

Relation entre événements de vie, traumatismes et démence ; étude ouverte portant sur 565 patients déments

E. CHARLES⁽¹⁾, V. BOUBY-SERIEYS⁽²⁾, P. THOMAS⁽³⁾, J.-P. CLÉMENT⁽¹⁾

Links between life events, traumatism and dementia ; an open study including 565 patients with dementia

Summary. Ageing is due to a progressive loss of the person's adaptation capability, whereas during this period environmental aggression increases. In the elderly, life events represent a psychological traumatism that overwhelms the old person and related family, disrupting and fragilising homeostatic balance. A number of authors have suggested a possible link between life traumatisms and the dementia processes. The aim of this study is to reveal the presence of life traumatisms preceding the apparition of the dementia syndrome. **Method.** This is a retrospective and comparative work based on the PIXEL study on complaints and demands from the principle informal caregivers of Alzheimer patients. It includes 565 patients presenting the criterion of dementia as defined by the DSM IV, and questionnaires filled out by the principle caregivers. One item of the questionnaire referred to life events which could have played a part in the development of the disorder. In a second stage, the reported events were classified into 4 distinct categories : loss, repeated or prolonged stress, psychotraumatism and depression-inducing events. The statistics were produced using SAS and Stat 10 software. Student's test, ANOVA and χ^2 -test were used. **Results.** 372 caregivers answered the first item (65 %) ; 76 of them believed there was no event while 296 related the disorder to one or several life events (79 % of responders, 52 % of the sample). These results confirm Persson and Clement's study which evidenced a higher frequency of stressing life events for subjects afflicted with dementia as compared with older people without any psychic disorder. Reported events and their respective frequency : spouse death (15.39 %), parents' death (15 %), familial difficulty (10.08 %), anaesthesia (8.49 %), child's death (4.42 %), somatic disturbance (4 %), depression (3.89 %), retirement (3.89 %), financial problems (2.65 %), loneliness (2.65 %), removal (1.76 %), fall (1 %), alcohol (0.8 %), traumatism (0.53 %), spouse care (0.35 %), leaving for home care, storm and caregiver change in life (0.17 %). Regrouping the data : 82.71 % of the answers can be connected to prolonged stress, 62.85 % to real or symbolic loss, 39 % to a psychotraumatic event and finally, most of these events can potentially induce depression. **Discussion.** Some of the events refer to difficulties concerning people close to the subject (death of a close relation, hospitalisation of husband or wife) in a period when the loss of autonomy or handicap means greater dependence on surrounding people. General anaesthesia is mentioned by 48 caregivers. In fact, this usually implies surgery, the presence of organic pathology or the need for hospitalisation, which we know has a destabilizing effect in the elderly. It is therefore not surprising that 23 answers mentioned somatic disorders (4 % of the sample). According to Leger, it's mostly a loss type event which is implied in the elderly. Such losses would induce a weakening of cognitive stimulation which could decompensate an infraclinical dementia or accelerate an emerging dementia process. Antecedents of depressive illness are considered as an element of risk for the development of Alzheimer's disease. Depression is spontaneously mentioned by 22 caregivers. We must add the many reported life events which are well known to induce depression in older people. Most of the events considered in this study are liable to provoke manic mood swings. Depression resulting from life events can be considered either as an affection occurring along with dementia or as the aggravating factor of an infraclinical process or, finally, as an additional factor of vulnerability. With

(1) Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adulte (Professeur Clément), Centre Hospitalier Esquirol, 15, rue du docteur Marcland, 87025 Limoges cedex.

(2) Service du Docteur Fouli, Centre Hospitalier Esquirol, Limoges.

(3) Pôle de Psychiatrie du Sujet âgé, Centre Hospitalier Esquirol, Limoges.

Travail reçu le 10 février 2004 et accepté le 9 août 2005.

Tirés à part : E. Charles (à l'adresse ci-dessus).

