



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic

RECOMMANDATIONS

Septembre 2009

Les recommandations et la synthèse des recommandations 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

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en septembre 2009
© Haute Autorité de Santé – 2009

Sommaire

Recommandations	4
1 Introduction	4
1.1 Thème des recommandations.....	4
1.2 Objectif des recommandations.....	4
1.3 Patients concernés.....	4
1.4 Professionnels concernés	4
1.5 Actualisation des recommandations	4
1.6 Gradation des recommandations	4
2 Cadre juridique	5
3 Prérequis à l'annonce du diagnostic	5
4 Annonce du diagnostic	6
5 Accompagnement du diagnostic	7
6 Cas particuliers	9
6.1 En cas d'angoisse majeure	9
6.2 En cas de déni ou d'anosognosie	9
6.3 A un stade sévère de la maladie.....	9
6.4 Dégénérescences lobaires fronto-temporales (DLFT).....	9
6.5 Réticence ou opposition de la famille.....	10
6.6 Patient isolé socialement à domicile	10
Méthode <i>Recommandations pour la pratique clinique</i>	11
Participants	13
Fiche descriptive	15

Recommandations

1 Introduction

1.1 Thème des recommandations

Ces recommandations portent sur l'annonce et l'accompagnement du diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. La stratégie diagnostique n'est pas abordée dans le cadre de ce travail¹. L'élaboration de ces recommandations de bonne pratique s'intègre dans la mesure n°8 du Plan Alzheimer 2008-2012. Elle a été demandée à la HAS par la Direction générale de la santé.

Par ailleurs, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) met à la disposition des patients et des professionnels de santé des outils d'information et de formation sur son site Internet : www.inpes.sante.fr, dont un guide d'utilisation destiné au médecin comportant un chapitre sur l'annonce.

1.2 Objectif des recommandations

L'objectif de ces recommandations est de définir les modalités d'annonce et d'accompagnement du diagnostic en cas de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée.

1.3 Patients concernés

Sont concernés les patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée pour lesquels le diagnostic a été posé et doit être annoncé.

1.4 Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et médico-sociaux ou tout autre acteur susceptible d'intervenir dans l'annonce et l'accompagnement du diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

1.5 Actualisation des recommandations

L'actualisation de ces recommandations devra être envisagée après la mise en place et les premières évaluations du dispositif d'annonce et d'accompagnement prévue en 2010 dans plus de 50 % des consultations spécialisées.

1.6 Gradation des recommandations

Les données de la littérature identifiée dans le cadre de ce travail n'ont pas permis d'établir de niveaux de preuve pour les recommandations. En conséquence, toutes les recommandations

¹ Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. HAS mars 2008.

reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture.

2 Cadre juridique

L'annonce du diagnostic est un moment important du soin. Elle permet :

- de respecter la liberté de choix de la personne et sa dignité ;
- de favoriser sa capacité à organiser sa vie.

Par ailleurs, sur un plan normatif, le droit positif garantit au patient un large droit d'accès à l'information médicale le concernant :

- la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré le droit, pour toute personne, d'être informée sur son état de santé (art. L. 1111-2 du Code de la santé publique) et d'accéder, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne, à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé (art. L. 1111-7 du même Code).

Avant d'être une obligation légale, le devoir d'informer est avant tout une obligation déontologique prévue par l'article 35 alinéa 1^{er} du **Code de déontologie médicale** : « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* », sauf exceptions strictement prévues par la loi et justifiées par l'intérêt du patient.

Par ailleurs, l'accès du patient aux informations médicales le concernant ainsi que le respect de son consentement libre et éclairé sont garantis au niveau international :

- par l'article 10 de la Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine, signée le 4 avril 1997 à Oviedo : « Toute personne a le droit de connaître toute information recueillie sur sa santé. Cependant, la volonté d'une personne de ne pas être informée doit être respectée ; »
- par l'article 3 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, signée le 7 décembre 2000 à Nice : « Toute personne a droit à son intégrité physique et morale. Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment être respectés le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi [...] ».

3 Prérequis à l'annonce du diagnostic

Il est recommandé d'avoir connaissance au préalable de différents éléments de vie du patient, tout particulièrement ses antécédents, son histoire de vie (situation familiale, activité professionnelle), son réseau d'aides mobilisable, etc.

