



L'ANXIÉTÉ EN CONTEXTE DE TROUBLE NEUROCOGNITIF

VEILLE SCIENTIFIQUE

Juin 2026

AUTRICES

Marie-Josée Richer, Ph. D.

Psychoéducatrice
Chercheuse postdoctorale
CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Laurence Villeneuve, Ph. D.

Psychologue
Coordonnatrice équipe nationale d'expertise
en SCPD
CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

COLLABORATEUR·TRICES DU CIUSSS CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

Christian Lachance, M.S.I.

Bibliothèque de gériatrie et de gérontologie
Bibliothèques du CIUSSS

Stéphane Suppervielle,

Musicothérapeute, équipe ambulatoire SCPD

Marie-Pierre Lefebvre,

Psychoéducatrice, équipe ambulatoire SCPD

Stacy Top

Stagiaire en musicothérapie, équipe ambulatoire SCPD

Erika Meere,

Infirmière clinicienne, équipe ambulatoire
SCPD

Claudé Vérité-Aubry

Ergothérapeute, équipe ambulatoire SCPD

Sandrine Nelson-Drolet

Ergothérapeute, équipe ambulatoire SCPD

Ladda Vongsavath

Infirmière clinicienne, équipe ambulatoire
SCPD

Elorri Irazoqui

Ergothérapeute, équipe ambulatoire SCPD

Lynne Landry

Psychologue, équipe ambulatoire SCPD

Anemarie Niculescu

Infirmière clinicienne assistante au supérieur
immédiat, équipe ambulatoire SCPD

Maude Susset

Chargée de projets Mission universitaire sur la
gériatrie et le vieillissement, IUGM

COLLABORATRICES EXTERNES

Maria Cardozo, Agente de recherche

Véronique Boily, Services linguistiques Véronique Boily

RÉVISEUR·ES EXPERT·ES

Caroline Ménard, M.A., Psychologue

Cheffe de programme de l'équipe ambulatoire SCPD et des centres de jour Alfred-Desrochers, Émilie-Gamelin et Manoir de Verdun du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^r Jean-François Carmel, M.D., FRCPC, Gériatopsychiatre

Chef de service de la gériatopsychiatrie à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Professeure adjointe de clinique, département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Abréviations utilisées

| | |
|----------------|---|
| ACID | Anxiety in Cognitive Impairment and Dementia Scale (instrument de mesure) |
| ACP | Atrophie corticale postérieure |
| APP | Aphasie primaire progressive |
| CCSMPA | Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées |
| CdeL | Corps de Lewy |
| DFT | Dégénérescence frontotemporale |
| DSM | Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux |
| DVa | Démence vasculaire |
| GAD-7 | Generalized Anxiety Disorder (instrument de mesure) |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale (instrument de mesure) |
| IC | Intervalle de confiance |
| INP/NPI | Inventaire neuropsychiatrique/Neuropsychiatric inventory (instrument de mesure) |
| MA | Maladie d'Alzheimer |
| RAID | Rating Anxiety in Dementia (instrument de mesure) |
| SCPD | Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence |
| TAG | Trouble d'anxiété généralisée |
| TIC | Technologies de l'information et de la communication |
| TNC | Trouble neurocognitif |
| TNC-L | Trouble neurocognitif léger |

Cette recension des écrits a été réalisée grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de l'Équipe nationale d'expertise en SCPD, en collaboration avec la Mission universitaire sur la gériatrie et le vieillissement (MUGV), Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

INTRODUCTION

L'anxiété chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) constitue un enjeu majeur de santé mentale, dont l'importance est désormais de plus en plus reconnue dans la littérature scientifique. Les interactions complexes entre le déclin cognitif et les troubles anxieux suscitent un intérêt croissant, bien que de nombreuses questions demeurent quant à la manière dont ces deux dimensions se chevauchent et interagissent. En effet, ces dernières années, plusieurs études ont exploré l'impact de l'anxiété sur la cognition et son rôle potentiel dans le développement ou l'aggravation des TNC. Cependant, il reste encore peu d'éléments pour bien saisir la diversité et les spécificités des manifestations anxieuses au sein de cette population, en particulier dans le contexte des troubles neurocognitifs, domaine de recherche émergent.

Certaines études soulignent néanmoins l'influence significative des facteurs psychologiques dans l'aggravation des symptômes et des déficits fonctionnels chez ces individus particulièrement vulnérables. La présente veille scientifique a pour objectif de synthétiser les données récentes concernant la prévalence de l'anxiété auprès de cette population, d'identifier les principaux facteurs de risque associés, ainsi que d'examiner les méthodes d'évaluation disponibles. Elle met également en lumière les approches cliniques non pharmacologiques et psychosociales les plus prometteuses, visant à offrir une prise en charge plus adaptée et personnalisée.

MÉTHODE

Une recension de la littérature scientifique et de la littérature grise a été réalisée en collaboration avec le service de bibliothèque du centre de recherche de l'Institut universitaire en gériatrie de Montréal. Les questions de recherche ciblées étaient les suivantes :

- Quelle est la prévalence de l'anxiété en contexte de trouble neurocognitif?
- Quels sont les déterminants de l'anxiété en contexte de trouble neurocognitif?
- Quels sont les outils d'évaluation de l'anxiété en contexte de trouble neurocognitif à privilégier?
- Quelles stratégies d'intervention sont efficaces pour diminuer l'anxiété en contexte de trouble neurocognitif?

Pour la littérature scientifique, une recherche a été menée à l'aide de mots-clés dans les bases de données suivantes : Ovid MEDLINE, APA PsycInfo et CINAHL. Concernant la littérature grise, l'ouvrage principal consulté a été les Lignes directrices-SCPD, publié par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA, 2024).

Initialement, une période de publication allant de 2020 à novembre 2024 a été ciblée. Un total de 200 références en français et en anglais a été identifié. Un ensemble de 12 critères d'inclusion et d'exclusion a servi à la sélection des articles lors de la lecture des titres et résumés (voir Encadré 1). À l'issue de cette première étape, 69 articles ont été présélectionnés. Après une lecture approfondie, **38 articles** ont été conservés et résumés, toujours en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Dans un deuxième temps, la recension des écrits scientifiques a été élargie au cours des 10 dernières

années (2015 à ce jour) afin d'inclure des thèmes plus spécifiques (p. ex. : outils d'évaluation, facteurs de risque) pour lesquels le premier tour de recensement n'avait pas révélé suffisamment de données. Nous avons également sélectionné, selon le jugement des évaluateurs, trois références croisées pour lesquelles les résultats de recherche apparaissaient pertinents afin de répondre à nos questionnements cliniques. Ce second tour de recension des écrits a permis d'ajouter 11 publications supplémentaires, portant ainsi le total à 49 publications.

Encadré 1. Critères de sélection pour l'inclusion ou l'exclusion des articles scientifiques

1. L'intérêt de la recherche est la mesure de l'anxiété et son association avec les TNC
2. La population étudiée présente un TNC diagnostiqué ou évalué (exclusion des études liées aux plaintes cognitives subjectives et aux biomarqueurs)
3. L'article repose sur une étude empirique
4. La recherche contient au moins une mesure par questionnaire ou une entrevue validée, liée à l'anxiété
5. La recherche est réalisée auprès d'une population humaine (exclusion des études réalisées sur les animaux)
6. La recherche porte sur des participants ou sur une sous-analyse avec des participants âgés de 60 ans ou plus
7. Le texte est publié sous forme d'article (p. ex. : pas un résumé d'une conférence)
8. L'article a été publié entre 2015 et avril 2025 (critères élargis)
9. L'article complet est accessible
10. Le texte est rédigé en français ou en anglais
11. Exclusion des articles s'intéressant au contexte de la pandémie Covid-19
12. Exclusion des études ciblant uniquement les individus ayant un diagnostic de maladie de Parkinson n'assurant pas un échantillon ayant une atteinte cognitive majeure

La sélection des articles a été validée par deux personnes, garantissant ainsi la rigueur et la validité du processus de sélection des articles scientifiques. Les publications recensées incluent autant des études que des revues de la littérature et des méta-analyses, permettant ainsi de couvrir les résultats d'études publiées entre 1970 et 2024, illustrant une attention maintenue portée à l'anxiété dans le contexte des TNC au fil des décennies.