older people, many events may constitute a trauma because of the proximity of death and because of their sudden onset (fall, hospitalisation, somatic illness). Several studies have pointed out that a particularly traumatic event could enhance the risk of dementia. Life events associated with chronic or repeated stress are characterized by their permanence or their repetition. According to a general psychosomatic biological pattern, psychic distress will engender a series of degradations or an acute or chronic response to an early trauma. According to this hypothesis, prolonged exposure to an excess of glucocorticosteroids at the time of a disadaptative stress would have deleterious effects on the hippocampus. Indeed, the hippocampus plays a part in a number of functions affected by dementia such as memory, learning process and emotional adjustment. This study takes into account stress factors (« stressors ») but not factors influencing their impact on the subject such as an individual predisposition (genetic, psychopathologic, coping abilities) and social support. The force of the impact of these events on older people and what is really experienced by them remain unknown. This study strengthens a number of others evincing an unusual frequency of life events in dementia processes. According to an integrative pattern, repeated or prolonged stress could be a deciding factor in the degenerative process or a factor of decompensation with older people presenting a genetic, biological or psychological vulnerability to dementia. The impact of such life events would vary according to the subject's pre-morbid personality, coping abilities and the support he/she can rely on. **Conclusion.** Some life events may be involved in the dementia process as shown by the results of this study, but this relationship does not imply direct causality. It's difficult to appreciate whether these results are not a consequence of the greater attention paid to the patient after the appearance of the first symptoms, leading to a closer observation. Stress could trigger the degenerative process. This argues for the necessity of an early diagnosis taking into account a traumatic event of life either precocious or late.

Key words : Dementia ; Gluco-corticosteroid system ; Life event ; Psychotraumatism ; Stress.

Résumé. Le vieillissement se caractérise par une perte progressive des capacités adaptatives du sujet, à une période où les agressions socio-environnementales se multiplient. Chez le sujet âgé, les événements de vie représentent un choc bouleversant le sujet et son entourage, rompant un équilibre homéostatique fragile. Ce travail tente d'évaluer quantitativement mais aussi qualitativement la présence d'événements de vie traumatiques ayant précédé l'apparition du syndrome démentiel ; 565 patients déments répondant aux critères de démence du DSM IV ont été inclus dans le cadre de l'étude PIXEL, étude rétrospective conduite sur l'ensemble du territoire métropolitain français. Un auto-questionnaire a été proposé à l'aidant principal informel du sujet dément, au sein duquel nous avons analysé les réponses obtenues à l'une des questions portant sur des événements de vie vécus récemment par le sujet. La population étudiée comprend 362 femmes (79,6 ± 7,7 ans) et 203 hommes (76,3 ± 7,5 ans). On dénombre 372 réponses à cette question (65 % de l'échantillon). Parmi ceux-ci, 76 aidants ont répondu qu'il n'y avait pas de traumatisme en lien avec le processus dégénératif, tandis que les 296 autres (79 % des répondants, 52 % de la totalité des dossiers) l'évoquent au contraire à un ou plusieurs événements de vie. Les événements faisant référence à une « perte » réelle ou symbolique représentent 62,85 % des événements de vie rapportés ; 167 réponses sont assimilables à un traumatisme psychique chez le sujet âgé, soit près de 39 % des réponses. Surtout, 82,71 % des réponses peuvent être associées à la notion de stress répété ou prolongé. Enfin, si la dépression est évoquée spontanément par 22 aidants, la majorité des événements de vie rapportés sont susceptibles de déstabiliser l'humeur. Il apparaît donc que l'événement traumatique est souvent utilisé par les familles comme cause explicative du début de la pathologie ou comme facteur aggravant. Selon une théorie intégrative, un stress intense et prolongé pourrait représenter un facteur

précipitant d'un syndrome démentiel infraclinique ou un facteur de décompensation chez des sujets âgés présentant ces vulnérabilités génétiques, biologiques ou psychologiques à un processus neurodégénératif. Leur impact serait modulé par la personnalité prémorbide, les capacités d'adaptation et le réseau de soutien mis en place par le sujet.

Mots clés : Axe corticotrope ; Démence ; Dépression ; Événement de vie ; Psychotraumatisme ; Stress.

INTRODUCTION

Chaque année, environ 165 000 nouveaux cas de démence sont diagnostiqués en France. Les conséquences directes et indirectes en termes de santé publique sont d'autant plus marquées que l'élévation de l'espérance de vie de la population française fait prévoir une augmentation importante de la prévalence du trouble dans les années à venir.

La démence est un syndrome polymorphe sur le plan clinique et nosographique. Si le caractère neurodégénératif du processus démentiel est une donnée fiable, les hypothèses étiopathogéniques sont nombreuses (génétique, vasculaire, toxique, psychologique et psychopathologique). Leur importance respective, le mécanisme d'action précis et le rôle respectif de ces facteurs restent incertains.

Selon un modèle intégratif ayant cours depuis quelques années, la genèse d'un certain nombre de troubles mentaux serait secondaire à la présence de facteurs de vulnérabilité génétiques qui pourraient être activés par des événements de vie plus ou moins importants selon la pathologie concernée (nécessité d'un traumatisme

majeur dans l'état de stress post-traumatique, événements beaucoup plus anodins dans la schizophrénie, par exemple). L'impact de ces événements négatifs sur un sujet prédisposé serait modulé par divers facteurs tels que la personnalité prémorbide, les capacités d'adaptation (ou capacités de *coping*) ou encore le réseau relationnel dit de soutien mis en place par le sujet (19).