Il est recommandé de rechercher systématiquement :

- des antécédents ou des troubles psychiatriques, notamment dépressifs ;
- un antécédent familial de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

La personnalité du patient doit être prise en compte, ainsi que ses représentations de la maladie, ses craintes et les éléments contextuels (deuil récent, maladie du conjoint, hospitalisation, etc.).

Le vécu de l'aidant doit être pris en considération.

Il est recommandé d'évaluer :

- la volonté du patient de connaître le diagnostic ;
- sa conscience du trouble.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée repose sur la réalisation d'un bilan conformément aux recommandations de la HAS et sur des critères diagnostiques validés de la maladie². L'annonce est un processus spécifique qui doit s'accompagner d'une proposition d'un plan de soins et d'aides.

Il est recommandé d'informer le patient pendant la réalisation du bilan qu'une consultation sera dédiée à l'annonce du diagnostic.

Il est recommandé de différer l'annonce du diagnostic si des éléments essentiels de ce prérequis sont manquants.

En cas de doute diagnostique, il est recommandé de refaire un bilan à 6 mois.

4 Annonce du diagnostic

Il est recommandé que le médecin spécialiste qui a établi le diagnostic l'annonce de façon explicite.

La consultation d'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est une consultation longue et dédiée.

Le processus d'annonce :

- doit s'adapter au patient afin de tenir compte de son rythme d'appropriation ;
- peut comporter une ou plusieurs consultations si nécessaire.

Le patient est informé le premier de son diagnostic. À sa demande, cette annonce est partagée avec une personne de son choix. En cas d'incapacité à exprimer cette demande, le diagnostic est annoncé à la personne de confiance ou à défaut à un membre de son entourage en présence du patient.

L'annonce doit être faite dans un lieu approprié permettant un entretien singulier et une écoute facilitée (absence de passage, impératif de confidentialité, lieu calme, etc.). Le médecin doit être disponible (absence de sollicitations extérieures).

Au cours de l'annonce, il convient de prendre le temps :

- de rappeler des informations déjà connues du patient comme la raison de cette rencontre, les plaintes ou difficultés initiales, etc. ;
- de parler de façon claire et concise des résultats du bilan et du diagnostic retenu :
 - le terme précis de maladie d'Alzheimer doit être prononcé. Une graduation dans le choix des mots peut être utilisée au cours de l'entretien : on peut ainsi parler de maladie de la mémoire, de maladie du cerveau, puis de maladie d'Alzheimer. Les termes suivants doivent être évités : démence, détérioration ou dégénérescence cérébrale,
 - pour les maladies apparentées, les termes tels que démence vasculaire, démence à corps de Lewy, dégénérescence lobaire fronto-temporale, démence sémantique, dégénérescence cortico-basale sont à utiliser et à expliciter ;

² Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. HAS mars 2008

- d'être à l'écoute du patient, de le laisser réagir et exprimer ses émotions face à l'annonce du diagnostic, de l'aider à mettre des mots sur son ressenti ou à poser des questions ;
- d'évaluer son niveau de compréhension et de répondre à ses questions.

Lors de cette annonce, les points constructifs suivants peuvent être évoqués :

- mettre en avant les capacités préservées du patient et ses projets ;
- proposer et mettre en place une stratégie thérapeutique (médicamenteuse et non médicamenteuse) ;
- évoquer les aides possibles ;
- informer de l'existence d'associations de malades et de familles de malades ;
- parler de la recherche dans ce domaine ;
- parler d'une évolution clinique qui peut être lente.

Il est recommandé que les éléments sus-cités (diagnostic, termes utilisés, patient venu seul ou non, réactions du patient et de l'aidant, questions posées, etc.) soient inclus dans le compte rendu adressé au médecin traitant. Le médecin ayant établi le diagnostic doit inviter le patient à consulter rapidement son médecin traitant.

Un échange d'information avec le pharmacien du patient est à encourager.

Le patient et sa famille doivent pouvoir, s'ils le souhaitent, être revus rapidement après l'annonce par le médecin qui a fait le diagnostic ou par un membre de son équipe (psychologue, personnel infirmier). Il doit être donné au patient et à son aidant les informations nécessaires pour leur permettre de le faire (qui joindre, quand et comment).

5 Accompagnement du diagnostic

Il est recommandé que le médecin traitant soit informé avant qu'il ne revoie le patient et que le compte rendu de la consultation d'annonce du diagnostic lui soit envoyé. Cette coordination avec le médecin traitant est un gage de sécurité et de continuité des soins, dans le respect du libre choix et des souhaits du patient.

