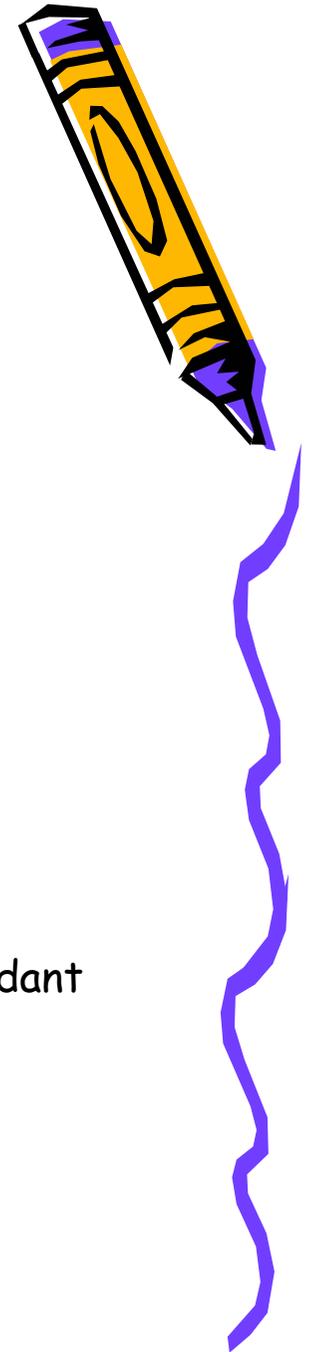
Échelle de **Mac Nair** remplie par le patient

- 22 questions cotées de 0 à 4 points sur la mémoire, orientation temporo spatiale, concentration, praxies, gestion des taches administratives



Activités instrumentales courantes et quotidiennes de base évaluées par le patient

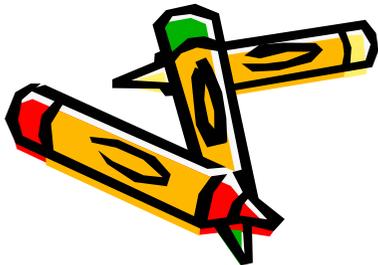
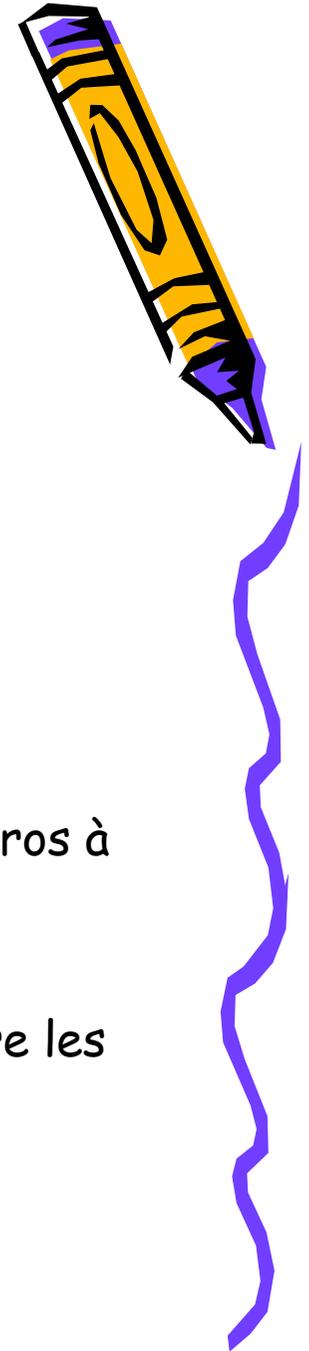
- Utiliser le téléphone
 - Les courses
 - Préparer les aliments
 - Entretien ménager
 - Blanchisserie
 - Moyens de transports
 - Responsabilité à l'égard du traitement
 - Aptitude à manipuler de l'argent
 - Propreté
 - Alimentation
 - Habillage
 - Soins personnels
 - Déplacements
 - Bains
- 0 dépendant 1 indépendant
- Sur 14 points



