



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

**Diagnostic et prise en charge
de la maladie d'Alzheimer
et des maladies apparentées**

Argumentaire

Mars 2008

Les recommandations et leurs synthèses sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Glossaire	3
Méthode de travail	5
1 Méthode	5
1.1 Choix du thème de travail.....	5
1.2 Comité d'organisation.....	5
1.3 Groupe de travail.....	5
1.4 Groupe de lecture.....	5
1.5 Version finale des recommandations	5
1.6 Validation par le Collège de la HAS	6
1.7 Diffusion.....	6
1.8 Niveau de preuve et grade des recommandations	6
2 Gestion des conflits d'intérêts	7
3 Recherche documentaire	7
Argumentaire	8
1 Introduction	8
1.1 Méthode.....	8
1.2 Demandeur.....	8
1.3 Délimitation du thème.....	8
1.4 Cibles.....	9
1.5 Contexte	9
2 Diagnostic de la maladie d'Alzheimer	10
3 Diagnostic des autres démences	21
4 Diagnostic précoce et annonce du diagnostic	25
5 Traitements médicamenteux spécifiques	32
6 Traitements médicamenteux non spécifiques	44
7 Interventions non médicamenteuses	51
8 Suivi	61
9 Prise en charge sociale (description des possibilités)	74
9.1 Droits et aides.....	74
9.1.1 Affection de longue durée (ALD)	74
9.1.2 Allocation adulte handicapé (AAH).....	74
9.1.3 Prestation de compensation	74
9.1.4 Indemnités journalières	74
9.1.5 Pension d'invalidité	74
9.1.6 Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)	75
9.1.7 Aide sociale adulte (ASA)	75
9.1.8 Aide au logement.....	75
9.1.9 Aide à l'amélioration de l'habitat.....	75
9.2 Congés existants pour l'aidant salarié	76

9.2.1	Congé de soutien familial	76
9.2.2	Congé de solidarité familiale	76
9.3	Structures d'information et de coordination.....	76
9.3.1	Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)	76
9.3.2	La maison départementale des personnes handicapées (MDPH).....	77
9.3.3	Les réseaux gérontologiques	77
9.3.4	Les coordinations gérontologiques.....	77
10	Coordination des soins et place des différents intervenants	78
	Annexes.....	81
	Bibliographie.....	87
	Participants	88
	Fiche descriptive.....	90

Glossaire

ACE : *Addenbrooke's Cognitive Examination*
ADCS : *Alzheimer Disease Cooperative Study*
ADCS-ADL : *Alzheimer Disease Cooperative Study Activities of Daily Living-Severe Scale*
ADL : *Activities of Daily Living*
AIT : accident ischémique transitoire
AVC : accident vasculaire cérébral
BRDS : *Blessed Roth Dementia Scale*
CAMCOD : *Cambridge Cognitive Examination*
CAMDEX : *Modified Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly*
CDR : *Clinical Dementia Rating*
CLIC : centre local d'information et de coordination
CMP : centre mémoire de proximité
CM2R : centre de mémoire de ressource et de recherche
6-CIT : *6-item Cognitive Impairment Test*
DAD : *Disability Assessment for Dementia*
DSDS : *Dementia Scale for Down Syndrome*
DSM-III-R : *Diagnostic and Statistical Manual, 3rd edn, revised*
DSM-IV : *Diagnostic and Statistical Manual, 4th edn*
EEG : électroencéphalogramme
EGS : évaluation gérontologique standardisée
FAQ : *Functional Activities Questionnaire*
FAST : *Functional Assessment Staging Tool*
FBS : *Frontotemporal Behavioral Scale*
FDG PET : *2-[18F]fluoror-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography*
GDS : *Geriatric Depression Scale*
GPCOG : *General Practitioner Assessment of Cognition*
HMPAO : hexaméthylpropylèneamine oxyme
IADL : *Instrumental Activities of Daily Living*
IQCODE : *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*
IM : intramusculaire
IMC : indice de masse corporelle
IRM : imagerie par résonance magnétique
IV : intraveineux
LCR : liquide céphalo-rachidien
MA : maladie d'Alzheimer
MCI : *Mild Cognitive Impairment*
MDRS : *Mattis Dementia Rating Scale*
MIS : *Memory Impairment Scale*
7-MS : *7-Minute Screen*
MOUSEPAD : *The Manchester and Oxford Universities Scale for the Psychopathological Assessment of Dementia*
MMSE : *Mini-Mental State Examination*
MNA : *Mini-Nutritional Assessment*
NFS : numération et formule sanguine
NINDS : *Neuroepidemiology Branch of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke*
NINCDS-ADRDA : *National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*
NINDS-AIREN : *Neuroepidemiology Branch of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association internationale pour la recherche et l'enseignement en neurosciences*
NP : neuropsychologique
NPI : *NeuroPsychiatric Inventory*
PET : *Positron Emission Tomography*
PDS : *Progressive Deterioration Scale*

RAVLT : *Rey Auditory Verbal Learning Test*

REM : *Rapid Eye Movement*

RUD : *Resource Utilization in Dementia*

SD : *Semantic Dementia*

SIB : *Severe Impairment Battery*

SPECT : *Single Photon Emission Controlled Tomography* (TEMP en français)

TEMP : tomographie d'émission neurophotonique (SPECT en anglais)

TEP : tomographie à émission de positrons (PET en anglais)

TSH : *Thyroid stimulating hormon*

TMT : *Trail Making Test*

WCST : *Wisconsin Card Sorting Test*

Méthode de travail

1 Méthode

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

1.1 Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

1.2 Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents existants, notamment les recommandations. Il propose des professionnels susceptibles de participer au comité de pilotage et aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

1.3 Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour rédiger l'argumentaire scientifique. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président. Les membres du groupe de travail discutent de l'argumentaire scientifique avant d'élaborer des recommandations qui seront soumises à un groupe de lecture.

1.4 Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Il formalise son avis sur les différentes propositions de recommandations par une cotation sur une échelle de 1 à 9 : 1 exprimant un désaccord total et 9 un accord total. Par la suite, la médiane des cotations de chaque proposition de recommandation est calculée. Les propositions de recommandations dont la médiane se situe entre 1 et 3 sont rejetées, celles dont la médiane se situe entre 4 et 6 sont rediscutées et lorsque la médiane est située entre 7 et 9 les propositions sont retenues. Ce groupe de lecture externe est complété par des membres de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission Evaluation des stratégies de santé).

1.5 Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission Evaluation des stratégies de santé. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

1.6 Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition de la commission Evaluation des stratégies de santé, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

1.7 Diffusion

La HAS met en ligne gratuitement sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

1.8 Niveau de preuve et grade des recommandations

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'Anaes (voir *tableau 1*). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 Études cas-témoins Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	C Faible niveau de preuve

2 Gestion des conflits d'intérêts

Les membres du comité d'organisation et du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts.

3 Recherche documentaire

La recherche documentaire a consisté à identifier les recommandations sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées publiées depuis 2000.

Bases de données bibliographiques interrogées :

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis) ;
- Pascal (CNRS-INIST, France) ;
- BDSP (Banque de données en santé publique, Rennes).

Autres sources :

- *National Guideline Clearinghouse* (États-Unis) ;
- HTA Database (*International network of agencies for health technology assessment - INAHTA*) ;
- sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- Internet : moteurs de recherche.

La stratégie d'interrogation de Medline est présentée dans le *tableau 2*.

Tableau 2. Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Recommandations		2000-2007	108
Étape 1	Alzheimer Disease OR Alzheimer's OR Dementia		
ET			
Étape 2	Practice guideline* OR Guideline* OR Health planning guidelines OR Treatment guidelines OR Professional standards OR Recommendation* OR Consensus development conference OR Consensus development conference, NIH OR Consensus conference* OR Consensus statement		

Cinq recommandations récentes en langue anglaise et 8 documents français (recommandations, consensus, rapport) portant sur le thème ont été conservés.

Argumentaire

1 Introduction

1.1 Méthode

La méthode utilisée pour l'élaboration de ces recommandations a consisté à identifier pour chaque question posée par le comité d'organisation les RP et travaux disponibles. Les documents ainsi identifiés ont été envoyés aux membres du groupe de travail afin qu'ils puissent en prendre connaissance avant leur première réunion. Dans l'argumentaire, seules les recommandations ont été rapportées et présentées côte à côte dans des tableaux. Le but de cette présentation est de simplifier la lecture et la comparaison des différentes recommandations existantes, avec mention de leurs grades quand ils étaient disponibles, afin que les membres du groupe de travail puissent proposer pour chaque question posée des recommandations adaptées au contexte français.

La méthode utilisée pour l'élaboration de cette RP ne s'appuyant pas sur une analyse de la littérature consécutive à une recherche documentaire, il n'a pas été possible de grader les recommandations.

1.2 Demandeur

L'élaboration de recommandations professionnelles portant sur le suivi d'un patient atteint de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (y compris les aspects prise en charge à domicile et en institution) répond à une demande du comité de veille de la Société française de neurologie.

1.3 Délimitation du thème

Le thème est limité au diagnostic et à la prise en charge, jusqu'à la démence sévère, **sans traiter de la fin de vie.**

Les questions auxquelles doivent répondre les recommandations sont les suivantes :

Questions cliniques

- diagnostic :
 - diagnostic de la maladie d'Alzheimer,
 - diagnostic différentiel : démence fronto-temporale (forme aphasique ou comportementale), démence à corps de Lewy (associer démence parkinsonienne), démence vasculaire, démence mixte, maladie de Creutzfeldt-Jakob,
 - diagnostic précoce,
 - annonce du diagnostic ;
- stratégie thérapeutique :
 - médicamenteuse :
 - spécifique,
 - non spécifique,
 - non médicamenteuse :
 - thérapies portant sur la cognition,
 - thérapie portant sur l'autonomie fonctionnelle du patient,
 - thérapie portant sur les comportements,
 - thérapie portant sur la qualité de vie,
 - thérapies portant sur les fardeaux de vie ;
- suivi : rythme du suivi, indications des hospitalisations, préparation à l'entrée en institution, gestion des crises.

Questions organisationnelles

- prise en charge sociale (description des possibilités) ;
- coordination des soins et place des différents intervenants.

1.4 Cibles

Ces recommandations sont destinées aux neurologues, gériatres, psychiatres, médecins généralistes, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, infirmiers, travailleurs sociaux, services d'aide à domicile, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et toute personne intervenant auprès de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

1.5 Contexte

La démence, ou plutôt le syndrome démentiel, est caractérisée par une détérioration progressive des fonctions cognitives dont la mémoire, le langage, l'attention, les fonctions visuo-spatiales, les fonctions exécutives (c'est-à-dire les fonctions d'anticipation, d'initiation et de planification des tâches), la conscience de soi et de son environnement, les praxies (capacités gestuelles) et les gnosies (capacités à reconnaître les êtres vivants et les objets) avec un retentissement significatif sur les activités sociales et professionnelles du malade. Le retentissement des troubles est particulièrement et précocement marqué sur certaines activités de la vie quotidienne comme l'utilisation des moyens de transport, la conduite automobile, la prise de médicaments, la gestion du budget, l'utilisation du téléphone, la communication avec autrui en général. La maladie d'Alzheimer est définie par l'association d'un syndrome démentiel et, à l'examen histologique du cerveau, l'existence d'une perte neuronale et la présence de plaques amyloïdes et de dégénérescences neuro-fibrillaires. La maladie d'Alzheimer est la cause principale de syndrome démentiel et en représente au moins deux tiers des cas.

Les autres causes principales de syndrome démentiel sont :

- la démence vasculaire ;
- la démence à corps de Lewy ;
- la démence compliquant la maladie de Parkinson ;
- la démence fronto-temporale.

Une faible proportion des démences, environ 1,5 % des cas, est de cause curable, comme un déficit en vitamine B12 ou une hypothyroïdie.

L'évolution de la maladie d'Alzheimer, comme celle de la plupart des démences, est le plus souvent progressive avec une aggravation des troubles cognitifs, apparition de nouveaux troubles notamment au niveau du comportement des malades et de leur personnalité, aggravation de la dépendance avec, au stade sévère, altération des activités essentielles de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, locomotion). Cette aggravation progressive avec une dépendance de plus en plus marquée dans tous les actes de la vie, avec un comportement de moins en moins supportable pour les familles (fugue, délire, hallucinations, etc.), fait toute la spécificité de la maladie d'Alzheimer et des démences. La dépendance fait partie de la maladie et contribue à la définir. Dans la plupart des autres causes de dépendance même lourde, l'évolution n'est pas de ce type, ou en général elle est beaucoup moins longue, moins insidieuse, moins chronique. La souffrance des familles est donc à son paroxysme avec un sentiment fréquent de culpabilité de ne pouvoir aider convenablement un être cher (1).

La maladie d'Alzheimer est la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et le motif principal d'entrée en institution.

2 Diagnostic de la maladie d'Alzheimer

Les recommandations abordant le diagnostic de la maladie d'Alzheimer (MA) sont présentées dans le *tableau 1* en page suivante.

Dans le document « Alzheimer : l'éthique en questions » de 2007 (2), un chapitre porte sur hérédité et génétique. Les recommandations proposées sont les suivantes :

1 - Le dépistage génétique a-t-il un intérêt ?

Non, en l'état actuel des connaissances, le dépistage génétique ne présente aucun intérêt.

2 - Quel peut être l'apport de la génétique pour établir un diagnostic ?

En pratique courante, en dehors des cas génétiques familiaux, la génétique n'a aucun intérêt diagnostique. La présence de l'allèle epsilon 4 du gène de l'APO-E, associée à une augmentation du risque de développer une maladie d'Alzheimer, n'apporte rien en termes de diagnostic par rapport aux tests neuropsychologiques.

3 - Que proposer lors de la survenue d'une forme génétique familiale ?

En cas de forme génétique familiale de maladie d'Alzheimer, une consultation génétique doit être proposée.

4 - Que proposer à une famille dont plusieurs membres sont atteints ?

Il peut être proposé aux membres par ligne directe d'une telle famille de bénéficier régulièrement d'une consultation de repérage des troubles cognitifs, en adaptant le rythme du suivi à l'âge de début observé dans l'histoire familiale.

5 - Quand faut-il aborder la notion d'hérédité ?

Cette notion sera abordée dans le cadre du suivi et, bien évidemment, sur demande des personnes apparentées.

6 - Quels sont les pistes de recherche et les résultats attendus ?

Les progrès de la génétique feront évoluer les critères de dépistage, de diagnostic et de traitement de la maladie. Le prélèvement de cerveau sur les personnes décédées permet de confirmer ou infirmer un diagnostic. Il est essentiel à tout projet de recherche sur la maladie d'Alzheimer. Les progrès de la génétique dépendent fortement de ces dons, qui pourraient être encouragés.

GÉNÉTIQUE - RAPPELS ET DÉFINITIONS

- Les formes familiales se définissent par la présence d'au moins 50 % de personnes atteintes par génération, sur trois générations, la maladie débutant avant 50 ans. Elles représentent 2 % des cas de maladie d'Alzheimer. Dans ces cas, une mutation génétique est responsable de la maladie.
- Dans plus de 90 % des cas, le risque de développer une maladie d'Alzheimer est attribuable pour moitié à des facteurs génétiques et pour moitié à des facteurs environnementaux (âge, hypertension artérielle, etc.), dont la plupart restent inconnus.
- À ce jour, le seul facteur de risque génétique reconnu est le gène de l'apolipoprotéine E (APO-E).

Tableau 1. Diagnostic de la maladie d'Alzheimer (MA)

	ANAES 2000 (3)	AAN 2001 (4)	SIGN 2006 (5)	NICE 2006 {National Collaborating Center for Mental Health, 2006 22 /id}	EFNS 2007 (7)	« Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère » 2005 (8)
Critères diagnostiques	Le groupe de travail recommande d'utiliser les critères diagnostiques de la MA du DSM-IV.	La définition de la démence du DSM-IIIIR, qui est identique à celle du DSM-IV, est fiable et devrait être utilisée systématiquement (<i>guideline</i>). Il est recommandé d'utiliser systématiquement : - les critères du NINCDS-ADRDA pour le diagnostic d'une probable MA - les critères du DSM-IIIIR pour une démence de type Alzheimer (<i>guideline</i>).	Les critères du DSM-IV ou du NINCDS-ADRDA sont recommandés pour le diagnostic de la MA (grade B.)	Les critères du NINCDS/ADRDA sont recommandés pour le diagnostic de la MA. Les alternatives possibles sont l'IC 10 et le DSM-IV. Le diagnostic de démence ne peut être porté qu'après une évaluation complète comprenant le recueil des antécédents et de l'histoire de la maladie, une évaluation des fonctions cognitives et psychologiques, un examen physique et un inventaire des traitements pris, y compris ceux en OTC.	Les critères du DSM-IIIIR ou du NINCDS-ADRDA sont recommandés pour établir le diagnostic de MA (études de niveau I et II : sensibilité : 81 en moyenne et spécificité : 70 % en moyenne).	En l'absence d'un marqueur direct de sévérité, le MMSE peut être utilisé comme un indicateur, les troubles cognitifs étant habituellement corrélés aux autres troubles : perte d'autonomie, troubles psycho-comportementaux. Une démence modérément sévère correspond à un MMSE entre 10 et 15 ; une démence sévère à un MMSE entre 3 et 9 ; une démence très sévère à un MMSE < 3.
Entretien	- Il est recommandé d'effectuer un entretien avec le patient et un accompagnant capable de donner des informations fiables sur les antécédents médicaux personnels et familiaux, les traitements antérieurs et actuels, l'histoire de la maladie, le retentissement des troubles sur les activités quotidiennes de la vie du patient. - La recherche des antécédents			Il est recommandé de demander au sujet s'il souhaite connaître le diagnostic si celui-ci est établi et avec quelle personne il souhaite le partager.	- Rechercher les domaines cognitifs affectés, le mode de début, le mode évolutif et le retentissement sur la vie quotidienne avec l'ADL. - Préciser le passé médical, les comorbidités, les antécédents familiaux et le niveau d'éducation. - Entretien standardisé avec un informant : IQCODE et/ou BRDS (études de niveau I	

	<p>médicaux porte notamment sur les antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer, ainsi que sur les antécédents et les facteurs de risque cérébrovasculaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'interrogatoire recherche la prise d'alcool ainsi que les prises de médicaments pouvant induire ou aggraver des troubles cognitifs. - L'histoire de la maladie est reconstituée avec le patient et son accompagnant en recherchant le mode de début insidieux et l'évolution progressive des troubles. 				<p>et II) Recommandation : les renseignements concernant l'histoire clinique doivent être complétés par un informant quand cela est possible (grade A).</p>	
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> - L'examen doit apprécier l'état général (perte de poids) et cardiovasculaire (hypertension artérielle), le degré de vigilance (recherche d'une confusion mentale), et les déficits sensoriels (visuel ou auditif) et moteurs pouvant interférer avec la passation des tests neuropsychologiques. L'examen neurologique reste longtemps normal dans la maladie d'Alzheimer. L'existence de signes neurologiques (signe de Babinski, syndrome pseudo-bulbaire, réflexes archaïques, signes extra-pyramidaux, troubles de la verticalité du regard, troubles sphinctériens, troubles de la posture et de la marche, etc.) doit faire évoquer un autre diagnostic que celui de maladie d'Alzheimer à l'origine des troubles cognitifs. 			<p>L'examen clinique déterminera si le patient a besoin d'examens paracliniques complémentaires comme une radiographie pulmonaire ou un ECG.</p>	<p>Recommandation : examen général et neurologique pour tous les patients (<i>good practice point</i>).</p>	<p>Il est recommandé de pratiquer une évaluation clinique globale pour identifier les comorbidités à prendre en compte dans le plan de soins et le projet de vie. Pour les patients âgés, l'EGS s'impose. Il est recommandé d'être attentif aux risques de maltraitance ou de négligence et aux nécessités de mise sous protection juridique. Le premier temps de la consultation est l'écoute du patient et de son entourage. Les pathologies influençant la perte d'autonomie sont analysées de manière prioritaire. La consultation médicale comprend un examen clinique attentif, une évaluation sensorielle, une étude du statut nutritionnel : poids, IMC,</p>

						MNA, une évaluation de la marche et de l'équilibre : Tinetti ou <i>Get up and go test</i> ou station unipodale, une évaluation sphinctérienne, une évaluation de la qualité de vie : échelle QOL-AD de Logsdon et bien sûr de l'environnement du sujet.
Évaluation des fonctions cognitives	<p>- Pour chacune des fonctions cognitives, les symptômes évoquant une détérioration intellectuelle doivent être recherchés : trouble de la mémoire des faits récents et des faits anciens (biographie du patient, etc.), trouble de l'orientation temporo-spatiale, trouble des fonctions exécutives (calcul, jugement, pensée abstraite), trouble du langage (aphasie), difficulté à réaliser des gestes et des actes de la vie courante malgré des fonctions motrices intactes (apraxie), difficulté ou impossibilité à reconnaître des personnes ou des objets malgré des fonctions sensorielles intactes (agnosie).</p> <p>- L'examen doit comprendre une évaluation des fonctions cognitives. Il est recommandé d'effectuer cette évaluation de manière standardisée à l'aide du MMSE dans sa version consensuelle établie par le GRECO (Groupe de recherche et d'évaluations cognitives) (accord professionnel). Le MMSE ne peut en aucun cas être utilisé comme</p>		<p>Chez les patients avec une suspicion de troubles cognitifs, il est recommandé d'utiliser le MMSE pour le diagnostic de démence (grade B).</p> <p>Le bilan cognitif initial peut être amélioré avec l'utilisation de l'ACE (<i>good practice points</i>).</p> <p>Un questionnaire, tel que l'IQCODE, rempli par un membre de la famille ou un ami peut être utilisé pour le diagnostic de la démence (<i>good practice points</i>).</p>	<p>- Le bilan est global et doit inclure l'examen de l'attention, de la concentration, de l'orientation, de la mémoire à court et long terme, des praxies, du langage et des fonctions exécutives.</p> <p>- Le MMSE est fréquemment utilisé, mais d'autres tests sont disponibles : le 6-CIT, le GPCog ou le 7-MS.</p> <p>- L'interprétation des scores de ces tests doit prendre en compte les autres facteurs connus qui affectent leurs performances : niveau d'éducation, compétences, capacités antérieures, langage, tout handicap sensoriel, maladies psychiatriques et problèmes physiques ou neurologiques.</p>	<p>Une évaluation cognitive est centrale pour le diagnostic et la prise en charge des démences. Elle est recommandée chez tous les patients (grade A). Une évaluation quantitative NP, idéalement réalisée par une personne formée à la neuropsychologie, est recommandée chez tous les patients interrogeables aux stades précoce, léger et modéré de démence (grade C). Il est recommandé que le médecin spécialiste réalise un test global cognitif et une évaluation plus détaillée des principaux domaines cognitifs incluant la mémoire, les fonctions exécutives et les fonctions instrumentales (grade C).</p> <p>La batterie de tests recommandée comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fonctions cognitives globales : MMSE ou CDR - mémoire : RAVLT. <p>Test de dépistage pouvant être réalisé en première ligne par les médecins généralistes : MIS.</p>	<p>Le MMSE reste l'outil de première intention. À ce stade de sévérité de la maladie, il existe d'autres outils plus spécifiques utilisés dans les structures spécialisées. La SIB a été conçue pour permettre l'évaluation des patients atteints de démence sévère en tenant compte des spécificités comportementales et cognitives des sujets à ce stade de démence.</p>

