


L'APATHIE

MR. LAZY



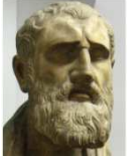
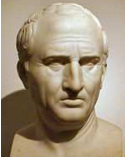
SEMINAIRE DE PSYCHOGERIATRIE
DESC DE GERIATRIE
7 AVRIL 2017

mouna.romdhani@aphp.fr



Un peu d'histoire

- **Apathie** vient du mot grec *pathos*, passion
- Les **stoïques**: Zenon (324-262 Av JC) fondateur de l'école puis repris à Rome avec Cicéron ou Sénèque
 - atteindre un état où la raison a la maîtrise de ses émotions et du corps.
 - Le monde extérieur suit sa course programmée par le plan divin, seul notre intérieur doit être l'objet de recherche.
 - Le détachement du monde extérieur est la base du bonheur des stoïques

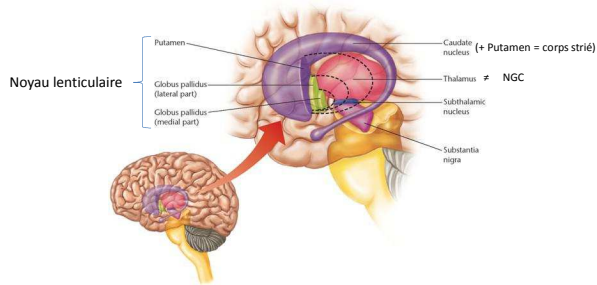
Les critères de Robert et al. (2009)

Pour un diagnostic d'apathie, le patient doit remplir les critères A, B, C et D.

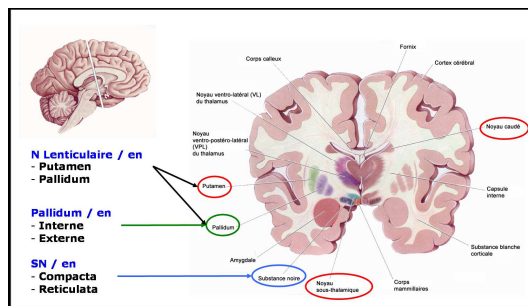
	OUI	NON	NA*
A. Perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du patient. Ce changement est rapporté par le patient lui-même ou son entourage.			
B. Présence la plupart du temps durant une période minimum de 4 semaines d'au moins 1 symptôme dans au moins 2 des 3 domaines suivants :			
B1. ACTION : perte ou réduction des comportements dirigés vers un but, mise en évidence par au moins un des symptômes suivant :			
→ Initiation : perte des comportements auto-initiés (p. ex., entamer une conversation, réaliser des activités de la vie quotidienne, réaliser une activité sociale, communiquer des choix)			
→ Réponse : perte des comportements en réponse aux sollicitations de l'environnement (p. ex., répondre dans la conversation, participer à une activité sociale)			
B2. COGNITION : Perte ou réduction des activités cognitives orientées vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivant :			
→ Initiation : perte de spontanéité ou de curiosité pour les événements nouveaux ou habituels (p. ex., initier des tâches complexes, s'intéresser aux événements récents, répondre aux opportunités sociales, manifester un intérêt pour les affaires personnelles, familiales ou sociales)			
→ Réponse : perte de réactivité aux commentaires ou questions de l'entourage concernant les événements nouveaux ou habituels (p. ex., à propos de la résidence, du voisinage ou du quartier)			
B3. EMOTION : perte ou diminution des émotions mise en évidence par au moins un des symptômes suivants :			
→ Initiation : un manque de ressenti émotionnel (p. ex., sentiment subjectif d'un manque ou d'une absence d'émotion) ou observé par autrui d'affects émotionnels, rapporté par le sujet lui-même ou observé par les autres.			
→ Réponse : perte de réactivité émotionnelle aux événements positifs ou négatifs de l'environnement (p. ex., l'entourage rapporte une absence ou une faible réactivité émotionnelle face à des événements agréables, une détresse personnelle, une maladie grave, des nouvelles bouleversantes)			
C. Les critères (A et B) sont à l'origine d'une souffrance et/ou interfèrent avec la vie sociale et occupationnelle.			
D. Les critères (A et B) ne s'expliquent pas exclusivement par un handicap physique (p. ex. cécité, surdité, etc.) ou des troubles moteurs, par une réduction du niveau de conscience ou par les effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. abus de toxique, médicamenteux)†.			