Ce modèle pourrait être adapté au sujet âgé dément. Le vieillissement se caractérise en effet par une perte progressive des capacités adaptatives du sujet, à une période où les agressions se multiplient sur les plans personnel (perte d'autonomie, handicap, maladie invalidante ou chronique), social (retraite, isolement) et environnemental (12). Chez le sujet âgé, les événements de vie représentent un choc bouleversant le sujet et son entourage, rompant un équilibre homéostatique fragile (4).

La présente étude tente d'évaluer quantitativement, mais aussi qualitativement, la présence d'événements de vie récents ayant précédé l'apparition du syndrome démentiel. S'il existe une confirmation d'une grande fréquence de ces événements dans la biographie du sujet dément, ceci peut constituer une tentative d'explication du processus démentiel. On peut se demander si ces événements sont susceptibles d'être rattachés à un traumatisme psychique, à un stress (aigu ou prolongé), à une perte, ou à une dépression. Le rôle des événements de vie dans l'évolution naturelle du processus démentiel est discuté. Représentent-ils un facteur de risque, un facteur aggravant ou précipitant, ou encore un facteur de décompensation de la démence ?

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête rétrospective et comparative ayant pour cadre l'étude « PIXEL », conduite de septembre 2000 à mars 2001 sur l'ensemble du territoire métropolitain français. Elle comporte un auto-questionnaire destiné à l'aidant principal informel d'un malade dément et un questionnaire destiné au médecin traitant portant sur le malade. Le médecin a également évalué le patient à l'aide du MMS (*Mini Mental Test*) et de l'échelle GDS (*Global Deterioration Scale*) (21).

L'étude inclut 565 patients déments répondant aux critères de démence du DSM IV (1) et le cas échéant aux critères NINCDS-ADRDA (13) de maladie d'Alzheimer probable, et pour lesquels l'aidant principal a rempli un questionnaire.

L'auto-questionnaire était remis par le médecin traitant à l'aidant principal du sujet âgé atteint de démence. L'aidant principal est ici défini comme la personne principale qui a la charge régulière du soin d'une personne démente à domicile. Cette personne a souvent connaissance de la biographie du sujet, le patient dément n'étant pas tout à fait à même de raconter les événements de vie qui ont pu émailler son existence en raison des importants troubles cognitifs liés au processus dégénératif.

La question sur laquelle a porté cette étude est la question n° 21 issue de cet auto-questionnaire : « Est-ce qu'un

ou plusieurs événements de la vie du malade (deuils, maladies graves, problèmes personnels...) ont pu jouer un rôle, à votre avis, dans le développement de sa maladie ? Pourriez-vous nous faire part de ces événements déclencheurs ? »

Afin de proposer des hypothèses concernant les liens unissant événements de vie négatifs et développement d'un processus démentiel, il était nécessaire de séparer les événements de vie rapportés en quatre catégories distinctes : les pertes réelles ou symboliques, les stress répétés ou prolongés, les traumatismes psychiques, les événements « dépressogènes ». Cette dichotomie est extrêmement subjective et un même événement peut entrer dans plusieurs de ces catégories.

Les statistiques ont été réalisées avec les logiciels SAS et Stat 10. Ont été utilisés les tests de Student, ANOVA et χ^2 .

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon (tableau I)

La population étudiée était composée de 362 femmes âgées de $79,6 \pm 7,7$ ans et de 203 hommes âgés de $76,3 \pm 7,5$ ans. Une large majorité des sujets inclus dans ce travail (85 % de l'échantillon) souffrait d'une démence de type Alzheimer ; 73 % des sujets inclus étaient maintenus à domicile (408 malades) contre 27 % placés en institution au moment de l'étude (157 malades).

L'aidant principal qui a répondu au questionnaire était le plus souvent un enfant du sujet dément (49 % de l'échantillon) ou le conjoint (44 %). Dans moins de 9 % des cas il s'agissait d'une autre personne.

TABLEAU I. — *Caractéristiques des patients inclus (n = 565).*

	Âge moyen du malade	Score moyen du MMS
Femmes (n = 362)	79,6 ± 7,7	12,7 ± 8,3
Hommes (n = 203)	76,3 ± 7,5	13,5 ± 8,3
Sujets en institution (n = 157)	83,6 ± 6,4	8,7 ± 8,0
Sujets vivant à domicile (n = 408)	76,5 ± 7,3	14,7 ± 7,7
Total (n = 565)	78,4 ± 7,8	13,0 ± 8,2

Réponses concernant les événements de vie vécus par le sujet

On dénombre 372 réponses à cette question, soit 65 % de l'échantillon, et 193 non-répondeurs. Parmi les 372 répondeurs, 76 aidants ont répondu qu'il n'y avait pas de traumatisme en lien avec le processus dégénératif tandis que 296 (52 % de l'échantillon) pensent au contraire à un ou plusieurs événements de vie. La fréquence respective de ces différents événements est rapportée dans le *tableau II*.