	<p>seul test diagnostique d'une MA. L'âge, le niveau socioculturel, ainsi que l'état affectif (anxiété et dépression) et le niveau de vigilance du patient doivent être pris en considération dans l'interprétation de son résultat.</p> <p>- Il n'y a pas d'accord professionnel concernant le choix des autres tests à effectuer dans le cadre d'une évaluation des fonctions cognitives d'un patient suspect de MA. Des tests de réalisation simple (épreuve de rappel de 5 mots, tests de fluence verbale, test de l'horloge, épreuve d'arithmétique, épreuve de similitude, etc.) sont utilisés en pratique clinique en fonction de l'expérience de chaque praticien.</p>				<p>La mémoire sémantique peut aussi être évaluée avec le SD</p> <p>- fonctions exécutives : WCST, TMT, Stroop test, tests de fluences verbales et le <i>digit ordering test</i>.</p>	
<p>Évaluation des activités de la vie quotidienne</p>	<p>Le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne doit être apprécié. Il peut être évalué à l'aide de l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL). L'échelle simplifiée comportant les 4 items les plus sensibles (utilisation du téléphone, utilisation des transports, prise des médicaments, gestion des finances) peut être utilisée. La nécessité d'une aide du fait des troubles cognitifs à au moins un de ces items constitue un retentissement significatif de ces troubles sur l'activité quotidienne du patient.</p>				<p>Le retentissement des troubles cognitifs sur la vie quotidienne doit être systématiquement recherché (grade A). Un entretien semi-structuré avec un accompagnant est recommandé (accord professionnel). Les questionnaires recommandés sont l'ADCS, le FAQ, le PDS et le DAD.</p>	<p>L'échelle ADL de Katz et l'échelle IADL de Lawton sont les outils de référence de l'évaluation des activités de la vie quotidienne. Ces échelles peuvent être complétées par d'autres outils. L'évaluation fonctionnelle par la grille AGGIR sert de base à l'attribution de l'APA. Autres questionnaires : DAD, FAST et ADCS-ADL.</p>

<p>Bilan comportemental et neuropsychologique (NP)</p>	<p>- L'entretien doit rechercher une dépression qui peut parfois se présenter sous l'aspect d'un syndrome démentiel. La version à 4 items de l'échelle de dépression gériatrique peut être utilisée. Le comportement du patient pendant l'entretien doit être apprécié. L'entretien doit rechercher des troubles psychologiques et comportementaux (apathie, dépression, anxiété, trouble du comportement, hallucinations, idées délirantes, etc.) pouvant s'intégrer dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence dégénérative (maladie des corps de Lewy, démence fronto-temporale, etc.). Cet entretien peut être structuré de manière à pouvoir remplir une échelle de dépression telle que la GDS, une échelle de troubles comportementaux telle que le NPI et une échelle de comportement frontal telle que la FBS. Une version traduite en français et validée existe pour chacune de ces échelles.</p> <p>- Si, en dépit de la plainte mnésique, les fonctions cognitives appréciées par le MMSE, les activités de la vie quotidiennes évaluées par l'échelle IADL, et le contexte clinique (absence de troubles de l'humeur et du comportement) sont strictement normaux, une évaluation neuropsychologique (NP) comparative doit être proposée au patient dans le cadre d'un suivi, 6 à 12 mois plus tard. S'il existe le moindre doute sur l'intégrité des</p>		<p>Un bilan NP pourrait être utilisé dans le diagnostic de la démence, particulièrement quand la démence n'est pas cliniquement évidente (grade B) Il peut être utile de répéter les tests NP après 6 à 12 mois chez les patients quand le diagnostic est incertain ou pour mesurer la progression des déficits, qui peut soit confirmer un diagnostic, soit aider à établir un diagnostic différentiel (<i>good practice points</i>).</p>	<p>Un bilan NP est recommandé dans le cadre du diagnostic de démences légères ou douteuses.</p>	<p>Une évaluation des troubles psychologiques et du comportement est essentielle pour le diagnostic et la prise en charge des démences et devrait être réalisée chez tous les patients (grade A). Il est recommandé que cette évaluation soit réalisée auprès du patient et d'un accompagnant proche avec des échelles appropriées (<i>good practice point</i>). Les comorbidités doivent toujours être considérées comme facteur étiologique des troubles (grade C). Trois échelles sont recommandées : NPI, BEHAVE-AD et le MOUSEPAD.</p>	<p>Il est recommandé d'associer le NPI à l'observation clinique directe des symptômes psychologiques et comportementaux. L'échelle de Cohen-Mansfield peut-être utilisée pour l'évaluation des états d'agitation.</p>
---	---	--	--	---	---	---

	<p>fonctions cognitives ou des atypies dans la présentation clinique ou NP, le patient doit être orienté vers une consultation spécialisée afin de réaliser un examen NP et psychiatrique approfondi. Le choix des tests NP à effectuer dans le cadre d'une consultation spécialisée est laissé à l'appréciation de chacun. Ce bilan NP se devra d'évaluer chacune des fonctions cognitives et tout particulièrement la mémoire épisodique. Les tests appréciant la mémoire verbale épisodique et comportant un indiçage et un rappel différé sont très utilisés, notamment le test de Grober et Buschke. D'autres batteries de tests (Wechsler mémoire, WAIS-R, profil d'efficience cognitive, etc.) sont utilisées en fonction de l'expérience de chaque consultation spécialisée.</p>					
<p>Recherche des comorbidités</p>		<p>La dépression est une comorbidité fréquente et traitable des patients déments et son dépistage est recommandé (<i>guideline</i>).</p>	<p>Des investigations physiques incluant des tests de laboratoire peuvent être sélectionnées sur des bases cliniques en fonction de l'histoire et des circonstances cliniques (accord professionnel). Il est recommandé de rechercher la présence d'une dépression associée dans l'évaluation d'une suspicion de démence (grade B).</p>	<p>Il est recommandé de rechercher des comorbidités physiques et psychiatriques, telles que la dépression et la psychose, lors de l'établissement du diagnostic ainsi qu'à intervalles réguliers.</p>	<p>Recommandations : la recherche de comorbidités est importante dans l'évaluation d'un patient avec une démence et doit être réalisée lors du diagnostic mais aussi à tous les stades de l'évolution de la maladie, et plus particulièrement lors de l'aggravation brutale de troubles cognitifs ou comportementaux (<i>good practice point</i>).</p>	

Biologie	<p>Les examens biologiques sont demandés d'une part afin de rechercher une cause curable aux troubles cognitifs observés et d'autre part afin de dépister une comorbidité. Le groupe de travail recommande la prescription systématique d'un dosage de la TSH, d'un hémogramme, d'un ionogramme sanguin (incluant une calcémie), et d'une glycémie (accord professionnel). Si ces examens biologiques ont déjà été pratiqués récemment pour une raison quelconque, il est inutile de les prescrire à nouveau. La sérologie syphilitique, la sérologie HIV, le dosage de vitamine B12, le dosage de folates, le bilan hépatique, la ponction lombaire seront prescrits en fonction du contexte clinique.</p>	<p>Un déficit de vitamine B12 est fréquent chez les sujets âgés, le dosage de la vitamine B12 est recommandé systématiquement lors des évaluations chez les sujets âgés (<i>guideline</i>). En raison de sa fréquence, une hypothyroïdie doit être dépistée chez les sujets âgés (<i>guideline</i>). À moins que le patient ait des facteurs de risque spécifique ou la preuve d'une infection syphilitique préalable, le dépistage de la syphilis chez les patients déments n'est pas justifié (<i>guideline</i>).</p>	<p>Des investigations physiques incluant des tests de laboratoire peuvent être sélectionnées sur des bases cliniques en fonction de l'histoire et des circonstances cliniques (<i>good practice points</i>).</p>	<p>-Il est recommandé de réaliser systématiquement un hémogramme, un ionogramme incluant glycémie, calcémie, créatinine, un bilan hépatique et rénal, un dosage de la vitamine B12 et des folates, ainsi qu'un dosage de la TSH. -La sérologie syphilitique et du HIV n'est pas recommandée de façon systématique. Elles doivent être réalisées chez des sujets avec facteurs de risque ou en fonction de la clinique. Un test urinaire pourra être réalisé si un diagnostic différentiel de délire est envisagé.</p>	<p>Recommandations : le bilan doit être proposé à la première consultation pour chercher une cause possible à l'altération des fonctions cognitives et pour rechercher d'éventuelles comorbidités : vitesse de sédimentation, NFS, plaquettes, ionogramme, calcémie, glucose, bilan hépatique et rénal, TSH. Le dosage de la vitamine B12, les sérologies de la syphilis, HIV et de la maladie de Lyme sont réalisées en fonction de la clinique (<i>good practice point</i>).</p>	
Imagerie	<p>Une imagerie cérébrale systématique est recommandée pour toute démence d'installation récente (accord professionnel). Le but de cet examen est de ne pas méconnaître l'existence d'une autre cause de démence (processus expansif intracrânien, hydrocéphalie à pression normale, lésions d'origine vasculaire, etc.). Il n'est pas recommandé d'effectuer une injection de produit de contraste en l'absence d'élément pouvant le justifier (accord professionnel). Si une imagerie cérébrale a déjà été récemment pratiquée, il n'est pas</p>	<p>- L'imagerie cérébrale structurale avec un scanner sans injection ou une IRM est recommandée dans l'évaluation initiale chez les patients déments (<i>guideline</i>) - Les mesures linéaires ou volumétriques ou ne sont pas recommandées pour le diagnostic de la MA (<i>guideline</i>) - Pour les patients</p>	<p>La réalisation d'une imagerie structurale devrait idéalement faire partie de l'évaluation diagnostique des patients suspectés d'avoir une démence (grade C). Le SPECT peut être utilisé en association avec le scanner pour aider à établir un diagnostic de démence quand celui-ci n'est pas certain (grade C).</p>	<p>Il est recommandé de réaliser une imagerie cérébrale structurale pour exclure une autre pathologie cérébrale et définir le type de démence (IRM ou scanner). L'IRM doit être préférée au stade débutant de la MA et pour détecter des changements vasculaires sous-corticaux. L'avis de spécialistes est requis pour l'interprétation de l'imagerie chez des</p>	<p>Recommandations : il est recommandé qu'une imagerie structurale soit réalisée chez tous les patients pour lesquels une démence est suspectée : une imagerie structurale sans injection peut être utilisée pour identifier des lésions chirurgicalement traitables et des lésions vasculaires (grade A). Si on veut augmenter la spécificité (en particulier en cas de diagnostics différentiels), il est recommandé de réaliser une IRM avec des temps T1,</p>	<p>Une imagerie cérébrale systématique est recommandée pour toute démence d'installation récente quel qu'en soit le stade. Tout patient présentant une aggravation brutale non expliquée des troubles cognitifs ou comportementaux doit bénéficier d'une imagerie structurale encéphalique.</p>

	<p>recommandé de la répéter en l'absence d'élément susceptible de la motiver. Cet examen sera au mieux une imagerie par résonance magnétique nucléaire, à défaut une tomodensitométrie cérébrale, en fonction de l'accessibilité à ces techniques (accord professionnel). La réalisation systématique d'une imagerie par émission monophotonique (SPECT) dans le but de porter un diagnostic positif de maladie d'Alzheimer n'est pas recommandée (accord professionnel). Cet examen peut être demandé en cas de démence atypique, ou s'il existe un doute quant au diagnostic différentiel avec une démence fronto-temporale (grade C). La réalisation d'une imagerie par émission de positrons (PET) n'est pas recommandée (accord professionnel). Cet examen pourrait être utile dans les cas où le diagnostic clinique n'est pas établi, mais en l'état actuel des choses dans notre pays, cet examen est réservé aux protocoles de recherche clinique.</p>	<p>avec suspicion de démence, le SPECT n'est pas recommandé dans le diagnostic initial ou différentiel, le SPECT n'a pas démontré de supériorité par rapport aux critères cliniques (<i>guideline</i>). - Le PET n'est pas recommandé dans l'évaluation diagnostique d'une démence (<i>guideline</i>).</p>		<p>sujets avec des troubles de l'apprentissage ou en cas de recherche de signes vasculaires. - L'imagerie par émission monophotonique (SPECT à l'HMPAO) doit être réservée pour confirmer un diagnostic différentiel de démence vasculaire ou de démence fronto-temporale. Elle n'est pas recommandée dans le syndrome de Down (trisomie 21). - Si le SPECT à l'HMPAO n'est pas disponible, il peut être envisagé de réaliser un FDG PET pour différencier une MA, une démence vasculaire et une démence fronto-temporale en cas de doute.</p>	<p>T2 et des séquences FLAIR (grade A). Les examens fonctionnels : SPECT et PET peuvent être utiles en cas de diagnostic incertain après examen clinique et imagerie structurale (grade B).</p>	
Électroencéphalogramme (EEG)	<p>La réalisation d'un EEG n'est recommandée qu'en fonction du contexte clinique (crise comitiale, suspicion d'encéphalite ou d'encéphalopathie métabolique, suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob, etc.) (accord professionnel). La réalisation d'un EEG avec analyse spectrale (EEG quantifié) et l'enregistrement des potentiels évoqués cognitifs ne sont pas</p>		<p>L'EEG n'est pas recommandé comme examen de routine pour la démence (grade B).</p>	<p>L'EEG n'est pas recommandé, mais peut être considéré sauf en cas de syndrome confusionnel, de suspicion de démence fronto-temporale ou de Creutzfeldt-Jakob ou de survenue de crises d'épilepsie.</p>	<p>Recommandations : l'EEG ne doit être réalisé que devant une suspicion de syndrome de Creutzfeldt-Jakob ou une amnésie post-épilepsie (grade B).</p>	

	recommandés (accord professionnel).					
Ponction lombaire et LCR		L'examen du LCR ou la recherche de biomarqueurs dans le LCR ne sont pas recommandés pour le diagnostic de la MA (<i>guideline</i>).	L'examen du LCR n'est pas recommandé comme examen de routine pour la démence (grade B).	La PL n'est pas recommandée, sauf en cas de suspicion de syndrome de Creutzfeldt-Jakob ou d'autres formes de démence rapidement progressive.	Recommandations : une analyse standard du LCR (cellules, protéine, glucose, électrophorèse des protéines) est recommandée chez les patients avec une présentation clinique atypique ou en cas de suspicion de certaines maladies (accord professionnel). Le dosage dans le LCR des protéines : TAU totale, phospho-TAU et AB42, peut être réalisé en cas de diagnostic douteux (grade B).	
Génétique	Dans l'état actuel des connaissances, le groupe de travail ne recommande pas la réalisation d'un génotypage de l'apolipoprotéine E comme test diagnostique complémentaire de la maladie d'Alzheimer (grade C).	- Le dosage du génotype APOE-4 n'est pas recommandé en cas de suspicion de MA (<i>guideline</i>). - Aucun marqueur génétique n'est recommandé en pratique courante pour le diagnostic de MA (<i>guideline</i>).		- Les professionnels de santé qui travaillent avec des sujets susceptibles d'avoir une cause génétique pour leur démence (forme autosomique dominante de MA familiale ou de démence fronto-temporale, forme autosomique dominante d'artériopathie avec des infarctus sous-corticaux, leucoencéphalopathie ou maladie de Huntington) doivent leur proposer, ainsi qu'aux membres non atteints de leur famille, une consultation en	Recommandations : le dépistage de mutations pathogéniques connues peut être réalisé chez les patients avec un phénotype approprié ou des antécédents familiaux de démence avec transmission autosomique dominante. Ce dépistage ne peut être entrepris que dans des centres spécialisés avec assistance auprès du patient et de la famille et recueil d'un consentement (bonne pratique). Un dépistage pré-symptomatique peut être réalisé chez des adultes avec une histoire familiale connue, et quand il y a une mutation connue chez un individu affecté pour s'assurer qu'un résultat négatif est cliniquement	

				<p>conseil génétique. - Si une cause génétique de démence n'est pas suspectée, incluant les démences à début tardif, la réalisation d'un génotype n'est pas recommandée.</p>	<p>significatif. Il est recommandé de suivre le protocole utilisé pour la maladie de Huntington (<i>good practice point</i>). La recherche en routine du génotype de l'Apo E n'est pas recommandée (grade B)</p>	
Biopsie cérébrale				<p>La biopsie cérébrale peut être considérée seulement pour des sujets soigneusement sélectionnés pour lesquels on suspecte une démence curable dont le diagnostic ne peut pas être établi autrement.</p>	<p>Recommandations : La biopsie cérébrale peut fournir un diagnostic spécifique dans certaines démences rares. Ce prélèvement ne doit être entrepris que dans des centres spécialisés soigneusement sélectionnés (<i>good practice point</i>).</p>	

3 Diagnostic des autres démences

Les recommandations abordant le diagnostic des autres démences sont présentées dans le *tableau 2* en page suivante.

Tableau 2. Diagnostic des autres démences

	ANAES 2000* (3)	AAN 2001 (4)	SIGN 2006 (5)	NICE 2006 {National Collaborating Center for Mental Health, 2006 22 /id}	EFNS 2007 (7)	OPEPS 2005 (1)
Démence vasculaire		L'échelle ischémique d'Hachinski peut être utilisée dans le diagnostic de la démence vasculaire (option).	L'échelle ischémique d'Hachinski ou les critères du NINDS-AIREN peuvent être utilisés dans le cadre du diagnostic de la démence vasculaire (grade B). - Bilan NP : dysfonction exécutive.	- Les critères recommandés sont les critères NINDS-AIREN. Les alternatives sont l'ICD-10 et le DSM-IV. - L'IRM doit être préférée au stade débutant de la MA et pour détecter des changements vasculaires sous-corticaux. L'imagerie par émission monophotonique (SPECT à l'HMPAO) doit être réservée pour confirmer un diagnostic différentiel de démence vasculaire ou de démence fronto-temporale. Si le SPECT à l'HMPAO n'est pas disponible, il peut être envisagé de réaliser un FDG PET pour différencier une MA, une démence vasculaire et une démence fronto-temporale en cas de doute.	Les critères diagnostiques du NINDS-AIREN ont montré une sensibilité de 43 % et une spécificité de 95 % dans une seule étude publiée de classe I. Une imagerie structurale sans injection peut être utilisée pour identifier des lésions chirurgicalement traitables et des lésions vasculaires (grade A).	Critères NINDS-AIREN.
Démence fronto-temporale (DFT)	Un SPECT peut être demandé en cas de démence atypique, ou s'il existe un doute quant au diagnostic différentiel avec une démence fronto-temporale (grade C).	Les critères diagnostiques du consensus pour la démence fronto-temporale peuvent être utilisés en clinique pratique (option). La recherche de mutations tau ou de mutations des gènes liés à la maladie d'Alzheimer n'est pas recommandée	Il est recommandé que les critères diagnostiques (Lund-Manchester) soient pris en compte dans l'évaluation clinique (grade C). - Bilan NP : caractérisé par des déficits de la mémoire sémantique et de l'attention/fonctions	- Les critères recommandés sont les critères de Lund-Manchester et les critères de NINDS. - L'imagerie par émission monophotonique (SPECT à l'HMPAO) doit être réservée pour confirmer un diagnostic différentiel de démence vasculaire ou de démence fronto-temporale. Si le SPECT à l'HMPAO n'est pas disponible, il peut être envisagé de réaliser un FDG PET pour	Pas de syndrome clinique spécifique. Le MDRS est plus approprié pour l'évaluation et le suivi de des démences fronto-temporales et fronto-sous-corticales. Les troubles des fonctions exécutives sont un élément prédominant	Critères de Neary.

		<p>dans l'évaluation systématique de patients ayant une démence fronto-temporale (<i>guideline</i>).</p>	<p>exécutives.</p>	<p>différencier une MA, une démence vasculaire et une démence fronto-temporale en cas de doute.</p> <p>L'EEG n'est pas recommandé, mais peut être considéré sauf en cas de syndrome confusionnel, de suspicion de démence fronto-temporale ou de Creutzfeldt-Jakob ou de survenue de crises d'épilepsie.</p> <p>Les professionnels de santé qui travaillent avec des sujets susceptibles d'avoir une cause génétique pour leur démence (forme autosomique dominante de MA familiale ou de démence fronto-temporale, forme autosomique dominante d'artériopathie avec des infarctus sous-corticaux, leucoencéphalopathie ou maladie de Huntington) doivent leur proposer, ainsi qu'aux membres non atteints de leur famille, une consultation en conseil génétique.</p>	<p>et essentiel du diagnostic des démences fronto-temporales et des paralysies supranucléaires progressives.</p> <p>La configuration de l'atrophie est plus utile que l'atrophie dans la démence fronto-temporale comparativement à la MA (classe II).</p>	
Démence à corps de Lewy		<p>Les critères diagnostiques du Consortium pour la démence à corps de Lewy peuvent être utilisés en pratique clinique (option).</p> <p>La réalisation de tests génétiques chez des patients avec une suspicion de démence à corps de Lewy n'est pas recommandée (<i>guideline</i>).</p>	<p>Il est recommandé que les critères diagnostiques (Consortium pour les critères de la démence corps de Lewy) soient pris en compte dans l'évaluation clinique (grade C).</p> <p>- Bilan NP : troubles visuospatiaux et frontaux plus marqués que dans MA.</p>	<p>Les critères recommandés sont les critères du consensus international pour la démence à corps de Lewy.</p>	<p>Le Consortium pour les critères diagnostiques de la démence à corps de Lewy de 1996 a montré des sensibilités plutôt basses dans des études de classe I et II. Données de l'examen neurologique : syndrome extrapyramidal ou myoclonies.</p> <p>Mouvements rapides des yeux (REM) et des troubles du sommeil paradoxal sont</p>	<p>Consortium pour les critères diagnostiques de la démence à corps de Lewy.</p>

					caractéristiques de la démence à corps de Lewy (classe II).	
Démence parkinsonienne				Les recommandations concernant la démence à corps de Lewy peuvent être utiles pour les patients avec une démence parkinsonienne.		
Maladie de Creutzfeldt-Jacob	Pas de recommandation. En cas de suspicion clinique, réalisation d'un EEG (accord professionnel).	Les critères cliniques pour la maladie de Creutzfeldt-Jacob peuvent être utilisés dans les syndromes démentiels rapidement progressifs (<i>guidelines</i>). La réalisation de tests génétiques chez des patients avec une suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob n'est pas recommandée (<i>guideline</i>). Le dosage de la protéine 14-3-3 du LCR est recommandé pour confirmer ou rejeter le diagnostic de maladie de Creutzfeldt-Jacob dans le cadre de circonstances cliniques appropriées (<i>guideline</i>).	L'analyse du LCR et l'EEG peuvent être utiles quand une maladie de Creutzfeldt-Jacob est suspectée (<i>good practice points</i>).	La PL n'est pas recommandé, sauf en cas de suspicion de syndrome de Creutzfeldt-Jakob ou d'autres formes de démence rapidement progressive. L'EEG n'est pas recommandé, mais peut être considéré sauf en cas de syndrome confusionnel, de suspicion de démence fronto-temporale ou de Creutzfeldt-Jakob ou de survenue de crises d'épilepsie.	Recommandations : - l'EEG ne doit être réalisé que devant une suspicion de syndrome de Creutzfeldt-Jakob ou une amnésie post-épilepsie (grade B). - Pour l'identification de maladie de Creutzfeldt-Jacob en cas de démence rapidement progressive, le dosage de la protéine 14-3-3 est recommandé (grade B).	

* porte uniquement sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer

4 Diagnostic précoce et annonce du diagnostic

Les recommandations abordant le diagnostic précoce et l'annonce du diagnostic sont présentées dans le *tableau 3* en page suivante.

Dans le document « Alzheimer : l'éthique en questions » de 2007 (2), des recommandations portent sur le diagnostic à un stade évolué de la maladie et sur le suivi après l'annonce du diagnostic. Elles sont présentées ici à titre d'information.

Diagnostic à un stade évolué de la maladie

1 - Le diagnostic à un stade tardif a-t-il un intérêt ?

Oui, car connaître le diagnostic, même à un stade tardif, permet une meilleure prise en charge. À tous les stades de la maladie, au domicile comme en EHPAD, une prise en charge médico-psycho-sociale est possible.

Oui, car le diagnostic soulage souvent les proches en leur permettant de mettre des mots sur leur expérience passée et présente.

2 - L'annonce du diagnostic à un stade tardif a-t-elle des particularités ?

Oui, du fait des troubles cognitifs et des difficultés de communication du patient. Annoncer le diagnostic à ce stade nécessite une écoute particulière du patient, un choix soigneux des mots et une prise en compte de ses capacités de communication.