PRÉVALENCE DE L'ANXIÉTÉ DANS LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

L'anxiété constitue l'un des symptômes les plus fréquents et persistants associés au TNC, quels qu'en soient le type ou le stade. Plusieurs études récentes, incluant des revues systématiques, des méta-analyses et des études de cohorte, se sont penchées sur sa prévalence, révélant certaines tendances claires, bien qu'une grande variabilité de prévalences soit rapportée.

Les données révèlent que près du tiers de la clientèle présentant un TNC va démontrer des signes d'anxiété. En effet, selon une méta-analyse de Leung et al. (2021) regroupant 20 études (N = 5897), la prévalence globale de l'anxiété dans les TNC est estimée à 39 % (IC 95 % : 33 %-45 %), sans différence significative entre les stades léger, modéré et sévère (respectivement 38 %, 41 % et 37 %). Ce constat est également appuyé par la revue systématique de Kwon et al. (2021).

Au niveau de l'évolution de l'anxiété au cours de la progression du TNC, les données recensées indiquent que l'anxiété reste relativement stable selon les différents stades de la maladie. Plus spécifiquement, une étude longitudinale australienne menée par Brodaty et al. (2015) auprès de 514 personnes avec un TNC montre une progression modérée des symptômes anxieux sur trois ans, indépendamment du stade initial de sévérité. La proportion d'individus avec des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs passe de 16,6 % à 21,6 %, suggérant une évolution graduelle au cours de la maladie du TNC. Soulignons que la majorité des participants de cette étude présentaient un TNC de type Alzheimer (66,9 %), suivi par un TNC mixte de type Alzheimer-vasculaire (14,8 %).

Quant aux spécificités de la présentation clinique de l'anxiété selon les différents types de TNC, des particularités émergent de la littérature soulignant l'importance de bien préciser l'étiologie du TNC. Une revue systématique de Kwon et Lee (2021) recensant une trentaine d'études rapporte des taux plus élevés pour certains sous-types, qui se répartissent ainsi :

- Corps de Lewy (CdeL) : 56 %
- Frontotemporale (DFT) : 51 %
- Maladie d'Alzheimer (MA) : 38 %
- Vasculaire (DVa) : 18 %
- Formes mixtes : 22 %

Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par Collins et al. (2023), portant sur des formes atypiques de TNC regroupant 47 études. Dans la DFT, par exemple, l'anxiété varie entre 10 % et 54 %, tandis que dans l'aphasie primaire progressive (APP), certaines variantes comme la logopénique (lv-PPA) affichent des taux atteignant 71 %, alors que la forme non fluente (nfv-PPA) semble rapporter une prévalence moins forte (27 %-36 %) de l'anxiété chez cette population. Une étude ciblée sur l'atrophie corticale postérieure (ACP) (Isella et al., 2015) montre également des taux particulièrement élevés (55 %), bien supérieurs à ceux observés dans la MA classique (15 %), soulignant le besoin d'un dépistage différencié selon l'étiologie du trouble neurocognitif.

Enfin, sur le plan différentiel, une étude de Rouse et al. (2020) montre que les personnes atteintes d'un TNC majeur ou d'atteintes cognitives présentent davantage de symptômes anxieux que les personnes sans atteinte cognitive. À noter cependant qu'une méta-analyse antérieure de Kuring et al.

(2018), incluant 30 études sur une période de 18 ans, estimait la prévalence de l'anxiété cliniquement significative à 14 % chez les personnes atteintes d'un TNC, un taux qui ne différait pas significativement de celui observé chez les adultes sans TNC. Toutefois, cette estimation pourrait sous-représenter la réalité en raison d'un manque de précision sur les types de TNC, d'une majorité d'échantillons institutionnalisés et d'une méthodologie centrée sur des seuils cliniques plus stricts.

En conclusion, bien que les études récentes confirment l'importance clinique de l'anxiété dans les TNC, plusieurs limites méthodologiques nuancent l'interprétation et la portée des résultats. D'abord, la grande variabilité des prévalences observées entre les études peut s'expliquer en partie par la diversité des outils d'évaluation utilisés pour mesurer l'anxiété, ainsi que par l'absence d'uniformité dans les critères diagnostiques employés. De plus, plusieurs études ne précisent pas l'étiologie du TNC ni le stade de sévérité, rendant difficiles les comparaisons et l'analyse fine de la prévalence de l'anxiété.

La majorité des recherches recensées sont de nature transversale, ce qui limite la compréhension de l'évolution des symptômes anxieux dans le temps et l'identification des trajectoires spécifiques selon les profils cliniques/étiologiques. Or, des études longitudinales seraient essentielles pour mieux comprendre l'apparition, la persistance ou la fluctuation de ces symptômes en fonction de la progression de la maladie, et ce, dans différents contextes de soins (domicile, hébergement, hospitalisation).

Par ailleurs, certaines études présentent de données manquantes ou incomplètes, notamment en ce qui concerne les diagnostics précis d'anxiété, l'utilisation de traitements pharmacologiques (comme les anxiolytiques), ou encore les caractéristiques sociodémographiques telles que le statut socioéconomique ou l'ethnicité pouvant influencer le niveau d'anxiété ressenti. De plus, dans certaines études, les échantillons des participants étaient recrutés uniquement dans des milieux institutionnels ou auprès de bénéficiaires de programmes publics (comme Medicaid aux États-Unis), ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble des personnes vivant avec un TNC, notamment celles vivant à domicile ou ayant un meilleur accès aux soins.

Enfin, il est important de se rappeler le caractère multifactoriel des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, comme l'anxiété. Leur expression résulte d'interactions complexes entre les caractéristiques neurologiques de la maladie, la conscience qu'a la personne de ses pertes fonctionnelles, son environnement physique et social, et la manière dont les proches aidants perçoivent les symptômes et réagissent à ceux-ci. Les valeurs culturelles, les stratégies d'adaptation, le niveau de stress ou de détresse psychologique des aidants influencent non seulement la manière dont les SCPD sont exprimés, mais aussi leur signalement dans les études. Ces facteurs contextuels et subjectifs, souvent peu documentés, contribuent à la variabilité des estimations de prévalence rapportées dans la littérature.

En somme, une meilleure compréhension de l'anxiété dans les TNC passe par des études longitudinales, une standardisation des outils d'évaluation et une prise en compte plus fine des contextes individuels, culturels et environnementaux entourant les personnes vivant avec ces troubles.



Qu'en est-il de la prévalence de l'anxiété chez les personnes présentant des atteintes cognitives légères?

Selon une étude de Chen et ses collègues (2018) incluant une revue systématique et une méta-analyse, l'anxiété est fréquente chez les personnes présentant des atteintes cognitives légères, bien que sa prévalence varie selon les contextes et les méthodes d'évaluation. En analysant les données de 39 études regroupant plus de 10 000 participants ayant des atteintes cognitives légères, les auteurs ont observé que l'anxiété touchait environ 14 % des personnes vivant dans la communauté, comparativement à plus de 31 % chez celles recrutées en milieu clinique — une différence statistiquement significative. Par ailleurs, la méthode utilisée pour évaluer l'anxiété influençait aussi les résultats : les taux les plus élevés provenaient des autoévaluations (près de 47 %), suivies des évaluations par un proche (22 %) et enfin des évaluations cliniques (environ 17 %). Ces variations soulignent l'importance de bien choisir les outils de dépistage de l'anxiété chez cette population vulnérable (Chen et al., 2018), ce que nous aborderons dans la section *Évaluation de l'anxiété chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif*.

