



Les troubles de la mémoire :

comment s'y retrouver?

Les progrès scientifiques et technologiques de la médecine moderne ont largement contribué à l'augmentation de l'espérance de vie. Qu'en est-il cependant de la qualité de vie?

Par J. Helen Beuzeron-Mangina, M.D., M.Sc., P.Doc.F.N., FIOP

Avec le vieillissement de la population, la prévalence des troubles de la mémoire augmente et le médecin est confronté à cette nouvelle réalité. Il est donc important de différencier les troubles de mémoire qui sont reliés au vieillissement normal de ceux reliés aux démences neuro-dégénératives et de reconnaître les démences potentiellement réversibles.



Dre Beuzeron-Mangina est chef de service de la Clinique de la mémoire, ainsi que chef clinique et directrice du Service de neuro-psychophysiologie et de la Section de neurophysiologie ERPs, Hôpital Douglas, Université McGill.

Les caractéristiques de la démence

La démence consiste en un déclin du fonctionnement intellectuel de l'individu. Selon les critères du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition), un déficit acquis de la mémoire doit être présent et associé à au moins une atteinte d'une fonction corticale supérieure soit :¹

- 1) l'aphasie, caractérisée par une difficulté langagière (parler, lire, écrire ou répéter);
- 2) l'apraxie, soit l'incapacité d'exécuter des tâches motrices malgré une motricité intacte;
- 3) l'agnosie, soit l'absence de reconnaissance d'objets familiers malgré des fonctions sensorielles intactes;
- 4) des troubles des fonctions exécutives, incluant l'altération de l'abstraction, de la planification, et de l'organisation dans les tâches séquentielles.

Les troubles de la mémoire

Ces déficits cognitifs doivent être suffisamment graves pour provoquer une atteinte au fonctionnement social ou professionnel et doit représenter un déclin par rapport à un niveau de fonctionnement antérieur. Cette détérioration doit être présente en absence de délirium. Une approche utile pour le diagnostic différentiel des démences est de les classer selon deux groupes, soit les démences réversibles et irréversibles (tableaux 1 et 2).

Les démences réversibles

Les démences réversibles, communément appelées « non-dégénératives », sont celles pour lesquelles une cause spécifique peut être identifiée comme agent responsable du déclin cognitif de l'individu. Bien qu'elles ne représentent que moins de 13 % de toutes les démences, il est important de procéder à une évaluation complète. Il faut se rappeler cependant que, dans certaines situations, le dommage a déjà été fait et que la correction du trouble n'amènera tout au plus qu'une amélioration partielle.

Néanmoins, la progression de la détérioration cognitive ou des fonctions du système nerveux pourra être freinée en traitant la maladie sous-jacente.

Les démences non-réversibles

Au-delà de 80 % des démences sont non-réversibles ou neuro-dégénératives.

La maladie d'Alzheimer : la plus fréquente, elle peut être présente chez des individus âgés de moins de 65 ans (début précoce), ou de plus de 65 ans (début tardif). Un de ses critères diagnostique est le début graduel et progressif du déclin, en l'absence de maladies du système nerveux central et de maladies systémiques connues pour causer la démence. La perte de mémoire progressive, la désorientation, les difficultés visuo-spatiales et de langage sont très communs. Les symptômes psychiatriques (symptômes dépressifs et anxieux) surviennent fréquemment et sont souvent négligés dans l'évaluation clinique même s'ils

En bref :

Les troubles de la mémoire : comment s'y retrouver?

Le diagnostic

Il faut prouver une atteinte des fonctions cognitives et du fonctionnement interpersonnel ou social. Certains types de démence peuvent être attribuables à d'autres maladies (délirium, maladie psychiatrique ou autres).

Le traitement

Toute cause médicale doit être identifiée et traitée, afin de freiner le déclin cognitif de l'individu. Le médecin est encouragé à référer ses patients présentant ces symptômes dans des centres spécialisés familiers avec ces troubles.

Le suivi

Dans un suivi clinique à long terme, il est important d'identifier et de reconnaître le rôle de l'aidant naturel, d'établir avec lui une bonne communication et d'être attentif au moindre signe de décompensation qui pourrait surgir. Il faudra de plus l'encourager très tôt à obtenir de l'information dont il aurait besoin et le guider adéquatement au cours de la progression de la démence du patient. Le but est de maintenir un niveau de soin, un bien-être ainsi qu'une qualité de vie pour le patient et l'aidant naturel le plus longtemps possible.