Oui, car le diagnostic est alors souvent annoncé lors d'une situation de crise, notamment à l'occasion d'une hospitalisation en « catastrophe », et donc dans un contexte de stress important, de fatigue, voire de *burn-out* de l'aidant principal. Faute d'un accompagnement antérieur, des décisions souvent difficiles et douloureuses pour le patient et sa famille doivent alors être prises dans l'urgence.

Suivi après l'annonce du diagnostic

1 - L'annonce du diagnostic doit-elle être accompagnée ?

Oui, l'annonce du diagnostic doit toujours être accompagnée. En effet, la survenue de la maladie est un choc émotionnel pour le patient et pour ses proches, qui se concrétise lors de l'annonce diagnostique et qui s'inscrit dans un contexte de stress et d'inquiétude. La qualité de la relation, lors de l'annonce, influera sur la qualité du suivi du patient et de la famille.

En annonçant le diagnostic, le médecin s'engage vis-à-vis du patient et de son entourage proche : il les accompagnera et assurera un suivi durant toute la maladie.

L'annonce du diagnostic s'accompagne systématiquement d'une proposition de projet de soins pour le malade et d'accompagnement, pour lui et sa famille. La présentation d'éléments positifs vis-à-vis de l'avenir (effets positifs des traitements, existence de programmes de prise en soins) est rassurante.

2 - Comment s'assurer de la compréhension du diagnostic et du projet de soins par le patient ?

Savoir accepter le malaise potentiel qui suit l'annonce et respecter le silence du patient.

Explorer le vécu, la perception, les représentations qu'a le patient de sa maladie et de ses troubles (expériences antérieures dans la famille ou l'entourage) car ils sont autant de facteurs qui peuvent soit freiner, soit favoriser la bonne compréhension du diagnostic et l'adhésion au projet de soins. Cela permet aux soignants de comprendre le point de vue du patient et de son entourage : « Il n'est pas fou, il ne perd pas la tête, mais il souffre d'une maladie neurologique ».

Être loyal et toujours dire les choses en présence du malade. « Ne rien dire qui ne soit vrai » et « ne pas supprimer tout espoir ».

Prendre son temps, révéler la vérité par étapes, sans précipitation, permet de ne pas générer de situation de rupture et d'atténuer les bouleversements affectifs. Il ne faut pas submerger le patient d'informations et d'explications dès la première consultation.

Privilégier l'échange oral pour informer le patient et ne pas se contenter de remettre des documents écrits.

Aménager des temps spécifiques pour le patient, pour l'aidant et pour le couple patient/aidant. La prise en soins du patient étant pluridisciplinaire, ces temps spécifiques peuvent être assurés par les différents professionnels de santé qui y participent.

Développer les réseaux autour des consultations mémoire et y inclure les médecins généralistes. Cela permettra d'assurer un suivi plus solide, plus proche et personnalisé, et évitera les retours intempestifs ou trop rapides vers les consultations mémoire.

3 - Comment s'assurer de la compréhension du diagnostic et du projet de soins par la famille et les proches ?

Le soignant doit consacrer une attention particulière à ceux qui assurent le rôle d'aidant naturel. La rencontre avec la famille demande un temps de dialogue, un temps de symbolisation de son histoire.

Le temps de la consultation peut se prolonger en donnant un numéro de téléphone de recours (numéro d'un professionnel identifié plutôt qu'un numéro vert anonyme).

Tableau 3. Diagnostic précoce et annonce du diagnostic

	OPEPS 2005 (1)	NICE 2006 {National Collaborating Center for Mental Health, 2006 22 /id}	EFNS 2007 (7)	« Alzheimer : l'éthique en questions » 2007 (2)
Diagnostic précoce	<p>- Le MCI ne fait pas actuellement l'objet d'un consensus sur sa définition ce qui est source de multiples controverses. Cette phase très précoce de la maladie est encore du domaine de la recherche et ne justifie pas actuellement un dépistage.</p> <p>- Pas de démonstration directe de l'intérêt de la mise en place d'une détection systématique de la MA dans la population ou en consultation de médecine générale.</p> <p>- En l'absence de recours aux soins ou de possibilité diagnostique, ou d'accompagnement, la détection précoce (définie empiriquement jusqu'à un MMS de 20) ne peut être recommandée en l'état des connaissances et devrait faire l'objet d'étude d'intervention adéquate.</p>	<p>-Le dépistage de la démence dans la population générale n'est pas recommandé.</p> <p>- Les équipes de soins primaires doivent référer les patients qui montrent des signes de MCI pour évaluation à des centres de mémoire pour les aider à identifier une démence précoce, car 50 % des patients avec MCI développent ultérieurement une démence.</p> <p>- Les sujets avec des troubles de l'apprentissage réalisant un bilan de santé doivent être informés qu'ils font partie d'un groupe pour lequel le risque de démence est plus élevé. Ceux qui appartiennent à d'autres groupes à haut risque (AVC ou autres maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson) et qui réalisent un bilan de santé doivent être informés d'une possibilité de démence ultérieure.</p> <p>- Les services de mémoire qui ont identifié des patients avec MCI (incluant ceux sans troubles de la mémoire qui peuvent être absents dans les stades précoces de démences non-Alzheimer) devaient offrir un suivi pour évaluer le déclin cognitif ainsi que</p>		<p>1 - Quelles maladies dépister et comment ? Pour qu'une campagne de dépistage soit justifiée, il faut que la maladie à dépister réponde aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il existe un stade présymptomatique de la maladie ; - des outils de dépistage validés sensibles, spécifiques, reproductibles et acceptables économiquement et éthiquement sont disponibles ; - le dépistage de la maladie à un stage pré-symptomatique doit modifier significativement le cours ou les conséquences de la maladie. <p>La campagne se fait en invitant de façon systématique la population générale ayant l'âge concerné à faire les tests de dépistage.</p> <p>2 - Le dépistage a-t-il un intérêt dans la maladie d'Alzheimer ?</p> <p>Non, dans l'état actuel des connaissances et avec les moyens actuels du système de santé, le dépistage de la maladie d'Alzheimer ou apparentée n'est pas recommandé.</p> <p>Aucune conférence de consensus ne recommande le dépistage (<i>U.S. Preventive Services Task Force, American Academy of Neurology, Canadian Task Force on Preventive Health Care, Direction générale de la santé, Consensus européen sur la maladie d'Alzheimer</i>). Les études sur l'intérêt du dépistage dans la maladie d'Alzheimer sont peu nombreuses et insuffisamment pertinentes sur le plan méthodologique.</p> <p>3 - Le diagnostic précoce a-t-il un intérêt dans la maladie d'Alzheimer ?</p> <p>Oui, le diagnostic précoce est recommandé dans la maladie d'Alzheimer, uniquement s'il est accompagné d'un engagement de prise en charge. La mise en place précoce de thérapeutiques, d'une</p>

		<p>d'autres signes possibles de la démence pour débiter les soins à un stade précoce.</p>		<p>prise en charge et d'un accompagnement assure une meilleure qualité de vie aux patients et aux aidants sur un temps plus prolongé, et retarde l'entrée en institution.</p> <p>Pour la mise en place précoce d'une prise en charge adaptée du patient (prise en charge cognitive, prévention des complications médicales, prévention des conséquences sociales, désignation par le malade d'une personne de confiance, directives anticipées, protection juridique, traitements, etc.).</p> <p>Le diagnostic précoce permet de donner une information plus objective à la famille sur la maladie, à un moment où le malade est à un stade paucisymptomatique 1 et communique encore avec ses proches. Il permet aussi de prévenir l'épuisement familial par la mise en place précoce et progressive des aides et soutiens nécessaires.</p> <p>4 - Dans quelle population et avec quels outils le diagnostic précoce doit-il être fait ?</p> <p>Le diagnostic précoce doit être proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux personnes exprimant une plainte mnésique réelle ; - aux personnes chez lesquelles l'entourage remarque l'apparition ou l'aggravation de troubles mnésiques et/ou un changement psycho-comportemental (apathie, désintérêt, agressivité, dépression, désinvestissement, changement ou trouble du caractère, trouble du comportement, etc.) ; - aux patients venant consulter ou étant hospitalisés pour une pathologie qui peut être reliée aux troubles cognitifs (chute, accident vasculaire cérébral, perte d'autonomie, etc.). <p>Les outils doivent être simples, sensibles, validés, de passation rapide. Il est nécessaire d'évaluer les fonctions cognitives et l'autonomie.</p> <p>5 - Faut-il annoncer le diagnostic à un stade pré-clinique (<i>Mild Cognitive Impairment</i>) ?</p> <p>Oui, le <i>Mild Cognitive Impairment</i> (MCI) justifie un suivi régulier, bien qu'il demeure aujourd'hui une entité dont les caractéristiques ne sont pas totalement fixées. À défaut d'être retenu comme le</p>
--	--	---	--	--

				<p>stade le plus précoce d'une pathologie démentielle, il constitue au moins un facteur de risque important d'évolution défavorable et doit être explicité comme tel au patient.</p> <p>6 - Quels sont les freins au diagnostic précoce ? Les freins sont multiples, d'ordre à la fois social et médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La maladie est encore parfois méconnue : banalisation des symptômes rapportés à l'âge, par la personne et son entourage, voire par les médecins ; sensibilisation et formation des médecins encore insuffisante. - Elle est encore une maladie tabou, qui fait peur. Elle est source d'exclusion, de rupture des liens sociaux. - Autres facteurs : âge avancé, isolement social, précarité, déficit sensoriel, polyopathie qui masque les symptômes, etc. <p>7 - Quels sont les moyens d'améliorer la précocité et la qualité du diagnostic ? Informer la population sur la maladie d'Alzheimer (par des campagnes d'information grand public ou ciblées) afin de changer l'image de la maladie. Améliorer la formation, initiale et continue, des médecins généralistes et spécialistes, et des formateurs médicaux et paramédicaux. Développer des partenariats entre professionnels concernés (complémentarité des compétences).</p>
<p>Annonce du diagnostic</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'annonce du diagnostic est une obligation légale. - L'annonce du diagnostic est nécessaire non seulement parce que c'est du diagnostic que dépend le traitement et le plan de soins, une meilleure attitude de l'entourage, l'anticipation des périodes de crises, le choix des décisions auquel le patient peut participer. De plus, l'indication des traitements est inscrite sur la notice des boîtes de médicaments. Les patients sont le plus souvent capables de 	<ul style="list-style-type: none"> - Il est recommandé de demander au sujet évalué pour une possible démence s'il souhaite connaître le diagnostic et avec qui il souhaite le partager. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le diagnostic doit être énoncé avec tact et accompagné d'informations sur les conséquences et la progression de la maladie (<i>good practice point</i>). - Les sujets doivent être adressés vers une association Alzheimer locale ou nationale (<i>good practice point</i>). - Dans les pays où cela est possible, les médecins doivent impliquer le sujet dans le choix du traitement et du programme de soins (<i>good practice point</i>). 	<p>1 - Faut-il annoncer le diagnostic ? Oui, il faut annoncer le diagnostic (Loi du 4 mars 2002, Code de déontologie médicale). L'objectif est de chercher à dire la vérité à la personne malade. Si elle en est d'accord, le diagnostic sera communiqué à sa famille ou à la personne de son choix. L'adhésion de la personne au projet de soins et au traitement n'est possible que si le diagnostic a été annoncé. À un stade précoce, les capacités cognitives de la personne sont suffisamment conservées pour que la compréhension en soit possible. Il est inconcevable que la personne apprenne seule le diagnostic en lisant la notice d'un médicament.</p> <p>2 - Y a-t-il un risque à annoncer le diagnostic ?</p>

	<p>comprendre les explications, au moins en début de maladie, et les erreurs diagnostiques par excès sont rares. Le risque de réaction catastrophique est très limité et le suicide est exceptionnel. Toutefois un accompagnement psychologique après l'annonce du diagnostic pour le malade et l'aidant serait tout à fait souhaitable. Il est malheureusement le plus souvent impossible en raison du manque de moyens et de temps. Cet accompagnement permettrait de limiter le sentiment d'isolement des patients.</p>			<p>Non, sous réserve de traiter préalablement tout état dépressif majeur, par ailleurs très rare. 3 - À qui annoncer le diagnostic ? À la personne malade. - Si le patient est demandeur et sa famille s'oppose à ce qu'il connaisse le diagnostic, annoncer le diagnostic à la personne malade en tenant compte des motifs évoqués par la famille. Rechercher et analyser les raisons de l'opposition de la famille et tenter de la lever. - Si le patient présente des difficultés de compréhension du fait du stade avancé de la maladie, il doit pourtant rester acteur et non simple objet de soins. C'est à lui et pas seulement à ses proches que le diagnostic doit être annoncé. À la famille ou à la personne de confiance avec l'accord de la personne. - Le fait d'accepter d'être accompagné à la consultation par cet aidant pourrait signifier un accord implicite pour ce partage. - Si le patient est indifférent et n'exprime pas de demande, vérifier qu'il n'est pas opposé à l'annonce du diagnostic à sa famille. - Si le patient refuse que le diagnostic soit communiqué à sa famille, rechercher les motifs de ce refus et tenter de lever ses réticences en lui expliquant l'utilité de partager ce diagnostic avec un proche de son choix (importance des aides apportées par l'entourage lors de l'évolution de la maladie). Si le refus persiste, aborder de nouveau cette question au cours du suivi. Aux soignants avec l'accord de la personne. Le diagnostic est alors partagé avec tout soignant amené à prodiguer des soins à la personne, le soignant étant informé des éléments diagnostiques nécessaires à des soins de qualité. Au médecin traitant, et rapidement. Il est fortement impliqué par sa proximité avec le malade. Cette information lui permet de partager l'annonce du diagnostic et le suivi. 4 - Qui annonce le diagnostic ?</p>
--	--	--	--	--

				<p>Un des médecins impliqués dans l'élaboration du diagnostic. Le médecin qui a construit le diagnostic est responsable de l'annonce de celui-ci et du suivi ultérieur de la personne.</p> <p>5 - Comment annoncer le diagnostic ?</p> <p>L'annonce du diagnostic est faite en prenant en compte l'histoire de vie du patient, sa représentation de la maladie et ses craintes, ce qui peut nécessiter un travail préalable avec le médecin traitant et la famille.</p> <p>L'annonce ne se fait pas en une seule fois. Il est souvent utile de répéter à des moments différents ce diagnostic. L'annonce du diagnostic ne revêt pas un caractère d'urgence et peut être délivrée en plusieurs étapes selon la réceptivité de la personne. Elle ne peut être envisagée en dehors d'un suivi du patient, de l'aidant principal et des proches.</p>
--	--	--	--	--

5 Traitements médicamenteux spécifiques

La synthèse des avis de la Transparence de septembre 2007 sur la réévaluation des médicaments anti-Alzheimer est présentée ci-dessous :

« Compte tenu de la gravité de la maladie d'Alzheimer, de l'enjeu de santé publique qu'elle représente et des débats suscités par des rapports publiés à l'étranger, la commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé a décidé de réévaluer en 2007 les quatre médicaments indiqués (et remboursés) dans le traitement de la maladie d'Alzheimer : donépézil (Aricept®), galantamine (Reminyl® et Reminyl® LP), rivastigmine (Exelon®) et mémantine (Ebixa®) ».

Médicaments	Stade			
	Léger	Modéré	Modérément sévère	Sévère
Donépézil (Aricept®)*	•	•	•	
Galantamine (Reminyl® et Reminyl® LP)*	•	•	•	
Rivastigmine (Exelon®)*	•	•	•	
Mémantine (Ebixa®)		•	•	•

* médicaments anticholinestérasiques

L'objectif était de fournir aux praticiens une évaluation synthétique et scientifiquement fiable du bénéfice clinique que les patients retirent de ces médicaments. Cette évaluation a été effectuée en fonction des données les plus récentes et des connaissances acquises. Elle a concerné l'effet sur les troubles de la cognition et du comportement, la traduction de ces effets dans les activités de la vie quotidienne et leur impact sur la qualité de vie, la perte d'autonomie et le maintien à domicile (institutionnalisation retardée). Ces résultats ont été envisagés tant du point de vue du patient que des soignants et des aidants.

Méthode de travail et données prises en compte

Méthode de travail

Une recherche bibliographique, réalisée par le service de documentation de la HAS, a été effectuée.

Les données cliniques de plus haut niveau de preuve disponibles ont été recherchées, c'est-à-dire les résultats issus d'études cliniques randomisées en double aveugle. Les méta-analyses de ces études ont été recherchées et utilisées systématiquement.

Les données cliniques présentées par les laboratoires pharmaceutiques exploitant ces médicaments ont été prises en compte.

La commission a fait appel pour éclairer ses travaux à un groupe de 14 experts *ad hoc* composé de médecins de différentes spécialités : généralistes, neurologues, gériatres, psychiatres, pharmacologues, épidémiologistes et un médecin biostatisticien spécialiste des méta-analyses.

Données prises en compte pour l'analyse de l'efficacité et de la tolérance

De nombreuses études cliniques ont été réalisées avec les anticholinestérasiques. La documentation de l'efficacité clinique (quantité d'effet) a conduit à utiliser, après analyse

critique, les méta-analyses des études de plus haut niveau de preuve, dont celles de la Cochrane Collaboration, publiées en 2005 et 2006.

Actuellement, l'ensemble du domaine (anticholinestérasiques et mémantine) est couvert par cinq méta-analyses Cochrane : 1. *Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease* (Birks J). 2. *Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease* (Birks J, Harvey RJ). 3. *Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment* (Loy C, Schneider L). 4. *Rivastigmine for Alzheimer's disease* (Birks J, Grimley Evans J, Iakovidou V, Tsolaki M). 5. *Memantine for dementia* (McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N).

Des données complémentaires ont été également prises en compte, notamment dans le cadre de la première évaluation de la mémantine en vue de son remboursement dans le traitement des formes modérées de la maladie (extension d'indication octroyée en 2005).

Résultats de l'analyse des données

Sur les médicaments dits anticholinestérasiques, le donépézil (Aricept®), la galantamine (Reminyl® et Reminyl® LP) et la rivastigmine (Exelon®), indiqués dans le traitement des formes légères à modérément sévères¹ (réévaluation).

Les études disponibles sont de relativement bonne qualité méthodologique. Cependant, elles comportent des pourcentages importants de sorties d'étude, de l'ordre de 20 à 30 %. Ces sorties d'étude réduisent la pertinence des résultats. La durée des études a été, le plus souvent, limitée à 6 mois. Seules deux études ont eu des durées de suivi de 1 à 2 ans (donépézil, rivastigmine). L'existence d'un éventuel effet à long terme n'a donc pas été établie, alors que ces médicaments sont *a priori* prescrits de manière prolongée, plusieurs mois à plusieurs années, et que le risque d'arrêt de traitement est élevé.

Dans la majorité des études, l'évaluation de l'efficacité a porté sur des critères intermédiaires, représentés par l'évolution de scores sur différentes échelles. Le grand nombre d'échelles utilisées rend difficile l'interprétation globale des résultats. De plus, ces échelles posent des problèmes métrologiques, de mise en œuvre pratique et de pertinence clinique.

D'une manière générale, une efficacité a été mise en évidence dans les domaines de la cognition et de l'impression clinique globale. Cette efficacité s'accompagne d'un retentissement sur les activités de la vie quotidienne (données plus limitées) et d'un effet possible mais mal établi sur les troubles du comportement.

L'efficacité de ces médicaments apparaît dose-dépendante. Seul le donépézil a démontré une efficacité à la posologie minimale recommandée par l'AMM (5 mg/j).

La taille des effets observés est modeste : de l'ordre de 1 à 4 points d'ADAS-Cog (qui varie entre 0 et 70), entre 0,3 et 1,5 de MMSE (qui varie entre 0 et 30), entre 0,3 et 1 point de NPI (qui varie entre 0 et 144) et, chez les patients les plus sévères, entre 4 et 5 points d'ADCS-ADL-sev (qui varie entre 0 et 54 pour l'échelle à 19 items adaptée aux formes sévères).

En raison des limites de ces échelles et de la taille modeste des effets observés, le bénéfice clinique apporté aux patients par ces médicaments apparaît très difficile à préciser. La seule étude ayant utilisé comme critère principal d'efficacité un critère clinique (étude AD 2000) ne permet pas de conclure.

D'une manière générale, aucune donnée clinique fiable ne permet de hiérarchiser les médicaments anticholinestérasiques entre eux.

Une seule comparaison directe (Bullock *et al.* 2005) s'avère de qualité méthodologique satisfaisante. Elle a comparé l'efficacité et les effets indésirables d'un traitement par donépézil à ceux d'un traitement par rivastigmine. Cette étude, qui n'a pas montré de

¹ La rivastigmine est également indiquée dans le traitement des formes légères à modérément sévères de démence chez les patients avec une maladie de Parkinson idiopathique.

supériorité d'efficacité d'un des deux médicaments, ne doit pas être interprétée comme montrant une équivalence d'efficacité des deux produits. La comparaison des résultats des méta-analyses serait méthodologiquement hasardeuse.

Le profil de tolérance des anticholinestérasiques est en général bon et globalement similaire. Les troubles digestifs constituent l'effet indésirable le plus fréquent de ces médicaments et peuvent entraîner un arrêt du traitement. Avec le donépézil, ces troubles ont été moins nombreux sous 5 mg/j que sous 10 mg/j, alors qu'une efficacité a été démontrée dès 5 mg/j.

Sur la mémantine (Ebixa®) dans les formes modérément sévères à sévères (réévaluation)

Chez les patients ayant une forme modérément sévère (MMSE < 14) à sévère (MMSE < 10) de la maladie d'Alzheimer, après 24 à 28 semaines de traitement, des effets statistiquement significatifs en faveur de la mémantine à la posologie de 20 mg/j ont été mis en évidence dans plusieurs domaines (cognition et retentissement sur les activités de la vie quotidienne notamment) par rapport au placebo. De plus, la fréquence de survenue de nouveaux épisodes d'agitation a été plus faible chez les patients traités par mémantine que chez ceux sous placebo ; mais aucune différence n'a été notée chez les patients déjà agités.

La quantité d'effet observée par rapport au placebo est apparue faible à modeste selon les méta-analyses.

La mémantine a été bien tolérée.

En l'absence d'étude comparative, il n'est pas possible de situer l'apport de la mémantine par comparaison aux médicaments anticholinestérasiques au stade modérément sévère.

Il est possible que, chez certains patients, l'association de la mémantine au donépézil entraîne un effet supérieur à celui du donépézil seul. La taille de l'effet supplémentaire serait faible. Cette option thérapeutique (non validée par l'AMM des deux médicaments) repose sur les résultats d'une seule étude clinique. Aucun bénéfice n'a été retiré par les patients inclus à un stade de sévérité moindre dans une autre étude comparative *versus* placebo (étude MD-12).

La mémantine est le seul médicament indiqué au stade sévère de la maladie.

Sur la mémantine (Ebixa®) dans les formes modérées (extension d'indication)

L'efficacité et la tolérance de la mémantine dans les formes modérées ont été évaluées dans trois études cliniques randomisées contre placebo, deux réalisées en monothérapie et une en association au donépézil. L'évaluation a porté sur une période de traitement ne dépassant pas 6 mois. La mémantine a été plus efficace que le placebo sur la cognition et à l'impression clinique globale dans une seule de ces études. Dans la méta-analyse Cochrane, cet effet est qualifié de « marginal » sur l'évolution des troubles cognitifs et à l'évaluation globale. Aucun impact sur le comportement des patients et l'évaluation fonctionnelle de leurs activités dans la vie quotidienne n'a été observé.

L'efficacité de la mémantine paraît du même ordre de grandeur que celle des médicaments anticholinestérasiques dans cette indication. La réalisation d'une étude clinique comparant l'efficacité et les effets indésirables de la mémantine à ceux d'un médicament anticholinestérasique (donépézil, galantamine, rivastigmine) aurait été possible, éthique et utile (cf. discussion scientifique du rapport de l'EMA). D'autant que l'intérêt d'associer la mémantine à un inhibiteur de l'acétylcholinestérase n'a pas été établi à ce stade de sévérité de la maladie, au vu des résultats de l'étude MD-12.