DÉTERMINANTS DE L'ANXIÉTÉ EN CONTEXTE DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Les manifestations de l'anxiété varient en intensité et en nature selon les contextes de vie, les caractéristiques individuelles, les relations avec les soignants et les personnes proches aidantes, ainsi que les environnements physiques et culturels. Comprendre les déterminants associés à l'anxiété chez cette population est essentiel pour orienter la détection précoce, l'évaluation clinique, la planification des soins ainsi que la mise en place d'interventions non pharmacologiques. Cette section présente une synthèse des déterminants identifiés dans la littérature, en les regroupant selon quatre grandes catégories : facteurs individuels, sociaux, environnementaux, et facteurs liés aux personnes proches aidantes et aux soignants. Les distinctions entre les milieux de vie, c'est-à-dire les résultats provenant de groupes d'individus vivant dans la communauté par rapport à ceux vivant en institution, sont également précisées lorsque disponibles.

1. Facteurs individuels

Les limitations dans les activités de la vie quotidienne, la douleur chronique et une perception négative de l'état de santé sont associées à une plus grande probabilité d'anxiété chez les personnes vivant avec un TNC (Hwang et Kim, 2024 ; Hwang, Massimo et Hodgson, 2020). Ces résultats, provenant d'échantillons communautaires, confirment la place centrale de l'état physique général dans l'équilibre psychologique des personnes vivant avec un TNC.

Les troubles du sommeil, et plus particulièrement l'insomnie, apparaissent comme l'un des facteurs les plus fortement associés à l'anxiété chez les personnes atteintes de TNC (Hwang et Kim, 2024). Dans une étude rétrospective de grande envergure portant sur des personnes à qui l'on a récemment diagnostiqué une maladie d'Alzheimer vivant dans la communauté, Chekani et al. (2023)

rapportent que pour chaque point sur l'échelle d'insomnie, il y a un risque sept fois plus élevé de présenter des symptômes anxieux ou de l'humeur. En d'autres mots, l'insomnie augmente de manière importante le risque de présenter des symptômes anxieux (ou dépressifs). Cette association souligne la pertinence d'un dépistage systématique des troubles du sommeil dès le diagnostic.

L'anosognosie, soit la perte d'autocritique ou l'incapacité d'un individu à prendre conscience de ses propres déficits, fréquemment observée dans la maladie d'Alzheimer légère à modérée, est associée à une moindre prévalence de symptômes anxieux. La revue systématique d'Azocar et al. (2021) suggère qu'une faible autocritique par rapport aux déficits est généralement associée à moins de symptômes anxieux et dépressifs, mais à davantage d'apathie. Plus précisément, les quatre études incluses concernant l'anxiété (deux de haute qualité, deux de qualité modérée) ont toutes mis en évidence une relation négative, indiquant que les personnes ayant une conscience altérée rapportaient moins de symptômes anxieux. Ces résultats appuient l'idée que la conscience des déficits pourrait contribuer à la détresse affective (autant l'anxiété que la dépression) au début de la maladie. Sur le plan psychologique, ces personnes font face à des pertes d'autonomie, de contrôle et d'orientation auxquelles elles doivent s'adapter, ce qui peut générer un stress important face à l'avenir (Kwak, Yang et Koo, 2017). Ces stressors chroniques peuvent entraîner une élévation prolongée du cortisol, une hormone qui, à haute dose, est nocive pour l'hippocampe, une structure clé pour la mémoire, affectant à son tour les capacités cognitives. De plus, le stress chronique peut entraîner d'autres effets indirects, incluant une augmentation de la charge allostatique (usure liée au stress), avec des répercussions sur le système cardiovasculaire et la plasticité cérébrale (Kwak, Yang et Koo, 2017). Ainsi la conscience des déficits cognitifs peut avoir un impact autant sur les mécanismes psychologiques que biologiques contribuant à l'anxiété. D'importantes limites méthodologiques affectent la solidité des hypothèses pouvant être formulées. En effet, parmi les études incluses dans cette revue, certaines utilisaient des instruments de mesure de l'anxiété qui n'avaient pas été développés pour une clientèle vivant avec un TNC. De plus, les données étaient généralement uniquement auto-rapportées, ce qui peut soulever des questionnements quant aux capacités des personnes à reconnaître et à rapporter adéquatement leurs manifestations cognitives de l'anxiété à mesure que la maladie progresse. Enfin, il convient de souligner que les mesures de l'anxiété centrées sur l'expression cognitive (c'est-à-dire les inquiétudes) risquent de négliger un ensemble de symptômes plus affectifs, somatiques et comportementaux, pouvant se manifester par des propos répétitifs, des pleurs, des cris, des inconforts, etc.

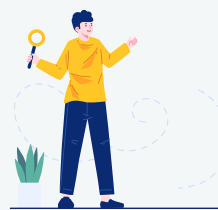
La peur de tomber est un phénomène courant, mais encore peu étudié à ce jour. Elle présente une forte composante anxieuse, en particulier dans la maladie d'Alzheimer. Castelblanco-Toro et al. (2023) montrent que cette peur est associée non seulement à des troubles physiques (équilibre, démarche), mais aussi à des symptômes d'anxiété, suggérant une interaction entre anxiété et troubles de la perception corporelle. L'anxiété pourrait jouer un rôle central en perturbant la perception de sécurité corporelle et en affectant l'attention et le contrôle moteur, ce qui entraîne une réduction de l'amplitude posturale, une modification de la démarche et une confiance diminuée dans la capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne.

Sur le plan sociodémographique, certaines données indiquent une prévalence plus élevée de l'anxiété chez les femmes atteintes de TNC, potentiellement en lien avec des facteurs biologiques et sociaux (Lee et al., 2017). Soulignons tout de même que cette association n'est pas répliquée dans l'ensemble des études, ainsi que la tendance à un recrutement majoritairement féminin, limitant les capacités de comparaison entre les sexes. En ce qui concerne l'âge, deux études suggèrent qu'un plus jeune âge serait associé à une anxiété plus marquée (Hwang et Kim, 2024; Kwon et Lee, 2021). Néanmoins, ces résultats ne sont pas uniformes : par exemple, Regier, Hodgson et Gitlin (2020) ont plutôt observé une association inverse. Enfin, ces mêmes auteurs se sont intéressés également au lien entre l'appartenance ethnique et le risque de présenter de l'anxiété dans un contexte de TNC. Leur analyse factorielle indique que l'appartenance à un groupe ethnique minoritaire serait associée à une expression plus marquée des symptômes anxieux (Regier et al., 2020). Encore une fois, ces résultats pourraient être expliqués par des facteurs sociaux tels que plus d'adversité vécue par les populations issues de la diversité tels que rapportés dans la section ci-après.

2. Facteurs sociaux

L'isolement social, les expériences de rejet ou d'infantilisation ainsi que la stigmatisation sont identifiés comme des facteurs de risque majeurs et modifiables de l'anxiété chez les personnes vivant avec un TNC (Hwang, Massimo et Hodgson, 2020). Ces dynamiques sont particulièrement préoccupantes chez les personnes vivant dans la communauté, où les occasions de socialisation sont parfois limitées.

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées nous rappelle dans ses lignes directrices sur les SCPD (2024) que les personnes issues de la diversité sexuelle ou de groupes culturels minoritaires peuvent être plus exposées à la discrimination et à l'incompréhension, ce qui augmente leur vulnérabilité à l'anxiété, en particulier dans les milieux institutionnels. Les barrières linguistiques peuvent également accentuer la détresse en rendant les interactions avec les soignants plus difficiles (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024), ce qui souligne l'importance de considérer les éléments ethnoculturels en contexte de TNC dans l'évaluation de l'anxiété.