* NA = non applicable. † La réponse OUI = A & B ne sont pas liés à un handicap. La réponse NON = A & B sont liés à...

Les noyaux gris centraux (NGC)



Les noyaux gris centraux (NGC)



Circuit d'action des NGC

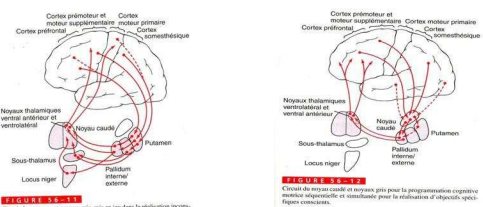
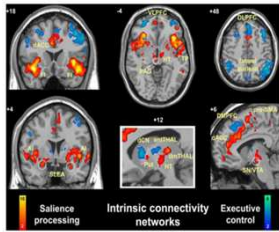


FIGURE 15-11
Circuit du putamen et noyaux gris, mis en jeu dans la réalisation motrice de tâches motrices simples.

FIGURE 15-12
Circuit du noyau caudé et noyaux gris pour la programmation cognitive motrice séquentielle et volontaire pour la réalisation d'objectifs spécifiques complexes.

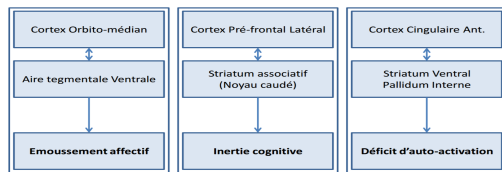
Apathie: approche psychodynamique



►A-motivation: difficulté a attribuer correctement une valeur affective à un comportement donné →circuit cortex préfrontal et limbique

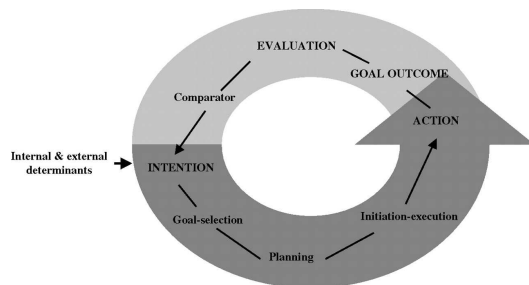
►Inertie cognitive: difficulté a élaborer la séquence d'actions a effectuer alors que la motivation est normale→ cortex pré frontal dorso latéral

►Processus d'auto-activation: perte de l'interaction des systèmes motivationnel et cognitif



Selon Dujardin, 2007; Levy and Dubois, 2006.

Réduction quantitative des comportements volontaires (ou dirigés vers un but), les dysfonctionnements survenant au niveau de l'élaboration, de l'exécution et du contrôle

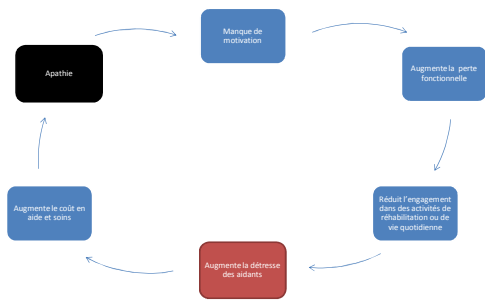


Richard Levy, and Bruno Dubois Cereb. Cortex 2006;16:916-928

Apathie et maladies neurologiques

Maladies	Fréquence	Facteur pronostic
MCI	30%	Conversion en démence
Alzheimer stade clinique	60%	Prédictif d'institutionnalisation et de parkinsonisme
DLFT	90%	
M Parkinson	20 à 30%	Prédictif de déclin cognitif et démence
AVC	30 à 50%	Augmente le risque de perte des AVQ
Démence vasculaire	50 à 70%	Prédictif d'institutionnalisation
Traumatisme crânien	30 à 50 %	