Selon les conclusions de plusieurs rapports récents (SIGN 2006, NICE 2006 et méta-analyses de la Cochrane 2006), la prescription de la mémantine chez les patients à ce stade de sévérité de la maladie (en dehors de protocoles de recherche) n'est pas préconisée.

Conditions actuelles de prescription des médicaments anti-Alzheimer

Les données portant sur l'utilisation des traitements de la maladie d'Alzheimer sont parcellaires, hétérogènes et de qualité méthodologique le plus souvent discutable.

Moins d'un tiers des 860 000 sujets atteints seraient traités en France. Néanmoins, il semble que la France présente, parmi les pays développés, la plus forte proportion de sujets traités par anticholinestérasiques parmi les sujets atteints de maladie d'Alzheimer.

À l'heure actuelle, seuls les gériatres, neurologues et psychiatres ainsi que les généralistes capacitaires en gériatrie ont le droit de faire une primo-prescription. Les médecins généralistes sont habilités à renouveler la prescription pendant un an ; au terme de cette période, un spécialiste doit réévaluer son bien-fondé.

Les modalités de prescription (critères de score MMSE à la mise sous traitement, augmentation progressive des doses au début du traitement, respect des doses maximales) semblent conformes aux recommandations officielles.

Les indications de l'AMM sont globalement respectées : les traitements sont prescrits dans 78,7 % des cas contre une maladie d'Alzheimer. Dans 10 % à 20 % des cas cependant, ces traitements sont prescrits contre une démence autre que la maladie d'Alzheimer. Dans 10 à 20 % des cas (étude THALES), la prescription d'un anticholinestérasique est associée à une prescription de mémantine. Les données ne permettent pas de départager les « vraies » bithérapies des bithérapies provisoires lors d'un changement de thérapeutique.

En effet, devant un épuisement thérapeutique de l'anticholinestérasique, une partie des prescripteurs privilégie la bithérapie, alors que d'autres proposent une substitution par la mémantine, avec ou sans chevauchement.

Les coprescriptions sont fréquentes. Dans 30 à 40 % des cas, les patients sous anti-Alzheimer reçoivent un antidépresseur, le plus souvent un inhibiteur de la recapture de la sérotonine. Dans 10 à 20 % des cas, les patients sous anti-Alzheimer reçoivent aussi un neuroleptique. Ces coprescriptions semblent le plus souvent le fait des médecins généralistes.

On ne dispose encore que de peu de données sur l'influence des anti-Alzheimer sur la consommation des psychotropes, qui reste à évaluer.

Place des médicaments anti-Alzheimer dans la stratégie thérapeutique

Les médicaments anti-Alzheimer actuels (donépézil, galantamine, rivastigmine et mémantine) constituent un des éléments de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une prise en charge médicale, mais aussi psychologique et sociale du patient et de son entourage.

Ces médicaments ont démontré un effet sur certains symptômes cognitifs et non cognitifs de la maladie d'Alzheimer à court terme (6 mois dans la majorité des études). Cependant, leur capacité à ralentir la progression de la maladie, d'une part, à réduire ou à limiter la prescription des psychotropes (notamment des neuroleptiques), d'autre part, n'est pas établie. Dans les études cliniques, environ un tiers des patients tirent un bénéfice du traitement par un anticholinestérasique ou par la mémantine. Mais la définition de la réponse thérapeutique n'est pas consensuelle.

L'utilisation de ces médicaments est aujourd'hui largement empirique. Peu d'études cliniques ont comparé différentes stratégies thérapeutiques.

L'intérêt de l'association de la mémantine à un anticholinestérasique (bithérapie) n'est pas formellement démontré. Seule l'association de la mémantine à 10 mg/j de donépézil a été évaluée (dans une seule étude, dont la transposabilité est discutable). Enfin, chez des patients à un stade léger (mémantine hors AMM) ou à un stade modéré, cette association ne s'est pas révélée plus efficace qu'une monothérapie par donépézil.

La question de l'arrêt des médicaments ne fait pas l'objet d'un consensus. Selon certains experts, un arrêt définitif est à envisager en cas d'intolérance ou chez les patients ayant atteint un stade très sévère de la maladie d'Alzheimer. Les modalités de l'arrêt sont elles aussi discutées.

La prescription de psychotropes (antidépresseurs ou antipsychotiques) pour le traitement des troubles de l'humeur et du comportement se justifie chez certains patients. On ignore cependant ce que devient l'efficacité des médicaments anti-Alzheimer lors de l'administration de ces psychotropes.

La prescription de médicaments n'est qu'un des éléments de la stratégie de prise en charge des patients.

Dans le domaine cognitif, des interventions non médicamenteuses : ateliers mémoire, ergothérapie, art-thérapie, etc. sont utiles au patient. Elles stimulent les capacités qui lui restent en vue d'améliorer sa qualité de vie.

Le rôle des « aidants familiaux » est essentiel.

Soixante pour cent des personnes atteintes sont actuellement à la charge des familles. Les « aidants familiaux » contribuent notamment au soulagement et au réconfort des patients et à leur maintien dans leur cadre de vie habituel. Ils peuvent aussi participer à l'évaluation de l'effet des médicaments.

La consultation de prescription des anti-Alzheimer doit être l'occasion privilégiée de coordonner les interventions de l'ensemble des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux pour une prise en charge globale du patient et le soutien de ses « aidants familiaux ». Ainsi peut s'exprimer, en plus de leur efficacité intrinsèque, le rôle structurant des médicaments anti-Alzheimer.

Conclusion de la commission de la Transparence

Appréciation du service médical rendu

Le service médical rendu par un médicament (SMR) correspond à son intérêt clinique en fonction de sa place dans la stratégie thérapeutique et de son apport en termes de santé publique. La commission de la Transparence de la HAS évalue cet intérêt clinique, qui peut être important, modéré, faible, ou insuffisant pour que le médicament soit pris en charge par la collectivité.

Compte tenu de la gravité de la maladie d'Alzheimer et du possible rôle structurant du médicament dans la prise en charge globale de cette maladie, la commission de la Transparence considère, malgré un rapport efficacité/effets indésirables modeste, que le service médical rendu :

- par les médicaments anticholinestérasiques (donépézil, galantamine, rivastigmine) aux stades léger, modéré et modérément sévère de la maladie d'Alzheimer ;
- par la mémantine aux stades modéré, modérément sévère et sévère ; reste important.

Appréciation de l'amélioration du service médical rendu

L'amélioration du service médical rendu (ASMR) correspond au progrès thérapeutique apporté par un médicament. La commission de la Transparence de la HAS évalue le niveau d'ASMR, cotée de I, majeure, à IV, mineure. Une ASMR de niveau V (équivalent de « pas d'ASMR ») signifie « absence de progrès thérapeutique ».

En 1998, la tacrine (évaluée l'année précédente) a constitué la référence pour l'attribution d'une ASMR au donépézil puis à la rivastigmine. La galantamine et la mémantine ont été évaluées plus de 3 ans plus tard. En 2007, la tacrine n'est plus commercialisée. Les données cliniques disponibles et l'expérience en vie réelle acquise avec les quatre médicaments réévalués ne permettent pas de les différencier en termes d'efficacité ni de tolérance dans leurs différentes indications. C'est pourquoi la commission considère que le progrès thérapeutique représenté par les médicaments indiqués dans le traitement de la

maladie d'Alzheimer ne peut plus être défini que dans le cadre de la prise en charge globale de la maladie.

Selon les données cliniques disponibles et les avis d'experts sur l'expérience en vie réelle, l'amélioration du service médical rendu :

- par les médicaments anticholinestérasiques (donépézil, galantamine, rivastigmine) aux stades léger, modéré et modérément sévère de la maladie d'Alzheimer ;
- par la mémantine aux stades modéré, modérément sévère et sévère ; est mineure (ASMR IV) dans le cadre de la prise en charge globale de la maladie. »

La conclusion de l'Expertise collective de l'Inserm sur la « maladie d'Alzheimer, enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux », sur la prise en charge pharmacologique est présentée ici {Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2007 772 /id} : « En conclusion, les traitements disponibles actuellement sont relativement récents (la plupart ont moins de 10 ans d'utilisation), sont bien tolérés et leurs effets indésirables sont connus compte tenu de l'effet cholinergique. Leur efficacité est modeste mais réelle et statistiquement significative comme l'ont montré de façon récurrente et concordante les essais randomisés et contrôlés en double aveugle contre placebo. Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ont un effet « classe » et sont d'efficacité globalement comparable entre eux. Cette efficacité est perceptible par les prescripteurs ayant l'habitude de suivre des patients déments, et souvent par les patients et leurs familles, à condition qu'ils n'attendent pas de guérison et soient prévenus que l'objectif est de stabiliser les troubles, si possible de les améliorer un peu, et surtout de différer la perte d'autonomie. Toutefois, le fossé entre la pratique et les résultats des essais randomisés, constaté dès les premières années de mise sur le marché des traitements, n'est pas comblé. Une plus grande efficacité est bien sûr attendue des traitements actuellement en cours d'expérimentation et des futurs médicaments issus de la recherche. »

Les recommandations abordant les traitements spécifiques sont présentées dans le *tableau 4* en page suivante.

Tableau 4. Traitements médicamenteux spécifiques

	AAN 2001 (10)	SIGN 2006 (5)	NICE 2006 {National Collaborating Center for Mental Health, 2006 22 /id}	EFNS 2007 (7)	« Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère » 2005 (8)
Maladie d'Alzheimer	<p>- Les inhibiteurs de la cholinestérase doivent être envisagés pour des patients avec une MA à un stade léger à modéré (standard), bien que les études rapportent un faible bénéfice en moyenne.</p> <p>- La vitamine E (1 000 unités <i>per os</i> deux fois par jour) peut être envisagée pour essayer de ralentir la progression de la MA (<i>guideline</i>).</p> <p>- La sélégiline (5 mg <i>per os</i> deux fois par jour) a montré un effet favorable dans une seule étude avec un moindre ratio risque/efficacité (<i>practice option</i>).</p> <p>- Les données sont insuffisantes pour recommander les autres anti-oxydants, les anti-inflammatoires ou d'autres agents supposés modifier la maladie pour traiter spécifiquement la MA en raison du risque d'effets indésirables significatifs et en l'absence de bénéfice démontré (<i>practice option</i>).</p>	<p>- Le donépézil à la dose journalière de 5 mg ou plus peut être utilisé pour traiter le déclin cognitif de la MA (grade B).</p> <p>- L'âge et la sévérité de la maladie ne sont pas des contre-indications à l'usage du donépézil (<i>good practice points</i>).</p> <p>- Le donépézil à la dose journalière de 5 mg ou plus peut être utilisé pour traiter les symptômes associés (en particulier les troubles psychotiques) de la MA (grade B).</p> <p>- Le donépézil n'est pas recommandé dans d'autres démences (effet démontré dans la démence vasculaire légère et modérée pendant un suivi de 6 mois, classe 1+).</p> <p>- La galantamine à la dose journalière de 16 mg ou plus peut être utilisée pour traiter le déclin cognitif de la MA ou des démences mixtes (grade B).</p> <p>- La galantamine doit être augmentée par des paliers progressifs jusqu'à la dose de 24 mg (<i>good practice</i></p>	<p>- Les 3 inhibiteurs de la cholinestérase sans distinction sont recommandés comme optionnels dans la MA modérée (MMSE entre 10 et 20) et sous les conditions suivantes :</p> <p>- seuls les spécialistes traitant des patients déments (psychiatres, neurologues et gériatres) peuvent initier le traitement initial ;</p> <p>- les patients doivent être revus tous les 6 mois : MMSE, évaluation globale, fonctionnelle et comportementale. Le traitement ne sera poursuivi que si un effet est noté sur ces paramètres et pour un MMS ≥ 10.</p> <p>- Dans certaines conditions, le score du MMSE ne doit pas être pris en compte : * patients ayant un score de MMSE > 20, qui ont une démence modérée avec un retentissement important dans leur fonctionnement personnel et social ; * patients ayant un score <10 en raison de capacités prémorbides basses ou de</p>	<p>- Les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine, et rivastigmine) doivent être envisagés au moment du diagnostic de MA en prenant en compte les bénéfices thérapeutiques attendus et les éventuels effets indésirables (grade A).</p> <p>- Il convient de discuter lors de l'initiation avec le patient et l'accompagnant de l'attente raisonnable des effets du traitement et des éventuels effets indésirables (<i>good practice point</i>).</p> <p>- Le traitement par mémantine doit être envisagé au stade modéré et sévère de MA, seul ou en association avec les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase en prenant en compte les bénéfices thérapeutiques attendus et les éventuels effets indésirables (grade A).</p> <p>- Il convient de discuter lors de l'initiation avec le patient et l'accompagnant de l'attente raisonnable des effets du traitement et des éventuels effets indésirables (<i>good practice point</i>).</p> <p>Il n'y a pas assez de preuves</p>	<p>Prise en charge thérapeutique</p> <p>Les patients atteints de démence sévère doivent pouvoir bénéficier des thérapeutiques symptomatiques anti-déméntielles dont l'efficacité a été démontrée et approuvée pour ce stade par les agences du médicament. Il est recommandé de poursuivre le traitement tant que le bénéfice clinique persiste.</p> <p>L'entrée en institution ne justifie pas l'arrêt d'un traitement antidéméntiel. Il est recommandé d'arrêter ces traitements quand l'état du patient, en raison de sa maladie, devient très sévère ou quand l'état cognitif ou global du malade ne correspond plus aux règles de bon usage de la prescription (MMSE < 3 figurant dans l'autorisation de mise sur le marché français).</p> <p>Chez les patients non traités auparavant</p> <p>Pour les formes modérément sévères (MMSE < 16 et > 10), le choix peut se faire entre un inhibiteur de l'acétylcholinestérase (IChE) ou un antiglutamate en fonction du rapport bénéfice/risque des spécialités chez le patient considéré.</p> <p>Pour les formes sévères (MMSE < 10), les IChE ne sont pas indiqués en dehors des protocoles de recherche. La mémantine (antiglutamate) est</p>

		<p><i>points</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La galantamine à la dose journalière de 16 mg ou plus peut être utilisée pour traiter les symptômes associés de la MA (grade B). - La rivastigmine à la dose journalière de 16 mg ou plus peut être utilisée pour traiter le déclin cognitif de la MA (grade B). - La rivastigmine à la dose journalière de 16 mg ou plus peut être utilisée pour traiter les symptômes associés de la MA (grade B). <p>Mémantine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de données suffisantes pour recommander la mémantine. <p>Ginkgo biloba</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les sujets qui souhaitent utiliser du ginkgo biloba doivent consulter un herboriste qualifié pour avis et doivent être informés des éventuelles interactions avec d'autres produits (<i>good practice points</i>). <p>Salvia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les sujets qui souhaitent utiliser <i>Salvia officinalis</i> doivent consulter un herboriste qualifié pour avis (<i>good practice points</i>). 	<p>difficulté de langage et qui ont une démence modérée ;</p> <ul style="list-style-type: none"> *patients avec des troubles de l'apprentissage ; *patients parlant et comprenant mal la langue dans laquelle le MMSE est passé. <p>Pour les patients avec des troubles de l'apprentissage, les instruments utilisés pour évaluer la sévérité de la démence doivent être sensibles à leur niveau de compétence. Les options incluent : CAMCOG, CAMDEX, DMR, DSIDS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand la décision a été prise de prescrire un inhibiteur de la cholinestérase, il est recommandé de commencer le traitement avec le médicament le moins cher. Cependant, une alternative aux inhibiteurs de la cholinestérase peut être prescrite quand cela est considéré comme approprié en prenant en compte le profil d'effets indésirables, les comorbidités et les possibles interactions médicamenteuses. - La mémantine n'est pas recommandée chez les patients avec une MA modérément sévère à sévère sauf dans le cadre d'essais cliniques méthodologiquement corrects. 	<p>pour considérer l'emploi des médicaments suivants dans la prévention ou le traitement de la MA : ginkgo biloba, anti-inflammatoires, nootropes, sélégiline, œstrogènes, vitamine E et statines (grade A à C).</p>	<p>indiquée à ce stade (MMSE > 3 et < 10). Le bénéfice thérapeutique doit être réévalué annuellement par un spécialiste gériatre, neurologue ou psychiatre, en collaboration avec le médecin traitant.</p> <p>Chez les patients sous inhibiteurs de la cholinestérase</p> <p>Au stade modérément sévère, des travaux ont montré l'intérêt potentiel d'une bithérapie associant inhibiteur de la cholinestérase et antiglutamate. Il n'y a cependant pas de données à moyen terme, permettant de recommander le choix d'une bithérapie ou de privilégier une stratégie thérapeutique en monothérapie. Dans la pratique certains proposent une substitution sans chevauchement devant un épuisement de l'effet thérapeutique attendu de l'inhibiteur de la cholinestérase par l'antiglutamate, d'autres privilégient la bithérapie et introduisent l'antiglutamate.</p>
--	--	---	---	--	--

Démence vasculaire			<ul style="list-style-type: none"> - Les patients avec une MA qui reçoivent des inhibiteurs de la cholinestérase ou ceux avec une MA modérément sévère à sévère qui reçoivent de la mémantine, que ce soit dans le cadre de pratique clinique ou d'un essai clinique, peuvent continuer leur traitement (y compris après la fin d'un essai clinique) et ce jusqu'à ce que leur aidant et/ou leur spécialiste jugent approprié de l'arrêter. - Pour les patients avec MCI, les inhibiteurs de la cholinestérase ne doivent pas être prescrits, hormis dans le cadre d'essais cliniques. 		
	Il n'existe pas d'études contrôlées adéquates ayant montré l'efficacité d'un traitement dans la démence vasculaire ischémique (multi-infarctus)		<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients avec une démence vasculaire, les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine ne doivent pas être prescrits, hormis dans le cadre d'essais cliniques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les inhibiteurs de la cholinestérase (effets démontrés avec le donépézil) doivent être envisagés pour les patients remplissant les critères de démence vasculaire légère ou modérée (grade B). - Il convient de discuter lors de l'initiation avec le patient et l'accompagnant de l'attente raisonnable des effets du traitement et des éventuels effets indésirables (<i>good practice point</i>). - En présence de déficits neurologiques focalisés sévères, le diagnostic et les bénéfices thérapeutiques attendus doivent être prudemment considérés en 	

Démence parkinsonienne et démence à corps de Lewy				<p>prenant en compte la contribution présumée des troubles sensitivo-moteurs par rapport aux déficits cognitifs (<i>good practice point</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données sont insuffisantes pour recommander la mémantine (grade B). - Les données sont insuffisantes pour recommander l'aspirine, le gingko biloba, les calciums bloquants ou la pentoxifylline (Grade A à C) - La prise en charge optimum des facteurs de risque vasculaires, incluant la prescription de médicament antiplaquettaire, doit être envisagée, ainsi que chez tous les sujets ayant une autre démence avec comorbidité vasculaire (<i>good practice point</i>). 	
		<ul style="list-style-type: none"> - La rivastigmine à la dose journalière de 16 mg ou plus peut être utilisée pour traiter le déclin cognitif de la démence à corps de Lewy (grade B). - La rivastigmine à la dose journalière de 16 mg ou plus peut être utilisée pour traiter les symptômes associés de la démence à corps de Lewy (grade B). 		<ul style="list-style-type: none"> - Les inhibiteurs de la cholinestérase (effets démontrés avec la rivastigmine) doivent être envisagés pour les patients avec une démence parkinsonienne ou une démence de à corps de Lewy, en prenant en compte les bénéfices thérapeutiques attendus et les éventuels effets indésirables (grade A). - Il convient de discuter lors de l'initiation avec le patient et l'accompagnant de l'attente raisonnable des effets du traitement et des éventuels effets indésirables (<i>good practice point</i>). 	

				- Les données sont insuffisantes pour recommander la mémantine dans la démence parkinsonienne ou à corps de Lewy (grade C).	
Démence mixte	Certains patients avec une démence non spécifiée pourraient bénéficier du ginkgo biloba mais les données sur l'efficacité sont manquantes (<i>practice option</i>).	La galantamine à la dose de 16 mg ou plus peut être utilisée pour traiter le déclin cognitif de la MA ou des démences mixtes (grade B).			
Autres démences				- Aucun traitement ne peut être recommandé dans la démence fronto-temporale, la paralysie supranucléaire ou la dégénérescence cortico-basale (grade C). - Un certain nombre de pathologies peuvent s'accompagner d'un syndrome démentiel et un traitement spécifique sera alors proposé en fonction de l'étiologie (<i>good practice point</i>).	
Recommandations générales sur le traitement par inhibiteurs de la cholinestérase ou mémantine				- L'efficacité et les effets indésirables doivent être régulièrement évalués durant le traitement (<i>good practice point</i>). - En cas d'aggravation rapide ou d'apparente perte d'efficacité, l'arrêt du traitement peut être considéré. Ces patients doivent être régulièrement surveillés afin d'évaluer les effets de l'arrêt du traitement et une possible aggravation, entraînant alors une reprise du traitement (grade C).	

<p>Traitements inefficaces</p>	<p>- Les données sont insuffisantes pour recommander les autres anti-oxydants, les anti-inflammatoires ou d'autres agents supposés modifier la maladie pour traiter spécifiquement la MA en raison du risque d'effets indésirables significatifs et en l'absence de bénéfice démontré (<i>practice option</i>).</p> <p>- Les œstrogènes ne doivent pas être prescrits pour traiter la MA (standard).</p>	<p>Anti-inflammatoires :</p> <p>- les anti-inflammatoires ne sont pas recommandés pour le traitement du déclin cognitif de la MA (grade A).</p> <p>La sélégiline n'est pas recommandée dans le traitement de la MA ou des symptômes associés à la MA (grade A).</p>		<p>Il n'y a pas assez de preuves pour considérer l'emploi des médicaments suivants dans la prévention ou le traitement de la MA : ginkgo biloba, anti-inflammatoires, nootropes, sélégiline, œstrogènes, vitamine E et statines (grade A à C).</p>	
---------------------------------------	--	---	--	--	--

6 Traitements médicamenteux non spécifiques

Les recommandations abordant les traitements non spécifiques sont présentées dans le *tableau 5* en page suivante.