Qu'en est-il des mécanismes biologiques liés à l'anxiété?

Demnitz-King et coll. (2023), dans le cadre d'une revue systématique et une méta-analyse, ont tenté d'examiner si les symptômes anxieux étaient associés à des biomarqueurs de la MA (bêta-amyloïde, protéine tau) chez des adultes sans TNC. Aucun lien significatif n'a été trouvé, ce qui laisse penser que l'anxiété, bien que cliniquement pertinente, ne reflète pas nécessairement les processus neuropathologiques de la MA classiquement étudiés à ce jour, ou qu'elle agit selon d'autres voies, encore à élucider.

3. Facteurs liés aux personnes proches aidantes et au personnel soignant

L'anxiété et la dépression vécues par les personnes proches aidantes sont des prédicteurs significatifs de symptômes anxieux chez les personnes vivant avec un TNC (Hwang et Kim, 2024; Regier et al., 2020). Ces données renforcent l'idée d'une interdépendance émotionnelle dans la dyade personne aidante/personne aidée.

La qualité perçue de la relation entre la personne aidante et la personne aidée est un déterminant important. Une relation conflictuelle ou insatisfaisante avec une personne proche aidante est associée à une anxiété accrue chez la personne vivant avec un TNC (Hwang et Kim, 2024). Tout comme rapporté ci-dessus, cette relation est bidirectionnelle : la détresse psychologique de la personne proche aidante tend à amplifier celle de la personne aidée, et inversement.

Toujours concernant les personnes proches aidantes, Lin et al. (2022) observent que lorsque l'aidant principal est un enfant (plutôt qu'un conjoint) ou lorsque les soins sont partagés entre plusieurs personnes, les niveaux d'anxiété sont moindres chez la personne atteinte d'un TNC. À l'inverse, une charge de soins concentrée sur un seul aidant est un facteur de risque de l'anxiété chez la personne vivant avec un TNC. Enfin, l'âge plus élevé de la personne proche aidante serait quant à lui un facteur de protection de l'anxiété pour la personne aidée (Regier, Hodgson et Gitlin, 2020).

Des pratiques de soins inadaptées, comme les réactions négatives face aux comportements liés au TNC ou un manque de formation du personnel, sont également associées à une anxiété plus marquée, particulièrement dans les établissements de soins de longue durée (Choi et al., 2022 ; Hwang, Massimo et Hodgson, 2020). Une approche bienveillante et compétente semble donc essentielle pour limiter la détresse psychologique de la personne vivant avec un TNC.

4. Facteurs environnementaux

Très peu de facteurs environnementaux ont été identifiés dans les études recensées. Il s'agit, en fait, d'une catégorie de facteurs qui semble moins étudiées dans la littérature scientifique. Parmi les facteurs ayant un impact significatif sur l'anxiété en contexte de TNC, on retrouve la rythmicité contribuant à l'angoisse crépusculaire (jour-nuit), soit une anxiété accrue observée en après-midi (Hwang, Massimo et Hodgson, 2020). Par la suite, certaines données suggèrent une diminution de l'anxiété avec le temps passé en institution, possiblement en lien avec une meilleure habitude à l'environnement, qui devient familier (lieu et individus), mais cela pourrait également être dû à une évolution du TNC (Hwang, Massimo et Hodgson, 2020).

En somme, l'anxiété chez les personnes vivant avec un TNC résulte d'une interaction dynamique entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Plusieurs de ces déterminants sont modifiables, notamment les troubles du sommeil, la douleur, la qualité de la relation entre la personne aidante et la personne aidée, ainsi que les compétences des soignants, offrant ainsi des pistes concrètes pour la prévention et l'intervention. Les données disponibles soulignent également l'importance de tenir compte du milieu de vie (communauté vs établissement) ainsi que des caractéristiques socioculturelles et identitaires dans l'évaluation et la prise en charge.

L'adoption d'une approche multidimensionnelle, individualisée et culturellement sensible, combinée à un soutien structuré aux personnes aidantes et à la formation continue des soignants/professionnels, constitue un levier essentiel pour réduire l'anxiété auprès de cette population. Il convient toutefois de souligner que les résultats présentés reflètent des tendances émergentes issues de contextes d'étude variés et ne sont pas systématiquement généralisables à l'ensemble des populations concernées. Les recherches futures seront déterminantes pour affiner notre compréhension des mécanismes sous-jacents et identifier avec plus de précision les facteurs de risque contextuels et transversaux.

ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF

L'évaluation de l'anxiété chez les personnes vivant avec un TNC demeure un enjeu clinique majeur, en raison de la complexité à distinguer les symptômes anxieux des altérations cognitives ou comportementales liées au TNC lui-même. Il existe une multitude d'outils utilisés pour évaluer l'anxiété chez les personnes vivant avec un TNC. Parmi les plus utilisés, on retrouve l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder), l'Inventaire neuropsychiatrique (INP/NPI) et le Rating Anxiety in Dementia (RAID). Notons que certains de ces outils n'ont pas été spécifiquement développés pour une clientèle aînée, ni même une clientèle présentant un TNC. Une revue systématique de Goodarzi et al. (2019) met en lumière les limites actuelles dans les critères diagnostiques, la diversité des outils utilisés et la variabilité de leur validité dans ce contexte. Ces conclusions sont également reprises par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2024).

L'absence de critères diagnostiques standardisés

Il n'existe actuellement aucun critère universellement accepté pour diagnostiquer les troubles anxieux chez les personnes vivant avec un TNC. La plupart des études incluses dans la revue reposent sur les critères du DSM-IV ou DSM-5, principalement ceux du trouble d'anxiété généralisée (TAG). Or, plusieurs symptômes du TAG tels que les troubles de concentration se recoupent avec les manifestations cognitives du TNC, ce qui complexifie leur interprétation (Goodarzi et al., 2019). Aussi, le registre de l'anxiété en contexte de trouble neurocognitif peut être plus large et devrait également être considéré, tel que la peur de tomber, l'agoraphobie, le trouble panique, etc. Une étude (Starkstein et al., 2007, cités par Goodarzi et al., 2019) a montré que lorsqu'on applique uniquement les critères principaux du TAG, 26 % des personnes atteintes de TNC obtiennent un diagnostic de trouble anxieux. Selon les auteurs, ce taux élevé pourrait toutefois refléter, au moins en partie, un chevauchement entre les symptômes du TNC et ceux du TAG, entraînant ainsi un risque de faux positifs dans ce contexte spécifique.



L'anxiété : un facteur de risque ou un prodrome du trouble neurocognitif ?

Plusieurs travaux récents suggèrent que l'anxiété pourrait jouer un rôle dans l'émergence des TNC, soit en tant que facteur de risque, soit comme symptôme prodromique, précédant les manifestations cognitives.

L'anxiété comme facteur de risque. Des études longitudinales de grande envergure soutiennent l'idée que l'anxiété peut constituer un facteur de risque indépendant pour le développement de la maladie d'Alzheimer (MA) ou d'autres formes de TNC. Burke et al. (2018), dans une étude auprès de plus de 12 000 personnes âgées sans atteinte cognitive initiale, ont observé un risque de MA multiplié par 3,5 chez les personnes rapportant des symptômes anxieux, particulièrement lorsqu'ils coexistent avec une dépression ou des troubles du sommeil. De même, Kassem et al. (2018) ont constaté que des femmes très âgées avec des symptômes anxieux légers présentaient un risque accru de développer dans le futur un TNC, mais que cette association n'était pas retrouvée entre l'anxiété et le risque de développer un trouble cognitif léger. Fait intéressant, une anxiété modérée à sévère qui se résorbait au suivi était aussi liée à un risque accru de TNC comparativement aux femmes âgées qui n'avaient jamais présenté d'anxiété, suggérant que l'évolution de l'anxiété pourrait être un signal préclinique pertinent des TNC.

