

Service de g eratrie et de réadaptation gériatrique

Newsletter Info-GER

La mémoire

 t  2022

www.geriatrie.chuv





Prof Gilles ALLALI, Chef de Service
Directeur du Centre Leenaards de la Mémoire - CHUV

INTRODUCTION :

La cognition et son impact sur le mouvement : l'importance de remettre en contexte l'évaluation cognitive du patient.

Quand on adresse un patient pour une évaluation cognitive ou un bilan neuropsychologique, on s'attend à obtenir une évaluation des différents grands domaines cognitifs, tels que la mémoire, les fonctions exécutives et les fonctions instrumentales. Toutefois, on doit remettre en contexte ces performances et particulièrement leurs implications et conséquences sur d'autres fonctions neurologiques, comme les fonctions motrices ou la marche.

Cette contextualisation est particulièrement pertinente dans la prise en charge gériatrique, quand on connaît les conséquences dévastatrices des troubles cognitifs sur la marche et leurs contributions à la chute. En effet, la chute affecte environ 30% des personnes de plus de 65 ans et sa prévalence est augmentée de 2 à 3 fois chez les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs (anciennement démence). Les conséquences de ces chutes sont particulièrement dévastatrices chez les résidents des EMS, puisque ces chutes provoquent des fractures chez 10-25% des résidents.

Sur le plan économique, la morbidité et la mortalité relatives aux chutes sont importantes et totalisent 1à2% des coûts totaux de la santé dans les pays développés. Ces conséquences financières méritent largement que l'on s'intéresse aux mécanismes cognitifs liés à ces chutes, dont l'interaction entre cognition et mouvement est un élément déterminant.

TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS ET CHUTE

Les troubles neurocognitifs majeurs de type non-Alzheimer sont associés à une prévalence nettement plus élevée de chute que la maladie d'Alzheimer. Pour ce qui est de l'exemple des chutes multiples, particulièrement importantes à identifier, elles affectent plus d'un patient sur 3 souffrant d'une maladie à corps de Lewy (la deuxième cause de maladie neurodégénérative), tandis qu'elles concernent moins d'un patient sur 10 souffrant d'une maladie d'Alzheimer. Cette augmentation de prévalence des chutes multiples dans les pathologies non-Alzheimer a également un impact similaire sur une augmentation de prévalence de chute associée à une fracture chez les patients souffrant d'un trouble neurocognitif majeur de nature non-Alzheimer.

Il est bien connu que les facteurs de risque de chute sont nombreux parmi nos patients âgés.

Pour ce qui est des liens entre symptômes cognitivo-comportementaux et chute, de nombreuses études ont montré que quelques domaines cognitifs-clés sont associés à la chute : les fonctions exécutives, l'attention, l'orientation, et les fonctions visuospatiales.

Concernant les troubles comportementaux, les principales associations avec la chute concernent la dépression, l'anxiété et la peur de chuter. Pour ce qui est de la dépression, il est souvent difficile de distinguer la dépression de l'apathie, qui, elle, a également été associée à des troubles de la marche chez des patients âgés souffrant ou pas de troubles neurocognitifs majeurs.

Enfin, il est important de considérer la contribution des traitements psychotropes prescrits pour contrôler ces symptômes cognitivo-comportementaux qui sont, eux-aussi, des facteurs de risque indépendants de chute.



TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS & MODIFICATIONS MOTRICES

Les troubles moteurs, tels que les troubles de la marche ou les véritables syndromes parkinsoniens sont également très fréquents chez nos patients avec troubles neurocognitifs mineurs ou majeurs et représentent des facteurs de risque indépendants de chute.

De façon intéressante, certains paramètres quantitatifs de la marche, comme la variabilité du temps du cycle de marche ont été associés à la chute uniquement chez des patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs de type non-Alzheimer, et pas chez des patients avec une pathologie Alzheimer.

Pour le clinicien, qui n'a pas accès à ces paramètres de marche en consultation, il est important de reconnaître les phénotypes de marche. Par exemple, la marche dite frontale (se caractérisant par une vitesse ralentie, avec un élargissement du polygone de sustentation et des petits pas) est plus souvent associée à la chute que les patients souffrant de marche parkinsonienne (bien que cette dernière soit également associée à une augmentation de prévalence de chute par rapport aux patients sans troubles de la marche).