Tableau 5. Traitements médicamenteux non spécifiques

	AAN 2001 (10)	SIGN 2006 (5)	NICE 2006 {National Collaborating Center for Mental Health, 2006 22 /id}	EFNS 2007 (7)	« Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère » 2005 (8)
Neuroleptiques	<p>- Les antipsychotiques peuvent être utilisés pour traiter l'agitation ou les symptômes psychotiques des patients déments après que l'adaptation de l'environnement a échoué (standard).</p> <p>- Les neuroleptiques atypiques sont mieux tolérés que les neuroleptiques conventionnels (<i>guideline</i>).</p> <p>- Aucune étude de classe I ne permet de conclure quant aux traitements médicamenteux concernant l'anxiété, la désinhibition, les troubles du sommeil, les comportements compulsifs et l'apathie.</p>	<p>- Si nécessaire, les antipsychotiques conventionnels peuvent être utilisés avec prudence du fait de leurs effets indésirables pour traiter les symptômes associés de démence (grade A).</p> <p>- Les antipsychotiques atypiques, avec des effets indésirables moindres concernant la somnolence et les symptômes extrapyramidaux, peuvent être utilisés en pratique, en évaluant avec prudence le risque d'événements indésirables sérieux tels que la survenue d'un AVC (<i>good practice points</i>).</p> <p>- Une approche individuelle de la gestion de l'agitation chez les patients déments est requise (<i>good practice points</i>).</p> <p>- Quand on ne peut utiliser des antipsychotiques, la prescription d'inhibiteurs de la cholinestérase doit être considéré (<i>good practice points</i>).</p> <p>- Chez les patients</p>	<p>- Il n'est pas recommandé de prescrire des antipsychotiques chez les patients avec une MA, une démence vasculaire ou une démence mixte avec des symptômes non cognitifs légers à modérés en raison d'un risque élevé d'événements cérébro-vasculaires et de décès.</p> <p>- Il n'est pas recommandé de prescrire des antipsychotiques chez les patients avec une démence à corps de Lewy avec des symptômes non cognitifs légers à modérés en raison d'un risque de réactions adverses sévères.</p> <p>- Un traitement par antipsychotique peut être proposé aux patients avec une MA, une démence vasculaire, une démence mixte ou une démence à corps de Lewy et des symptômes non cognitifs sévères (psychose et/ou comportement agité avec détresse significative) si les conditions suivantes sont rencontrées :</p> <p>* une discussion doit avoir eu lieu avec le patient et/ou l'aidant sur les possibles bénéfices/risques du traitement. Les facteurs de risque cérébro-vasculaires doivent avoir été évalués et les effets sur la cognition et la possible augmentation du risque d'infarctus cérébral ou d'AIT doivent avoir été discutés ;</p> <p>*les modifications de la cognition doivent être évaluées et enregistrées à intervalles réguliers. Des médications alternatives doivent être envisagées si nécessaire ;</p> <p>*des symptômes cibles doivent être</p>	<p>- Les cliniciens doivent être sensibilisés à l'importance de traiter les troubles psychologiques et du comportement associés à la démence et des bénéfices potentiels apportés au patient et à l'aidant (<i>good practice point</i>).</p> <p>- Des comorbidités doivent être recherchées comme cause des symptômes (grade C).</p> <p>- Les interventions non médicamenteuses et médicamenteuses peuvent être toutes les deux efficaces pour les troubles psychologiques et du comportement associés à la démence et doivent être appliquées dans une approche ciblée sur le symptôme. Les bénéfices à court, moyen et long terme et les effets indésirables doivent être régulièrement recherchés (grade C).</p> <p>- Les antipsychotiques, conventionnels et atypiques, peuvent être associés avec des effets indésirables significatifs et doivent être utilisés avec précaution</p>	<p>Prise en charge des troubles du comportement</p> <p>La prescription de psychotrope ne doit pas être systématique. Toute prescription de psychotrope devra être précédée d'une démarche d'analyse du trouble du comportement. Une intervention sur les facteurs environnementaux et relationnels doit être systématiquement associée aux traitements médicamenteux et la plupart du temps les précéder.</p> <p>Une prescription ne peut intervenir que lorsqu'un bénéfice est attendu d'une thérapie antipsychotique et en veillant préalablement à :</p> <p>- exclure les diagnostics d'élimination des sources d'agitation ou d'agressivité et documenter cette recherche des facteurs organiques (par ex. globe vésical, syndrome abdominal, fracture, confusion mentale, etc.). Le recours à un ECG ou des examens biologiques simples s'avère souvent utile ;</p> <p>- rechercher des facteurs déclenchants iatrogènes (par ex. : effets indésirables,</p>

		<p>stabilisés, l'arrêt des antipsychotiques doit être tenté (<i>good practice points</i>).</p>	<p>identifiés, quantifiés et documentés ; *des modifications dans les symptômes cibles doivent être évalués et enregistrés à intervalles réguliers ; *les effets des comorbidités, tels que la dépression, doivent être prises en compte ; *le choix de l'antipsychotique doit être fait après une analyse individuelle des bénéfices/risques ; *la dose doit être la plus basse puis augmentée progressivement si besoin ; *le traitement doit être limité dans le temps et évalué régulièrement (tous les 3 mois ou en fonction de la clinique).</p> <p>- Pour les patients avec une démence à corps de Lewy, les professionnels de santé doivent rechercher l'émergence de réactions contraires sévères, particulièrement des réactions de la sensibilité sous neuroleptiques (qui se manifestent comme le développement ou l'aggravation d'un syndrome extra-pyramidal sévère ou une détérioration physique sévère brutale).</p> <p>- Un inhibiteur de la cholinestérase peut être proposé aux sujets avec une MA légère, modérée ou sévère qui ont des symptômes non cognitifs et/ou un comportement gênant, entraînant une détresse significative ou un comportement dangereux pour lui-même, si : *une approche non pharmacologique est inappropriée ou s'est montrée inefficace ; *un médicament antipsychotique est inapproprié ou s'est montrée inefficace.</p> <p>- Un inhibiteur de la cholinestérase peut être proposé aux sujets avec une démence à corps de Lewy qui ont des symptômes non cognitifs, entraînant une détresse significative ou un comportement à risque.</p>	<p>(grade A).</p>	<p>surdosage ou interactions médicamenteuses, interruption brutale d'un traitement...) ; - rechercher tout élément nouveau dans la vie du malade, un changement d'intervenant, d'environnement, d'habitat, une stimulation excessive ou à l'inverse une absence de stimulation. Une attitude préventive incluant un environnement adéquat, un aidant bien informé sur la maladie et son évolution, des intervenants extérieurs formés, peuvent éviter ou atténuer ces troubles du comportement.</p> <p>Utilisation des neuroleptiques (antipsychotiques atypiques et typiques) Une analyse précise des bénéfices et des risques tenant compte des recommandations des agences officielles est préalable à toute prescription d'antipsychotiques. La prescription de la dose minimale efficace, d'une durée limitée, la recherche systématique d'effets indésirables et une réévaluation périodique sont indispensables. La prescription doit être raisonnée et documentée, en s'attachant tout particulièrement à l'évaluation de la balance bénéfice/risque et à la gravité des symptômes cliniques : - les troubles entraînent une auto-agressivité mettant en jeu le pronostic vital du malade</p>
--	--	--	--	-------------------	---

			- Un inhibiteur de la cholinestérase ne doit pas être proposé aux sujets avec une démence vasculaire qui ont des symptômes non cognitifs, entraînant une détresse significative ou un comportement à risque, sauf dans le cadre d'essais cliniques méthodologiquement corrects.		(refus de nourriture, équivalents suicidaires, etc.) ; - les troubles entraînent une hétéro-agressivité dangereuse pour les proches, les autres malades ou les soignants ; - les troubles sont source d'une angoisse invalidante pour le malade ; - les troubles contribuent à la détérioration de son état global, fonctionnel ou cognitif (apathie, délire ou hallucinations). Dans tous les cas, l'on s'attachera à privilégier l'usage de médicaments ayant fait la preuve de leur efficacité dans cette population particulière. Les risques d'événements indésirables sont plus élevés quand les patients ont des antécédents cardio-vasculaires, sont déshydratés ou dénutris.
Antidépresseurs	- Les tricycliques, les IMAO-B, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent être considérés comme traitement de la dépression dans la démence, le choix se fera en fonction des profils de tolérance des médicaments (<i>guideline</i>).	- Les antidépresseurs peuvent être utilisés pour le traitement de la dépression associée dans la démence mais leur utilisation doit être évaluée soigneusement pour chaque patient (grade D).	Pour les patients déments qui ont un trouble dépressif majeur, il est recommandé d'utiliser un médicament anti-dépresseur. Les antidépresseurs avec des effets anticholinergiques doivent être évités en raison de leur effet possible sur les fonctions cognitives. L'adhésion au traitement, le délai d'action et les risques d'un arrêt brutal doivent être expliqués en début de traitement.		
Trazodone		- La trazodone peut être utilisée chez les patients déments dépressifs ou présentant une agitation (<i>good practice points</i>).			
Interventions cliniquement inefficaces		- L'hydroxychloroquine n'est pas recommandé pour le traitement des symptômes			

		<p>associés chez les sujets déments (grade B).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prednisolone n'est pas recommandée pour le traitement des symptômes associés dans la MA (grade A). - Mélatonine : la mélatonine exogène n'est pas efficace pour réduire les troubles du sommeil associés à la démence (classe 2++). - Les œstrogènes ne sont pas recommandés dans le traitement des symptômes associés chez les femmes avec démence (grade B). - La sélégiline n'est pas recommandée dans le traitement de la MA ou des symptômes associés à la MA (grade A). 			
<p>Interventions pour lesquelles il manque des preuves pour affirmer leur efficacité clinique</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Le valproate n'est pas recommandé pour le traitement des troubles du comportement associés à la démence (grade A). - Les anticonvulsivants peuvent être envisagés pour le traitement symptomatique des crises d'épilepsie ou de myoclonies associées à la démence mais ne sont pas recommandés pour les autres symptômes de démence (<i>good practice points</i>). - L'aspirine est uniquement recommandée chez les sujets avec une démence vasculaire qui ont des antécédents de maladie vasculaire (<i>good practice</i> 			

Traitement en urgence		<p><i>points</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le lithium n'est pas recommandé pour la réduction des troubles du comportement dans la démence (<i>good practice points</i>). - Manque de preuve d'efficacité clinique pour l'acétyl-L-carnitine, cérébrolysine, nicergoline, lécithine. 			
			<ul style="list-style-type: none"> - Si un traitement est requis pour contrôler la violence, l'agression et l'extrême agitation, une médication orale doit être proposée avant toute injection. - Si une injection est nécessaire, la voie IM est préférée à la voie IV. - Si une injection IM est requise pour contrôler des troubles du comportement, le lorazépam, l'halopéridol ou l'olanzapine peuvent être utilisés. Quand cela est possible, un seul médicament doit être utilisé de préférence à une association. - Si nécessité d'une sédation rapide, il est recommandé d'utiliser en IM une association halopéridol et lorazépam. - Le diazépam en IM et la chlorpromazine en IM ne sont pas recommandés pour la prise en charge des comportements à risque chez les patients déments. - En cas d'utilisation de l'halopéridol en IM (ou autres antipsychotiques conventionnels en IM) pour troubles du comportement, les professionnels de santé doivent surveiller la survenue de dystonie et de syndrome extra-pyramidal. En cas de survenue de ces effets indésirables, plus particulièrement les réactions dystoniques aiguës, l'utilisation d'agents anticholinergiques doit être envisagée. En cas d'utilisation de ces agents, les professionnels de santé doivent surveiller une détérioration des fonctions 		

<p>Traitement des complications neurologiques et prise en charge des pathologies intercurrentes et associées</p>			cognitives.		
					<p>Traitement des complications neurologiques La prescription d'un médicament antiépileptique ne doit pas être automatique dès la première crise comitiale. Seule la répétition des crises peut imposer cette prescription. Le choix des médicaments doit être guidé par leur profil d'effet indésirable et leur large spectre d'action sur les symptômes épileptiques. Les traitements symptomatiques des troubles sphinctériens ayant un mécanisme d'action anticholinergique doivent être évités en raison de leur effet délétère sur le fonctionnement cognitif. Enfin, la prise en charge thérapeutique d'un épisode confusionnel est avant tout centrée sur la recherche d'une affection organique ou d'un problème iatrogénique pouvant expliquer cette souffrance cérébrale aiguë.</p> <p>Prise en charge des pathologies intercurrentes et associées Le traitement des pathologies intercurrentes et associées est nécessaire pour maintenir la qualité de vie des malades et ne pas aggraver leur déficit fonctionnel.</p>

7 Interventions non médicamenteuses

Le *tableau 6* présente les conclusions du rapport du service évaluation technologique de l'Anaes de mai 2003 sur la prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés (11), ainsi que celles du chapitre sur les thérapeutiques non médicamenteuses du rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) de 2005 (1), présenté comme une actualisation du rapport de l'Anaes de mai 2003. Les résultats du rapport de l'Opeps pour chaque intervention étudiée sont intégrés dans le *tableau 7*.

	Conclusion
Anaes 2003 (11)	<p>En dehors de la surveillance médicale indispensable qui occupe une place centrale dans la prise en charge des patients souffrant de démence, plusieurs approches sont utilisées : techniques de stimulation cognitive, psychocognitive ou psychosociale, stimulation du comportement, stimulation sensorielle, activité physique, aménagement des lieux de vie et adoption de règles de vie pratique. Le nombre limité d'études et surtout leurs insuffisances méthodologiques majeures ne permettent pas d'apprécier correctement l'efficacité de ces méthodes. Les résultats des revues de la littérature varient suivant la rigueur de sélection des études. Avec des critères de sélection stricts comme ceux de la <i>Cochrane Library</i>, seule la technique de rééducation de l'orientation semble avoir une efficacité. Avec des critères moins stricts, les résultats sont plutôt favorables à l'ensemble des approches évaluées, en particulier sur l'amélioration des interactions sociales, de la communication, et la réduction des troubles du comportement. Ces bénéfices restent néanmoins très modestes et aucune amélioration sur le déclin cognitif n'a été observée. Le manque de données est souligné dans la plupart des recommandations qui sont de ce fait basées essentiellement sur des avis d'experts. Les recommandations ont le plus souvent un contenu très général, soulignant le caractère multidisciplinaire de la prise en charge, la nécessité d'une coordination, le rôle central du médecin, l'importance de la formation et du soutien de l'aidant. L'individualisation de la prise en charge à partir de la sémiologie cognitive de vie quotidienne et la définition « à la carte » du programme de prise en charge du patient sont également actuellement recommandées par les experts à la phase précoce de la maladie.</p> <p>En conclusion, aucune des approches actuellement utilisées n'a réellement fait la preuve d'une quelconque efficacité. L'accompagnement des malades et de leur famille, l'organisation de leur prise en charge et des interactions des différents professionnels nécessitent une réflexion globale mais les réponses ne peuvent être à ce jour de nature scientifique. Les orientations politiques doivent tenir compte de la situation actuelle mais également des extrapolations sur la situation future en France.</p>
Opeps 2005 (1)	<p>Les thérapeutiques non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer sont donc multiples, mais leur efficacité n'est pas clairement démontrée. Pourtant, ces traitements sont appliqués partout en France, dans les consultations mémoire, dans les accueils de jour, dans les EHPAD, dans les cabinets d'orthophonie ou dans d'autres structures sur des milliers de malades d'une manière extrêmement hétérogène sans qu'on puisse définir leur intérêt autre que celui de s'occuper d'un patient. Cette hétérogénéité contribue largement au manque de crédibilité de l'efficacité de la prise en charge des malades. Il est indispensable de développer une évaluation rigoureuse de ces traitements afin que des recommandations d'application puissent être proposées. Si ces traitements sont efficaces, il faut les financer ; s'ils sont inefficaces, il ne faut pas les appliquer.</p>

La conclusion de l'Expertise collective de l'Inserm « maladie d'Alzheimer, enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux », sur la prise en charge non pharmacologique est présentée ici {Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2007 772 /id} : « En conclusion, les approches non médicamenteuses proposées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer en complément du traitement pharmacologique sont donc multiples. Ces techniques ont pour objectif d'optimiser la prise en charge du malade en ciblant, en fonction de la thérapie appliquée, différents aspects de la maladie.

Ces dernières années, un très grand nombre d'articles illustrant les bénéfices de ces thérapies dans la maladie d'Alzheimer ont été publiés. Selon les études, les bénéfices

rapportés pouvaient se traduire par une diminution de la symptomatologie dépressive, un déclin moins rapide de certaines mesures de la cognition, une préservation de l'autonomie de certaines tâches de la vie quotidienne, l'atténuation de certains troubles du comportement, l'amélioration de mesures de la qualité ou encore une relative satisfaction rapportée par les aidants et/ou les soignants prenant en charge au quotidien ces malades. Ces résultats sont encourageants dans la mesure où ils suggèrent qu'une approche globale et multidisciplinaire de la maladie est susceptible d'atténuer certains symptômes et d'apporter un certain bien-être aux malades.

Néanmoins, il est important de souligner que ces résultats, pour la grande majorité, ont été tirés d'études d'une qualité méthodologique médiocre, les principales faiblesses de ces études étant l'absence d'un groupe témoin, l'absence de randomisation des groupes, l'absence de procédure d'évaluation en aveugle et la taille des échantillons largement insuffisante. La rareté de mesures à long terme évaluant le maintien de ces bénéfices au-delà de l'intervention est également à déplorer. Les études randomisées sont rares voire inexistantes pour certaines de ces techniques. Les méta-analyses n'incluant que les études répondant aux critères d'essais contrôlés randomisés rapportent quant à elles des bénéfices généralement plus modestes et la plupart du temps limités à la durée de l'intervention.

Un point contribuant au manque de crédibilité de l'emploi de ces thérapies dans le cadre de la maladie d'Alzheimer est lié au manque d'homogénéité d'application par les soignants d'une même technique. Pour une même technique en effet, les programmes de prise en charge sont souvent décrits de manière variable d'une étude à l'autre. La conséquence pour la plupart de ces techniques est qu'il paraît difficile d'aboutir à un consensus définissant un programme de prise en charge comprenant des indications claires sur des points pourtant essentiels comme la qualité/formation des professionnels susceptibles d'appliquer ces techniques, le stade de sévérité de la maladie des patients pouvant en bénéficier, la durée du programme, la fréquence des séances (quotidiennes, hebdomadaires, etc.), les modalités (modalité de groupe ou individuelle ; avec ou sans participation des aidants ; relayée à domicile ou non) ou le contenu même des séances à proposer.

Enfin, un grand nombre de ces études ayant été réalisées sur des patients ambulatoires, il est difficile de savoir si les résultats de ces études peuvent être généralisés aux patients vivant en institution ou si les bénéfices attendus chez ces patients sont susceptibles d'être différents. »

Les recommandations abordant les interventions non médicamenteuses sont présentées dans le *tableau 7* en page suivante.

Tableau 7. Interventions non médicamenteuses

	AAN 2001 (10)	OPEPS 2005 (1)	SIGN 2006 (5)	NICE 2006 {National Collaborating Center for Mental Health, 2006 22 /id}	« Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère » 2005 (8)
Thérapies portant sur la cognition		<p>Une revue de la littérature a été effectuée récemment par la <i>Cochrane Library</i> pour évaluer les approches de stimulation et de rééducation cognitive dans le traitement de la maladie d'Alzheimer aux stades léger et modéré. Cette étude a retenu six essais. Les auteurs concluent qu'aucune de ces études ne permet de démontrer une efficacité significative de ces approches, bien que des effets modérés mais non significatifs puissent être observés dans de nombreux domaines de la cognition. Cette conclusion doit cependant être pondérée en raison du très faible nombre d'essais disponibles. Dans un essai randomisé postérieur à cette revue comparant, chez des patients atteints de MA légère à modérée, une intervention associant approche psychosociale et stimulation cognitive et motrice à une approche psychosociale simple, le groupe bénéficiant de la stimulation cognitive et motrice a présenté un bénéfice significativement supérieur sur la cognition à six mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il est recommandé que la stimulation cognitive soit proposée aux sujets déments (grade B). - La lumbinothérapie n'est pas recommandée pour le traitement des troubles cognitifs, des troubles du sommeil ou de l'agitation chez les sujets déments (<i>good practice points</i>). 	<p>Les sujets avec une démence modérée à sévère, quelle qu'en soit le type, devraient avoir l'opportunité de participer à un programme de stimulation cognitive au sein d'un groupe structuré. Ce programme devrait être proposé et réalisé par des professionnels de santé et sociaux expérimentés, et ce indépendamment des traitements donnés pour le traitement des symptômes cognitifs.</p>	

<p>Thérapies portant sur l'autonomie fonctionnelle du patient</p>	<p>-Les modifications du comportement, la programmation des toilettes et la vidange rapide de la vessie doivent être utilisées pour réduire l'incontinence urinaire (standard). - Assistance pragmatique graduée et renforcement positif devraient être utilisés pour augmenter l'indépendance fonctionnelle (<i>guideline</i>).</p>	<p>Une revue récente de la littérature a été publiée concernant l'efficacité de l'exercice physique chez les patients déments ou présentant des troubles cognitifs. La qualité méthodologique des essais retenus était faible (seuls 6 essais sur 30 avaient recours à l'insu), et les interventions évaluées très hétérogènes. Cette revue retrouve une efficacité possible de l'exercice physique sur la cognition, les aptitudes fonctionnelles et les troubles du comportement. La conduite d'autres études est encore indispensable avant de pouvoir se prononcer sur l'efficacité réelle de ces techniques. La pratique de la marche associée à d'autres mesures pourrait également s'avérer efficace dans le traitement des troubles du sommeil du patient dément.</p>			
<p>Thérapies portant sur les comportements</p>	<p>- Les sujets déments peuvent bénéficier d'une diminution de leurs troubles du comportement avec les interventions suivantes : musique, particulièrement durant les repas et les bains (<i>guideline</i>), la marche ou d'autres formes d'exercice physique peu intense (<i>guideline</i>). - Bien que les preuves soient seulement suggestives, les patients peuvent bénéficier des interventions suivantes (<i>practice opinion</i>) :</p>	<p>- Une revue de la <i>Cochrane Library</i> portant spécifiquement sur l'évaluation des thérapies par empathie dans le traitement de la démence et des troubles cognitifs a été réalisée en 2003. Trois études ont pu être incluses dans cette revue, portant sur 116 patients au total. Ces approches semblent présenter une efficacité sur le comportement après 6 semaines et sur la dépression à 1 an. Les données d'évaluation de ces techniques sont cependant</p>	<p>- La gestion du comportement peut être utilisée pour réduire la dépression chez les sujets déments (grade B). - Les interventions de gestion du comportement à plusieurs niveaux peuvent être plus efficaces que les interventions individuelles pour améliorer le comportement et le bien-être chez les sujets déments (accord professionnel). - Aromathérapie : * chez les sujets déments qui ont présenté des troubles du</p>	<p>- Les sujets déments qui développent des symptômes non cognitifs qui entraînent une détresse significative ou des comportements à risque doivent bénéficier d'une évaluation pour identifier les facteurs qui peuvent générer, aggraver ou améliorer de tels comportements. Cette évaluation devrait être complète et inclure : * l'état physique du sujet * la dépression * les douleurs ou inconforts possibles non détectés</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> * thérapie de présence simulée, telle que l'usage d'une vidéo familiale * massage * programmes de soins psychosociaux complets * thérapie avec animaux familiers * commandes au niveau de compréhension du patient * lumière brillante, bruit blanc * remédiation cognitive. 	<p>très insuffisantes pour permettre de statuer sur leur efficacité.</p> <p>- L'aromathérapie a fait l'objet d'une revue récente de la <i>Cochrane Library</i> et pourrait avoir une efficacité sur l'agitation et les symptômes neuropsychiatriques (application biquotidienne de mélisse sur les bras et le visage pendant 4 semaines). Pour autant, ces études présentent des limites, la confusion liée à l'utilisation de traitements médicamenteux visant à réduire les troubles du comportement n'a pas été contrôlée.</p> <p>- Les essais portant sur l'utilisation de barrières subjectives pour prévenir la déambulation des patients déments et sur le recours à des interventions multidisciplinaires dans le traitement du délire des sujets avec troubles cognitifs chroniques offrent des perspectives intéressantes, mais leur qualité méthodologique est trop faible pour permettre de statuer sur l'efficacité de ces techniques.</p>	<p>comportement malgré l'usage de psychotropes, l'aromathérapie peut influencer le comportement mais ne peut pas être recommandée comme une alternative aux psychotropes ou pour réduire des problèmes spécifiques du comportement (<i>good practice points</i>).</p> <p>* L'utilisation de l'aromathérapie pour réduire les symptômes associés de la démence devrait être discutée avec un herboriste qualifié qui pourra donner son avis sur d'éventuelles contre-indications (<i>good practice points</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> * la biographie individuelle, incluant les croyances religieuses, spiritualité et identité culturelle * facteurs psychosociaux * facteurs environnementaux physiques * analyse fonctionnelle et des comportements conduites par des professionnels expérimentés, en conjonction avec l'aidant et le personnel de soins. <p>Pour les sujets déments, quels que soient le type et la sévérité de la démence, qui ont des agitations, il est recommandé de leur faire bénéficier d'interventions adaptées à leurs préférences, dons et capacités. Comme chaque sujet répond différemment à un traitement, les réponses à chaque intervention doivent être enregistrées et le plan de soins adapté en fonction. Les approches qui peuvent être considérées, en fonction de leur disponibilité, sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> * aromathérapie * stimulation multisensorielle * utilisation thérapeutique de la musique et/ou de la danse * thérapie assistée par animaux * massage. 	
<p>Thérapies portant sur la qualité de vie</p>	<p>- Des niveaux faibles de lumière, la musique et les sons simulant la nature peuvent améliorer le comportement alimentaire des sujets déments et des groupes multimodales intensifs peuvent améliorer</p>	<p>Une revue de la littérature a été réalisée par la <i>Cochrane Library</i> en 2000 pour évaluer l'efficacité des techniques de rééducation de l'orientation (Reality orientation therapy) dans la démence. Six études étaient exploitables pour cette</p>	<p>- Pour les sujets avec une démence modérée et qui peuvent la tolérer, la stimulation multisensorielle pourrait être une intervention cliniquement efficace (<i>good practice points</i>).</p> <p>- La stimulation</p>		