Une méta-analyse de Kuring et al. (2020) confirme cette tendance : les antécédents de troubles anxieux ou dépressifs au cours de la vie sont associés à un risque accru de développer un TNC, ce qui souligne l'importance de la santé mentale tout au long de la trajectoire de vie dans la vulnérabilité cognitive.

L'anxiété comme symptôme prodromique. Chez les personnes présentant un trouble neurocognitif léger (TNC-L), l'anxiété semble aussi faire partie d'un profil symptomatique prédictif d'une évolution vers un TNC majeur. L'étude de Forrester et al. (2016) a identifié deux sous-groupes présentant une forte prévalence de symptômes anxieux, (a) un groupe « affectif » (dépression + anxiété) et (b) un groupe « sévère » (anxiété + agitation + désinhibition), qui présentaient un risque accru de conversion vers un TNC majeur, majoritairement de type maladie d'Alzheimer.

Les travaux de Guzmán et al. (2021) apportent un éclairage complémentaire : chez les personnes vivant avec un déficit cognitif léger, l'anxiété est fortement liée à la manière dont elles perçoivent leur état cognitif et à leur tendance à « fusionner »¹ avec leurs pensées négatives (Guzmán et al., 2021). Ces résultats suggèrent que l'anxiété dans le déficit cognitif léger pourrait être partiellement expliquée par des facteurs psychologiques et cognitifs, et ainsi ciblée dans des interventions psychothérapeutiques.

En résumé, l'ensemble des données disponibles suggère que l'anxiété pourrait représenter un marqueur précoce et potentiellement modifiable du risque de TNC, que ce soit par son rôle direct, sa cooccurrence avec d'autres symptômes ou sa valeur prédictive dans les phases légères du déclin cognitif. Toutefois, des recherches complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents et préciser la temporalité de ces associations.

¹ La fusion cognitive constitue une forme de distorsion cognitive qui emmène la personne à considérer ses pensées comme des vérités absolues ou des reflets de la réalité plutôt qu'une production mentale

La diversité des outils disponibles et leurs limites

Comme énoncé plus tôt, parmi les nombreux outils utilisés pour évaluer l'anxiété chez les personnes vivant avec un TNC, peu ont été conçus ou validés spécifiquement pour cette population. Plusieurs échelles généralistes, comme le Neuropsychiatric Inventory (NPI), incluent un sous-domaine sur l'anxiété, mais leur validité diagnostique spécifique à l'anxiété n'a pas été établie. En outre, des divergences notables sont observées entre les évaluations des personnes proches aidantes et celles des cliniciens, suggérant une subjectivité importante selon l'évaluateur.

La revue souligne également que de nombreuses études utilisent des outils peu validés comme mesure principale ou secondaire d'anxiété, ce qui expose les résultats à un biais de mesure important.

Le RAID : l'outil recommandé à ce jour pour l'évaluation clinique

Dans leur revue systématique, Goodarzi et al. (2019) ont sélectionné 4 articles de validation leur permettant d'examiner trois outils : Geriatric Anxiety Inventory, Penn State Worry Questionnaire et Rating Anxiety in Dementia (RAID). Parmi ces instruments, le RAID ressort comme l'un des plus prometteurs et adaptés. Développé spécifiquement pour les personnes atteintes d'un TNC, le RAID est basé sur les critères du DSM-III-R, du DSM-IV et de la Classification internationale des troubles mentaux (CIM-10), ainsi que sur plusieurs échelles d'anxiété existantes.

Le RAID se compose de 18 items cliniques et de 2 items descriptifs, évaluant les symptômes sur une période de deux semaines. L'échelle couvre les principales dimensions de l'anxiété, soit :

- L'inquiétude,
- L'appréhension et l'hypervigilance,
- La tension motrice,
- L'hypersensibilité autonome,
- Les phobies,
- Les attaques de panique.

Les items sont cotés sur une échelle de Likert allant de 0 à 3, à partir de données provenant d'un entretien structuré avec la personne, des informations d'une personne proche aidante (si possible), de l'analyse du dossier médical et des observations cliniques. L'échelle est libre d'utilisation (non soumise à des droits d'auteur).

Sur le plan psychométrique, le RAID présente une sensibilité élevée (85 % à 90 %), ce qui en fait un outil de dépistage efficace avec un faible taux de faux négatif. La spécificité est plus variable (de 56 % à 79 %), notamment selon la version linguistique et le contexte d'évaluation (institution, clinique spécialisée, soins aigus). Par exemple, la version norvégienne, testée en soins de longue durée, affiche la spécificité la plus faible (56 %), tandis que les versions anglaises varient entre 67 % et 79 % (Goodarzi et al., 2019). Il n'existe pas encore de version de cet outil validée en français limitant son utilisation clinique au Québec, mais des démarches sont en cours en collaboration avec l'Université du Québec à Montréal afin de traduire en français et de valider l'outil auprès de la population québécoise.

Orientations futures en recherche...

L'évaluation de l'anxiété en contexte de TNC nécessite des instruments adaptés aux particularités cliniques de cette population et fondés sur une compréhension nuancée de l'anxiété dite « cliniquement significative ». Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer des critères diagnostiques plus appropriés dans le cadre du TNC, comparer systématiquement les performances des outils spécifiques vs généralistes et valider de nouveaux instruments comme l'Anxiety in Cognitive Impairment and Dementia Scale (ACID) (Goodarzi et al., 2019). De plus, des études soulignent que les outils d'évaluation utilisés, comme le NPI, peuvent présenter des biais culturels, entraînant une surestimation ou une mauvaise interprétation des symptômes anxieux (Celis et al., 2023). Il est donc essentiel que les futurs travaux tiennent compte du contexte culturel dans l'évaluation de l'anxiété en contexte de TNC.

LES INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES VISANT LA RÉDUCTION DE L'ANXIÉTÉ EN CONTEXTE DE TROUBLE NEUROCOGNITIF

Les interventions non pharmacologiques en contexte de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence suscitent un intérêt croissant. Elles offrent un ensemble d'approches alternatives ou complémentaires à la médication, présentant peu de risques. Elles ont le potentiel d'être modulables aux besoins et capacités des personnes atteintes de TNC. Toutefois, la diversité des modalités d'intervention, des contextes d'application et des outils d'évaluation rend difficile l'identification des approches les plus efficaces. De plus, ces interventions ne sont pas spécifiquement développées pour soulager l'anxiété, mais plutôt un ensemble de manifestations associées aux TNC. Ainsi, leurs mécanismes d'action ne sont pas toujours clairs.

La présente section propose une synthèse croisée de 19 études scientifiques (revues systématiques, méta-analyses et essais cliniques) portant sur l'efficacité des interventions non pharmacologiques pour réduire l'anxiété chez les personnes vivant avec un TNC. L'analyse est structurée selon les types d'interventions évaluées, afin de mettre en lumière les approches les plus prometteuses, les limites méthodologiques récurrentes ainsi que les pistes de recherche à privilégier.

Thérapies psychologiques (TCC, pleine conscience, relaxation, *counseling*)

Les interventions psychologiques, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), ont été largement étudiées, bien que les résultats demeurent mitigés. Plusieurs revues systématiques et méta-analyses (Orgeta et al., 2022; Cao et al., 2023; Robinson et Moghaddam, 2022) indiquent que la TCC pourrait avoir un effet modeste sur l'anxiété, mais les données sont insuffisantes pour conclure à une efficacité robuste. L'effet semble plus marqué sur la dépression que sur l'anxiété, et les résultats varient selon le stade de la maladie et la méthode d'évaluation (autoévaluation vs observation).