TABLEAU II. — Réponses à la question 21.

	N = 565	% de l'échantillon
Retraite	22	3,89
Chute	6	1
Décès du conjoint	87	15,39
Hospitalisation du conjoint	2	0,35
Décès de l'un des parents	85	15
Alcool	5	0,8
Décès d'un enfant	25	4,42
Anesthésie générale	48	8,49
Solitude	15	2,65
Dépression	22	3,89
Difficultés familiales	57	10,08
Difficultés financières	15	2,65
Maladie somatique	23	4
Déménagement	10	1,76
Départ en maison de retraite	1	0,17
Tempête	1	0,17
Traumatisme	3	0,53
Changement dans la vie de l'aidant	1	0,17
Total	428	100,00

Le regroupement d'un certain nombre d'items a été effectué de manière extrêmement subjective. Ces regroupements apparaissent dans le *tableau III*.

TABLEAU III. — Réponses à la question 21 : regroupements proposés.

	N = 565	Réponses (%)
Décès d'un proche (parent, enfant, conjoint)	197	46,02
Stress répété ou prolongé	354	82,71
Pertes réelles et symboliques	269	62,85
Traumatisme psychique	167	39,01

Le *stress prolongé* correspond au regroupement suivant : retraite, décès du conjoint, hospitalisation du conjoint, décès d'un parent, décès d'un enfant, solitude, difficultés familiales, difficultés financières, maladie somatique, dépression, changement dans la vie de l'aidant. Il représente 354 cas, soit 82,71 % des réponses.

Sous l'intitulé *pertes réelles et symboliques* sont regroupés le décès d'un proche, la retraite, une maladie somatique, l'alcoolisme et le sentiment de solitude ou d'incapacité lié à une chute. Des pertes sont retrouvées dans 269 cas.

La tempête est une catastrophe naturelle classiquement admise comme un *événement psychotraumatique*. Un certain nombre d'autres événements peuvent cependant représenter un traumatisme psychique chez le sujet âgé : chute, décès du conjoint, anesthésie générale, hos-

pitalisation du conjoint, maladie somatique ; 167 réponses de ce type sont retrouvées dans cette étude, soit près de 39 % des réponses.

La majorité des événements de vie rapportés sont également susceptibles de déstabiliser l'humeur du sujet âgé et peuvent être regroupés sous le vocable d'événements « dépressogènes » : pertes réelles et symboliques, décès d'un proche (197), retraite (22), maladie somatique (23), alcoolisme (6), sentiment de solitude (15), sentiment d'incapacité lié à une chute (6), toute situation déstabilisante pour un sujet âgé fragilisé (déménagement, départ en maison de retraite, difficultés familiales et financières) (83). De plus, la *dépression* est évoquée spontanément par 22 aidants.

DISCUSSION

Approche quantitative

Il apparaît que l'événement traumatique est souvent utilisé par les familles comme cause explicative du début de la pathologie ou comme facteur aggravant : 79 % des aidants répondent, 52 % de la totalité des dossiers (296 patients), soit plus d'un sujet sur deux. En ce qui concerne les 193 dossiers sans réponse à cette question, on peut évoquer les difficultés de compréhension de la question pour l'aidant, le manque de temps.

L'hypothèse de l'existence d'un nombre important d'événements traumatiques au décours de la biographie récente de sujets déments paraît donc renforcée par notre étude. Ceci rejoint les résultats de Persson et Skoog (16) qui mettaient en évidence dans une étude de cohorte portant sur 374 sujets âgés, suivis sur une période de 10 ans, une plus grande fréquence d'événements de vie stressants chez les sujets devenus déments au cours de cette période que dans l'échantillon de sujets âgés demeurés indemnes. Dans cette étude, le risque de survenue d'une démence augmentait avec le nombre cumulé de facteurs de risques psychosociaux (16).

De même, une étude cas contrôlé comparant dix sujets déments à dix sujets âgés indemnes de troubles psychiques retrouvait significativement plus d'événements traumatiques durant l'enfance et d'événements de vie récents (c'est-à-dire datant de moins de 3 ans) dans le groupe des sujets déments, en particulier la mort d'un enfant (dans trois cas) et l'accident grave du conjoint (dans deux cas) (5).