	<p>les activités journalières, mais ces approches manquent de données conclusives pour les supporter (<i>practice opinions</i>).</p>	<p>revue, qui met en évidence une efficacité significative de ces techniques sur les troubles cognitifs et sur les troubles du comportement durant la période de traitement. Le maintien du bénéfice après la fin de l'intervention apparaît plus difficile à estimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des techniques très variées de stimulations sensorielles sont employées dans la démence au sein desquelles peuvent être individualisées la musicothérapie, la luminothérapie, les techniques dites de Snoezelen et de stimulations multisensorielles. La <i>Cochrane Library</i> a publié une revue portant sur l'évaluation des techniques de musicothérapie dans la démence en 2003. La solidité méthodologique des études retenues pour cette revue était insuffisante pour permettre une évaluation valide de l'efficacité de ces techniques. Une revue concernant le Snoezelen a également été réalisée. Deux études ont été retenues dans cette revue, qui ne met pas en évidence d'efficacité des techniques de stimulation sensorielle de Snoezelen dans la démence. Les données de littérature sont cependant insuffisantes pour évaluer l'efficacité de ces techniques. Un essai randomisé en <i>cross-over</i> postérieur à cette revue a comparé le Snoezelen à une approche psychosociale 	<p>multisensorielle n'est pas recommandée pour soulager les symptômes neuropsychiatriques chez les sujets avec une démence modérée à sévère (<i>good practice points</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les sujets déments, une association d'exercice structuré et de conversation peut aider à maintenir une mobilité (<i>good practice points</i>). - La « <i>reality orientation therapy</i> » pourrait être utilisée, sur une base individuelle, par un praticien expérimenté chez des sujets déments qui présentent une désorientation temporelle ou spatiale ou des troubles de la reconnaissance des personnes (grade D). - Des activités de détente pourraient être introduites chez les sujets déments pour améliorer la qualité de vie et le sensation de bien-être (grade B). - Des activités individualisées adaptées pour maximiser les capacités restantes des sujets déments et établies en fonction d'intérêts préalablement identifiés peuvent être plus bénéfique que des mesures génériques (<i>good practice points</i>). 		
--	--	---	--	--	--

		<p>d'évocation par le passé et un autre essai randomisé a comparé la stimulation multi-sensorielle à un suivi par groupes d'activités. Ces essais n'ont pas mis en évidence de différence entre les techniques comparées, et l'absence de groupe de contrôle « placebo » ne permettait pas de juger de l'efficacité de ces techniques.</p>			
<p>Thérapie portant sur les fardeaux de vie, programme d'éducation et soutien aux aidants</p>	<p>- Des programmes courts destinés à éduquer les aidants sur la MA doivent être donnés pour améliorer la satisfaction de l'aidant (<i>guideline</i>).</p> <p>- Des programmes intensifs de long cours et des services de soutien (quand possible) doivent être donnés aux aidants des patients avec une MA dans le but de retarder le placement en institut (<i>guideline</i>).</p> <p>- Le personnel des établissements de soins au long cours devrait recevoir une information éducative sur la MA afin de réduire l'utilisation inutile d'anti-psychotiques (<i>guideline</i>).</p> <p>- Les interventions suivantes peuvent bénéficier aux aidants ou aux sujets déments et peuvent retarder la mise en place en institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> * formation complète psycho-éducative pour les aidants * groupes de support. 	<p>Une revue de la littérature visant à évaluer l'efficacité des interventions psychosociales menées chez les aidants familiaux de patients déments a été conduite en 2003. Cette revue portait sur des essais contrôlés, qui n'avaient pas tous fait l'objet d'une randomisation. La grande diversité des critères de jugement employés rendait difficile l'évaluation globale de ces techniques, mais leur efficacité semblait significative sur la détresse de l'aidant et les troubles de l'humeur des sujets déments. Quatre études, parmi les sept ayant analysé le délai avant entrée en institution des patients déments, rapportaient un allongement significatif de ce délai pour les sujets déments dont les aidants avaient bénéficié d'une prise en charge psychosociale. D'autres essais réalisés postérieurement ont démontré une efficacité d'interventions cognitivo-comportementales sur l'anxiété des aidants à 6</p>	<p>- Il est recommandé que les aidants reçoivent une éducation complète sur les interventions qui sont efficaces chez les sujets déments (grade B).</p>	<p>- Les aidants devraient bénéficier d'une évaluation à la recherche d'une détresse psychologique ou d'un impact psychosocial. Cette évaluation devrait être pratiquée régulièrement, y compris après que le patient dément a été placé en institution.</p> <p>- Des plans de soins pour les aidants doivent inclure un large éventail d'interventions adaptées aux aidants, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> * une psychoéducation individuelle ou de groupe * groupes de support avec d'autres aidants, adaptés à leurs besoins, dépendant entre autres de la sévérité de la démence * support téléphonique ou par Internet * cours de formation sur la démence, les services et les bénéfices, la communication et la résolution des problèmes * l'implication d'autres membres de la famille dans les réunions de famille. <p>- Les professionnels sociaux et de santé devraient s'assurer que la logistique, incluant transports et prise en charge du</p>	<p>Il existe 3 types d'interventions auprès des aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des interventions centrées sur le malade : elles visent à réduire ses troubles psychocomportementaux, à améliorer l'autonomie et le fonctionnement cognitif : resocialisation en hôpital de jour ou accueil de jour, stimulation cognitive, soins psychologiques (soutien, psychothérapie, groupe de parole) ; - des interventions centrées sur l'aidant : elles combinent en général plusieurs approches complémentaires : information sur la maladie pour en améliorer le niveau de connaissance, soutien psychologique par des entretiens individuels ou en groupe, traitement psychotrope, renforcement des aides à domicile et recours à des structures de répit type accueils de jour et hébergement

	<p>- Les bénéfices pour des patients et des aidants additionnels peuvent être obtenus par l'usage d'un réseau d'ordinateurs pour fournir éducation et supports aux aidants (<i>practice opinion</i>), des programmes téléphoniques de supports (<i>practice option</i>) dans un service de soins journaliers pour les patients et dans des services de répit pour les aidants (<i>practice option</i>).</p>	<p>semaines, d'interventions de gestion de l'adaptation de l'aidant au stress sur la qualité de vie et la symptomatologie dépressive de l'aidant après 24 mois d'interventions et d'intervention de soutien et de conseil aux aidants sur la réaction des aidants face aux troubles du comportement. L'efficacité d'interventions de soutien et de conseil menées auprès d'aidants et de patients déments semble, en plus d'une efficacité immédiate sur la symptomatologie dépressive des aidants, permettre d'obtenir un bénéfice sur la symptomatologie dépressive de l'aidant pouvant être soutenu jusqu'à 3 ans après l'intervention et postérieurement à la mise en institution du sujet dément. L'intérêt des interventions d'aide à l'aidant paraît indéniable, en particulier concernant la dépression très fréquente chez les aidants familiaux. Les résultats récents faisant état d'un retard d'entrée en institution pour les déments dont les aidants ont pu bénéficier d'une prise en charge sont également encourageants. L'effort de recherche dans ce domaine doit cependant se poursuivre afin d'identifier quels sont les sujets les plus à même de bénéficier de ces interventions. En effet, certaines études ont mis en</p>		<p>patient, soit mise en place afin que les aidants puissent bénéficier de ces interventions. - Les aidants qui ont une détresse psychologique et un impact psychologique négatif devraient bénéficier de thérapies psychologiques, incluant des thérapies comportementales et cognitives conduites par un praticien spécialisé.</p>	<p>temporaire, qui permettent à l'aidant d'avoir un peu de loisir, amélioration des stratégies d'adaptation (stratégies de "coping" par des programmes psychopédagogiques centrés sur la gestion du stress ; - des interventions dirigées à la fois sur le malade et l'aidant, encore peu nombreuses sous forme de consultations conjointes de soutien ou de groupes de parole.</p>
--	---	--	--	--	---

		<p>évidence des sous-groupes d'aidants chez lesquels une prise en charge lourde multidisciplinaire n'apportait pas plus de bénéfices qu'une prise en charge habituelle et d'autres, chez lesquels cette prise en charge alourdie était très bénéfique. Par ailleurs, un effort d'homogénéisation des pratiques doit être effectué afin de pouvoir comparer l'efficacité des différentes techniques et éventuellement, d'identifier l'indication préférentielle de chaque type de technique qui aura démontré son efficacité.</p>			
<p>Modifications de l'environnement</p>	<p>- Bien que les données soient manquantes, les modifications de l'environnement suivantes doivent être envisagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> * unités de soins spécialisés avec des capacités à long terme * organisation des lieux comme au domicile du patient * des hospitalisations planifiées de courte durée (1 à 3 semaines) * prévoir des espaces extérieurs, modifications des corridors pour simuler le domicile et modifications de la salle de bains. 		<p>- Lorsque des modifications de l'environnement sont envisagées, les mesures qui devraient être considérées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> *incorporer des unités de petite taille * séparer les patients sans troubles de la cognition des sujets déments * redistribuer les résidents, quand nécessaire, en « unités intactes » plutôt qu'individuellement * incorporer des motifs non institutionnels dans les locaux et les salles à manger en particulier * modérer les niveaux de stimulation * incorporer des niveaux élevés de lumière *couvrir les barres des sorties de secours et les boutons de porte pour éviter les sorties 		

			<p>involontaires</p> <ul style="list-style-type: none"> * incorporer les aires en plein air en les aménageant à des fins thérapeutiques * rendre les toilettes plus visibles pour réduire les incontinences * éliminer les facteurs qui augmentent le stress durant le bain <p>(impact principalement sur comportement, activités de la vie quotidienne, fonctions cognitives et sociales) (<i>good practice points</i>).</p>		
Interventions pour lesquelles il manque des preuves pour affirmer leur efficacité clinique		<p>Cinq essais ont été inclus dans la revue réalisée par la <i>Cochrane Library</i> en 2005 sur la reminiscence therapy. À l'issue de cette revue, les thérapies par évocation semblent avoir une efficacité significative sur la cognition – surtout sur la mémoire autobiographique – et l'humeur tout au long du suivi des sujets. Elles semblent aussi avoir une efficacité significative sur les troubles du comportement, mais celle-ci serait limitée à la durée de l'intervention. Les interventions évaluées apparaissaient très hétérogènes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie musicale - <i>Memory books</i> - <i>Reminiscence therapy</i> 		
Interventions considérées comme non efficaces			<ul style="list-style-type: none"> - Présence simulée - <i>Validation therapy</i> 		

8 Suivi

Les recommandations abordant le suivi sont présentées dans le *tableau 8* en page suivante.

Tableau 8. Suivi					
	EFNS 2007 (7)	« Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences » 2006 (12)	NICE 2006 {National Collaborating Center for Mental Health, 2006 22 /id}	« Alzheimer : l'éthique en questions » 2007 (2)	« Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère » 2005 (8)
Rythme du suivi	<p>- L'efficacité et les effets indésirables des inhibiteurs de la cholinestérase ou de la mémantine doivent être régulièrement évalués durant le traitement (<i>good practice point</i>).</p> <p>- En cas d'aggravation rapide ou d'apparente perte d'efficacité, l'arrêt du traitement peut être considéré. Ces patients doivent être régulièrement surveillés afin d'évaluer les effets de l'arrêt du traitement et une possible aggravation, entraînant alors une reprise du traitement (grade C).</p>		<p>- Les patients sous inhibiteurs de la cholinestérase doivent être revus tous les 6 mois : MMSE, évaluation globale, fonctionnelle et comportementale. Le traitement ne sera poursuivi que si un effet est noté sur ces paramètres et pour un MMS \geq 10.</p>		<p>Comme aux stades légers à modérés, une réévaluation médicale, psychologique et sociale est recommandée tous les 6 mois pour adapter le plan de soins en collaboration avec le médecin traitant. Une évaluation gériatrique doit faire partie des consultations de suivi des patients atteints d'un syndrome démentiel à un stade sévère. L'entretien avec le patient seul n'étant que partiellement informatif, cette évaluation devra comprendre un entretien avec les proches et un bilan des paramètres biologiques de base. La réalisation d'un ECG, intégrée au suivi, doit être orientée par l'existence de pathologie cardio-vasculaire concomitante ou les traitements.</p> <p>- Suivi nutritionnel Un suivi de la courbe pondérale (pesée mensuelle) doit être réalisé. La correction des apports nutritionnels, le fractionnement</p>

					<p>des prises alimentaires, la modification de la texture, le choix des aliments pour lesquels la personne manifeste une appétence, peuvent améliorer une malnutrition. La prescription de compléments alimentaires ou d'un régime hypercalorique et/ou hyperprotidique peut permettre d'enrayer une perte de poids. Le concours d'une diététicienne peut faciliter la mise en application de conseils pratiques.</p>
<p>Indications des hospitalisations</p>					<p>La prise de décision d'une hospitalisation est toujours un moment important, en raison de ses conséquences. La seule nécessité d'une institutionnalisation ne devrait pas justifier une hospitalisation. Mais la réalité est souvent bien différente. L'épuisement des aidants, les insuffisances des stratégies mises en place à domicile, la survenue d'un trouble du comportement ou d'une incontinence urinaire sont autant de facteurs intriqués qui précipitent la décision. Il y a donc, à cet égard, des mesures préventives organisationnelles à mettre en place pour éviter l'utilisation inadéquate des ressources hospitalières (lit de médecine puis de soins de suite) et le risque "iatrogène" pour le patient. L'hospitalisation devrait être réservée à la gestion de</p>

					<p>situations médicales requérant le plateau technique hospitalier ou nécessitant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. C'est dire tout l'intérêt de l'intervention d'une équipe gériatrique mobile à domicile (gériatre, assistante sociale) qui est à même de dénouer des situations complexes et d'éviter le recours trop systématique à l'hospitalisation.</p> <p>L'hébergement temporaire, formule de répit pour la famille, s'inscrit également dans la préparation à l'entrée en institution.</p>
<p>Préparation à l'entrée en institution</p>				<p>L'entrée en institution est-elle un choix ou une obligation 1 - L'entrée en établissement d'hébergement est-elle un choix ? Oui, l'entrée en institution peut être un choix de la personne en réponse à : - un besoin de sécurité et de réassurance de la part du patient et de l'entourage ; - un besoin de vivre avec d'autres ; - un rapprochement auprès des enfants ; - une permanence des soins en établissement ; - une recherche de la personne à laquelle répond un projet spécifique de l'établissement (confessionnel, activités ciblées, etc.). Non, l'entrée en établissement d'hébergement n'est plus un choix mais devient obligatoire,</p>	<p>L'institutionnalisation peut être une étape dans la prise en charge. Elle doit être préparée et non réalisée en urgence. Le patient doit être associé à la décision d'entrée. La fréquentation régulière d'un accueil de jour est une bonne façon de mettre en confiance le malade et sa famille, surtout si à terme il doit être institutionnalisé dans l'établissement lié à cet accueil de jour. Il est à cet égard hautement souhaitable que les EHPAD disposent d'une telle structure qui leur permette de jouer un rôle d'institution gériatrique de proximité.</p>

				<p>lorsque certains facteurs, conjugués à la baisse des performances cognitives et à leur retentissement (comportements, dépendance), rendent difficile le maintien à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'isolement social ou l'inadaptation de l'environnement ; - l'épuisement de l'entourage et des aidants ; - l'absence ou l'insuffisance de structures professionnelles pouvant intervenir au domicile sur le secteur ; - les ressources financières insuffisantes. <p>2 - Comment éviter les situations de non-choix ? Par l'anticipation, avec évaluation régulière et précise de l'état de santé de la personne malade, de son traitement et de son environnement. Les hospitalisations en situation de crise représentent un facteur de risque supplémentaire d'entrée en institution. Les placements d'urgence sont à proscrire absolument. Les solutions de répit permettent de donner à chacun du temps pour sortir d'une situation de non-choix.</p> <p>3 - Quand et comment choisir d'entrer en institution ? La décision d'entrer en institution devrait être l'aboutissement d'un processus élaboré au fil de l'évolution de la maladie, dans</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>le cadre du projet de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évoquer assez tôt cette question avec le patient, tant qu'il peut lucidement faire des choix ; - toujours rechercher l'avis du malade, respecter son choix, mais sans s'y laisser enfermer s'il semble déraisonnable ; - définir clairement les objectifs de l'institutionnalisation ; - prendre la décision dans un travail en triangulation (malade, famille, soignants), dans le respect des rôles de chacun des intervenants autour de la personne ; - conseiller l'aidant pour qu'il ne s'enferme pas dans des promesses impossibles de maintien à domicile à tout prix ; - dédramatiser l'image de l'institution pour permettre une meilleure qualité de vie au malade et lever la culpabilité des aidants et de l'entourage ; - proposer de visiter différentes structures, entre lesquelles le patient pourra faire son choix, voire envisager une intégration progressive par le biais de l'accueil de jour ou d'accueil en hébergement temporaire. <p>L'entrée en institution représente toujours un moment difficile pour le patient et son entourage dans l'évolution de la maladie. L'accompagnement est particulièrement utile durant cette période, d'autant plus que nombre de conflits, promesses, amertumes variés</p>	
--	--	--	--	---	--

				peuvent resurgir à cette occasion.	
Gestion des crises		<p>L'agitation, l'agressivité, l'opposition et les troubles psychotiques sont les symptômes les plus difficiles à gérer dans la maladie d'Alzheimer et les autres démences.</p> <p>Une évaluation standardisée des troubles du comportement est importante. Elle doit toujours s'accompagner d'une observation clinique individuelle qui s'appuie sur l'examen médical et une évaluation multidisciplinaire.</p> <p>Dans les démences dégénératives, les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) ont un fondement neurobiologique qui rend plus vulnérable l'individu aux facteurs environnementaux, somatiques et psychologiques. Les facteurs précipitants des troubles du comportement sont la douleur, les problèmes somatiques (fécalome, globe urinaire, déshydratation, hyperthermie...), les facteurs environnementaux (changements d'environnement, relationnels et physiques), les troubles psychiatriques décompensés ou révélés, la iatrogénie.</p> <p>L'organisation de la prise en charge des SPCD relève du projet d'établissement. Pour un patient donné, la prise en</p>	<p>Le contrôle des comportements à risque devient une priorité si la violence, l'agression et l'extrême agitation menacent la sécurité du patient ou d'autres personnes.</p> <p>- Gestion du risque : les professionnels sociaux et de santé qui s'occupent des patients déments doivent identifier, évaluer et prendre en charge les facteurs psychosociaux et environnementaux, ainsi que l'état physique des patients, qui sont susceptibles d'augmenter la probabilité d'un comportement à risque, plus particulièrement la violence et l'agression, et le risque de se blesser ou de blesser quelqu'un. Ces facteurs incluent : la surpopulation, absence d'intimité, l'absence d'activités, l'absence d'attention de l'équipe soignante, une communication pauvre entre le dément et l'équipe soignante, des conflits entre équipe soignante et aidants, un faible leadership médical.</p> <p>Les professionnels sociaux et de santé doivent être formés pour anticiper les comportements à risque et comment gérer la violence, l'agression et l'agitation extrême, incluant des techniques pour calmer les patients et des méthodes de contention physique.</p>	<p>Gérer les situations difficiles</p> <p>1 - Qu'est-ce qu'une situation difficile ?</p> <p>Une situation difficile est une situation qui nécessite une décision dont les enjeux sont complexes, du fait d'un équilibre précaire entre les risques et les bénéfices. Chaque situation difficile est unique et doit être gérée spécifiquement, car elle se crée à l'interface de plusieurs facteurs que sont le patient, son environnement familial, les aidants et les soignants, et le lieu de résidence.</p> <p>Même s'il est parfois nécessaire d'agir vite, une réflexion et une évaluation de la prise en charge sont indispensables, dans une démarche de réflexion éthique. Il apparaît nécessaire de réaffirmer la valeur de l'individu, qu'il soit patient, aidant ou soignant, pour sortir de ces situations difficiles à partir de moyens d'écoute, d'informations, de formation et de prévention.</p> <p>2 - Quelles sont les situations difficiles et comment les gérer ?</p> <p>Les situations difficiles ou crises concernent la personne malade, vivant à domicile ou en institution, l'entourage familial et les soignants. Elles doivent être prévenues autant que possible par une</p>	

		<p>charge implique l'ensemble de l'équipe. La stratégie thérapeutique est sous responsabilité médicale. Les critères d'hospitalisation en urgence sont les pathologies intercurrentes aiguës graves, menaçant le pronostic vital ou fonctionnel, la dangerosité pour lui-même ou son entourage. Les critères d'hospitalisation programmée sont la nécessité d'examens complémentaires non réalisables sur place, un environnement jugé temporairement non favorable, l'existence d'un nouveau problème médical susceptible d'entraîner des SPCD et devant être diagnostiqué. Une hospitalisation en urgence ne se justifie pas au seul motif de placement ou de changement d'institution, de fugue ou de déambulation, d'opposition, d'agitation, de cris, de troubles du caractère. Afin d'éviter un passage aux urgences, l'hospitalisation, lorsque les premières mesures mises en œuvre se sont avérées inefficaces, devrait s'organiser en première intention en unité de soins Alzheimer pluridisciplinaire ou en unité de court séjour gériatrique ou de psychiatrie du sujet âgé. Il est ainsi souhaitable de développer des liens de coopération (réseaux, conventions, intervention d'équipes mobiles de gériatrie</p>	<p>- Les professionnels de santé qui utilisent des médicaments pour la gestion de la violence, l'agression et l'extrême agitation chez les déments devraient :</p> <ul style="list-style-type: none"> * être formés à l'usage correct des médicaments pour le contrôle des comportements, spécifiquement les benzodiazépines et les anti-psychotiques * être capables d'évaluer les risques associés aux traitements utilisés pour contrôler la violence, l'agression et l'extrême agitation, particulièrement chez les patients déshydratés ou physiquement malades. * comprendre les effets cardiovasculaires de l'administration aiguë de benzodiazépines ou d'anti-psychotiques, ainsi que la nécessité de titrer la dose * surveiller le pouls, la pression artérielle et la respiration des patients traités * être habitués et formés aux techniques de réanimation * entreprendre un entraînement annuel sur les techniques de réanimation * comprendre l'importance de maintenir les voies aériennes non obstruées. <p>- Principes d'un contrôle pharmacologique de la violence, de l'agression et de l'agitation extrême</p> <p>Chez les patients à risque qui sont à risque significatif pour eux-mêmes ou pour les autres</p>	<p>démarche d'anticipation mais quand elles surviennent et motivent des décisions difficiles à prendre, elles doivent engager tous les acteurs concernés dans une véritable démarche éthique.</p>	
--	--	--	--	---	--

		<p>et de psychiatrie du sujet âgé) entre les EHPAD et de telles unités. Les EHPAD devraient s'engager à reprendre le patient en fin d'hospitalisation. La prise en charge non médicamenteuse doit être privilégiée. Elle permet de réduire l'utilisation des traitements pharmacologiques. Le traitement médicamenteux ne sera prescrit qu'après évaluation du rapport bénéfice/risque individuel. La prescription sera limitée dans le temps et réévaluée fréquemment.</p> <p>La contention physique n'est pas souhaitable et doit, dans la majorité des cas, être évitée. Si elle ne peut l'être, elle doit se conformer aux recommandations de l'Anaes.</p> <p>La prise en charge des SPCD en institution nécessite un plan de formation spécifique et un soutien des équipes soignantes.</p> <p>Texte sur les traitements médicamenteux : Le traitement ne sera pas instauré si le symptôme présente les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - origine somatique (par exemple douleur) - origine iatrogène (hallucinations avec les agonistes dopaminergiques, les anticholinergiques, les anticholinestérases, le zolpidem, les corticoïdes) 	<p>à cause de leur violence, agression et extrême agitation, une gestion immédiate devrait être mise en place dans un environnement sécurisé, entraînant peu de stimulations, séparé des autres patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les médicaments pour contrôler la violence, l'agression et l'extrême agitation devraient être utilisés pour calmer les déments et réduire les risques de violence et de blessures plutôt que pour traiter une condition psychiatrique sous-jacente. Les professionnels de santé devraient cibler pour une réponse optimale, c'est-à-dire réduire l'agitation ou l'agression sans entraîner de sédation. - Les comportements violents devraient être gérés sans la prescription de fortes doses de médicaments, particulièrement si le patient dément est âgé ou fragile. La plus petite dose efficace devrait être utilisée. <p>Les médicaments pour contrôler le comportement devraient être utilisés avec précaution, particulièrement si le patient dément a dû être contraint physiquement à cause des risques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> * perte de conscience plutôt que la sédation * sédation trop importante avec perte de vigilance * dégradation des relations entre les patients déments, les aidants et l'équipe soignante * problèmes spécifiques liés à 		
--	--	---	--	--	--