ACTONEL : Lorsque vous recherchez des résultats rapides et durables dans le traitement de l'ostéoporose

apparaissent tôt. Des idéations ou délires paranoïdes ainsi que des hallucinations visuelles surviennent aussi. De plus, des changements de personnalité et l'accentuation de traits de caractère peuvent apparaître.

La démence vasculaire : la deuxième plus fréquente, elle est communément appelée démence par infarctus multiples, mais l'infarctus n'en est pas la seule cause; les hémorragies, les embolies, les maladies vasculaires inflammatoires et infectieuses ou encore des troubles non-spécifiques tels que l'encéphalopathie de Binswanger peuvent tous causer un déclin cognitif. On doit avoir des signes et symptômes neurologiques (exagération des réflexes ostéo-tendineux, cutanés plantaires en extension, paralysie pseudobulbaire, troubles de la marche, parésie des extrémités) ou des résultats de laboratoires dévoilant une maladie vasculaire cérébrale (infarctus multiples impliquant le cortex et la matière blanche sous-jacente) qui sont jugés être les causes de la démence. Cette forme de démence présente un cours fluctuant et le pronostic dépend du type de trouble médical sous-jacent et de la réponse clinique aux traitements d'interventions.

La démence de Pick : rare, elle affecte les fonctions exécutives et le comportement. Le début survient le plus souvent avant l'âge de 60 ans et les déficits de mémoire n'apparaissent pas typiquement au début de la maladie. Elle est caractérisée par des modifications précoces de la personnalité, la détérioration des compétences sociales, un émoussement de l'affect, des anomalies du langage et une désinhibition comportementale.

La maladie de Parkinson : près d'un tiers des patients peuvent être affectés par un type de démence principalement caractérisé par un ralentissement cognitif et une diminution des fonctions exécutives. Des troubles de l'humeur et des symptômes psychotiques peuvent survenir et s'aggraver avec la prise de médicaments utilisés pour traiter cette maladie.

La maladie de Jakob-Creutzfeldt : cette encéphalopathie subaiguë spongiforme est caractérisée par la triade clinique démence, mouvements involontaires (surtout les myoclonies) et une activité encéphalographique périodique. Cependant, une présentation atypique de la maladie survient dans 25 % des cas.

L'évaluation diagnostique

Les antécédents médicaux

Toute personne de tout âge qui se plaint de troubles de la mémoire même légers doit être considérée sérieusement. Un diagnostic précoce est important car les causes potentiellement réversibles ont certainement beaucoup plus de chance d'être traitées adéquatement.

D'ici seulement 12 mois, 1 femme sur 5 pourrait subir une nouvelle fracture vertébrale^{1*}

ACTONEL a procuré des résultats rapides

- ACTONEL est le seul traitement éprouvé à offrir une réduction significative du risque de fracture radiographique ou clinique en seulement un an^{2,3††}
- Une réduction des nouvelles fractures vertébrales pouvant atteindre 65 % a été démontrée en seulement 1 an (ACTONEL, 2,4 % vs témoins, 6,4 %; $p < 0,001$; $n = 2\,458$)^{2†}

ACTONEL a procuré des résultats durables

- Une protection durable contre les fractures sur une période de 3 ans^{2,3††}

* Selon l'analyse des données de 4 essais d'envergure, d'une durée de 3 ans, sur le traitement de l'ostéoporose et réalisés auprès de 2 725 patients (risque relatif [RR] = 5,1; présence de ≥ 1 fracture préexistante; $p < 0,001$).

† Essai comparatif à double insu avec randomisation et groupe témoin portant sur 2 458 femmes ménopausées ayant subi au moins 1 fracture vertébrale. Toutes les patientes ont reçu 1 g/j de calcium et, si les valeurs de départ étaient faibles, 500 UI/j de vitamine D.

†† Essai clinique de 3 ans (VERT-MN) portant sur 1 226 femmes ménopausées (18,1 % vs 29 %; $p < 0,001$). Toutes les patientes ont reçu 1 g/j de calcium et, si les valeurs de départ étaient faibles, 500 UI/j de vitamine D.

5 mg



Action rapide et durable

® Actonel est une marque déposée de Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., E.-U., utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.

Monographie du produit fournie sur demande.