Bilan rééducateur

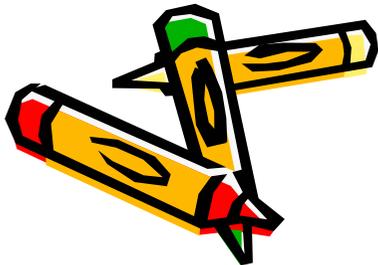
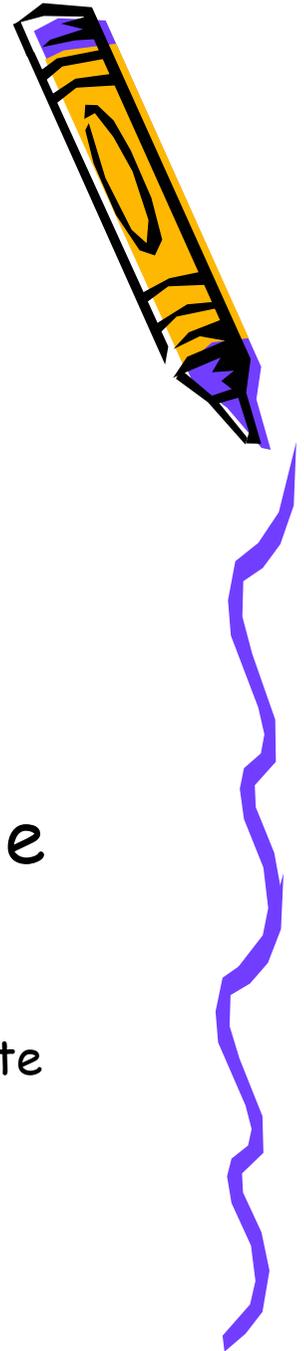
Mise en situation du patient

- Utilisation du téléphone:
 - connaissez vous votre numéro
 - Chercher un numéro dans une liste et composer
- Manipulation de l'argent:
 - Connaissez vous le prix d'une baguette
 - Voulez vous me donner 2.50 et 17.23 euros
 - Voulez vous remplir ce chèque d'un montant de 132 euros à l'ordre du supermarché bas prix
- Prise des médicaments:
 - Sachant que nous sommes tel jour, voulez vous prendre les médicaments



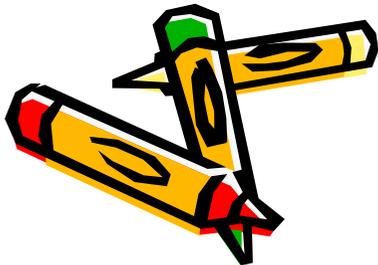
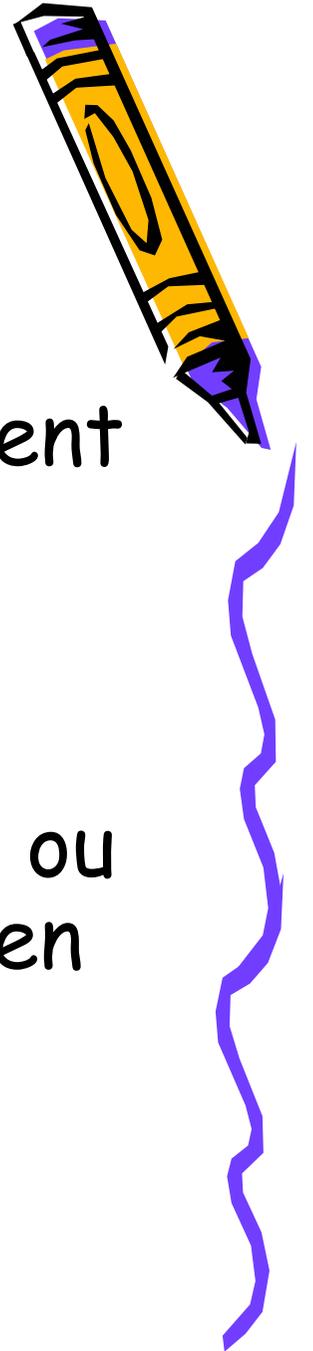
L'aidant

- Entretien individuel avec un soignant, L'aidant exposant ses principales difficultés
- Mac nair
- IADL
- Évaluation sociale par l'assistante sociale
- Zarit 22questions
 - » <20 charge faible
 - » <40 charge légère
 - » <60 charge modérée
 - » >60 charge importante



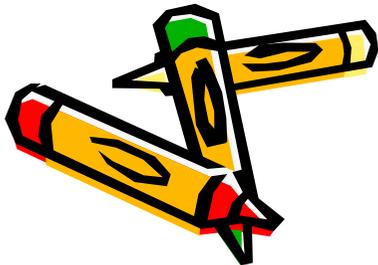
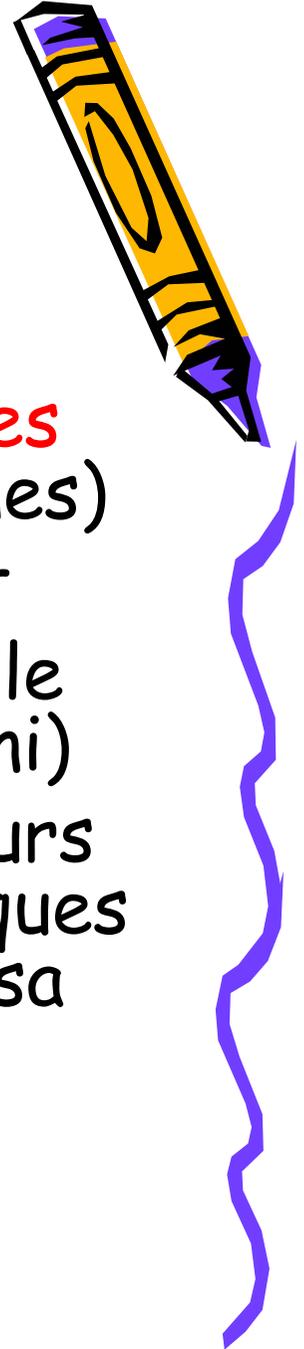
L'Anosognosie est dépistée par ..