Conséquences de l'apathie



Limites apathie et dépression



Limites apathie et dépression

Symptômes propres à l'apathie	Symptômes communs à l'apathie et la dépression	Symptômes propres à la dépression
Absence de motivation Manque d'initiative Réduction des réponses émotionnelles Indifférence Retrait social Absence de persévérance	Perte d'intérêt Ralentissement psychomoteur ^a Fatigue, perte d'énergie ^a Hypersomnie, insomnie ^a Manque de perspicacité Perte d'espoir	Tristesse Idées suicidaires Dévalorisation Sentiment de culpabilité Pessimisme, Idées noires Perte d'appétit, perte de poids

D'après Landes et al. et Boyle et al. [10,11]
^a Ces symptômes sont fréquents chez le sujet dément et font souvent poser à tort le diagnostic de dépression [10].



Limites apathie et dépression

Apathie	Dépression
Expérience réduite du négatif ainsi que des émotions positives	Sentiment de tristesse, de culpabilité
dysfonctionnement exécutif marqué sur les tests cognitifs	Sentiment de désespoir à propos de l'avenir
« libération Frontal », type grasping...	Agitation, variation diurne de l'humeur
Manque de préoccupation par rapport aux symptômes	
Vide émotionnel	Sentiment de vide affectif
	Antécédents familiaux

Comment évaluer l'apathie

- Neuro Psychiatry Inventory
- Inventaire de l'apathie
- DAD 6 (disability assessment for dementia)

Inventaire de l'apathie

- Les trois dimensions évaluées sont :
 - Emoussement affectif
 - Perte d'initiative
 - Perte d'intérêt
- L'IA comporte trois versions.
 - La version accompagnant se base sur les réponses obtenues d'un accompagnant informé, de préférence vivant avec le patient.
 - La version patient permet d'obtenir directement l'avis du sujet sur les mêmes domaines moins utilisé
 - La version soignant utilisée dans certains services .

1 - Emoussement affectif	F x G = / 12
La sujet se souvient-il affectueux ? manifeste-t-il des émotions ?	
Oui = 0 Non et l'une de ces propositions -- faire cocher la Fréquence et Gravité	
FREQUENCE	
Quelques fois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : entre une fois par semaine	2
Fréquentement : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4
DEGRE DE GRAVITE	
Léger : perceptible mais à peu de conséquences sur les activités quotidiennes	1
Moyen : l'impact n'est pas très marqué grâce aux encouragements et au soutien de l'entourage	2
Important : aucun encouragement ni soutien n'entraîne un progrès à la fois disparates	3
2 - Perte d'initiative	F x G = / 12
La sujet engage-t-il une conversation de manière spontanée ? Prend-il des décisions ? Dans la vie quotidienne, s'est-il rendu compte à quel point il doit prendre une décision ou quand on lui pose une question ?	
Oui = 0 Non et l'une de ces propositions -- faire cocher la Fréquence et Gravité	
FREQUENCE	
Quelques fois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : entre une fois par semaine	2
Fréquentement : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4
DEGRE DE GRAVITE	
Léger	1
Moyen	2
Important	3
3 - Perte d'intérêt	F x G = / 12
La sujet : <ul style="list-style-type: none"> • s'intéresse-t-il aux activités et aux projets de autres ? • Manifeste-t-il intérêt pour ses amis et membres de sa famille ? • Est-elle satisfaite par rapport à ses centres d'intérêt ou ses activités professionnelles ? 	
Oui = 0 Non et l'une de ces propositions -- faire cocher la Fréquence et Gravité	
FREQUENCE	
Quelques fois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : entre une fois par semaine	2
Fréquentement : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4
DEGRE DE GRAVITE	
Léger	1
Moyen	2
Important	3