LA COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE
Procter & Gamble

Fabriqué et distribué par :
La Compagnie Pharmaceutique
Procter & Gamble Canada, Inc.
Toronto (Ontario) M5W 1C5

Aventis Pharma

Commercialisé conjointement avec :
Aventis Pharma Inc.
Laval (Québec) H7L 4A8

Membre
R&D CCFPP



Les troubles de la mémoire

Tableau 1

Les démences potentiellement réversibles

Troubles métaboliques	Hyperthyroïdie ou hypothyroïdie; hypernatrémie ou hyponatrémie; hypoglycémie; hypercalcémie; insuffisance rénale ou hépatique; maladie de Cushing; maladie d'Addison; maladie de Wilson
Troubles nutritionnels	Carences en thiamine, B6, B12, folates
Médicaments	Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, antiarythmiques, antihypertenseurs, anticonvulsivants, digitales et ses dérivés, médicaments avec effets anticholinergiques
Troubles psychiatriques	Dépression, schizophrénie, autres psychoses
Néoplasies	Gliomes, méningiomes, tumeurs métastatiques (carcinome, leucémie, lymphome); effet à distance des carcinomes
Traumatismes	Cranio-cérébral, hématome sous-dural aigu ou chronique
Toxicité	Alcoolisme, métaux lourds (plomb, manganèse, mercure, arsenic), poisons organiques incluant solvants et insecticides
Infectieux	Encéphalite et méningite bactériennes, virales, fongiques, parasitaires; abcès cérébral; neurosyphilis (tabès dorsalis, méningovasculaire; parésie généralisée)
Troubles auto-immuns	Vasculite du système nerveux central; artérite temporale, lupus érythémateux disséminé; sclérose en plaques
Autres	Hydrocéphalie normotensive, sarcoïdose

Adapté de la référence 3.

Tableau 2

Les démences irréversibles (dégénératives)

Corticales	Maladie d'Alzheimer, maladie de Pick, atrophies corticales focales
Sous-corticales	Maladie de Parkinson, maladie des corps de Lewy, maladie d'Huntington, paralysie supra-nucléaire progressive, dégénérescence spino-cérébelleuse, sclérose latérale amyotrophique, calcification idiopathique des noyaux gris centraux.
Vasculaires	Hémorragies, embolies, infarctus multiples
Encéphalopathies du virus d'immunodéficience humaine	Syndrome de l'immunodéficience acquise
Virus lents, prions	Maladie de Jakob-Creutzfeldt

Dans cette optique, dresser une liste détaillée des antécédents médicaux et effectuer un examen physique sont essentiels. Il faut interroger les membres de sa famille pour vérifier si la perte de mémoire est pire

depuis la dernière année, s'il y a atteinte à l'habileté fonctionnelle du patient et s'il y a des pertes sensorielles (vision, audition). Des antécédents médicaux et chirurgicaux susceptibles de contribuer aux symptômes de

ACTONEL : Lorsque vous recherchez une action rapide dans le traitement de l'ostéoporose glucocorticoïdienne

déficit cognitifs doivent être identifiés (traumatismes crâniens, tabagisme, exposition aux toxines, transfusions sanguines, consommation d'alcool, état nutritionnel, prise de médicaments prescrits ou en vente libre et usage de drogues illicites).

Les symptômes, leur début et la durée peuvent fournir des indications sur le problème médical sous-jacent et aider à préciser les causes du déficit cognitif. Les antécédents familiaux permettront de mettre en relief l'incidence de démence familiale. Les signes précoces permettant de soupçonner une démence possible sont illustrés au tableau 3. De plus, une mesure brute des fonctions cognitives pourra être prise avec le mini-examen de l'état mental de Folstein. Le résultat devra être ajusté en fonction de l'âge et du niveau d'éducation du patient.² Avec la famille, le médecin recherchera la présence de difficultés au niveau des activités de vie quotidienne (se laver, s'habiller, aller aux toilettes et la continence, s'alimenter) ainsi qu'au niveau des activités instrumentales de la vie quotidienne (capacité d'utiliser seul ou avec aide le téléphone, se déplacer, préparer les repas, magasiner, faire le ménage, gérer ses finances, prendre ses médicaments).

Les antécédents psychiatriques

Il faut rechercher les antécédents de maladies psychiatriques telles que la dépression, l'anxiété et les psychoses. L'examen mental cherchera à mettre en évidence la présence de symptômes psychiatriques comme des changements inhabituels de l'humeur, des idéations suicidaires, des signes neurovégétatifs, des hallucinations visuelles ou auditives, des idées paranoïdes, du délire, un comportement agressif et à établir quand ces symptômes sont apparus au décours des pertes mnésiques et cognitives.