Le médecin traitant évalue la bonne compréhension par le patient de l'annonce qui lui a été faite, lui demande ce qu'il sait et ce qu'il croit sur sa maladie et, à partir de ce recueil d'information et du compte rendu écrit qui lui a été transmis, il reformule, explicite le diagnostic et répond aux questions au cours d'une consultation dédiée.

Il revient au médecin traitant de présenter le plan de soins et d'aides (cf. encadré 1) et d'en assurer la mise en place en collaboration avec le médecin ayant établi le diagnostic et les structures de coordination : réseaux, centres locaux d'informations et de coordination (CLIC), maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), centres médico-psychologiques (CMP), etc.

Encadré 1. Plan de soins et d'aides

Le plan de soins et d'aides comprend en fonction de la clinique et de la situation sociale :

- la mise en place de l'ALD ;
- les soins médicamenteux spécifiques et non médicamenteux ;
- la prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque ;
- la surveillance nutritionnelle ;
- la carte d'information « Maladie d'Alzheimer » proposée au patient ;
- une orientation vers un psychologue et/ou un psychiatre (soutien du patient et/ou de son entourage) ;
- l'orientation vers les services sociaux (mise en place des aides et des financements) ;
- une information sur les associations de malades et de familles de malades ;
- une information sur les structures de répit ;
- des conseils pour l'adaptation du logement ;
- une information par le pharmacien lors de la délivrance du traitement ;
- le suivi par le médecin traitant et en consultation mémoire tel que défini dans les recommandations de la HAS³.

Une évaluation gériatrique est proposée le cas échéant.

La désignation précoce d'une personne de confiance est souhaitable, ainsi que la réalisation d'un mandat de protection future.

En fonction du stade ou de l'évolution de la maladie, d'autres questions peuvent être abordées comme :

- les souhaits et projets du patient et de son entourage ;
- la conduite automobile ;
- le repérage de situations à risque (le repassage, l'usage d'outils dangereux, la pratique d'activité dangereuse comme la chasse, la plongée, la présence d'armes à feu au domicile, des activités ou métiers à risque, etc.) ;
- l'adaptation du logement ou une alternative au domicile ;
- l'indication d'une protection juridique.

Un suivi spécifique des aidants est nécessaire³ et peut comprendre selon les cas :

- des soins médicaux et paramédicaux ;
- une aide à la personne ;
- un temps d'écoute spécialisé ;
- un repérage des situations d'épuisement, etc.

³ Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. HAS mars 2008.

6 Cas particuliers

6.1 En cas d'angoisse majeure

C'est une situation qui peut être prévenue par la prise en compte des éléments de vulnérabilité précédemment décrits.

En cas d'angoisse majeure lors de l'annonce du diagnostic, il est recommandé :

- d'interrompre l'annonce, d'apaiser et rassurer le patient ;
- d'instaurer un traitement si nécessaire, voire hospitaliser le patient ;
- d'assurer le suivi en collaboration avec le médecin traitant qui sera alerté rapidement ;
- de reprendre l'annonce du diagnostic dès que l'état du patient le permet.

6.2 En cas de déni ou d'anosognosie

En cas de déni ou d'anosognosie, il est recommandé de ne pas chercher à convaincre le patient. Néanmoins, le diagnostic doit être annoncé clairement.

Chez le patient anosognosique, la répétition peut être inutile ou traumatisante.

L'attitude de déni a une valeur défensive pour le patient. La proposition d'un travail psychique sur les troubles présentés et sur la souffrance ressentie vise à entraîner une reconnaissance progressive de la maladie qui permet à distance d'aborder le diagnostic ou de compléter son annonce et de formaliser le plan de soins et d'aides.

6.3 A un stade sévère de la maladie

Il est difficile de préjuger des capacités réelles de compréhension du patient à ce stade. Les patients même à un stade sévère de la maladie peuvent tirer un bénéfice de cette annonce, qui doit se faire selon les principes énoncés précédemment.

L'annonce du diagnostic est également une marque de respect et de reconnaissance du patient. Elle peut faciliter l'expression de ses émotions.

Lorsque le diagnostic a été fait tardivement, une attention particulière est portée à l'entourage du fait d'un risque d'épuisement plus fréquent.

6.4 Dégénérescences lobaires fronto-temporales (DLFT)

En cas de DLFT, il est recommandé d'annoncer le diagnostic au patient. Cette information est à partager avec une personne de son choix.