Jin et al. (2021) rapportent que trois des quatre études ciblant l'anxiété ont montré des améliorations significatives, notamment avec la TCC et la pleine conscience. Toutefois, une étude n'a

pas démontré d'effet durable, ce qui souligne l'importance d'adapter les interventions au profil cognitif des personnes (Jin et al., 2021). Par ailleurs, l'implication des personnes proches aidantes semble renforcer l'efficacité de ces approches (Jin et al., 2021). Enfin, Robinson et Moghaddam (2022) notent que les effets positifs de ces interventions sur l'anxiété sont modestes et de courte durée, et que les interventions sont plus efficaces chez les personnes vivant avec un TNC que chez celles avec un trouble cognitif léger.

Interventions musicales

Parmi les interventions recensées pour le traitement de l'anxiété chez les PVTNC, la musicothérapie ressort comme l'une des approches les plus prometteuses. Plusieurs méta-analyses (Ting et al., 2023; Kishita et al., 2020; Nimmons et al., 2024) rapportent une réduction significative de l'anxiété, avec des effets modérés à importants. Les interventions personnalisées utilisant les préférences musicales des participants semblent particulièrement efficaces.

Cependant, certaines limites méthodologiques persistent, notamment l'absence de groupes témoins actifs et l'hétérogénéité des protocoles. Malgré cela, la musicothérapie est considérée comme une intervention accessible, peu invasive et bien tolérée.

Activités physiques adaptées (yoga, danse, tai-chi)

Les interventions basées sur le mouvement, telles que la danse et le yoga sur chaise, montrent un potentiel intéressant. Frampton et al. (2024) ont observé une diminution significative de l'anxiété après un programme de yoga sur chaise en milieu de soins. Bennett et al. (2021) ainsi que Wang et al. (2022) rapportent des effets positifs de la danse, bien que les résultats soient parfois contradictoires ou non significatifs statistiquement. Les mécanismes proposés incluent la stimulation sensorielle, l'expression corporelle, l'interaction sociale et la régulation émotionnelle. Toutefois, la qualité méthodologique des études reste variable, et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces effets.

Stimulation cognitive structurée

La thérapie de stimulation cognitive (CST) a été évaluée par Abdelkhalek et al. (2024), qui rapportent une diminution significative de la détresse psychologique globale, bien que la réduction de l'anxiété seule n'ait pas atteint le seuil de significativité. L'adhésion élevée au programme et l'amélioration du bien-être général suggèrent un effet indirect bénéfique sur l'anxiété, particulièrement lorsque l'intervention est adaptée aux capacités des participants.

Interventions technologiques (TIC, robots sociaux)

Les interventions utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC) montrent des résultats contrastés. Domenicucci et al. (2022) rapportent une réduction modeste, mais significative de l'anxiété, notamment avec des programmes d'entraînement cognitif et des systèmes multimédias personnalisés. En revanche, Cho et al. (2023) soulignent l'insuffisance des données pour conclure à une efficacité claire.

Les robots sociaux, tels que Paro ou Nao, ont été évalués dans deux méta-analyses (Rashid et al., 2023; Saragih et al., 2021). Paro a montré un effet modeste sur l'anxiété, mais les résultats globaux des interventions robotisées restent non concluants. Les auteurs appellent à des études mieux contrôlées pour évaluer leur réelle efficacité. Selon les données tirées de la Coalition canadienne pour la santé mentale, des données plus robustes sont retrouvées quant à l'utilisation d'animaux robotisés dans la prise en charge de l'agitation ou des symptômes dépressifs.

Formation du personnel soignant

L'étude d'Allegri et al. (2022) suggère qu'une formation ciblée du personnel hospitalier peut contribuer à une réduction de l'anxiété, bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs. L'amélioration de la qualité des interactions soignant-personne vivant avec un TNC pourrait jouer un rôle protecteur contre l'anxiété en milieu hospitalier.

Interventions multisensorielles et combinées

Certaines revues (Kishita et al., 2020; Nimmons et al., 2024) incluent des approches combinées, telles que la réminiscence, le massage ou les activités multisensorielles. Le massage, en particulier, a montré des effets positifs sur l'anxiété dans plusieurs études, bien que les données restent limitées.

Constats généraux concernant les interventions non pharmacologiques

En conclusion, la musicothérapie ressort comme l'approche la plus soutenue par les données actuelles, avec des effets significatifs et reproductibles. Les interventions psychologiques (notamment la TCC) et les activités physiques adaptées (yoga, danse) montrent également un potentiel intéressant, surtout lorsqu'elles sont personnalisées et soutenues par les personnes proches aidantes. Ces résultats sont conformes avec les lignes directrices de la CCSMPA. Les technologies numériques (TIC, robots sociaux) et les interventions environnementales présentent un intérêt croissant, mais les données sur leur efficacité spécifique contre l'anxiété demeurent limitées. Des recherches mieux contrôlées sont nécessaires pour clarifier leur rôle.

Soulignons que l'efficacité des interventions semble dépendre du stade de la maladie, du niveau cognitif, de la présence d'une personne proche aidante et de la qualité de l'adaptation de l'intervention (durée, format, accessibilité).

Adaptations favorisant l'efficacité des interventions psychologiques chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur

L'efficacité des interventions psychologiques chez les personnes vivant avec un TNC majeur dépend moins du type de TNC que de facteurs individuels, contextuels et cliniques. Une étude observationnelle de grande envergure (Bell et al., 2024) a mis en évidence que les personnes ayant reçu un diagnostic après 65 ans, présentant une symptomatologie dépressive moins sévère et conservant des capacités relationnelles et sociales relativement intactes, répondaient mieux aux traitements. À l'inverse, un diagnostic précoce, des symptômes anxieux ou dépressifs sévères, une atteinte du fonctionnement social ou relationnel ainsi que la prise de médication psychotrope sont tous associés à une réponse moins favorable, voire à un risque accru d'abandon ou de détérioration émotionnelle.

Pour optimiser l'impact des interventions, plusieurs adaptations sont recommandées. Sur le plan structurel, il est suggéré de ralentir le rythme des séances en augmentant leur fréquence ou leur durée, de réduire la taille des groupes et de privilégier les séances à domicile pour améliorer l'accessibilité (Robinson et Moghaddam, 2022; Jin et al., 2021). Le contenu thérapeutique doit être simplifié, avec un langage clair et adapté aux capacités cognitives des participants. L'apprentissage est renforcé par l'utilisation de stratégies telles que la répétition, la récupération espacée et l'entraînement procédural, souvent accompagnés de rappels téléphoniques entre les séances pour soutenir l'adhésion et résoudre les difficultés.

L'environnement thérapeutique doit également être ajusté : limiter les distractions, offrir des supports visuels, écrits ou verbaux et utiliser des aide-mémoires favorisent la rétention et l'engagement. Le style du thérapeute joue un rôle clé : une posture chaleureuse, soutenante, avec des encouragements verbaux et non verbaux ainsi qu'un temps de réponse suffisant facilite la participation active.

L'implication des personnes proches aidantes constitue un levier important. Dans certaines interventions, les personnes proches aidantes agissent comme facilitateurs, soutenant l'application des stratégies entre les séances ou contribuant à l'adaptation du contenu thérapeutique. D'autres approches incluent des modules spécifiquement conçus pour les personnes proches aidantes, leur fournissant des outils concrets pour aider la personne à transférer les apprentissages dans la vie quotidienne (Jin et al., 2021).

En somme, ces adaptations — qu'elles soient structurelles, relationnelles, cognitives ou environnementales — permettent de mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes vivant avec un TNC majeur et d'augmenter les retombées cliniques des interventions psychologiques.