L'examen physique

La prise des signes vitaux et de la tension artérielle, les examens du fond de l'œil (rétinopathie diabétique, thrombose), du cou (souffles carotidiens, glande thyroïde élargie, adénopathies), cardiovasculaire (souffle cardiaque, pouls périphériques), pulmonaire (maladie pulmonaire obstructive chronique), abdominal (viscéromégalie, souffles abdominaux), et la recherche d'adénopathies permettent d'établir à la fois la présence de facteurs de risques et d'affections sous-jacentes qui devront être évaluées par des tests de laboratoire. Dans le tableau 4, on retrouve une liste de tests de laboratoire souvent requis pour l'évaluation de patients qui présentent des troubles de la mémoire. Cependant, selon les résultats de l'examen physique, d'autres tests pourront être demandés.

Nouvelle indication

On a démontré qu'ACTONEL permettait de réduire significativement les fractures vertébrales en seulement 1 an⁴

- Les résultats d'un essai clinique réalisé auprès d'hommes et de femmes indiquent une réduction de 70 % du risque de fracture vertébrale
(Actonel, 5 mg vs témoins, 16 %; $p = 0,01$; $n = 518$)^{*}
- ACTONEL s'est révélé efficace sans égard à l'affection sous-jacente, à l'âge, au sexe, à la dose de glucocorticoïdes administrée ou à la DMO de départ³

^{*} Patients qui prennent des glucocorticoïdes depuis peu ou qui suivent une glucocorticothérapie prolongée

ACTONEL est indiqué pour le traitement et la prévention de l'ostéoporose glucocorticoïdienne (OG) chez l'homme et la femme. La posologie recommandée pour l'OPM et l'OG est de 5 mg par jour.

Au cours des essais cliniques portant sur le traitement de l'ostéoporose glucocorticoïdienne par ACTONEL, les effets indésirables les plus fréquents étaient des douleurs dorsales et articulaires (4,0 % vs 4,7 %) et la dyspepsie (5,7 % vs 2,9 %). Ces effets étaient habituellement légers, et la plupart des patients n'ont pas eu à cesser de prendre leurs comprimés ACTONEL.

5 mg



Action rapide et durable

[®] Actonel est une marque déposée de Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., É.-U., utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.

Monographie du produit fournie sur demande.

LA COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE

Procter & Gamble

Fabrique et distribué par :
La Compagnie Pharmaceutique
Procter & Gamble Canada, Inc.
Toronto (Ontario) M5W 1C5

Aventis Pharma

Commercialisé conjointement avec :
Aventis Pharma Inc.
Laval (Québec) H7L 4A8

Member
R&D CCPB



Les troubles de la mémoire

Tableau 3

Les signes précoces permettant de soupçonner une démence possible

Signes	Exemples
Perte de mémoire affectant les habiletés au travail ou à la maison	Oublier fréquemment ou confusion inexplicable
Difficultés à exécuter des tâches familières	Préparer un repas, oublier de le servir ou de l'avoir préparé
Problèmes de langage	Substituer des mots inappropriés, phrases difficiles à comprendre
Désorientation dans le temps et l'espace	Se perdre dans un endroit familier, ne plus savoir comment rentrer à la maison
Jugement pauvre ou altéré	S'habiller chaudement lors d'une journée d'été très chaude, ou aller magasiner en robe de chambre
Difficultés notables avec des tâches abstraites et complexes	Difficulté à effectuer des calculs simples ou à reconnaître des chiffres
Égarement des objets	Mettre des vêtements sales dans un garde-robe et ne pas se rappeler où ils ont été placés
Changements au niveau de l'humeur et du comportement	Changer d'humeur rapidement sans raison apparente
Changements de personnalité	Devenir peureux, furieux, colérique ou soupçonneux alors qu'il était sociable et affable
Perte d'initiative	Se désintéresser des activités qu'il pratiquait auparavant et cesser d'y participer

Le diagnostic différentiel

Du point de vue strictement médical, les démences peuvent être associées à différentes maladies comme des syndromes médicaux, neurologiques dont la démence est le seul signe prééminent. Cependant, deux troubles importants à différencier de la démence sont la dépression et le délirium. Il faut se rappeler que la démence prédispose au délirium et que la dépression apparaît fréquemment avec la démence de type Alzheimer. Les caractéristiques cliniques de chacune sont présentées au tableau 5.

La démence est souvent associée à l'alcoolisme chronique et à un état de malnutrition (carence du complexe vitaminiq ue B, particulièrement de thiamine). Chez la personne âgée, la prise chronique de médicaments prescrits, même à faible dose, est une cause importante de la démence et peut produire une

accoutumance et des symptômes subtils, avec comme seul signe prééminent une perte de mémoire à court terme. Règle générale, les démences dégénératives sont progressives.