		<p>- a répondu à des interventions non médicamenteuses environnementales, thérapies comportementales. Le traitement sera instauré pour réduire les symptômes altérant la qualité de vie du patient ou mettant en péril sa sécurité ou celle de son entourage. On s'assurera que le patient bénéficie d'un traitement spécifique de la maladie (inhibiteur de l'acétylcholine estérase et/ou mémantine). S'agissant de prescriptions hors AMM et pour certaines d'entre elles ayant fait l'objet d'avis de précaution des autorités de santé, l'évaluation du rapport bénéfice/risque devra être documentée et la prescription limitée dans le temps et soumise à une réévaluation fréquente.</p> <p>Symptômes cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles psychotiques aigus : neuroleptique injectable à action immédiate (dose minimale efficace) assorti d'une surveillance rapprochée (état de conscience, cardio-vasculaire et neurologique) et réévaluation de la prescription toutes les six heures. - Troubles psychotiques subaigus ou chroniques : rispéridone 0,25 à 2 mg par jour en deux prises. - Agitation avec irritabilité : mirtazapine (15-45 mg/jour) ou ISRS, par exemple citalopram 	<p>l'âge, la santé mentale et physique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients déments qui ont reçu un traitement sédatif et leurs aidants devraient avoir la possibilité de parler de leur expérience et recevoir une explication sur la décision prise d'utiliser un sédatif en urgence. Ceci devrait être noté dans le dossier médical. - Voie d'administration : <ul style="list-style-type: none"> * Si des médicaments sont nécessaires pour contrôler la violence, l'agression ou l'extrême agitation, la voie orale est recommandée avant la voie parentérale. * Si un traitement par voie parentérale est requis, la voie intramusculaire (IM) doit être préférée à la voie intraveineuse (IV) pour des raisons de sécurité. La voie intraveineuse doit être utilisée de façon exceptionnelle. * Les signes vitaux doivent être monitorés après un traitement par voie parentérale pour contrôler la violence, l'agression ou l'extrême agitation. La pression artérielle, le pouls, la température et la fréquence respiratoire doivent être enregistrés à intervalles réguliers jusqu'à reprise de l'activité par le patient. Si la personne est ou paraît endormie, un monitoring plus intensif est requis. - Agents en IM pour le contrôle du comportement : <ul style="list-style-type: none"> * Si une injection est requise 		
--	--	--	---	--	--

	<p>(10-60 mg par jour).</p> <p>- Agitation avec anxiété : en aigu oxazépam à doses faibles (15 mg) puis poursuite par ISRS.</p> <p>- Agitation nocturne (troubles du sommeil, inversion du rythme nycthémeral) : renforcement des synchronisateurs externes et mirtazapine ou miansérine ou zopiclone.</p> <p>- Agitation aiguë sans troubles psychotiques : souvent contexte réactionnel qui cède grâce à des mesures non pharmacologiques.</p> <p>- Agressivité, comportements d'opposition : ISRS (contexte fréquent de trouble thymique), rispéridone.</p>	<p>pour le contrôle du comportement, le lorazépam, l'halopéridol ou l'olanzapine sont recommandées. Une monothérapie est préférée à une association.</p> <p>* Si un effet tranquilisant rapide est recherché, une association en IM d'halopéridol et de lorazépam doit être considérée.</p> <p>* Le diazépam et la chlorpromazine en IM ne sont pas recommandés pour la prise en charge des troubles du comportement.</p> <p>* En cas d'utilisation d'halopéridol (ou tout autre antipsychotique) en IM pour contrôler le comportement, il est recommandé de rechercher une dystonie ou d'autres effets extrapyramidaux. Si ces effets deviennent importants, particulièrement en cas de réactions dystoniques aiguës, l'utilisation d'anticholinergiques peut être envisagée. Une altération des fonctions cognitives sera recherchée en cours de traitement.</p>		
--	--	--	--	--

Dans le cadre de la gestion des crises, est reproduite ci-dessous la fiche sur les troubles du comportement issus du guide sur les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, publié par la DGS, la DGAS et la Société française de gériatrie et gérontologie en octobre 2007 (13).

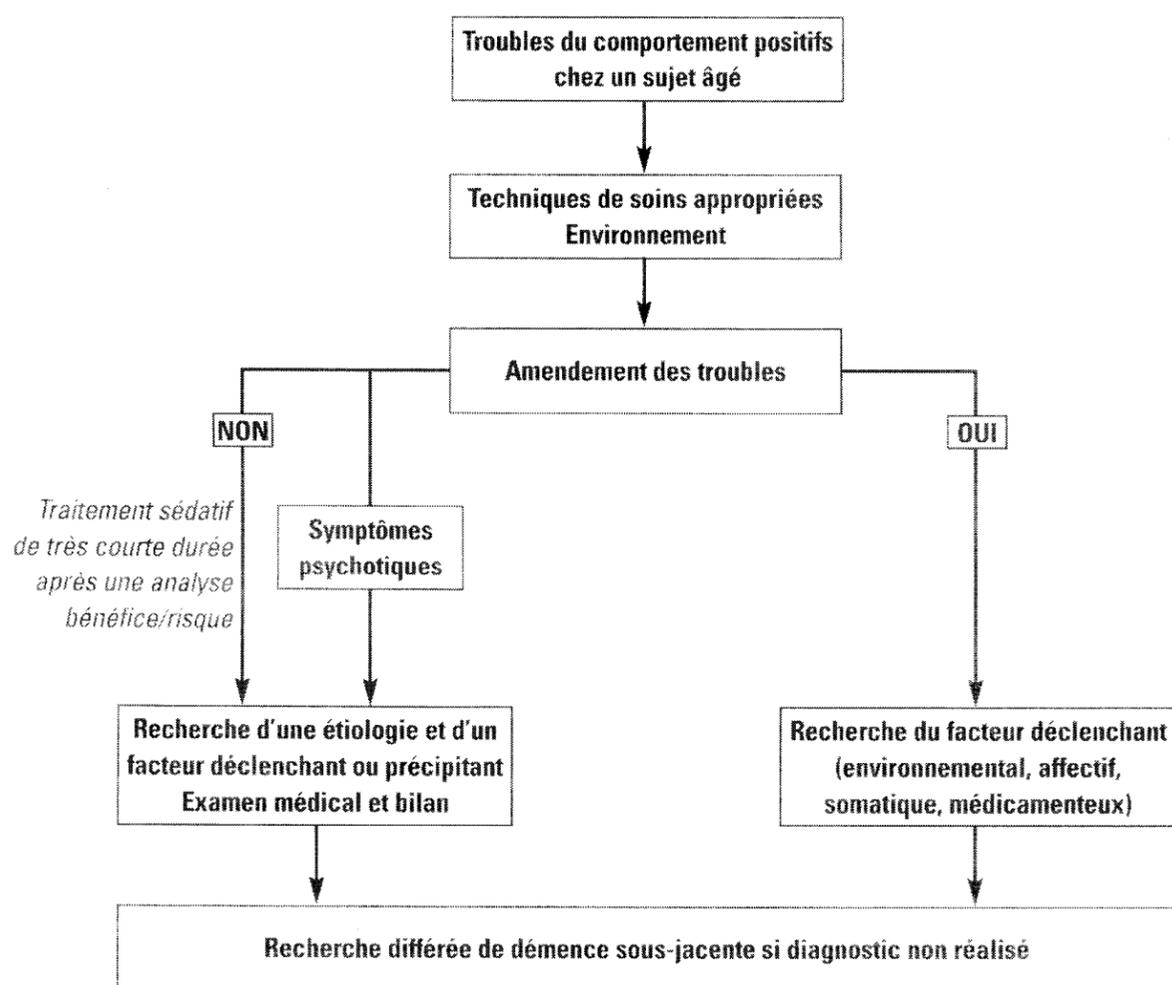
Troubles du comportement : conduite à tenir

DÉFINITION

► L'agitation, l'agressivité, les déambulations, les réactions d'opposition, les troubles psychotiques sont les troubles du comportement susceptibles de perturber la vie en collectivité et parfois de mettre en danger la personne elle-même ou l'entourage. Ces troubles surviennent de façon prépondérante à certains moments tels que la toilette. Ces troubles ont un impact important sur les soignants.

Parmi les personnes âgées vivant en EHPAD et souffrant de maladies d'Alzheimer ou apparentées, 85% d'entre elles présentent des troubles du comportement. Il peut s'agir d'une agitation (activité verbale, vocale ou motrice inappropriée), d'une agressivité physique ou verbale, de comportements d'errance ou de "fugue", ou d'opposition (refus du patient, notamment refus de soins, d'alimentation, de coopérer). Il peut s'agir enfin de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations).

CONDUITE À TENIR



PRÉVENTION

- ▶ L'environnement rassurant et calme, l'attitude des soignants, la tolérance par la structure de la déambulation, l'organisation du travail permettant, en cas de refus de soins de revenir plus tard, l'existence d'activités physiques ou d'animations, de techniques de soins appropriées (exemple : la douche adaptée à la personne ou le bain au lit), diminuent de 53 à 60% l'apparition d'agressivité pour une augmentation du soin de 2 à 3 minutes.
- Les traitements pharmacologiques au long cours n'apportent que peu de bénéfices et accélèrent l'évolution de la maladie. La prise en charge non médicamenteuse doit donc être privilégiée et nécessite une formation des soignants.

EN CAS DE SURVENUE DE TROUBLES DU COMPORTEMENT

- ▶ L'attitude du soignant et sa connaissance des techniques de prise en charge durant les premiers instants sont essentielles. Dans les premières minutes, une attitude et atmosphère calmes et rassurantes, la recherche rapide de causes évidentes (mauvaise installation, fièvre, entrave...) sont à privilégier.
- Passer quelques minutes de plus lors de la survenue de ces troubles peut faire gagner beaucoup de temps par la suite.
- Le caractère "dangereux" pour la personne ou son entourage doit être réellement évalué en équipe. De même l'existence ou non de symptômes psychotiques est recherchée.
- La prise en charge de cette personne doit alors être modifiée : participation à des activités (gymnastique, sorties, musicothérapie, relaxation...), modification des horaires de prise en charge, réflexion en équipe sur les modalités de prise en charge...
- Le traitement médicamenteux ne sera prescrit qu'après évaluation du rapport bénéfice/risque individuel, sachant que le bénéfice est de courte durée et modéré, alors que les risques lors d'un traitement au long cours sont importants. La prescription est donc très limitée dans le temps et réévaluée fréquemment.

LA CONTENTION PHYSIQUE RISQUE D'AGGRAVER LA SURVENUE D'UNE AGITATION ET D'ENTRAÎNER UN CERCLE VICIEUX.

- ▶ La recherche d'un facteur déclenchant et d'une étiologie par un examen clinique est complétée par un bilan : recherche de douleur ou d'inconfort, changement de traitement, conditions de survenue, température, et dans un deuxième temps, bilan paraclinique en fonction de l'examen clinique...

FOUR EN SAVOIR PLUS

Benoit M., Arbus C., Blanchard F., Camus V., Cerase V., Clément JP. et al. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. *Rev Gériatr* 2007 ; 31 (9) : 1-7.

Milisen K., Lemiengre J., Braes T., Foreman M. D. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people : systematic review. *J Adv Nurs* 2005 ; 52 (1) : 79-90.

Alexopoulos GS., Streim J., Carpenter D., Docherty JP, Expert Consensus Panel for Using. Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004 ; 65 Suppl 2 : 5-99.

Sloane PD., Hoeffler B., Mitchel CM. Effect of person-centered showering and the toxel bath on bathing-associated aggression a agitation and discomfort in nursing home residents with dementia. *Journal of the American geriatrics society* 2004 ; 52 (11) : 1795-1804.

CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES FAVORISANT UN ETAT D'AGITATION

RELATIONS INTERINDIVIDUELLES

- La mise en échec.
- Une sollicitation incessante.
- Des réactions brutales de membres de l'équipe ou de la famille.
- Une expression verbale complexe peu compréhensible pour le patient.
- Un comportement infantilisant.
- L'agitation d'autres patients.

ENVIRONNEMENT MATERIEL

- Une ambiance bruyante (télévision, visites de familles...).
- Des locaux exigus.
- L'absence de luminosité.
- L'absence de confort (lit, siège, chauffage...).

9 Prise en charge sociale (description des possibilités)

9.1 Droits et aides

Une liste non exhaustive des droits et aides existants est présentée dans ce sous-chapitre.

9.1.1 Affection de longue durée (ALD)

Le décret n°2004-1049 du 4 octobre 2004 reconnaît la maladie d'Alzheimer comme une affection de longue durée.

Les soins et traitements médicaux en rapport avec cette affection sont exonérés du ticket modérateur et pris en charge à 100 % : médicaments, soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie.

9.1.2 Allocation adulte handicapé (AAH)

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées ayant moins de 60 ans peuvent, sous réserve de remplir certaines conditions d'incapacité et de ressources, bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés. Cette allocation peut être assortie d'un complément de ressources ou de la majoration pour la vie autonome.

Le taux d'incapacité est déterminé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui se prononce aussi sur l'attribution de la prestation de compensation, l'attribution de la carte d'invalidité, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Les demandes d'attribution de ces prestations doivent être établies auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

9.1.3 Prestation de compensation

Les personnes handicapées âgées de 20 à 65 ans peuvent déposer auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) une demande pour bénéficier de la prestation de compensation à domicile. Cette prestation est attribuée sur la base d'une évaluation des besoins de la personne. Elle doit permettre de financer notamment des aides humaines (assistance à domicile, déplacements) et des frais visant à améliorer le cadre de vie (aménagement d'un logement ou d'une voiture, etc.).

Pour y avoir droit, la personne handicapée doit :

- résider de façon stable et régulière en France ;
- être âgée de moins de 60 ans (ou de moins de 65 ans pour des personnes dont le handicap préexistait avant 60 ans) ;
- avoir une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne (se laver, manger, se déplacer, etc.) ou une difficulté grave à la réalisation de deux activités essentielles.

La prestation de compensation comprend 5 types d'aides différentes :

- des aides humaines (y compris le dédommagement de l'aide apportée par les « aidants » familiaux) ;
- des aides techniques adaptées ou spécialement conçues pour compenser la limitation d'activité ;
- des aides pour des besoins spécifiques ou exceptionnels ;
- des aménagements du logement et du véhicule ;
- des aides animalières contribuant à l'autonomie de la personne handicapée.

9.1.4 Indemnités journalières

Des indemnités journalières peuvent être perçues pour compenser la perte de salaire en cas d'arrêt de travail.

9.1.5 Pension d'invalidité

Une pension d'invalidité peut être versée chez les sujets de moins de 60 ans présentant une invalidité réduisant d'au moins 2/3 la capacité de travail ou de gain.

9.1.6 Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)

L'APA est une prestation d'aide sociale départementale destinée aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique et/ou psychique et ayant besoin d'une aide extérieure pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Elle est attribuée selon un barème national qui fixe le montant maximum des plans d'aide pour chaque niveau de dépendance. Elle peut être perçue par les personnes vivant à domicile ou hébergées en famille d'accueil ou en établissement.

Les conditions d'attribution :

- être âgé d'au moins 60 ans ;
- avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ;
- résider en France de manière stable ;
- il n'y a pas de plafond de ressources excluant le droit à l'APA, mais une participation financière aux frais reste à charge en fonction des revenus.

Le dossier de demande d'APA est délivré par :

- les services du conseil général ;
- le centre communal d'action sociale (CCAS) de la commune ;
- les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ;
- les organismes ayant conclu une convention avec le département (établissements hébergeant des personnes âgées, services d'aide à domicile).

9.1.7 Aide sociale adulte (ASA)

L'aide sociale adulte (ASA) est l'aide apportée par la collectivité aux personnes qui ne peuvent, faute de ressources suffisantes, subvenir à leur entretien ou aux soins qu'exige leur état. L'ASA peut intervenir au niveau de la prise en charge des soins, de l'hébergement et des aides à domicile.

Les conditions d'attribution :

- être âgé de 65 ans au moins, ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail ;
- résider en France. Les étrangers doivent justifier de la régularité du séjour ;
- les ressources de l'intéressé doivent être inférieures au montant de la dépense prévue (par exemple : le prix de journée de l'établissement) ;
- la commission de l'aide sociale dans son évaluation de la demande prend en compte :
 - les ressources personnelles de l'intéressé de toute nature (sont exclues la retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques),
 - les ressources provenant de l'obligation alimentaire.

L'ASA a un caractère subsidiaire : elle intervient en dernier lieu, lorsque tous les autres moyens ont été mis en œuvre (ressources personnelles, solidarité familiale, aides des divers régimes d'assurances et de sécurité sociale).

9.1.8 Aide au logement

La caisse d'allocations familiales (CAF) propose deux types d'aide qui, sous conditions d'habitat et des ressources, peuvent participer aux frais liés au logement : allocation de logement (AL) et l'aide personnalisée au logement (APL).

9.1.9 Aide à l'amélioration de l'habitat

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer nécessite souvent un aménagement du lieu de vie afin de favoriser l'autonomie du patient et de prévenir les accidents. Divers dispositifs d'aide peuvent être sollicités. L'intervention des professionnels travaillant dans le domaine de l'aide et de l'adaptation du logement aux personnes dépendantes est souhaitable : conseillère en économie sociale et familiale, assistant de service social, ergothérapeute, etc. Ces professionnels peuvent apporter un conseil technique et aider à réunir les différents moyens financiers dont il est possible de bénéficier.

Les principaux organismes intervenant financièrement sont l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH), les caisses de retraite et le conseil général par le biais de l'APA. Des dispositifs particuliers peuvent exister localement. La MDPH centralise ces informations.

9.2 Congés existants pour l'aidant salarié

9.2.1 Congé de soutien familial

Ce congé a été créé par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 « de financement de la Sécurité sociale pour 2007 ». Il s'adresse aux salariés, justifiant d'une certaine ancienneté dans l'entreprise, qui souhaitent suspendre leur contrat de travail pour s'occuper d'un proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité. Dès lors que les conditions sont remplies, ce congé, non rémunéré, est de droit pour le salarié qui en fait la demande.

Les modalités de mise en œuvre de ce congé sont fixées par le décret n°2007-573 du 18 avril 2007 (JO du 20).

La possibilité de bénéficier d'un congé de soutien familial est ouverte à tout salarié justifiant d'une ancienneté minimale de 2 ans dans l'entreprise, dont un proche présente un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

Le proche ouvrant droit à ce congé peut être :

- le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle le salarié a conclu un PACS ;
- l'ascendant, le descendant, l'enfant dont le salarié assume la charge au sens des prestations familiales ;
- le collatéral jusqu'au 4^e degré (frère, sœur, oncle, tante, neveux, nièces, grands-oncles et tantes, petits-neveux et nièces, cousins et cousines germains) ;
- l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au 4^e degré du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le salarié a conclu un PACS.

9.2.2 Congé de solidarité familiale

Le congé de solidarité permet à tout salarié de s'absenter pour assister un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital. Ce congé se caractérise par :

- une mise en place rapide ;
- une durée déterminée ;
- l'absence de rémunération pendant la suspension du contrat de travail, sauf dispositions conventionnelles plus favorables.

Le salarié peut demander un congé pour assister l'un de ses proches souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital, c'est-à-dire pouvant entraîner la mort :

- d'un ascendant ;
- d'un descendant ;
- d'une personne qui partage son domicile (concubin, époux, etc.).

Aucune autre condition n'est requise pour bénéficier de ce congé, sous réserve de fournir le justificatif médical nécessaire et de respecter la procédure prévue.

Le congé de solidarité familiale est d'une durée maximale de 3 mois, renouvelable une fois.

9.3 Structures d'information et de coordination

9.3.1 Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Les CLIC sont des structures d'information et de coordination de proximité pour les retraités, les personnes âgées et leur entourage. Ils regroupent des professionnels sociaux, médico-sociaux ou de santé.

Leurs missions sont déclinées en fonction du niveau de label :

- **niveau 1** : informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux ;
- **niveau 2** : informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux évaluer les besoins, élaborer un plan d'accompagnement, ou un plan d'intervention ;

- **niveau 3** : informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux évaluer les besoins, élaborer un plan d'aide, accompagner et assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner.

9.3.2 La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

La MDPH est définie par l'article 64 de la loi n°2 005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Les organismes membres de droit de la MDPH sont le département, trois représentants des services de l'État, les organismes locaux d'assurance maladie et des caisses d'allocations familiales. D'autres organismes, tels que les organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées, peuvent demander à en être membres.

La MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que la sensibilisation de tous les citoyens au handicap. La MDPH reçoit le dépôt de toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La MDPH met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire chargée :

- d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée et de son incapacité permanente sur la base de son projet de vie ;
- de proposer un plan personnalisé de compensation du handicap.

L'équipe pluridisciplinaire réunit des professionnels ayant des compétences médicales et paramédicales et dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle.

9.3.3 Les réseaux gérontologiques

Les réseaux gérontologiques ont pour objectif de répondre aux besoins des personnes âgées par une amélioration de l'efficacité du service rendu. Ils sont constitués de professionnels médico-sociaux et d'institutions (d'hébergement et à domicile) de compétences complémentaires. Ces professionnels jouent le rôle de facilitateurs de l'ajustement rapide des réponses en fonction de l'évolution des besoins des personnes prises en charge.

Les conditions accréditatives pour les réseaux gérontologiques sont :

- **une zone géographique d'activité** : le bassin gérontologique, un ou plusieurs canton(s) couvert(s) par des services de proximité et intégrant au minimum une structure d'accueil ;
- **une instance de diagnostic et d'orientation** : la consultation de régulation gériatrique. Cette équipe gériatrique pluridisciplinaire (gériatre, assistante sociale et éventuellement psychologue, praticiens paramédicaux) est à même de porter un diagnostic médico-social, de proposer un choix de solutions et d'engager les démarches nécessaires auprès des intervenants et si besoin l'attribution des aides de maintien ou retour à domicile ;
- **un établissement ou service agissant en tant que pivot du système** ;
- **un dispositif de coordination technique centrée sur la personne âgée**, prenant en compte l'ensemble des intervenants pouvant apporter une aide directe ou indirecte ;
- **une procédure d'évaluation** : appréciation qualitative et quantitative de la valeur du réseau.

9.3.4 Les coordinations gérontologiques

Les coordinations gérontologiques visent à mutualiser les ressources en termes d'information des usagers, de formation des professionnels, d'équipements et de services sur un même territoire.

10 Coordination des soins et place des différents intervenants

Le diagnostic puis le suivi d'un sujet dément s'organisent autour du médecin généraliste traitant qui est le pivot de la prise en charge à toutes les étapes de la maladie, au sein d'un réseau qui comprend en première ligne des professionnels du social et du soin mais également en deuxième ligne des professionnels administratifs ou issus du monde de la recherche.

Il est rappelé dans le rapport de l'Opeps (1) la notion de coordination des soins et la place des différents intervenants.