- Différentiel entre le mac nair patient et aidant
- Différentiel entre AVQ patient/aidant
- Différentiel entre les dires de l'un ou l'autre et la réalité lors des mises en situation



AVANTAGES du choix de notre méthode...

- Dépister l'anosognosie dans des **domaines concrets** (mémoire; activités quotidiennes)
- Dépistage même en l'absence de l'aidant
- Confronter l'analyse de l'aidant avec celle du soignant (aidant fiable ou dans le déni)
- La mise en situation objective des erreurs n'apparaissant pas dans les tests classiques et faisant parfois admettre au patient sa propre difficulté



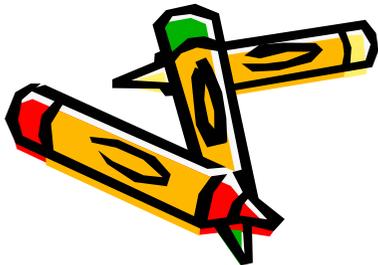
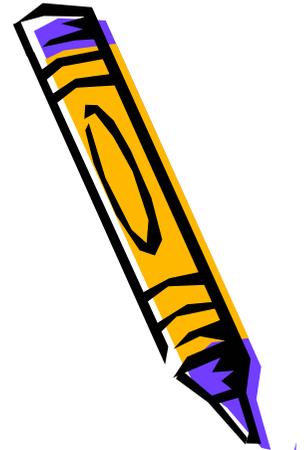
Implications pratiques à hdj

- **Psychologique**

- Faire accepter ses difficultés au patient
- Interface aidant/patient
- Formation aux Aidants

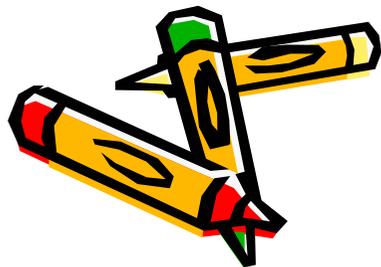
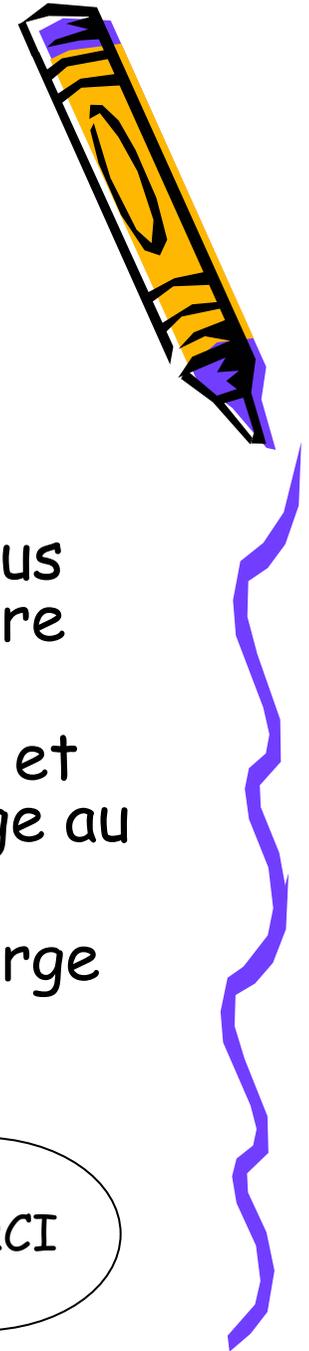
- **Sur le plan social**

- Introduire des aides
- Protection juridique



Pour conclure

- Évaluation de l'anosognosie dès l'admission conditionne les objectifs
- Sur des critères hétérogènes et qualitatifs plus que quantitatifs par une équipe pluridisciplinaire complémentaire
- But est de cibler les domaines anosognosiques et d'apporter des solutions pour la prise en charge au long terme
- Place prépondérante au sein de la prise en charge sociale



MERCI