Approche qualitative des réponses

Il est intuitif de considérer comme facteur crucial la signification d'un événement particulier pour un sujet donné. Les événements rapportés par l'aidant font écho dans leur majorité aux données de la littérature : décès d'un proche, changement dans la vie de l'aidant, déménagement ou départ en institution, chute, isolement social (10).

Certains événements se rapportent à des contraintes concernant l'entourage proche du sujet : *hospitalisation*

du conjoint, difficultés familiales, changement dans la vie de l'aidant. Ces réponses concernent 60 dossiers. Avec l'âge, la perte d'autonomie ou le handicap crée une plus grande dépendance à l'entourage, particulièrement au conjoint ou à l'aidant quel qu'il soit. Une rupture dans cette relation peut ainsi conduire à une décompensation psychique ou révéler un trouble jusque-là contenu par un environnement soutenant (12).

Sur le plan systémique, le deuil est un événement pour la famille entière, auquel répond un rituel collectif, entraînant des réajustements relationnels dans l'ensemble du réseau familial (3). *Le décès d'un proche* est considéré comme une perturbation majeure. Dans notre étude, il représente 46 % des réponses. Il s'agit le plus souvent de l'un des parents du sujet ou du conjoint, plus rarement de celui d'un enfant. Il semble cependant que ce décès se répercute plutôt sur le sentiment de solitude du vieillard que sur sa vie relationnelle familiale. Selon Baker [cité par Darthout (8)] les sujets ayant vécu un décès dans leur entourage sont plus à risque de développer une maladie d'Alzheimer.

L'anesthésie générale est évoquée par 48 aidants, avec parfois la précision de l'intervention chirurgicale réalisée. Les aidants ont peut-être avancé l'idée que l'événement traumatisant était l'anesthésie générale plutôt que l'opération chirurgicale, la pathologie organique sous-jacente ou l'hospitalisation. Cependant, on connaît depuis longtemps l'effet déstructurant d'une hospitalisation chez le sujet âgé, lié à la perte de ses repères habituels, source fréquente de décompensation physique ou psychique (12). Une pathologie organique ou une opération chirurgicale et leurs éventuelles séquelles représentent également des événements potentiellement stressants et déstabilisants chez le senior. D'ailleurs, 23 réponses évoquent une *maladie somatique* comme pouvant jouer un rôle dans l'apparition du processus démentiel (4 % de l'échantillon). On peut se poser la question du caractère précipitant de ce stress particulier sur le patient, à travers la sensibilisation de l'aidant à la maladie.

Concernant le contexte social, 15 aidants (2,65 % de l'échantillon) évoquent l'influence de *difficultés financières*, tandis qu'ils sont 22 (3,89 %) à avoir pensé à *la retraite* dont on peut imaginer qu'elle constitue un bouleversement du fonctionnement quotidien et un moment de rupture où le sujet perd alors son « rôle social » sur les plans réel et symbolique.

Regroupements

Perte réelle ou symbolique

Pour Léger *et al.*, c'est surtout un événement de type « perte » qui est en cause chez l'âgé (11). Les événements faisant référence à une « *perte* » réelle ou symbolique représentent 62,85 % des événements de vie rapportés dans notre étude. Elle précéderait ou accompagnerait l'apparition d'un processus démentiel selon près de quatre aidants sur dix, bien qu'il faille pondérer ce résultat eu égard à la grande fréquence de ce type d'événements dans

cette tranche d'âge. Ces pertes seraient responsables d'un isolement source d'une diminution de la stimulation cognitive. Cette « désafférentation » vis-à-vis du monde extérieur pourrait être à l'origine d'une décompensation d'une démence infraclinique ou d'une aggravation d'un processus démentiel débutant.

Événements dépressogènes

Des antécédents de maladie dépressive sont considérés comme facteurs de risque dans le développement de la maladie d'Alzheimer (15). Selon une étude de Thomas *et al.* (10), la dépression est deux fois plus fréquente dans la maladie d'Alzheimer que dans la population non démente, elle se majore avec le déclin cognitif et alourdit la sensation de fardeau. Pour certains, la dépression est considérée comme prodromale ou inaugurale, pour d'autres elle serait un facteur de risque de survenue ultérieure d'une démence (5). La dépression est évoquée spontanément par 22 aidants. Il faut y ajouter les nombreux événements de vie rapportés ayant un potentiel dépressogène reconnu chez le sujet âgé. La majorité des événements de vie rapportés dans ce travail sont susceptibles de déstabiliser l'humeur.