Le traitement

La correction médicale des maladies susceptibles de provoquer des démences potentiellement réversibles (incluant la dépression et le délirium) doit rester au centre de toute intervention dans un but préventif et curatif.

Chez les patients prenant plusieurs médicaments, une revue systématique de ceux-ci, pour garder que ceux qui sont nécessaires, est susceptible d'amener une amélioration du statut cognitif de l'individu. Les benzodiazépines et les narcotiques peuvent créer un état confusionnel chez la personne âgée.

En ce qui a trait à la démence de type Alzheimer, les inhibiteurs de la cholinestérase, soit le donépézil, la rivastigmine et la galantamine peuvent être prescrits. Leur action pharmacologique repose principalement sur l'augmentation des niveaux d'acétylcholine dans le cerveau. Les effets indésirables sont largement des effets cholinergiques périphériques tels que nausée, vomissement, diarrhée, bradycardie et étourdissements. Ils apparaissent surtout au début de la première semaine de traitement, varient en fonction de la dose donnée mais sont habituellement bien tolérés. Règle générale, ces médicaments doivent être administrés avec une titration progressive. Les contre-indications incluent les maladies hépatiques, l'alcoolisme, la bradycardie, les ulcères peptiques et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Ce sont des médicaments d'exception et le médecin devra en faire la demande auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau 4

Tests de laboratoire pour le bilan de la démence

Études sanguines

- Formule sanguine complète et différentielle
 - Folate-vitamine B12
 - Vitesse de sédimentation
 - Électrolytes
 - Calcium
 - Glycémie à jeun
 - Profil lipidique
 - Fonction hépatique
 - Fonction rénale
 - Fonction thyroïdienne
 - VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*)
 - Phosphore
 - Magnésium
- Analyse d'urine
Électrocardiogramme
Électroencéphalogramme
Tomotensitogramme cérébral
Radiographie pulmonaire

Études additionnelles selon les antécédents cliniques

- Études carotidiennes non invasives
- Virus de l'immunodéficience humaine
- Facteur rhumatoïde
- Anticorps antinucléaire et autres reliés à des troubles auto-immuns
- Ponction lombaire
- Niveaux sériques de médicaments
- Dépistage de métaux lourds

ACTONEL : Lorsque vous recherchez d'excellents profils d'innocuité et de tolérance dans le traitement de l'ostéoporose

Profil de tolérance gastro-intestinale comparable à celui d'un placebo

Produit testé auprès de patientes représentatives de la population réelle sans critère d'exclusion d'ordre gastro-intestinal⁶

- Chez plus de 5 000 patientes ostéoporotiques ménopausées⁶
- Y compris dans les cas suivants⁶
 - Présence d'un trouble gastro-intestinal : 40 %
 - Emploi d'un AINS : 48 %
 - Emploi d'AAS : 32 %
 - Emploi d'un anti-H₂ et/ou d'un IPP : environ 20 %

Les effets indésirables gastro-intestinaux les plus fréquents lors de l'emploi d'ACTONEL comparativement au placebo ont été les douleurs abdominales (11,8 % vs 9,5 %), la dyspepsie (10,4 % vs 10,5 %) et les gastrites (2,6 % vs 2,4 %).

5 mg



Action rapide et durable

© Actonel est une marque déposée de Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., E.-U., utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.

Monographie du produit fournie sur demande.

LA COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE
Procter & Gamble

Fabriqué et distribué par :
La Compagnie Pharmaceutique
Procter & Gamble Canada, Inc.
Toronto (Ontario) M5W 1C5