CONCLUSION ET ORIENTATIONS FUTURES

Malgré une reconnaissance croissante de l'anxiété comme symptôme important chez les personnes vivant avec un TNC, plusieurs zones d'ombre persistent. L'anxiété reste moins étudiée que d'autres SCPD tels que la dépression, ce qui limite la compréhension de sa prévalence réelle, de ses manifestations cliniques et de son évolution. Cette situation est en partie attribuable à la manière dont l'anxiété se manifeste auprès de cette population : au lieu de s'exprimer de façon verbale ou introspective, elle prend souvent la forme de comportements tels que l'agitation, les troubles du sommeil, l'irritabilité ou les comportements répétitifs. Ces manifestations sont fréquemment étudiées de manière isolée comme des SCPD distincts, plutôt que comme des expressions possibles d'un état anxieux sous-jacent.

La complexité s'accroît lorsqu'on tente d'étudier l'anxiété à travers les différents stades de la maladie. Aux stades précoces, elle peut s'exprimer sous une forme plus cognitive ou affective, tandis qu'aux stades plus avancés, les manifestations deviennent plus comportementales ou somatiques. Cette variabilité, combinée à la difficulté croissante à évaluer les symptômes de manière fiable à mesure que les capacités de communication déclinent, rend l'étude de l'anxiété particulièrement ardue chez les personnes aux stades modérés à sévères.

Un autre enjeu méthodologique important concerne le rôle des personnes proches aidantes dans l'évaluation des symptômes. Leurs perceptions sont influencées par leur propre niveau de détresse psychologique, leur sentiment de compétence ou le fardeau ressenti. Cela peut introduire un biais dans les données rapportées, notamment en ce qui concerne les symptômes anxieux, moins visibles ou interprétables que des comportements plus évidents comme l'agression ou l'errance. Des recherches futures devraient mieux explorer l'influence des caractéristiques psychologiques des proches sur la prévalence rapportée de l'anxiété et les implications pour le bien-être des deux parties.

Enfin, l'anxiété chez les personnes vivant avec un TNC doit désormais être envisagée dans un contexte clinique de plus en plus complexe. L'interaction entre le trouble neurocognitif et des facteurs tels que des antécédents psychiatriques, une personnalité prémorbide anxieuse, la présence de dépendances, une dynamique familiale difficile ou un milieu de vie difficile peut brouiller les liens cliniques et complexifier l'identification des causes sous-jacentes.

En somme, bien que plusieurs pistes thérapeutiques non pharmacologiques aient été explorées — avec des résultats prometteurs, notamment pour les interventions musicales et cognitives —, les données actuelles restent limitées, et des inconnues majeures subsistent. Une meilleure conceptualisation de l'anxiété dans les TNC, des outils de mesure adaptés aux différents stades et une attention accrue aux contextes relationnels et environnementaux sont nécessaires pour faire avancer la recherche et améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

Références

- Abdelkhalik, H., Elliott, K., Whitfield, T., Pazvantova, K., Zabihi, S., Wenborn, J., et Walker, Z. (2024). Effectiveness of a 14-week protocol for cognitive stimulation therapy for mild dementia: results from a pragmatic study using routinely collected clinical data. *Aging & Mental Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2410256>
- Allegri, N., Rosi, A., Del Signore, F., Cremascoli, R., Cappa, S., Tassorelli, C., et Govoni, S. (2022). Dementia-friendly intervention for hospitalized older adults with cognitive impairments: results of the Italian Dementia-Friendly Hospital Trial (IDENTITÀ). *Aging & Mental Health*, 26(4), 716-724. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1901261>
- Azocar, I., Livingston, G., et Huntley, J. (2021). The association between impaired awareness and depression, anxiety, and apathy in mild to moderate Alzheimer's disease: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 633081. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.633081>
- Bell, G., El Baou, C., Saunders, R., Buckman, J. E., Charlesworth, G., Richards, M. Brown, B, Nurock, S., Michael, S., Ware, P., Aguirre, E., Rio, M., Cooper, C., Pilling, S., John, A. et Stott, J. (2022). Effectiveness of primary care psychological therapy services for the treatment of depression and anxiety in people living with dementia: Evidence from national healthcare records in England. *EClinicalMedicine*, 52, 101692. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101692>
- Bell, G., El Baou, C., Saunders, R., Buckman, J. E., Charlesworth, G., Richards, M., ... et Stott, J. (2024). Predictors of primary care psychological therapy outcomes for depression and anxiety in people living with dementia: evidence from national healthcare records in England. *The British Journal of Psychiatry*, 224(6), 205-212. <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.12>
- Bennett, C. G., Fox, H., McLain, M., et Medina-Pacheco, C. (2021). Impacts of dance on agitation and anxiety among persons living with dementia: An integrative review. *Geriatric Nursing*, 42(1), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.016>
- Brodaty, H., M. H. Connors et al. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: a 3-year longitudinal study. *Journal of the American Medical Directors Association* 16(5), 380-387. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.018>
- Burke, S. L., T. Cadet et al. (2018). Psychosocial risk factors and Alzheimer's disease: The associative effect of depression, sleep disturbance, and anxiety. *Aging & mental health* 22(12): 1577-1584. <https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1387760>
- Cao, Y., Wang, N., Zhang, Q., Shen, N., Bai, J., Luo, X., et Liu, Y. (2023). Effects of cognitive stimulation therapy on patients with dementia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Experimental Gerontology*, 177, 112197. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2023.112197>
- Castelblanco-Toro, S. M., Jurado-Delgado, J., Meneses-Bernal, J. F., Santacruz-Escudero, J. M., et Santamaria-García, H. (2023). Fear of falling as a behavioral symptom in neurocognitive impaired patients: Evidence from an underrepresented population. *Journal of Alzheimer's Disease*, 94(3), 1197-1207. <https://doi.org/10.3233/JAD-230266>
- Celis, K., Zaman, A., Adams, L. D., Gardner, O., Farid, R., Starks, T. D., ... et Cuccaro, M. L. (2023). Neuropsychiatric features in a multi-ethnic population with Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *International journal of geriatric psychiatry*, 38(9), e5992. <https://doi.org/10.1002/gps.5992>
- Chekani, F., Fleming, S. P. et al. (2023). "Prevalence and risk of behavioral symptoms among patients with insomnia and Alzheimer's Disease: A retrospective database analysis." *Journal of the American Medical Directors Association* 24(12): 1967-1967. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.09.013>
- Chen, C., Z. Hu et al. (2018). Prevalence of anxiety in patients with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236, 211-221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.110>
- Cho, E., Shin, J., Seok, J. W., Lee, H., Lee, K. H., Jang, J., ... et Kang, B. (2023). The effectiveness of non-pharmacological interventions using information and communication technologies for behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104392. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104392>