Evaluation de l'environnement du sujet

- Interactions avec des tiers : avec qui le sujet est-il habituellement et régulièrement en lien Est-ce que l'attitude des proches est adaptée?
- Interactions avec l'environnement matériel et humain: Est-ce adapté à ses troubles et sécurisant,
- Quel est son degré de conscience des troubles

Que peut-on conseiller au quotidien ?

- Créer une routine pour les activités de tous les jours.
- Aider le patient par des rappels à démarrer ce qu'il doit faire (par ex. par des alarmes sur un téléphone mobile).
- Sortir tous les jours de la maison, même pour les courses habituelles.
- Demander les conseils d'un ergothérapeute à la maison pour adapter la maison aux centres d'intérêt antérieurs du patient.
- Conseiller aux aidants de prendre un répit régulier.

Attitudes vis-à-vis du patient

- attitude bienveillante et non stigmatisant envers le patient (« il est apathique et non *faînéant* »)
- recherche des potentialités préservées à solliciter et à valoriser afin d'éviter de le mettre en échec
- stimulations adaptées aux centres d'intérêt et aux capacités du patient ;
- choix préférentiels d'environnements familiaux et rassurants.

SYNOPSIS

A FAIRE ou A NE PAS FAIRE dans toutes les situations

EMOUSSEMENT AFFECTIF

- A FAIRE**
- Vérifier si le résident exprime ses sentiments généralement.
- Vérifier si le résident exprime ses sentiments après une sollicitation intentionnelle.
- Permettre l'expression des émotions.
- Mettre ses mains sur les épaules des résidents lors d'un activité de la vie quotidienne, d'un atelier, d'un jeu.
- Discuter avec le résident sur ce qu'il ressent mais qu'il n'exprime pas.
- Encourager la participation aux actes de la vie quotidienne et aux ateliers.
- Discuter et encourager la participation du résident à un acte de la vie quotidienne et/ou à un atelier.
- Partager des activités en lien avec l'histoire et les intérêts du résident.

A NE PAS FAIRE

- Ignorer le résident.
- Être le témoin du résident.
- Critiquer une attitude anxiogène.
- Accabler un résident souffrant.
- Être des gestes brusques.
- Critiquer les proches du résident sans le regarder ni lui parler.
- Critiquer le résident lui-même dans sa chambre.
- Critiquer le résident à participer à un acte de la vie quotidienne ou à un atelier.

PERTE D'INITIATIVE

- A FAIRE**
- Vérifier si le résident prend des initiatives spontanément.
- Vérifier si le résident répond à une sollicitation intentionnelle.
- Valoriser la participation aux actes de la vie quotidienne et aux ateliers.
- Proposer au résident de réaliser un acte de la vie quotidienne ou atelier, une proposition...
- Encourager et valoriser la participation du résident à un acte de la vie quotidienne, un atelier, une proposition...
- Commenter un acte de la vie quotidienne, une activité, un atelier ou encourageant le résident à le recommencer, les actes sont sur ses actes de la vie quotidienne.
- Discuter, au lit, de la prise de la vie quotidienne, les décisions prises.
- Partager des activités en lien avec l'histoire et les intérêts du résident.
- Partager le résident ou encourager l'habitant social avec un autre résident, une autre personne.

A NE PAS FAIRE

- Ne jamais prendre ou proposer aucune initiative.
- Être dur à son égard.
- Ne pas lui laisser le choix.
- Être dur avec lui.
- Discourager ses propositions.
- Avoir des jugements.
- Faire des jugements sur ses autres temps.
- Reprocher.
- Faire du chantage.