Traumatisme psychique

Dans cette étude, le seul événement correspondant à un événement traumatique serait la tempête, citée seulement une fois. Si l'on reprend la définition selon laquelle le traumatisme psychique est un « événement dans la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » (9), il est donc possible qu'à partir de cette définition un certain nombre d'événements de vie puissent être considérés comme traumatiques chez le sujet âgé. Il s'agit habituellement d'un événement présentant un caractère d'exception, mais chez le sujet âgé, l'événement peut être plus anodin et la notion de traumatisme peut alors prendre un sens plus large que dans le cadre de l'état de stress post-traumatique (2). Les événements suivants peuvent ainsi représenter un traumatisme psychique à cet âge : chute, décès du conjoint, anesthésie générale, hospitalisation du conjoint, maladie somatique. Dans tous ces cas on peut imaginer qu'il existe une confrontation avec le réel de la mort par l'intermédiaire d'un danger réel ou perçu pour lui-même ou pour son conjoint, en raison des liens souvent fusionnels existant entre eux à des âges avancés.

Il semble intéressant de différencier les traumatismes de l'âge d'une réelle effraction traumatique. Dans le premier cas, le sujet peut anticiper ou s'adapter, dans le second cas se produit un bouleversement complet avec une perte des repères habituels du sujet. Léger et De Rekeneire (11) avancent l'idée qu'un ensemble de chocs émotionnels peut aboutir à un effondrement de la vie psychique, voire à un état démentiel. Plusieurs travaux ont mis en évidence que des circonstances de vie d'une exceptionnelle dureté sont

à même d'augmenter le risque de démence (6). Les accidents, agressions, défaillances physiques graves ou anesthésies générales peuvent faire trauma chez la personne âgée par la proximité avec la mort et leur apparition brutale. Les événements traumatisants interviendraient dans le développement de la démence de type Alzheimer par une éventuelle action nocive sur certaines aires neuronales ou par une facilitation de survenue d'états dépressifs, voire de perturbations immunologiques.

Stress répétés ou chroniques

Un certain nombre d'événements de vie peuvent être rapportés à des stress répétés ou chroniques. Ils se caractérisent par une permanence du stress ou sa répétition à distance de l'événement. Le décès ou l'hospitalisation du conjoint vont ainsi avoir un impact traumatique aigu à leur annonce mais vont aussi provoquer des remaniements importants chez le sujet âgé, avec une chronicisation du stress. Solitude et dépression sont connues comme des situations anxiogènes propres, au même titre qu'une pathologie organique ou que des difficultés familiales ou sociales. Dans notre étude, 82,71 % des événements rapportés peuvent ainsi être reliés à un stress chronique ou répété, soit plus des 4/5 des réponses.

Réaction d'adaptation bio-physio-psychologique du sujet face à une menace ou une agression, les répercussions du stress sont multiples, que son rôle soit lié à l'aggravation ou à la décompensation du cours évolutif d'une pathologie organique. Dans cette perspective, d'autres événements de vie pourront être rattachés à un *stress aigu* (chute, anesthésie générale, maladie somatique aiguë, déménagement, départ en maison de retraite, tempête, traumatisme).

Selon un modèle psychosomatique biologique général, une détresse psychique va être à l'origine de dégradations en cascade. Au départ, une activation neuro-hormonale soutenue sera suivie d'altérations fonctionnelles au niveau de l'organe cible puis d'altérations structurelles pré-pathologiques. Celles-ci pourront aboutir, le cas échéant, à une pathologie constituée (7). Un stress aigu ou chronique fait écho à un traumatisme précoce : c'est l'hypothèse développée par Persson et Skoog puis Clément, selon laquelle une exposition prolongée à un excès de glucocorticoïdes lors d'un stress maladatif aurait des effets délétères au niveau hippocampique. Or, l'hippocampe est impliqué dans nombre de fonctions atteintes dans la démence telles que la mémoire, l'acquisition des connaissances ou la régulation émotionnelle (15).

À l'origine de cette hypothèse, on retrouve les travaux de Sapolsky *et al.* montrant chez l'animal qu'un stress prolongé entraîne une hypersécrétion de cortisol à l'origine d'une *down-regulation* persistante des récepteurs du cortisol, provoquant une interruption du rétrocontrôle négatif et donc une augmentation des concentrations plasmatiques de glucocorticoïdes. Cette exposition chronique aux glucocorticoïdes serait responsable d'une atteinte neuronale au niveau de l'hippocampe, avec une baisse de la

capacité des cellules hippocampiques à survivre aux autres agressions après une exposition aiguë à des concentrations élevées de cortisol, une atrophie dendritique, et enfin une neurotoxicité avec mort neuronale (18).