Il est recommandé :

- d'annoncer le diagnostic avec précaution, éventuellement en plusieurs temps ;
- de donner au patient et à la famille des explications par rapport :
 - aux précautions spécifiques à prendre du fait d'un risque d'aggravation des conduites sociales pouvant occasionner des conflits avec risque de préjudices à autrui ou mise en danger du patient,
 - aux interdits qui en découlent et qui peuvent paraître excessifs aux patients (conduite automobile, utilisation d'outils dangereux, autonomie financière, protection à l'égard des enfants).

6.5 Réticence ou opposition de la famille

En cas de réticence ou d'opposition de la famille manifestées antérieurement, il est recommandé avant d'annoncer le diagnostic au patient de :

- recevoir la famille à part, avec un temps d'écoute pour essayer de comprendre les raisons de cette opposition (peur, sentiment d'impuissance, surprotection, etc.) en prenant du temps pour lui expliquer :
 - l'intérêt de l'annonce pour le patient et la famille,
 - les conséquences d'une non-annonce si le patient le découvre seul par la suite (notice de médicaments, parole d'un soignant, etc.) ;
- se faire aider si nécessaire par un psychologue et/ou un psychiatre si la situation reste bloquée.

L'annonce au patient sera programmée à l'issue de cette démarche.

6.6 Patient isolé socialement à domicile

Chez un patient socialement isolé à domicile, il est recommandé d'annoncer le diagnostic après la mise en place de la prise en charge médico-psycho-sociale.

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

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 ».

La méthode recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► **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'utilisateurs.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► **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'utilisateurs, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► **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'utilisateurs. 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 sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► **Rédaction de la première version des recommandations**

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► **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. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations au sein de la HAS.

► **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 le comité de la HAS chargé de la validation des recommandations. 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.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition du comité de validation des recommandations, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne 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.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► **Gradation des recommandations**

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. 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 la HAS.

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

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

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)

Association des neurologues libéraux de langue française (ANLLF)

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

Collège professionnel des gériatres français (CPGF)

Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)

Fédération française de neurologie (FFN)

Fédération française de psychiatrie (FFP)

France Alzheimer (FA)

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Prat-Psy

Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)

Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)

Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)

Société française de médecine générale (SFMG)

Société française de neurologie (SFN)

Comité d'organisation

Dans le cadre de ce travail, le comité d'organisation a été une réunion téléphonique.

Pr Ankri Joël, gériatre, Paris - président du groupe de travail

Dr Dosquet Patrice, chef du service des bonnes pratiques professionnelles (HAS) – Saint-Denis

Dr Laurence Michel, Saint-Denis - chef de projet HAS

Mme Micas Michèle, représentante France Alzheimer, Tournefeuille

Dr Roche Jean, psychiatre, Lille - chargé de projet

Groupe de travail

Pr Ankri Joël, gériatre/médecin de santé publique, Paris - président du groupe de travail

Dr Roche Jean, psychiatre, Lille - chargé de projet

Dr Laurence Michel, Saint-Denis - chef de projet HAS

Dr Beaujard Jérôme, médecin généraliste, La Fare Les Oliviers

Pr Berrut Gilles, gériatre, Nantes

Pr Blanchard François, gériatre, Reims

M. Delgutte Alain, pharmacien, Nevers

Dr Dumel François, médecin généraliste, Audincourt

Mme Egea Isabelle, cadre de santé, Toulouse

Dr Gallarda Thierry, psychiatre, Paris

Pr Hannequin Didier, neurologue, Rouen

Mme Jamet Marina, pharmacien, Paris

Dr Jovelet Georges, psychiatre, Prémontre

Dr Lurcel Jérôme, médecin généraliste, Paris

Dr Mekies Claude, neurologue, Toulouse

Dr Micas Michèle, psychiatre, représentante France Alzheimer, Tournefeuille

Mme Michel Evelyne, psychologue, Nice

Pr Novella Jean-Luc, professeur santé publique, gériatre, Reims

Dr Robert Jean, médecin généraliste, Monnaie

Dr Sellal François, neurologue, Colmar

Dr Thomas-Anterion Catherine, neurologue, Saint-Étienne

Dr Vincent Isabelle, directrice adjointe de la communication et des outils pédagogiques, Inpes, Saint-Denis