Aventis Pharma

Commercialisé conjointement avec :
Aventis Pharma Inc.
Laval (Québec) H7L 4A8

Membre
R&D CCPP



Les troubles de la mémoire

Tableau 5

Les caractéristiques cliniques

	<u>Délirium</u>	<u>Dépression</u>	<u>Démence de type Alzheimer</u>
Niveau de conscience	altéré	alerte	alerte
Début	Brusque	relativement discret	insidieux
Premiers symptômes	problèmes d'attention et de perception, désorientation	humeur dysphorique	déficits mnésiques des sphères verbale ou spatiale
Évolution	fluctuant (jours, semaines)	persistant durant des mois si non traité	graduelle et progressive pendant des années
Antécédents familiaux	non contributifs	peuvent être positifs pour dépression	peut être positive pour la maladie d'Alzheimer
Mémoire et fonctions cognitives	encodage et enregistrement pauvre de l'information	réponse : « Je ne sais pas » typique même aux tests d'orientation; trous de mémoire pour périodes et événements spécifiques	mémoire récente plus affectée que la mémoire à long terme
Plaintes mnésiques	absentes	présentes avec emphase sur les échecs	variables, mais habituellement absentes
Déficits de langage	discours inadéquat, incohérent, compréhension altérée	ralentissement du débit verbal	difficulté à trouver les mots
Affect	labile : rage, colère, peurs, apathie, dépression, euphorie	dépression, irritabilité	variable, peut être neutre
Jugement	altéré	variable	détérioration progressive

Si la dépression est associée, on aura soin de prescrire un antidépresseur ayant une faible activité anticholinergique. Ainsi, on utilisera de préférence des inhibiteurs du recaptage de la sérotonine qui ont

une faible incidence d'effets indésirables sur les fonctions cognitives ou encore des antidépresseurs tricycliques ayant une faible activité anticholinergique comme la désipramine ou la nortriptyline.

Les consultations spécialisées

Les troubles de la mémoire, ainsi que la démence, sont des processus très complexes. Le diagnostic est difficile à poser au début de la maladie. Qui plus est, le médecin peut être confronté à une présentation atypique et avoir de la difficulté à établir un diagnostic précis (dépression, démence ou autre), à l'absence de réponse à un traitement, à la possibilité qu'il s'agisse d'une démence réversible, ou encore au besoin d'un éventail de soins plus large pour le patient.

Les médecins peuvent référer leurs patients à des spécialistes tels que des psychiatres pour des problèmes comportementaux, des neurologues pour des signes neurologiques ou l'épilepsie, ou des neurochirurgiens pour une hydrocéphalie normotensive, ou à des cliniques de la mémoire. Le développement de techniques de pointes en neuropsychophysologie sont très utiles pour la détection précoce, le diagnostic différentiel, le suivi clinique et pour mesurer les effets des agents pharmacologiques sur le fonctionnement cérébral des patients atteints de troubles de la mémoire.⁴⁻⁶



Le soutien aux proches

L'aidant naturel joue un rôle actif dans la dispensation des soins au patient atteint de démence. Le conjoint, les enfants ou les amis de la famille sont les plus souvent en cause. Au fur et à mesure que la maladie progresse, les demandes et les responsabilités que doivent assumer les aidants naturels s'accroissent, et ceux-ci risquent de développer des problèmes psychiatriques (trouble de l'humeur, irritabilité, impatience, anxiété, dépression), ou médicaux (aggravation d'une maladie existante, insomnie). Tout ceci peut amener de l'hostilité et de la violence

envers le patient atteint de démence. Il est donc important pour le médecin de connaître les limites de l'aidant naturel, de délimiter avec lui le type de supervision qu'il est en mesure d'offrir au patient et de le diriger vers des ressources qui lui permettront de mieux gérer le stress occasionné par un proche en perte d'autonomie.

La Société Alzheimer offre aux aidants naturels une gamme de services pour les soutenir dans leur rôle d'aidant. On peut les référer à une division locale pour des groupes d'entraide, des conseils, du répit, de l'aide à domicile, des conseils sur l'hébergement à long terme, ou pour obtenir du matériel éducatif. Elle a aussi mis sur pied un registre d'errance Alzheimer à l'échelle nationale. Cette information est disponible sur le site Internet www.alzheimer.ca. *Clin*

Références

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. Quatrième édition, American Psychiatric Association, Washington, 1994.
2. Crum, RM, Antony, JC, Bassett et coll. : Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *JAMA* 12;269(18):2386, 1993.
3. Bird, TD : Memory Loss and Dementia. Chapitre 26, McGraw-Hill, 2001.
4. Beuzeron-Mangina, JH, Mangina, CA : Event-related brain potentials to Memory Workload, Mangina-Test performance and cholinomimetic medication effects in early Alzheimer's Disease and in age-matched unmedicated normal controls. *Int J Psychophysiol* 35:11, 2000.
5. Beuzeron-Mangina, JH, Mangina, CA : Event-related brain potentials to Memory Workload and Analytical-Specific Perception (Mangina-Test) in patients with early Alzheimer's Disease and in normal controls. *Int J Psychophysiol* 37:55, 2000.
6. Mangina, CA : Some recent applications of Clinical Psychophysiology. *Int J Psychophysiol* 25:1, 1997.