Renforçant cette idée, des chercheurs ont montré que les performances cognitives des animaux âgés étaient corrélées avec le fonctionnement de leur axe corticotrope dans leur jeune âge (14). Ainsi, des altérations de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien tout au long de la vie chez l'animal risquent d'avoir des répercussions sur leur devenir cognitif.

Chez l'homme, des taux élevés de glucocorticoïdes au cours du vieillissement ont également été rapportés à des déficits cognitifs, tandis que l'existence de taux élevés de cortisol et d'une augmentation de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien est fréquemment rapportée dans les démences de type Alzheimer (14).

Une sensibilité particulière au stress pourrait trouver son origine avant l'adolescence dans les événements de vie stressants tels que des carences affectives, une séparation maternelle précoce ou des traumatismes survenant au cours du développement cérébral. Ces traumatismes précoces empêcheraient la maturation normale du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien, avec pour conséquence une dérégulation au niveau endocrinien responsable d'une très grande sensibilité au stress, avec une activation anormale de l'axe corticotrope lors de stress ultérieurs et donc d'un excès de glucocorticoïdes endogènes responsable d'altérations cellulaires cérébrales, notamment au niveau hippocampique ou frontal (5). L'étude présentée montre que ces événements stressants sont fréquemment rapportés dans le cours évolutif du processus démentiel.

Selon un autre angle, la démence elle-même, par la baisse des capacités mnésiques qu'elle provoque chez le sujet, crée chez lui des difficultés à prévoir un nouvel événement stressant et à s'en prémunir et donc, une vulnérabilité particulière aux événements de vie stressants (5).

Théorie intégrative

Ce travail tient compte de facteurs de stress (stresseur ou « stressor ») mais pas des facteurs influençant leur impact sur le sujet : prédisposition individuelle (génétique, psychopathologique, capacités de *coping*) et variables écologiques (soutien social et qualité des relations inter-individuelles). La force de l'impact de ces événements sur la personne âgée et son ressenti réel restent inconnus.

La perte de la capacité à prévoir un nouvel événement stressant et à s'en prémunir provoque une augmentation de la vulnérabilité du sujet âgé. Ainsi, il y aurait des liens entre survenue d'une démence et facteurs de vulnérabilité (17). Selon un modèle intégratif on peut émettre l'hypothèse que la démence pourrait être la conjonction :

- d'une vulnérabilité génétique (gènes de susceptibilité à développer tel ou tel type de lésion) ;
- d'une vulnérabilité biologique acquise durant la neurogénèse (dérégulation de l'axe corticotrope durant

l'enfance, rendant plus sensible aux agressions ultérieures, donc aux effets délétères des excès durables de glucocorticoïdes) ;

– d'une vulnérabilité psychologique acquise aussi durant une enfance « traumatique », et responsable de l'acquisition de mécanismes de défense inadéquats ou d'insuffisance des capacités d'ajustement au stress ou *coping* ;

– d'un stress intense et prolongé, facteur précipitant d'un syndrome démentiel infraclinique ou facteur de décompensation chez des sujets âgés présentant ces vulnérabilités génétiques, biologiques ou psychologiques.

L'impact de ces événements négatifs sur un sujet prédisposé serait modulé par la personnalité prémorbide, les capacités d'adaptation et le réseau de soutien mis en place par le sujet.

Dans cette perspective, la dépression, réactionnelle aux événements de vie, peut être considérée comme une affection co-occurrence au syndrome démentiel, un facteur aggravant un processus infraclinique ou bien un facteur supplémentaire de vulnérabilité.

CONCLUSION

Léger et De Rekeneire (11) soulignent que la retraite, le décès des amis, le veuvage, la solitude, sont fréquemment présents dans la biographie des sujets âgés et qu'ainsi tout événement ne peut expliquer à lui seul la décompensation vers la démence. Pour Dantzer, les facteurs psychiques entrent dans la catégorie des causes « molles » de la maladie, par contraste avec les agents pathogènes identifiables (7). Cependant, certains événements de vie peuvent être impliqués dans le cours évolutif du processus démentiel comme tendent à le démontrer les résultats de cette étude.

Il est difficile de savoir si ces résultats ne sont pas la traduction d'une simple augmentation de l'attention que les proches portent au malade à la suite des premiers symptômes, conduisant à une observation accrue de la personne démente. Il est également possible que la fréquence des accidents de la vie soit le fait du hasard et que le pourcentage de sujets âgés présentant une soudaine altération cognitive ne soit pas différent pour ceux ayant subi une anesthésie générale et ceux ne l'ayant pas connue par exemple. Comme dans la plupart des études évaluant l'impact des événements de vie sur le cours évolutif de troubles psychiques ou organiques, ce travail permet de constater une association mais pas de juger le rôle des événements de vie dans le processus démentiel : association n'est pas synonyme de lien de causalité.