- Choi, A., Martyr, A., Clare, L., Fossey, J., Khan, Z., McDermid, J., et Ballard, C. (2022). Impact of psychotic symptoms and concurrent neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(9), 1474-1479.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.03.017>
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024). Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Toronto, Canada
- Collins, J. D., Henley, S. M. D. et al. (2023). A systematic review of the prevalence of depression, anxiety, and apathy in frontotemporal dementia, atypical and young-onset Alzheimer's disease, and inherited dementia. *International psychogeriatrics* 35(9), 457-476. <https://dx.doi.org/10.1017/S1041610220001118>
- Demnitz-King, H., Saba, L. et al. (2023). Association between anxiety symptoms and Alzheimer's disease biomarkers in cognitively healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 166, 111159. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111159>
- Domenicucci, R., Ferrandes, F., Sarlo, M., Borella, E. et Belacchi, C. (2022). Efficacy of ICT-based interventions in improving psychological outcomes among older adults with MCI and dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 82, 101781. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101781>
- Forrester, S. N., Gallo, J. J. et al. (2016). Patterns of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and risk of dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 24(2), 117-125. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2015.05.007>
- Frampton, K., Oppedijk, L., Hadley, R., et Annett, L. E. (2024). Reduced anxiety and depression and improved mood in older adults living in care homes after participating in chair yoga. *Journal of applied gerontology*, 43(10), 1408-1418. <https://doi.org/10.1177/0733464824124129>
- Goodarzi, Z., Samii, L., Azeem, F., Sekhon, R., Crites, S., Pringsheim, T., ... et Holroyd-Leduc, J. (2019). Detection of anxiety symptoms in persons with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 11(1), 340-347.
- Guzmán, A., Gillanders, D., Stevenson, A., et Ross, K. (2021). Psychosocial adjustment to mild cognitive impairment: the role of illness perceptions, cognitive fusion and cognitive impairment. *Dementia*, 20(2), 464-484. <https://doi.org/10.1177/1471301219893862>
- Han, A. (2022). Mindfulness-based interventions for older adults with dementia or mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Clinical gerontologist*, 45(4), 763-776. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1995561>
- Hwang, Y. et Kim, J. (2024). Influence of caregivers' psychological well-being on the anxiety and depression of care recipients with dementia. *Geriatric Nursing*, 55, 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.10.015>
- Hwang, Y., Massimo, L., et Hodgson, N. (2020). Modifiable factors associated with anxiety in persons with dementia: An integrative review. *Geriatric Nursing*, 41(6), 852-862. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.06.003>
- Isella, V., G. Villa et al. (2015). The neuropsychiatric profile of posterior cortical atrophy. *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 28(2): 136-144. <https://dx.doi.org/10.1177/0891988714554713>
- Jain, N., Wang, Y., Zhang, Y., Jacobsen, E., Andreescu, C., Snitz, B. E., ... et Ganguli, M. (2023). It goes both ways: The relationship between anxiety and mild cognitive impairment. *International journal of geriatric psychiatry*, 38(3), e5899. <https://doi.org/10.1002/gps.5899>
- Jin, J. W., Nowakowski, S., Taylor, A., Medina, L. D., et Kunik, M. E. (2021). Cognitive behavioral therapy for mood and insomnia in persons with dementia: A systematic review. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 35(4), 366-373. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000454>
- Kassem, A. M., M. Ganguli et al. (2018). Anxiety symptoms and risk of dementia and mild cognitive impairment in the oldest old women. *Ageing & Mental Health* 22(4), 474-482. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1274370>
- Kishita, N., Backhouse, T., et Mioshi, E. (2020). Nonpharmacological interventions to improve depression, anxiety, and quality of life (QoL) in people with dementia: an overview of systematic reviews. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 33(1), 28-41. 1 <https://doi.org/10.1177/0891988719856690>

- Kuring, J. K., Mathias, J. L., et Ward, L. (2020). Risk of Dementia in persons who have previously experienced clinically-significant depression, anxiety, or PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 274, 247-261. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.020>
- Kuring, J. K., Mathias, J. L., et Ward, L. (2018). Prevalence of depression, anxiety and PTSD in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology review*, 28, 393-416. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9396-2>
- Kwak, Y. T., Yang, Y., & Koo, M. S., (2017). Anxiety in dementia. *Dementia and neurocognitive disorders*, 16(2), 33. <https://doi.org/10.12779/dnd.2017.16.2.33>
- Kwon, C. Y., et Lee, B. (2021). Prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia in community-dwelling dementia patients: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 741059. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.741059>
- Leung, D. K., Chan, W. C., Spector, A., & Wong, G. H. (2021). Prevalence of depression, anxiety, and apathy symptoms across dementia stages: a systematic review and meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(9), 1330-1344. <https://doi.org/10.1002/gps.5556>
- Lin, P. C., Lin, H. T., Yang, Y. H., & Yang, Y. H. (2022). The effects of caregiver characteristics on behavioral and psychological symptoms of dementia of patients with dementia. *Aging & Mental Health*, 26(2), 263-269. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1857693>
- Nimmons, D., Aker, N., Burnand, A., Jordan, K. P., Cooper, C., Davies, N., ... & Walters, K. (2024). Clinical effectiveness of pharmacological and non-pharmacological treatments for the management of anxiety in community dwelling people living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 157, 105507. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105507>
- Orgeta, V., Leung, P., del-Pino-Casado, R., Qazi, A., Orrell, M., Spector, A. E., & Methley, A. M. (2022). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009125.pub3>
- Pacas Fronza, G., Liddle, J., Mitchell, L. K., Byrne, G. J., Pachana, N. A., & Dissanayaka, N. N. (2022). Phenomenology of anxiety in people living with mild to moderate dementia: A conceptual meta-ethnographic review. *Dementia*, 21(8), 2677-2699. <https://doi.org/10.1177/14713012221123706>
- Rashid, N. L. A., Leow, Y., Klainin-Yobas, P., Itoh, S., & Wu, V. X. (2023). The effectiveness of a therapeutic robot, 'Paro', on behavioural and psychological symptoms, medication use, total sleep time and sociability in older adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 145, 104530. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104530>
- Regier, N. G., Hodgson, N. A., & Gitlin, L. N. (2020). Neuropsychiatric symptom profiles of community-dwelling persons living with dementia: factor structures revisited. *International journal of geriatric psychiatry*, 35(9), 1009-1020. <https://doi.org/10.1002/gps.5323>
- Robinson, A., & Moghaddam, N. (2022). Psychological treatments and therapy adaptations for psychological distress in dementia and mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Mental Health Review Journal*, 27(3), 295-318. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2021-0043>
- Rouch, I., Padovan, C., Boublay, N., Pongan, E., Laurent, B., Trombert-Paviot, B., ... & Dorey, J. M. (2020). Association between executive function and the evolution of behavioral disorders in Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, 35(9), 1043-1050. <https://doi.org/10.1002/gps.5327>
- Rouse, H. J., Small, B. J., Schinka, J. A., Hazlett, A. M., Loewenstein, D. A., Duara, R., & Potter, H. (2020). Neuropsychiatric symptoms as a distinguishing factor between memory diagnoses. *International journal of geriatric psychiatry*, 35(10), 1115-1122. <https://doi.org/10.1002/gps.5333>
- Santabarbara, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Villagrasa, B., Gracia-Garcia, P., Bueno-Notivol, J., ... & Lopez-Anton, R. (2020). Association between anxiety and vascular dementia risk: new evidence and an updated meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1368. <https://doi.org/10.3390/jcm9051368>
- Santabárbara, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Villagrasa, B., Bueno-Notivol, J., Nuez, L., ... & Gracia-García, P. (2020). Does anxiety increase the risk of all-cause dementia? An updated meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1791. <https://doi.org/10.3390/jcm9061791>

- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Sun, T. L., Chia-Ju, L., & Lee, B. O. (2021). Effects of robotic care interventions for dementia care: A systematic review and meta-analysis randomised controlled trials. *Journal of clinical nursing*, 30(21-22), 3139-3152. <https://doi.org/10.1111/jocn.15856>
- Sibley, A., Shrestha, S., Lipovac-Dew, M., & Kunik, M. (2020). Addressing depression with and without coexisting anxiety in community-dwelling persons with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), S84-S85. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.01.110>
- Ting, B., Chen, D. T.-L., Hsu, W.-T., Liang, C.-S., Malau, I. A., Li, W.-C., Lee, S.-L., Jingling, L., & Su, K.-P. (2023). Does music intervention improve anxiety in dementia patients? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Medicine*, 12(17), 5497. <https://doi.org/10.3390/jcm12175497>
- Wang, Y., Liu, M., Tan, Y., Dong, Z., Wu, J., Cui, H., ... & Chi, I. (2022). Effectiveness of dance-based interventions on depression for persons with MCI and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 12, 709208. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709208>