Groupe de lecture

Mlle Aita Nelly, infirmière, Paris
Dr Aquino Jean-Pierre, gériatre/médecin de santé publique, Versailles
Dr Arnould Pascale, médecin généraliste, Villiers-Saint-Georges
Dr Atlan Pierre, médecin généraliste, Paris
Dr Aubry Régis, soins palliatifs, Besançon
Dr Badin Pierre, médecin généraliste, Saint-Cyr-en-Val
Dr Barrellon Marie-Odile, gériatre, Saint-Chamond
Dr Benoit Michel, psychiatre, Nice
Dr Blond Jean-Claude, psychiatre, Bourg-en-Bresse
Dr de la Sayette Vincent, neurologue, Caen
Dr Delabrousse-Mayoux Jean-Philippe, neurologue, Bergerac
Dr Dibie-Racoupeau Florence, gérontopsychiatre, Lyon
Dr Douay Xavier, neurologue, Lambersart
Dr Dreuil Daniel, gériatre, Lille
Pr Dreux Claude, président du Cespharm/ordre des pharmaciens, Paris
Mlle Duquef Christelle, infirmière, Paris
Dr Erkes Jérôme, psychologue/neuropsychologue, Montpellier
Dr Eudes-Caddous Monique, médecin généraliste, Allinges
Dr Ferry Jean-Pierre, médecin généraliste, Audincourt
Mme Garrigou Christiane, représentante d'usagers, Colomiers
Mme Godard Jacqueline, pharmacien, Clermont-Ferrand
M. Guiliano Emmanuel, psychologue, Paris
Dr Guillaumot Philippe, psychiatre, Pau
Dr Hanon Cécile, psychiatre, Antony
Dr Hazif-Thomas Cyril, psychiatre du sujet âgé, Quimperlé
Pr Hommet Caroline, gériatre, Tours

Dr Houn Sarath, médecin généraliste, Trets
Dr Hugonot-Diener Laurence, gériatre, Paris
Pr Jouanny Pierre, gériatre, Rennes
Dr Larrieu Jean-Marie, médecin généraliste, Saint-Médard-en-Jalles
Dr Laurent Françoise, médecin généraliste, Aix-en-Provence
Dr Lebert Florence, psychiatre, Lille
Mlle Leblanc Danielle, infirmière, Monnaie
Dr Maheut-Bosser Anne, psychogériatre, Nancy
Dr Mahieux-Laurent Florence, neurologue, Ivry-sur-Seine
Dr Michel Olivier, gériatre, Rennes
Mme Mure-Petitjean Clara, psychologue, Paris
Pr Nourhashemi Fati, gériatre, Toulouse
Mme Ollivet Catherine, représentante France Alzheimer Seine-Saint-Denis, Le Raincy
Dr Parayre Claudine, médecin inspectrice de santé publique, Anesm, Saint-Denis
Dr Pétrègne François, médecin généraliste, Gradignan
Dr Prince Pierre-Jacques, neurologue, Montpellier
Dr Reynolds Daniel, médecin généraliste, Bordeaux
Pr Rigaud Anne-Sophie, gériatre, Paris
Dr Roblin Julie, psychiatre, Paris
Mme Roussel Martine, neuropsychologue, Amiens
Dr Ruetsch Marcel, médecin généraliste, Dessenheim
Dr Santana Pascale, médecin généraliste, Paris
Dr Sebbag Pierre, médecin généraliste, Marly-le-Roi
Dr Thomas Philippe, psychiatre, Limoges
Pr Verny Marc, gériatre, Paris
Mme Willard Dominique, psychologue clinicienne, Paris

Fiche descriptive

TITRE	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Définir les modalités d'annonce et d'accompagnement du diagnostic en cas de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée
Professionnel(s) concerné(s)	Les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et médico-sociaux ou tout autre acteur susceptible d'intervenir dans l'annonce et l'accompagnement du diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.
Demandeur	Direction générale de la santé dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 (mesure n°8).
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Michel LAURENCE, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, (chef du service des bonnes pratiques professionnelles : Dr Patrice DOSQUET) Secrétariat : Mme Sladana PRAIZOVIC Recherche documentaire : Mme Emmanuelle BLONDET, avec l'aide de Mme Yasmine LOMBRY (chef du service documentation : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Pr Joël ANKRI, gériatre, médecin de santé publique, Paris, groupe de lecture : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du comité d'organisation et du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées en fonction du thème de ces RBP. Les intérêts déclarés par les membres du comité d'organisation et du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Recherche documentaire	De 1998 à mars 2009 (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire)
Auteurs de l'argumentaire	Dr Jean ROCHE, psychiatre, Lille
Validation	Avis du comité de validation des recommandations Validation par le Collège de la HAS en septembre 2009
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