Des événements de vie tardifs ou précoces coïncident avec la survenue d'états démentiels. Cependant, ces mêmes traumatismes se retrouvent dans d'autres troubles mentaux, posant la question du « choix » de la réponse au traumatisme, fonction de variables interindividuelles génétiques, biologiques ou environnementales. Le rôle de ces événements ainsi que leur mode d'action

sur la genèse ou le cours évolutif du processus démentiel n'a pu être que discuté ici. Une idée plus fine des liens les unissant ne pourra voir le jour qu'au travers d'études comparatives, prospectives, minutieusement contrôlées, menées en population générale.

Références

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd. Tr fr JD Guelfi *et al.* Paris : Masson, 1996.
2. BRIOLE G, CLERVOY P, VALLET D. Pathologie post-traumatique du sujet âgé. In : Léger JM, Clément JP, Wertheimer J, eds. Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1999.
3. CAVALI S, LALIVE D'EPINAY C, SPINI D. Le décès de proches : son impact sur la santé et la vie relationnelle des vieillards, un suivi sur cinq ans d'une cohorte d'octogénaires. Gerontol Soc 2001 ; 98 : 141-57.
4. CLÉMENT JP (a). Oubli, traumatisme et démence. Rev Geriatr 1999 ; 24 (9) : 691-8.
5. CLÉMENT JP (b). Qu'y a-t-il de commun entre les démences ? Peut-on parler d'un syndrome démentiel, affection somatique d'origine psychogène ? Rev Fr Psychiatr Psychol Med 2000 ; 4 (38) : 55-9.
6. CLÉMENT JP, VIEBAN F, LÉGER JM. Démence et traumatisme, ou de la dynamique de la contrainte prolongée. Rev Fr Psychiatr Psychol Med 1998 ; 20 : 26-30.
7. DANTZER R. L'illusion psychosomatique. Paris : Odile Jacob, 1989.
8. DARTHOUT N. Facteurs de vulnérabilité et processus démentiels, biographies et traumatismes existentiels (étude de 108 sujets). Thèse de doctorat en médecine, Université de Limoges, 2000.
9. GODA G. Traumatisme et vieillissement : signification et conséquences. In : Léger JM, Clément JP, Wertheimer J, eds. Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1999.
10. HAZIF-THOMAS C, THOMAS P. La notion de traumatisme en psychogériatrie. Neurol Psychiatr Geriatr 2002, 8 : 13-7.
11. LÉGER JM, DE REKENEIRE N. Stress, émotions et troubles organiques : une chaîne infernale à bien connaître chez le sujet âgé. Psychol Med 1992 ; 24 (4) : 382-84.
12. LÉGER JM, TESSIER JF, MOUTY MD. Psychopathologie du vieillissement. Paris : Doin, 1989.
13. MCKAHN G, DRACHMAN D, FOLSTEIN M *et al.* Clinical diagnostic of Alzheimer's disease : report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human service task force on Alzheimer's disease. Neurology 1984 ; 34 : 939-44.
14. MAYO W, VALLEE V, LE MOAL M. Expériences précoces, dérèglement de l'axe hormonal du stress, vulnérabilité aux processus neurodégénératifs liés à l'âge. Étude longitudinale chez le rat. Rev Neurol 2001 ; 157 : 393-401.
15. ORRELL MV, O'DWYER M. Dementia, ageing, and the stress control system. Lancet 2000 ; 345 (8951) : 666-7.
16. PERSSON G, SKOOG I. A prospective population study of psychosocial risk factors for late onset dementia. Int J Geriatr Psychiatry 1996 ; 11 : 15-22.
17. SAPOLSKY RM, ALBERTS SC, ALTMANN J. Hypercortisolism associated with social subordination or social isolation among wild baboons. Arch Gen Psychiatry 1997 ; 54 : 1137-43.
18. SAPOLSKY RM, LEWIS CK, McEWEN BS. The neuroendocrinology of stress and aging : the glucocorticoid cascade hypothesis. Endocr Rev 1986 ; 7 : 285-301.
19. STAHL SM. Psychopharmacologie essentielle. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2002.
20. THOMAS P, BOUCHER C, CLÉMENT JP *et al.* Famille, maladie d'Alzheimer et symptômes négatifs. Rev Fr Psychiatr Psychol Med 2000 ; 4 (37) : 39-45.
21. THOMAS P, CHANTOIN-MERLET S, HAZIF-THOMAS C *et al.* Complaints of informal caregivers providing home care for dementia patients : the Pixel study. Int J Geriatr Psychiatry 2002 ; 17 : 1034-47.