Toujours pour le clinicien, qui a un temps limité pour son évaluation, la connaissance d'un nouveau syndrome pré-démontiel permet d'identifier des patients à risque de déclin cognitif et de chute : le *Motoric Cognitive Risk* (MCR) syndrome. Sur le modèle du *mild cognitive impairment* (MCI) ou troubles neurocognitifs légers, le MCR associe la présence d'une plainte cognitive à une vitesse de marche diminuée (valeurs seuils dépendants de l'âge et du sexe du patient). Les patients souffrant d'un MCR sont à la fois à risque augmenté de développer un trouble neurocognitif majeur et de présenter une chute.

PROFILING COGNITIVO-MOTEUR

Fort de cette compréhension de l'interaction entre mouvement et cognition, le clinicien peut adopter une évaluation et une prise en charge adaptée de son patient après avoir établi un véritable profil cognitivo-moteur. Cette signature clinique sous-tendue par des mécanismes physiopathologiques en voie d'élucidation permet d'envisager une prise en charge personnalisée, qui va tenir compte non-seulement des déficits présents au moment de l'évaluation, mais également de prévenir l'émergence de complications attendues.

Pour ce qui est de l'évaluation et de la prise en charge des patients du Centre Leenaards de la Mémoire, afin de réaliser ce profil cognitivo-moteur nous nous appuyons sur l'expertise multidisciplinaire de gériatres, psychogériatres, neurologues, neuropsychologues et infirmiers spécialisés, qui évaluent de façon conjointe les patients. Toute évaluation est initialement réalisée par un médecin du service, qui, après discussion multidisciplinaire, envisagera d'une part le bilan étiologique et d'autre part le traitement approprié de son patient dans le respect des recommandations internationales, mais aussi du choix du patient.

Par ailleurs, de nombreux patients consultant dans notre Centre sont également demandeurs pour participer à des protocoles de prise en charge clinique (comme le programme CareMENS détaillé plus bas) ou de recherche. Les projets de recherche proposés aux patients du Centre Leenaards de la Mémoire incluent l'évaluation de nouveaux outils diagnostics, la mise en place de nouvelles thérapies pharmacologiques ou non-pharmacologiques.

La plateforme technique du CHUV offre un accès privilégié aux derniers développements en terme d'imagerie cérébrale morphologique ou métabolique, ainsi qu'aux données biologiques reposant sur l'avènement de nouveaux biomarqueurs sanguins ou issus du liquide cébrospinal. Par ailleurs, la proximité avec le Service de génétique permet d'une part d'adapter l'évaluation et la prise en charge aux patients les plus complexes, et d'autre part d'envisager des projets de développement innovants.

QUELLES SONT LES APPROCHES EN CAS D'ATTEINTE? CareMENS (un nouveau modèle de soins) par la Dre Andrea BRIOSCHI GUEVARA

CareMENS est un programme visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées fragilisées par un trouble neurocognitif débutant, dont l'étiologie peut être notamment une maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté. Son objectif est de renforcer la prévention du déclin fonctionnel, favoriser les interactions sociales et améliorer la gestion des urgences non vitales. Pour cela, CareMENS agit sur deux tableaux principaux :



1. La mise en œuvre d'interventions neuropsychologiques, logopédiques et physiothérapeutiques (lvPS), et la pérennisation des bénéfices de ces lvPS

- Harmoniser et développer l'offre d'interventions pertinentes dans l'ensemble des Centres Mémoire (CM) romands.
- Pérenniser les bénéfices des lvPS en garantissant une continuité des soins par la création d'un poste novateur : une Care Manager qui organise les lvPS suivies d'une activité de loisirs communautaires, afin de permettre aux patients de rester stimulés dans la société et d'utiliser les stratégies mises en place lors des lvPS.
- Former les professionnels de la santé à ce nouveau modèle de soins et au rôle préventif des lvPS pour les patients avec un TNC débutant.

2. La réponse à l'urgence non vitale

- Former les professionnels non soignants à la gestion d'urgences non vitales pour les aider à identifier précocement des situations à risque de rupture. Ces professionnels pourraient ainsi orienter correctement des personnes âgées vulnérables en raison d'un TNC mineur ou majeur et présentant un/des symptômes comportementaux et/ou psychologiques en lien avec un TNC.

Une plateforme informatisée devrait voir le jour à la fin de l'année 2022. Elle permettra de retrouver les lvPS et les activités de loisirs communautaires à proximité de son domicile, ainsi que de suivre des formations.

Depuis avril 2022, le programme CareMENS se déploie dans la plupart des cantons romands, ce qui permet d'offrir une meilleure équité dans les offres de soins aux patients présentant un TNC.