PERTE D'INTERET

- A FAIRE**
- Vérifier si le résident exprime ses intérêts généralement.
- Vérifier si le résident exprime ses intérêts après une sollicitation intentionnelle.
- Consulter les centres du résident pour les ateliers dans la prise en charge.
- Présenter chaque jour les activités et ateliers proposés dans la journée.
- Expliquer l'intérêt de chaque acte de la vie quotidienne et de chaque atelier proposé dans le quotidien.
- Mettre la participation aux actes de la vie quotidienne et aux ateliers.
- Favoriser les projets même à court terme.
- Discuter avec le résident sur ses intérêts, ses projets, ses attentes.
- Présenter régulièrement de nouvelles activités.
- Proposer lorsque c'est possible les visites qui sont intéressantes.
- Discuter avec le résident des visites qu'il a faites, des résidents qu'il trouve et qui sont intéressants.

A NE PAS FAIRE

- Ne jamais discuter du vécu du résident.
- Ne jamais discuter de son intérêt, de son projet.
- Ne jamais discuter des visites reçues par le résident.
- Ne jamais discuter des centres d'intérêt par l'habitant avec le résident.
- Critiquer le résident dans sa chambre.
- Ne lui proposer aucune activité.
- Lui imposer un choix.

HUMEUR DEPRESSIVE

- A FAIRE**
- Reconnaître l'existence de la tristesse du résident.
- Être ouvert, détaché et non jugant dans la prise en charge.
- Surfer la tristesse de ses valeurs, encouragements, en montrant un autre point de vue.
- Discuter et parler en accord des aspects positifs d'une situation.
- Discuter avec le résident des visites qu'il a vues, des moments de sa famille et ses amis.
- Discuter et partager des activités de la journée du résident, centres de loisirs.
- Vérifier les centres et les situations prévues pour le résident dans la prise en charge.

A NE PAS FAIRE

- Ignorer le résident souffrant.
- Discourager les idées noires et ruminations du résident.
- Faire des discussions anxiogènes.
- Menacer de quitter le résident.
- Parler de manière monocorde.
- Critiquer le résident dans sa chambre.
- Laisser le résident s'ennuyer.
- Laisser le résident dans l'isolement.

Conclusion

- L'apathie doit être recherchée systématiquement.
- Elle est souvent confondue avec la dépression
- Aucun médicament ni en particulier psychotrope n'a montré d'efficacité dans l'apathie associée aux maladies neurodégénératives.
- La prise en charge doit être globale, pluri et interprofessionnelle.

Robert PH, Clairet S, Benoit M, Koutaich J, Bertogliati C, Tible O, et al. The apathy inventory: assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002 Dec;17(12):1099–105.

Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. [cited 2015 Oct 30]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge

Levy R. Apathy: a pathology of goal-directed behaviour: a new concept of the clinic and pathophysiology of apathy. *Rev Neurol (Paris)*. 2012 Sep;168(8–9):585–97.

Levy R, Dubois B. Apathy and the Functional Anatomy of the Prefrontal Cortex–Basal Ganglia Circuits. *Cereb Cortex*. 2006 Jul 1;16(7):916–28.

Dujardin K. [Apathy an neurodegenerative diseases: pathophysiology, diagnostic evaluation, and treatment]. *Rev Neurol (Paris)*. 2007 May;163(5):513–21.

Vilalta-Franch J, Calvó-Pexas L, Garre-Olmo J, Turró-Garriga O, López-Pousa S. Apathy Syndrome in Alzheimer's Disease Epidemiology: Prevalence, Incidence, Persistence, and Risk and Mortality Factors. *J Alzheimers Dis JAD*. 2012 Sep 21

Stanton BR, Carson A. Apathy: a practical guide for neurologists. *Pract Neurol*. 2016 Feb 1;16(1):42–7.

CMRR-nice- Traitement non pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés[Internet] [cited 2017 march 6], Available from: <https://www.cmrr-nice.fr/doc/ctmehoad.pdf>