On différencie :

- **le médecin traitant** : il évoque le diagnostic, il adresse le patient à un lieu de diagnostic, il suit le patient dans sa globalité (comorbidité), il communique avec :
 - le spécialiste qui suit le patient dans le cadre de sa maladie démentielle : consultation de mémoire de proximité, éventuellement centres de mémoire, de ressource et de recherche (CM2R), ou spécialiste libéral ou hospitalier,
 - les structures d'aides : les CLIC, les réseaux gérontologiques et les coordinations gérontologiques.

Il est parfois informé du diagnostic après que celui-ci a été évoqué dans le cadre d'un autre soin, par exemple lors d'une hospitalisation ;

- les lieux de diagnostic :
 - les consultations de mémoire,
 - les CM2R,
 - les autres lieux dont les consultations des neurologues, psychiatres, gériatres libéraux et les consultations des services hospitaliers : neurologiques, gériatriques, psychiatriques, autres, où ont pu être adressés les patients pour ce motif, ou éventuellement pour un autre.

Les consultations de mémoire de proximité ont vocation à être créées dans des établissements de santé. Elles reposent sur une équipe pluridisciplinaire composée d'un neurologue, d'un gériatre, d'un psychiatre, d'un psychologue formé à la psychométrie, d'infirmiers et d'assistantes sociales. Ces centres doivent pouvoir réaliser des investigations fonctionnelles avec l'accès à un plateau technique notamment d'imagerie et de biologie. De ce niveau de consultation relèvent également les consultations des spécialistes libéraux assistés d'un psychologue.

Les centres de ressource et de recherche fondés sur la pluridisciplinarité la plus complète ont vocation à être créés au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Ce centre de « référence régional » est destiné plus particulièrement au diagnostic des formes complexes, familiales, génétiques, à début précoce, à la recherche et à l'enseignement. Toutefois, au-delà de sa mission principale d'expertise et de recours, ce centre est également un centre de la mémoire de proximité. Le centre de ressource et de recherche et les centres de consultation de mémoire de proximité permettent la participation des malades et de leur famille à certains objectifs de recherche clinique, neuropsychologique, thérapeutique, biologique, pharmaceutique et génétique ;

- les structures d'aide aux aidants : les soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- les lieux de suivi :
 - les consultations de mémoire,
 - les CM2R,
 - les autres lieux dont les neurologues libéraux et les consultations des services hospitaliers : neurologiques, gériatriques, psychiatriques, autres.

Le rythme du suivi spécialisé varie selon le diagnostic, le stade, les troubles associés (notamment comportementaux), le mode de vie, l'environnement et les besoins du médecin traitant (par exemple, médecin capacitaine en gériatrie). Il peut être annuel. Un suivi semestriel est souvent souhaitable. Il peut être plus rapproché si l'on est face à une situation de crise au domicile ;

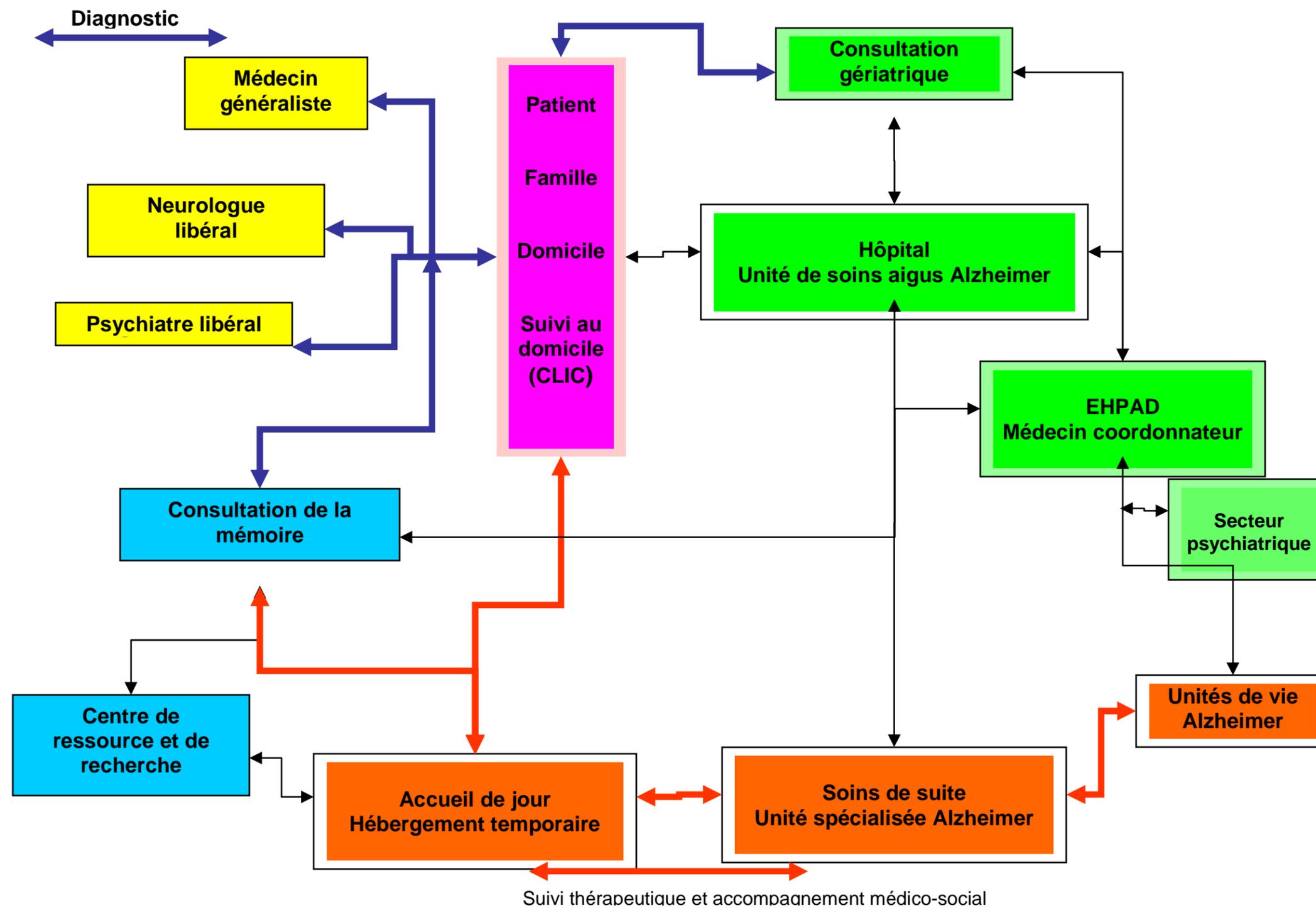
- **l'hôpital** : notamment pour des hospitalisations courtes en unité de soins aigus Alzheimer et les unités d'urgence, ou autres services, qui reçoivent des patients déments en particulier non diagnostiqués et doivent être sensibilisés à leur « repérage » et leur prise en soin spécifique ;
- l'hôpital de jour ;
- les accueils de jour ;
- les équipes mobiles ;

- les associations de familles (avec parfois une antenne dans le CM2R ou la consultation de proximité) ;
- les structures de prise en charge (hors structures de jour) :
 - les EHPA,
 - les EHPAD,
 - les structures d'hébergement temporaire ;
- **les CLIC** qui sont des lieux d'information et/ou de coordination qui regroupent des partenaires divers qui présentent une bonne connaissance de la population âgée et qui gèrent les « plans d'aide personnalisée » ;
- **les réseaux gérontologiques qui regroupent des professionnels médico-sociaux et des institutions (hébergement et aides à domicile) ;**
- **les coordinations gérontologiques qui mutualisent les ressources.**

Le patient après le diagnostic :

- **poursuit** une prise en charge et un suivi avec son médecin traitant ;
- **choisit** un médecin spécialiste auquel il s'adressera pour ce qui concerne son suivi (en lien et en correspondance avec le médecin traitant) ;
- **accepte** que les médecins partagent des informations sur les prescriptions médicales qu'il reçoit, dans le respect du secret médical ;
- **bénéficie** de toutes les prestations de soins, d'accompagnement social, juridique et de soutien psychologique.

Les possibilités de parcours du patient et les offres de soins



Annexes

Annexe 1. Recommandations et travaux disponibles

Date de publication	Organisme(s)	Titre	Date de la recherche documentaire
2000 (3)	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer	1989-1999
2001 (4)	American Academy of Neurology	Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology.	1989-1999 Il est précisé sur le site Internet de l'AAN que les informations sont encore valides en février 2007
2001 (10)	American Academy of Neurology	Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology	1989 - juillet 2000 Il est précisé sur le site Internet de l'AAN que les informations sont encore valides en février 2007
2003 (11)	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés	1997-2002
2004 (13)	Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale	Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD	Non applicable
2005 (8)	Société française de gériatrie et gérontologie	Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère	Dates non mentionnées
2005 (1)	Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé	Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées	Dates non mentionnées
2006 (5)	Scottish Intercollegiate guidelines network	Management of patients with dementia. A national clinical guideline	1997-2004
2006 {National Collaborating Center for Mental Health, 2006 22 /id}	National Institute for Health and Clinical Excellence, Social Care Institute for excellence.	Dementia supporting people with dementia and their carers. National clinical practice guideline n°42	Dates non mentionnées, fin de recherche estimée d'après le texte : août 2006
2006 (12)	Centres mémoires, de ressources et de recherche de Nice et Toulouse, Société de psychogériatrie de langue française et Société française de gériatrie et gérontologie	Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences	Dates non mentionnées
2006 (7)	European Federation of Neurological Societies	Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline	Recherche documentaire jusqu'au mois de décembre 2005
2007 (2)	Direction générale de la santé, France-Alzheimer, Association francophone des droits de l'homme âgé	Alzheimer : l'éthique en questions	Non applicable
2007 {Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2007 772 /id}	Expertise collective Inserm	Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux.	Données scientifiques disponibles en date du premier semestre 2007

Annexe 2. Niveau de preuve et grade des recommandations

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'Anaes (voir *tableau 1*). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

Tableau 1. Grade des recommandations	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p>Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées</p>	<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte</p>	<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3 Études cas-témoins</p> <p>Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas</p>	<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve</p>

American Academy of Neurology (AAN)

Table 1 Classification of evidence

Class	Description
I	Evidence provided by a well designed prospective study in a broad spectrum of persons with the suspected condition, using a "gold standard" for case definition, in which test is applied in a blinded evaluation, and enabling the assessment of appropriate tests of diagnostic accuracy.
II	Evidence provided by a well designed prospective study of a narrow spectrum of persons with the suspected condition, or a well designed retrospective study of a broad spectrum of persons with an established condition (by "gold standard") compared with a broad spectrum of controls, in which test is applied in blinded evaluation, and enabling the assessment of appropriate tests of diagnostic accuracy.
III	Evidence provided by a retrospective study in which either persons with the established condition or controls are of a narrow spectrum, and in which test is applied in a blinded evaluation.
IV	Any design in which test is not applied in blinded evaluation OR evidence provided by expert opinion alone or in descriptive case series (without controls).

Table 2 Definitions for practice recommendations based on classification of evidence

Recommendation	Description
Standard	Principle for patient management that reflects a high degree of clinical certainty (usually this requires Class I evidence that directly addresses the clinical question, or overwhelming Class II evidence when circumstances preclude randomized clinical trials).
Guideline	Recommendation for patient management that reflects moderate clinical certainty (usually this requires Class II evidence or a strong consensus of Class III evidence).
Practice Option	Strategy for patient management for which the clinical utility is uncertain (inconclusive or conflicting evidence or opinion).
Practice Advisory Practice	Practice recommendation for emerging and/or newly approved therapies or technologies based on evidence from at least one Class I study. The evidence may demonstrate only a modest statistical effect or limited (partial) clinical response, or significant cost-benefit questions may exist. Substantial (or potential) disagreement among practitioners or between payers and practitioners may exist.

Scottish Intercollegiate guidelines network (SIGN)

LEVELS OF EVIDENCE

- 1++ High quality meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials (RCTs), or RCTs with a very low risk of bias
- 1+ Well conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a low risk of bias
- 1 - Meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a high risk of bias
- 2++ High quality systematic reviews of case control or cohort studies
High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
- 2+ Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
- 2 - Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
- 3 Non-analytic studies, eg case reports, case series
- 4 Expert opinion

GRADES OF RECOMMENDATION

Note: The grade of recommendation relates to the strength of the evidence on which the recommendation is based. It does not reflect the clinical importance of the recommendation.

A	At least one meta-analysis, systematic review of RCTs, or RCT rated as 1++ and directly applicable to the target population; or A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+
C	A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++
D	Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+

GOOD PRACTICE POINTS

Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group

European Federation of Neurological Societies (EFNS)

Table 1.a Evidence classification scheme for a therapeutic intervention

Class	Description
I	An adequately powered prospective, randomized, controlled clinical trial with masked outcome assessment in a representative population or an adequately powered systematic review of prospective randomized controlled clinical trials with masked outcome assessment in representative populations. The following are required: (a) randomization concealment (b) primary outcome(s) is/are clearly defined (c) exclusion/inclusion criteria are clearly defined (d) adequate accounting for dropouts and crossovers with numbers sufficiently low to have minimal potential for bias (e) relevant baseline characteristics are presented and substantially equivalent among treatment groups or there is appropriate statistical adjustment for differences.
II	Prospective matched-group cohort study in a representative population with masked outcome assessment that meets a–e above or a randomized, controlled trial in a representative population that lacks one criteria a–e
III	All other controlled trials (including well-defined natural history controls or patients serving as own controls) in a representative population, where outcome assessment is independent of patient treatment
IV	Evidence from uncontrolled studies, case series, case reports, or expert opinion

Table 1.b Rating of recommendations

Recommendation	Description
Level A	Level A rating (established as effective, ineffective, or harmful) requires at least one convincing class I study or at least two consistent, convincing class II studies
Level B	Level B rating (probably effective, ineffective, or harmful) requires at least one convincing class II study or overwhelming class III evidence
Level C	Level C (possibly effective, ineffective, or harmful) rating requires at least two convincing class III studies

Table 2.a Evidence classification scheme for a diagnostic measure

Class	Description
I	A prospective study in a broad spectrum of persons with the suspected condition, using a 'gold standard' for case definition, where the test is applied in a blinded evaluation, and enabling the assessment of appropriate tests of diagnostic accuracy
II	A prospective study of a narrow spectrum of persons with the suspected condition, or a well-designed retrospective study of a broad spectrum of persons with an established condition (by 'gold standard') compared to a broad spectrum of controls, where test is applied in a blinded evaluation, and enabling the assessment of appropriate tests of diagnostic accuracy
III	Evidence provided by a retrospective study where either persons with the established condition or controls are of a narrow spectrum, and where test is applied in a blinded evaluation
IV	Any design where test is not applied in blinded evaluation OR evidence provided by expert opinion alone or in descriptive case series (without controls)

Table 2. b Rating of recommendations

Recommendation	Description
Level A	Level A rating (established as useful/predictive or not useful/predictive) requires at least one convincing class I study or at least two consistent, convincing class II studies
Level B	Level B rating (established as probably useful/predictive or not useful/predictive) requires at least one convincing class II study or overwhelming class III evidence
Level C	Level C rating (established as possibly useful/predictive or not useful/predictive) requires at least two convincing class III studies

Bibliographie

1. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Paris: Assemblée nationale ; Sénat; 2005.
2. Direction générale de la santé, France Alzheimer, Association francophone des droits de l'Homme âgé. Alzheimer : l'éthique en questions. Recommandations. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2007.
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Paris: Anaes; 2000.
4. American Academy of Neurology, Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, *et al.* Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001;56(9):1143-53.
5. Scottish Intercollegiate guidelines network. Management of patients with dementia. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2006.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Social Care Institute for excellence. Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. National clinical practice guideline n°42. London: NICE; 2006.
7. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, *et al.* Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guidelines. *Eur J Neurol* 2007;14(1):e1-26.
8. B. Vellas B, Gauthier S, Allain H, Andrieu S, Aquino JP, Berrut G, *et al.* Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère. *Rev Gériatr* 2005;30(9):627-40.
9. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Paris: INSERM; 2007.
10. American Academy of Neurology, Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, *et al.* Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001;56(9):1154-66.
11. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Paris: Anaes; 2003.
12. Collège national des enseignants de gériatrie, Société française de gériatrie et gérontologie, Syndicat national de gérontologie clinique, Benoit M, Arbus C, Blanchard F, *et al.* Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. *Rev Gériatr* 2006;31(9).
13. Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société française de gériatrie et gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Paris: Ministère de la santé de la jeunesse et des sports; 2007.

Participants

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations

Association des neurologues libéraux de langue française (ANLLF)
Association France-Alzheimer
Collège national des généralistes enseignants (CNGE)
Collège national des neurologues des hôpitaux généraux (CNNHG)
Fédération française de psychiatrie (FFP)
Fédération nationale des orthophonistes (FNO)
Société française de neuropathologie (SFNP)
Société de neuropsychologie de langue française (SNLF)
Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)
Société française de médecine générale (SFMG)
Société française de neurologie (SFN)
Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (Unadreo)

Comité d'organisation

Dr Davous Patrick, neurologue, Argenteuil
Pr Duyckaerts Charles, neuropathologiste, Paris
Dr Prince Pierre-Jacques, neurologue, Montpellier

Pr Rigaud Anne-Sophie, gériatre, Paris
Pr Robert Philippe, psychiatre, Nice

Groupe de travail

Pr Pasquier Florence, neurologue, Lille, présidente du groupe de travail ;
Dr Thomas-Antérion Catherine, neurologue, Saint-Étienne, chargée de projet ;
Dr Laurence Michel, chef de projet HAS, Saint-Denis ;
Dr Mlika-Cabanne Najoua, adjoint au chef du service des bonnes pratiques professionnelles, HAS, Saint-Denis.

Dr Barrellon Marie-Odile, gériatre, Saint-Chamond
Mme Beauchamp Dominique, orthophoniste, Tours
Mme De Rotrou Jocelyne, neuropsychologue, Paris
M. Devevey Alain, orthophoniste, Besançon
Dr Faure-Dressy Françoise, médecin généraliste, Saint-Etienne
Dr Fremont Patrick, psychiatre, Lagny-sur-Marne
Dr Girard-Buttaz Isabelle, neurologue, Valenciennes

Pr Glantenet Raymond, médecin généraliste, Villeneuve-d'Ascq
Dr Guard Olivier, neurologue, Dijon
Pr Hanon Olivier, gériatre, Paris
Dr Hugonot-Diener Laurence, gériatre, Paris
Dr Neuschwander Philippe, neurologue, Lyon
Dr Petitnicolas Gil, neurologue, Soissons
Mme Rose Séverine, psychologue, Paris
Dr Rousseau Thierry, orthophoniste, Sablé-sur-Sarthe
M. Semenzato Patrick, service évaluation des médicaments, HAS, Saint-Denis

Groupe de lecture

Mme Aithamon Brigitte, orthophoniste, Toulouse
Dr Amieva Hélène, neuropsychologue, Bordeaux
Pr Andrieu Sandrine, médecin de santé publique, Toulouse
Dr Barres Philippe, neurologue, Nice
Dr Belin Catherine, neurologue, Bobigny
Pr Belmin Joël, gériatre, Ivry-sur-Seine
Dr Benoit Michel, psychiatre, Nice
Dr Bereder Isabelle, gériatre, Nice
Dr Berr Claudine, épidémiologiste, Montpellier
Pr Berrut Gilles, gériatre, Nantes
Dr Blanche Joël, médecin généraliste, Noisy-le-Sec
Dr Boulliat Jacques, neurologue, Bourg-en-Bresse
Dr Bourgueil Yann, médecin de santé publique - recherche, Paris
Dr Bourrin Jean-Claude, neurologue, Draguignan
Pr Brocker Patrice, gériatre, Nice
Pr Camus Vincent, psychiatre, Tours
Mme Cantegreil-Kallen Inge, neuropsychologue, Paris
Dr Cesari Jean-Baptiste, neurologue, Montpellier
Dr Chorrin-Cagnat Elisabeth, médecin généraliste, Mandres-les-Roses
Dr Choukroun Emile, gériatre, Perpignan
Mme Cornu-Leyrit Annie, orthophoniste, Savigny-le-Temple
Dr Croisile Bernard, neurologue, Lyon
Pr Dantoine Thierry, gériatre, Limoges
Pr Dartigues Jean-François, neurologue, Bordeaux
Dr de La Sayette Vincent, neurologue, Caen
Dr Defontaines Bénédicte, neurologue, Paris
Dr Delabrousse-Mayoux Jean-Philippe, neurologue, Bergerac
Dr Desgranges Béatrice, neuropsychologue, Caen
Dr Douay Xavier, neurologue, Lambersart
Pr Dubois Bruno, neurologue, Paris
Dr Dupie Isabelle, médecin généraliste, Paris

Dr Faure Stéphanie, gériatre, Saint-Chamond
Pr Francis Eustache, neuropsychologue, Caen
Dr Garret-Gloanec Nicole, psychiatre, Nantes
Pr Gentric Armelle, gériatre, Brest
Pr Godefroy Olivier, neurologue, Amiens
Mme Hammelrath Claudine, orthophoniste, Arras
Pr Hannequin Didier, neurologue, Rouen
Mme Helly Claire, représentante associative, Lyon
M. Heral Olivier, orthophoniste, Castres
Dr Homeyer Pascale, neurologue, Aubenas
Mme Joel Marie-Eve, professeur des universités, Paris
Mme Joyeux Nathaly, orthophoniste, Avignon
Dr Kassnasrallah Saad, neurologue, Montpellier
Mme Lambert Jany, orthophoniste, Caen
Dr Lustman Matthieu, médecin généraliste, Montreuil-sous-Bois
Mme Marcotte Brigitte, orthophoniste, Abbeville
Dr Marquet Thierry, gériatre, Ivry-sur-Seine
M. Medina Franck, orthophoniste, Nîmes
Mme Metivet Elodie, psychologue, Paris
Mme Meyrieux Arlette, représentante associative, Paris
Pr Nourhashemi Fati, gériatre, Toulouse
Dr Petitpré Jean, gériatre, Lallaing
Dr Portet Florence, neurologue, Montpellier
Pr Rainfray Muriel, gériatre, Bordeaux
Dr Richir Jacques, médecin généraliste, Lille
Dr Roualdes Brigitte, neurologue, Créteil
Dr Rouaud Olivier, neurologue, Dijon
Dr Saillon Alfred, psychiatre, Paris
Dr Sellal François, neurologue, Colmar
Dr Seux Marie-Laure, gériatre, Paris
Dr Strubel Denise, neurogériatre, Nîmes
Pr Touchon Jacques, neurologue, Montpellier
Mme Valette-Fruhinsholz Françoise, orthophoniste, Guebwiller
Dr Vercelletto Martine, neurologue, Nantes
Dr Verstichel Patrick, neurologue, Créteil
Pr Viallet François, neurologue, Aix-en-Provence

Fiche descriptive

TITRE	Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées
Méthode de travail	Analyse des recommandations et des travaux récents publiés sur la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
Date de mise en ligne	Mai 2008
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Homogénéiser les pratiques en matière de diagnostic et de prise en charge (interventions médicamenteuses et non médicamenteuses, suivi) des patients ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée
Professionnel(s) concerné(s)	Neurologues, gériatres, psychiatres, médecins généralistes, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, infirmiers, travailleurs sociaux, services d'aide à domicile, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et toute personne intervenant auprès de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.
Demandeur	Société française de neurologie
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Michel Laurence, chef de projet du service des bonnes pratiques professionnelles (adjoint au chef de service : Dr Najoua Mlika-Cabanne, chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Mme Sladana Praizovic Recherche documentaire : Mme Christine Devaud, avec l'aide de Mme Renée Cardoso (chef de service de documentation : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (présidente : Dr Florence Pasquier, neurologue, Lille), groupe de lecture (cf . liste de participants). Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	Recherche de RPC : de janvier 2000 à mars 2007
Auteurs de l'argumentaire	Dr Catherine Thomas-Anterion, neurologue, Saint-Étienne Dr Laurence Michel, HAS
Validation	Avis de la commission Évaluation des stratégies de santé Validation par le Collège de la HAS le 19 mars 2008
Autres formats	Fiches de synthèse Note d'information destinée aux femmes enceintes Argumentaire scientifique Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr