



Les
recomman-
dations de
spécialistes
suisse

**Alzheimer et autres formes
de démence
Diagnostic, traitement,
prise en soins**

Mise à jour des recommandations communes d'experts suisses de 2014

Les recommandations concernant le diagnostic, le traitement et la prise en soins ont été élaborées par plus de 70 experts d'Alzheimer et d'autres formes de démence entre 2012 et 2014. Elles sont le fruit de la collaboration entre les représentants des sociétés spécialisées pertinentes dans le domaine de la médecine générale, de la gériatrie, de la neurologie, de la neuropsychologie, de la psychiatrie de l'âge avancé et de la médecine du trafic, ainsi que de l'Association suisse des infirmiers et infirmières et de l'Association Alzheimer Suisse. Ce résumé s'appuie sur les trois publications suivantes parues dans la revue spécialisée « Praxis » :

« Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse »

« Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz [BPSD] », 2014

« Konsensempfehlungen zur Beurteilung der medizinischen Mindestanforderungen für Fahrgenugung bei kognitiver Beeinträchtigung », 2012

En vue d'actualiser les présentes recommandations, de légères adaptations du contenu ont été apportées par les spécialistes chargés de la relecture scientifique.

Rédaction : Alzheimer Suisse, deuxième version remaniée en 2019

Graphisme : Isabel Thalman, buchundgrafik.ch

Images : gettyimages (couverture), plainpicture (page 24), fotolia, prisma et colourbox

Photographies médecins : archives privées.

Relecture scientifique :

Prof. Andreas U. Monsch, Directeur Memory Clinic, Centre universitaire de l'âge avancé, Felix-Platter-Spital, Bâle

Prof. Dr' Urs P. Mosimann, Directeur médical, Inselgruppe AG, Berne

Prof. Dr' Egemen Savaskan, Médecin-chef, Clinique universitaire de psychiatrie, Clinique de psychiatrie de l'âge avancé, Centre de gérontopsychiatrie Hegibach, Zurich

© Alzheimer Suisse, Berne 2019 [réimpression]

Les recommandations des experts de l'Alzheimer en bref

Alzheimer et autres formes de démence: l'essentiel en bref

Page 4

Vous trouverez ici des éléments d'information sur la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.

Examens et diagnostic

Page 7

Une investigation rapide et approfondie est fortement recommandée.

Traitements médicamenteux et non médicamenteux

Page 14

Un traitement spécifique et personnalisé permet une meilleure qualité de vie.

Organisation au quotidien, soutien, prise en soins

Page 24

S'adapter aux changements, s'organiser et accepter de l'aide, cela allège notablement le quotidien.

Glossaire

Page 28

Nous expliquons brièvement les principaux termes spécialisés.

Médicaments

Page 32

S'y trouvent les principes actifs et les marques déposées correspondantes.

La présente brochure est la deuxième actualisation de la brochure du même nom, éditée en 2008 et 2014. Elle rend accessibles à un cercle de personnes plus large, en particulier aux proches soignants et aux malades, les recommandations des spécialistes.

Les termes marqués d'un astérisque [*] sont expliqués dans un glossaire concis à la fin de la brochure. Les médicaments sont mentionnés dans le texte sous le nom de leur principe actif (indiqué par ▲). Une liste des marques correspondantes se trouve à la fin du document.

Alzheimer et autres formes de démence : l'essentiel en bref



Une démence est en général le résultat d'une affection cérébrale chronique et évolutive dont les causes peuvent être multiples. Il n'y a pas de guérison, mais des traitements existent.

Un trouble des fonctions cérébrales

D'après les définitions internationales, le terme de démence désigne un tableau clinique généralement dû à une maladie cérébrale chronique et évolutive qui se manifeste par l'altération de plusieurs fonctions cognitives. Les fonctions affectées sont : l'attention, le langage, l'apprentissage et la mémoire, les fonctions dites exécutives (la planification, la pensée abstraite, le recours aux stratégies, la solution de problèmes), les capacités de perception et de l'interaction sociale. Les troubles liés à la démence entravent les activités quotidiennes de la personne concernée sur le plan privé et/ou professionnel.

Du point de vue organique, la maladie d'Alzheimer provoque des altérations dans le cerveau, essentiellement sous forme de dépôts protéiniques, appelés plaques amyloïdes et faisceaux neurofibrillaires (protéine tau). Les aires du cerveau ne sont pas touchées de façon uniforme. En début de maladie, ce sont principalement les aires du cerveau affectées à la mémoire qui sont touchées. La progression de la maladie entraîne une perte croissante de cellules nerveuses qui conduit à son tour à une réduction notable de substance cérébrale.

Plusieurs formes de démence, des causes diverses

De nombreux facteurs peuvent être à l'origine d'une démence. Certaines formes de démence sont qualifiées de réversibles: elles sont partiellement ou entièrement guérissables par un traitement adapté. Tel est notamment le cas de certaines maladies métaboliques, p. ex. une hypothyroïdie ou une carence en vitamine B₁₂. A l'inverse, les démences irréversibles affectent directement le cerveau. La maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire font partie des formes de démence irréversible les plus fréquentes. Parmi les formes plus rares figurent la démence à corps de Lewy, les démences fronto-temporales et la démence associée à la maladie de Parkinson. La démence peut aussi être la conséquence d'autres maladies telles que la sclérose en plaques ou de lésions cranio-cérébrales. Il existe également des formes de démence mixtes, par exemple la démence vasculaire associée à la maladie d'Alzheimer.

Les causes exactes des différentes formes de démence restent encore largement inconnues à ce jour. Les scientifiques supposent qu'il y a une conjugaison de plusieurs facteurs. L'un des plus importants est l'âge. Le risque de développer une démence est très faible avant l'âge de 60 ans. Ensuite il double environ tous les cinq ans. En 2018, environ 151 000 personnes atteintes de démence vivaient en Suisse. S'y ajoutent chaque année environ 28 800 nouveaux malades. Compte tenu du vieillissement



de la population, on s'attend à quelque 300 000 personnes affectées en Suisse d'ici à 2040.

Pas de guérison, mais des traitements efficaces

Une investigation précoce et approfondie vise avant tout à clarifier les causes d'un trouble des fonctions cérébrales. Une démence n'est pas guérissable à ce jour (à l'exception des formes réversibles), mais elle peut être traitée. En effet, il est possible d'atténuer les symptômes par des traitements médicamenteux et non médicamenteux ainsi que par des interventions psychosociales. Or, un tel suivi nécessite un diagnostic aussi précis et aussi rapide que possible. Pour les malades et les proches soignants il en résulte un gain notable en termes de qualité de vie.



Les nouvelles découvertes scientifiques permettent d'être plus optimistes quant à la prise en soins des démences.

Dr Dan Georgescu

Facteurs de risque

Si l'on n'a aucune prise sur certains facteurs de risque comme l'âge, le sexe et la génétique, il est recommandé d'agir sur les autres facteurs (en particulier le mode de vie), à savoir : renoncer à fumer, s'alimenter sainement (régime méditerranéen riche en légumes et en poisson, modération de l'apport en sucre et en sel), pratiquer des activités physiques régulières, éviter le surpoids et l'hypertension, modérer son taux de cholestérol, entraîner activement ses facultés cognitives et maintenir les liens sociaux. Ces mesures sont d'autant plus efficaces si elles sont appliquées tôt et durablement.

Examens et diagnostic



Il est essentiel de procéder à un dépistage rapide de la démence. Ces examens permettent de clarifier la situation et de planifier à temps les prochaines étapes : initier une thérapie et un accompagnement, planifier la vie future et prendre certaines décisions importantes.

Critères diagnostiques reconnus

D'après les critères diagnostiques internationaux tels qu'ICD-10*, on parle d'une démence (ou « trouble neurocognitif majeur » selon DSM-5*) lorsque les critères suivants sont remplis : atteinte dans deux ou plusieurs domaines cognitifs, à savoir : capacité d'apprentissage et mémoire, attention, langage, capacité de planifier, pensée abstraite, résolution de problèmes, perception, capacité de reconnaître, orientation, interactions sociales. Ces atteintes des facultés cognitives entravent de façon significative la vie sociale et/ou professionnelle et représentent une détérioration par rapport à la situation antérieure.



Parallèlement au diagnostic, la détermination de la sévérité, et donc du stade de la démence [légère, modérée ou sévère] revêt un caractère essentiel. Cette gradation se réfère en particulier au degré de besoin d'aide et de soutien.

Une baisse des facultés cognitives sans incidence sur les activités du quotidien correspond à un trouble cognitif léger (Mild Cognitive Impairment, MCI* ou trouble neurocognitif mineur). De nombreuses personnes atteintes de MCI voient leur facultés mentales se stabiliser, voire s'améliorer à nouveau. Par contre, certaines développent une démence au fil du temps. D'où la recommandation de faire un suivi neuropsychologique en cas de MCI avec des examens périodiques au moins une fois par année.

Les avantages d'une investigation approfondie

- En cas de signes de démence, une investigation par le ou la médecin de famille et, le cas échéant, par une équipe interdisciplinaire, permet dans la plupart des cas de tirer la situation au clair.
- Des résultats qui s'écartent de la norme indiquent la présence d'une maladie. A défaut de résultats clairs au terme de l'investigation, un nouvel examen aura lieu au bout d'un certain temps. Cela permet une évaluation suivie dans le temps.
- L'investigation porte également sur la cause et donc sur la forme de démence, en vue de déterminer les possibilités de traitement.
- Le cas échéant, l'investigation peut conclure au caractère réversible de la maladie et à la possibilité de la guérir partiellement ou totalement par un traitement approprié. Dans le cas contraire, on cherchera à la stabiliser pendant un certain temps au moyen de thérapies adaptées.
- De même, l'investigation permet de savoir à quel stade de la maladie se trouve la personne concernée.
- Enfin, l'évaluation de l'aptitude à la conduite relève également du médecin de famille ou de la spécialiste.

Une investigation est indiquée lorsque

- la personne concernée et/ou l'un de ses proches font état de modifications des fonctions cognitives (p.ex. mémoire, intérêts, motivation) ou du comportement (p. ex. repli social, conflits, sentiment d'être dépassé par les événements, sentiment d'insécurité),
- le ou la médecin de famille ou l'assistant-e médical-e constatent des anomalies telles que l'oubli de rendez-vous ou des signes de négligence physique inhabituelle, en particulier chez les personnes qui vivent seules ou isolées socialement.



**Seul un diagnostic rapide
permet une thérapie rapide.**

Prof. Andreas U. Monsch

Le médecin de famille, premier interlocuteur

L'investigation débute chez la ou le médecin de famille. Elle comprend nécessairement un entretien approfondi, auquel doivent être associés les proches si le patient y consent.

En outre, la ou le médecin réalise des tests brefs de dépistage des démences. Les tests recommandés pour évaluer les fonctions cognitives sont les suivants: MMSE* et test de l'horloge, ainsi que MoCA*, Mini-Cog* et BrainCheck*. Des résultats anormaux ne constituent pas une preuve suffisante de démence, mais doivent donner lieu à des investigations plus poussées dans un centre de référence ou dans une consultation mémoire. A l'inverse, des résultats normaux en présence d'autres signes, comme par exemple des troubles de l'orientation, n'excluent pas forcément l'existence d'une démence. Dans ce cas aussi, des examens plus détaillés s'imposent.

Examens et diagnostic

Le ou la médecin de famille mène également un examen corporel complet, qui comprend un examen neurologique détaillé. De plus, il ou elle fait faire une prise de sang à des fins d'analyse de laboratoire. Les analyses fourniront des données sur des fonctions importantes de l'organisme comme le système cardiovasculaire, la coagulation sanguine, les fonctions hépatiques et rénales, l'équilibre hydro-électrolytique, les fonctions métaboliques et d'éventuelles carences en vitamines. En cas de doute, le dépistage de virus tels que le VIH ou la borréliose est envisageable.

Le ou la médecin de famille sera attentif, attentive, à de nombreux autres aspects encore, comme l'existence de maladies de type cancéreux, endocrinien ou cardiovasculaire, ou encore l'apnée du sommeil ou une dépression, la médication actuelle et des signes d'abus de substances [médicaments, alcool, drogues].

Toutes ces investigations permettront d'identifier – ou d'exclure – une autre cause potentiellement responsable des symptômes. Si la situation est complexe, le médecin de famille adressera la personne concernée à une consultation mémoire ou un centre similaire, en particulier dans les cas suivants :

- résultats contradictoires, p.ex. bons résultats aux tests en dépit de signes existants ou résultats anormaux malgré des symptômes anodins ;
- délimitation difficile entre démence, dépression et délire* ;
- maladie avant l'âge de la retraite ;
- symptômes atypiques ou évolution atypique ;
- présence de troubles cognitifs en association avec d'autres maladies ;
- communication difficile entre le médecin, le malade et les proches ;
- nécessité d'évaluer les conséquences des troubles cognitifs fonctionnels, p.ex. sur la conduite d'une voiture.

Bilan interdisciplinaire dans une consultation mémoire

Pour une partie des personnes concernées, l'investigation se poursuit ensuite dans un centre spécialisé ou une consultation mémoire. La collaboration



entre les différents spécialistes (gériatre, neuropsychologue, neurologue, psychiatre de l'âge avancé) permet d'y effectuer un bilan interdisciplinaire. Notamment les colloques interdisciplinaires avec discussion des cas permettent à ces spécialistes d'affiner ensemble leur diagnostic.

L'investigation se focalise sur l'examen clinique et neuropsychologique. L'examen neuropsychologique comprend les tests de toutes les fonctions cognitives et l'évaluation du comportement adopté durant les tests. Il fournit également des informations pertinentes sur l'aptitude à la conduite.

Quant à l'évaluation gériatrique, elle renseigne sur les facultés concrètes au quotidien : autonomie, mobilité, fonctionnement des organes sensoriels [vue, audition, etc.], état nutritionnel, problèmes médicamenteux, humeur et intégration sociale. L'évaluation géronto-psychiatrique permet d'identifier et de traiter des symptômes accessoires de la démence tels que la dépression, l'agitation et l'anxiété.

D'autres examens encore servent à rechercher des causes comme des tumeurs ou des hémorragies. Ils reposent sur différents procédés d'imagerie médicale, à commencer par l'examen IRM* du cerveau. Ces examens permettent p. ex. d'identifier des modifications de l'apport sanguin ou une éventuelle dégradation de la substance cérébrale.

Les techniques d'imagerie dites TEP* ou TEMP* peuvent être utiles pour identifier certaines causes spécifiques. De fait, elles font déjà partie des critères de diagnostic pour certaines formes de démence. Dans des cas rares, un EEG* ou un examen du liquide cérébro-spinal* s'avèrent nécessaires pour poser un diagnostic.

Dans le contexte de formes familiales de démence à début précoce, des analyses génétiques ciblées peuvent apporter des réponses, mais uniquement lorsque l'examen est assorti d'un conseil génétique approprié.



Un diagnostic clair, même s'il est grave, facilite les choses. Le premier pas vers le traitement réside dans une annonce empathique du diagnostic.

Dr Irene Bopp

Annonce du diagnostic

Le médecin communique le diagnostic au malade de manière appropriée et l'informe des conséquences. Il est important qu'un proche puisse participer à l'entretien consacré à l'annonce du diagnostic, pour autant que la personne concernée, capable de discernement, y consente. L'information et le conseil fourni aux proches sont partie intégrante du diagnostic et de la thérapie.

Evaluation de l'aptitude à conduire

- Si la personne concernée conduit un véhicule à moteur, l'investigation de la démence doit aussi comporter une évaluation par le médecin ou l'équipe de médecins de l'aptitude à conduire.
- Dans la mesure du possible, les proches doivent être impliqués dans ce processus, étant donné la tendance de nombreux conducteurs à surestimer leur propre capacité à conduire.
- Une éventuelle restriction de l'aptitude à conduire se manifeste notamment par une conduite peu assurée, des antécédents d'accidents ou d'amendes, le fait de renoncer à certains trajets (p. ex. routes inconnues ou longs trajets), mais aussi par un comportement agressif ou impulsif, l'influence de l'alcool et des capacités visuelles et motrices limitées.
- En cas de démence, le médecin ou un-e spécialiste qualifié-e pour évaluer l'aptitude à la conduite doit décider si la personne atteinte de démence satisfait encore aux exigences médicales minimales. Ces exigences ont été adaptées au 1^{er} juillet 2016. Elles spécifient que les conductrices et conducteurs ne doivent pas être atteints de maladies ou de troubles



psychiques d'origine organique perturbant de façon significative la conscience, l'orientation, la mémoire, l'intellect, la réactivité ou tout autre trouble cognitif (par ex. démence). Les symptômes maniaques ou dépressifs importants ainsi que les troubles du comportement ayant des effets sur la conduite ou encore toute réduction des capacités de réserve ayant des effets sur la conduite sont également des critères d'exclusion. À présent, les évaluations de l'aptitude à la conduite ne peuvent être réalisées que par des professionnels formés à cet effet et reconnus par l'autorité cantonale. Plus d'informations sous medtraffic.ch.

- Il est préférable d'encourager la personne à renoncer à la conduite de son plein gré au moyen d'informations ciblées.
- Si les exigences médicales minimales sont remplies, il est possible de réaliser un test de conduite sur route en présence d'un expert. En cas de succès, il donne lieu à une autorisation à durée déterminée suivie, par exemple, d'un nouveau contrôle après 12 mois.
- L'évaluation de l'aptitude à conduire occasionne des frais pour la personne concernée.
- Toute personne atteinte de démence modérée ou sévère est inapte à la conduite.
- Même en cas de trouble cognitif léger ou de démence légère, l'aptitude à conduire peut être restreinte, en particulier si les difficultés au volant se multiplient (sentiment d'insécurité du conducteur ou du passager, accidents évités de justesse, dommages de stationnement, modification du comportement de conduite, etc.) ou que le malade est atteint de plusieurs maladies à la fois.
- Désormais, le ou la médecin traitant-e doit signaler au service de la circulation routière les personnes qui ne satisfont plus aux exigences médicales minimales. C'est le cas notamment lorsqu'une personne atteinte de démence n'a pas conscience de sa maladie et refuse de renoncer à la conduite. Il est conseillé que le médecin informe au préalable et par écrit la personne concernée de sa démarche.

Traitements médicamenteux et non médicamenteux



Aujourd'hui, une large gamme de moyens thérapeutiques améliore le quotidien des personnes atteintes de démence et de leurs proches. Outre la thérapie médicamenteuse, les thérapies non médicamenteuses jouent un rôle essentiel, notamment eu égard aux symptômes accessoires de la démence.

Traitement médicamenteux préventif

Un traitement préventif avant l'apparition d'une démence ou lors d'un trouble cognitif léger au moyen d'un médicament procognitif* ou anti-inflammatoire n'est pas recommandé en l'état actuel des connaissances scientifiques.

Alzheimer, stade léger à modéré : traitement par les procognitifs*

En cas de maladie d'Alzheimer légère à modérée, les inhibiteurs de la cholinestérase (ou ChE)* peuvent permettre d'améliorer temporairement les fonctions cognitives ou de retarder leur déclin. Ces substances facilitent la transmission des informations entre les cellules nerveuses du cerveau. Pour qu'elles soient admises par les caisses maladie, leur effet doit être mesuré à intervalles réguliers au moyen de tests brefs (p. ex. MMSE*) au début du traitement, trois mois après, puis tous les six mois. Tant que la valeur MMSE dépasse 10 points, les caisses maladie prennent en charge les frais du traitement. Le traitement devrait commencer dans les meilleurs délais. Pour autant que la personne concernée tolère bien le médicament et le prenne conformément à la prescription, le succès du traitement s'exprime par la stabilisation, voire l'amélioration passagère des facultés cognitives, mais aussi de l'autonomie au quotidien, du comportement et de l'humeur. L'admission dans un EMS ne justifie en aucun cas l'arrêt du traitement. Il est essentiel qu'en plus de la personne malade, les proches et les autres soignants observent l'effet du traitement d'un œil critique. Si l'efficacité n'est pas certaine ou si les effets secondaires posent problème, le médecin peut prescrire un autre inhibiteur de la ChE ou changer la forme galénique (p. ex. remplacer les gélules par un patch). Généralement bien tolérés, les inhibiteurs de la ChE peuvent toutefois entraîner des effets secondaires, notamment gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée), ou encore des maux de tête. Dans de rares cas, ils peuvent aussi engendrer des troubles du rythme cardiaque et des syncopes*.

Trois inhibiteurs de la ChE sont autorisés pour le traitement de la maladie d'Alzheimer : le donépézil[▲], la galantamine[▲] et la rivastigmine[▲]. Cette dernière peut également être utilisée pour la maladie de Parkinson. Ces médicaments ne sont pas admis pour le traitement d'autres formes de démence, même si leur efficacité a été partiellement attestée par des études.

Alzheimer, stade modéré à sévère :

traitement par les procognitifs

En cas de maladie d'Alzheimer au stade modéré à sévère (valeur MMSE de 3 à 19 points), la mémantine[▲] peut améliorer provisoirement les fonctions cognitives ou atténuer leur déclin. C'est uniquement avec cette indication que la mémantine est autorisée et admise par les caisses maladie, et non pas pour le traitement d'autres formes de démence.

Le traitement associant la mémantine et un inhibiteur de la ChE n'est pas remboursé par les caisses maladie (le cas échéant, le deuxième principe actif serait ainsi à la charge du patient). D'après les experts suisses, l'efficacité de ce traitement combiné n'est pas encore suffisamment étayée. Les procognitifs (inhibiteurs de la ChE et mémantine) ont souvent un effet favorable sur les symptômes comportementaux et psychologiques d'une démence et peuvent aider à réduire l'emploi des neuroleptiques.

Autres traitements médicamenteux de la démence

Les extraits de ginkgo biloba*, tirés de la plante du même nom, sont souvent utilisés pour favoriser l'irrigation sanguine et pour traiter les troubles cognitifs. Ils peuvent provoquer des effets secondaires tels que des maux de tête et des nausées, voire, dans des cas rares, des hémorragies. Des études démontrent que la prise prolongée et régulière de ginkgo atténue dans certains cas les troubles cognitifs et les symptômes accessoires de la démence.

TRAITEMENT DES SYMPTÔMES ACCESSOIRES DE LA DEMENCE

Dans la plupart des cas, la démence entraîne, en plus des atteintes cognitives, des symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) tels que dépressions, agitation, agressivité, troubles du sommeil, délire et hallucinations. Ces troubles peuvent survenir à n'importe quel stade de la



maladie, mais ils sont généralement passagers. Ils sont souvent difficiles à traiter, car certains des médicaments fréquemment utilisés (en particulier les neuroleptiques*) comportent des risques d'effets secondaires graves (p.ex. chutes, accident vasculaire cérébral). Leur utilisation exige donc une pesée soigneuse des risques et des bénéfices. D'autres solutions permettent toutefois d'atténuer ces troubles et donc de limiter le plus possible le recours à ces substances, dont notamment les interventions psychosociales et de soins ainsi que les thérapies non médicamenteuses. Il s'agit en particulier de cerner les causes des troubles comportementaux, d'identifier les besoins des malades et de planifier les interventions de soins en conséquence. La prise de mesures appropriées pour soulager les douleurs, adapter le déroulement des journées, le logement, l'alimentation, etc. permet d'atténuer, voire d'éviter, ces symptômes.



La pensée, la perception et l'action sont touchées. La pensée, la perception et l'action sont sollicitées!

PD D' M. Axel Wollmer

Prudence dans le choix et le dosage

Le traitement médicamenteux des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence exige l'établissement d'un plan thérapeutique individuel ainsi que l'examen critique et la simplification maximale de toute la médication. Certaines substances, en particulier les médicaments anticholinergiques*, doivent être évitées en raison de leur effet défavorable. En réduisant le nombre de médicaments administrés, on parvient à une meilleure vue d'ensemble de leur effet et des interactions qui peuvent se produire entre les médicaments. Il importe aussi que le médecin explique le traitement au patient et à ses proches.



Si le médecin doit malgré tout utiliser des neuroleptiques, il prescrit toujours la dose la plus faible possible pour une période limitée, puis réexamine la nécessité de poursuivre le traitement toutes les six semaines au moins. Certains des médicaments utilisés pour traiter les SCPD ne sont à la base pas prévus pour ces troubles-là (prescription hors indication, dite « off-label-use »*). Le médecin les prescrira dans certaines circonstances, lorsqu'ils sont considérés comme le meilleur choix possible d'après le devoir de diligence médicale.

Les inhibiteurs de la ChE, cités précédemment, agissent favorablement sur des symptômes tels que **l'apathie, la dépression, la tension et l'irritabilité**, en particulier en association avec des traitements non médicamenteux. A l'avis de certains experts, l'extrait de ginkgo biloba semble également exercer un effet positif sur ces symptômes ainsi que sur **l'anxiété**. Lors d'une démence légère à modérée, une psychothérapie permet également d'agir sur ces symptômes. La luminothérapie* et les interventions de soins s'avèrent, elles aussi, efficaces. Le cas échéant, le médecin peut prescrire un antidépresseur de la classe des inhibiteurs de recapture de la sérotonine*. Le recours à la psychothérapie et à la psychoéducation* à l'intention des proches soignants, combiné à des prestations de soutien au quotidien, a souvent un effet positif sur les symptômes SCPD* des malades. Des interventions comme la thérapie d'orientation dans la réalité*, la thérapie par la réminiscence*, la thérapie par la validation et la stimulation cognitive peuvent contribuer à atténuer ces symptômes.

En cas de **troubles du sommeil**, les mesures à privilégier sont l'activité physique, la structuration des journées et l'hygiène du sommeil*. De même, la luminothérapie* permet de traiter les troubles du sommeil ainsi que les angoisses du soir et la confusion (syndrome du crépuscule*). Les troubles du rythme sommeil/éveil peuvent aussi se traiter par la mélatonine▲ ou ses agonistes▲. L'association de la luminothérapie et de la mélatonine en améliore l'effet.

Si l'usage de médicaments s'avère incontournable, les troubles du sommeil **en cas de démence légère** peuvent être traités au moyen d'antidépresseurs régulateurs du sommeil ou, brièvement (moins de 4 semaines), avec un somnifère à action rapide. Les benzodiazépines* doivent être évitées, car elles exercent un effet défavorable sur la mémoire et peuvent entraîner chutes, délire et dépendances. Les substances apparentées aux benzodiazépines telles que la zopiclone▲ le zolpidem▲ et le zaleplon▲ ont des effets indésirables légèrement plus faibles.

Les troubles du sommeil **en cas de démence sévère** peuvent éventuellement être traités par des antidépresseurs ou des neuroleptiques sans effets secondaires anticholinergiques, tels que la trazodone▲, la trimipramine▲ ou la doxépine▲. L'hydrate de chloral▲ et le chlométhiazole▲ sont déconseillés.

La mémantine▲ s'avère souvent efficace contre **l'agitation et l'agressivité**, ainsi que contre **les délires et les hallucinations** en cas de maladie d'Alzheimer modérée à sévère. Ces symptômes se traitent aussi parfois au moyen de neuroleptiques atypiques▲, toujours en tenant compte des risques et en respectant les consignes décrites plus haut. On peut citer dans ce contexte les principes actifs tels que la rispéridone▲, l'olanzapine▲ et l'aripiprazole▲, ainsi que la quétiapine▲ et la pipampérone▲. Vu le risque d'effets secondaires notables de ces médicaments, le bien-fondé de ces traitements doit être régulièrement réexaminé. Enfin, l'halopéridol▲ est utilisé, malgré les risques d'effets secondaires, à faible dose et durant une période limitée dans les cas sévères, lorsqu'un délire s'ajoute à la démence. Les symptômes comportementaux et psychologiques, à commencer par l'agitation, peuvent aussi être dues à des **douleurs**. Elles doivent être identifiées et traitées efficacement à l'aide d'analgésiques, ce qui s'accompagne souvent d'un effet apaisant.

Dans le domaine non médicamenteux, il est possible de répondre à **l'agitation et à l'agressivité** par des interventions de soins et des aménagements* de l'environnement. D'autres thérapies recommandées : activités physiques, musicothérapie, aromathérapie*, snoezelen*, stimulation cognitive*, etc. Les symptômes tels que **les délires et les hallucinations** peuvent bénéficier d'une réduction des stimuli et sources de distraction, de mesures structurantes ainsi que de la correction de troubles visuels et auditifs éventuels.

En présence de symptômes comportementaux et psychologiques sévères tels que **vocalisations de forte intensité et répétitives**, les thérapies axées sur le bien-être corporel et les interventions de soins aident à renforcer le sentiment de sécurité de la personne concernée.

TRAITEMENT D'AUTRES FORMES DE DÉMENCE SPÉCIFIQUES

Démence vasculaire

Les procognitifs* ne sont pas recommandés pour la démence purement vasculaire, bien qu'ils aient un certain effet. Le traitement vise à réduire les facteurs de risques vasculaires tels que l'hypertension, le diabète et le cholestérol. Une dépression, associée à une démence vasculaire, peut être traitée, sous surveillance médicale régulière, par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine* ou par trazodone[▲]. En raison des risques d'effets secondaires qu'ils comportent, les neuroleptiques* ne sont prescrits qu'exceptionnellement, lors de symptômes sévères.

Démence à corps de Lewy

Les inhibiteurs de la ChE* constituent le traitement de première intention contre la démence à corps de Lewy. Il faut cependant vérifier si l'assurance maladie en assume les frais. Cette forme de démence se caractérise tout particulièrement par des symptômes tels que des hallucinations. De plus,



Les thérapies non médicamenteuses priment sur les thérapies médicamenteuses et doivent toujours être associées à ces dernières.

Prof. Dr E. Savaskan

il y a souvent une hypersensibilité aux neuroleptiques* qui sont dès lors déconseillés. Dans des cas spécifiques, la quétiapine[▲], un neuroleptique atypique*, peut être utilisé comme médicament de deuxième intention, voire, en l'absence de l'effet escompté, la clozapine[▲]. La mémantine[▲] est recommandée comme médicament de troisième intention.

Démence associée à la maladie de Parkinson

Les inhibiteurs de la ChE* se révèlent efficaces pour traiter les troubles cognitifs et les symptômes comportementaux. Avec la mémantine[▲] [il s'agit ici d'une utilisation hors indication*] les effets sont moindres. En cas d'apparition de symptômes comportementaux et psychologiques, il importe d'éviter tous les médicaments ayant un effet anticholinergique* et d'adapter la posologie des médicaments antiparkinsoniens*.

Démences fronto-temporales

Le traitement est axé sur les interventions non médicamenteuses. Les inhibiteurs de la ChE* et la mémantine[▲] sont déconseillés. De plus, les personnes atteintes de démence fronto-temporale réagissent souvent fortement aux effets indésirables des neuroleptiques atypiques*. Aussi, les interventions non médicamenteuses ainsi que l'information et le soutien fournis aux aidants jouent-ils un rôle essentiel. Il est par ailleurs important d'éviter les médicaments et autres substances susceptibles de renforcer les symptômes comportementaux, comme les produits stimulants, calmants et anxiolytiques, au même titre que l'alcool, le tabac et le café.



INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES

Les interventions non médicamenteuses ont notamment pour avantage de n'avoir que très peu d'effets secondaires. Dans la mesure du possible, il y a lieu d'introduire les interventions non médicamenteuses avant ou pendant les interventions médicamenteuses. Dans l'idéal, elles rendent alors superflu le traitement médicamenteux des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Il existe des thérapies en groupe et en individuel dont le cadre et le contenu varient. Le choix devrait se faire en fonction de la personne, de ses préférences et du stade de la maladie. Le conseil proposé aux proches complète favorablement ces thérapies. De plus, accompagner les malades dans les tâches du quotidien leur permet de rester actifs et de se sentir utiles. Une sélection d'approches, dont quelques-unes figurent dans le glossaire, est regroupée ci-après par thèmes.

Activités relatives au quotidien pour soutenir les facultés existantes : cuisiner, faire les courses, travaux ménagers, etc. avec assistance.

Adaptations de l'environnement aux facultés altérées par un aménagement intérieur et extérieur adapté, utilisation ciblée de la lumière, des sons, de la musique, des couleurs, etc.

Interventions cognitives

Elles favorisent les facultés cognitives et l'autonomie. Entraînement de la mémoire, stimulation cognitive, rééducation de la mémoire, exercices d'orientation dans la réalité [TOR*], ergothérapie pour soutenir les facultés du quotidien (p. ex. soins corporels).

Interventions psychothérapeutiques

Elles apportent un soutien dans des périodes difficiles de la maladie. Psychothérapie pour les malades ou leurs proches, soutien psychologique, intervention de crise, thérapie comportementale et cognitive, thérapie psychodynamique, thérapie familiale, psychoéducation*.

Interventions axées sur le corps

Elles apaisent le stress, les symptômes physiques et psychiques et elles préservent la mobilité. En font partie la rythmique, la danse, les jeux, la promenade, les thérapies assistées par l'animal (domestique); la physiothérapie; l'approche Kinaesthetics, l'aromathérapie, les massages, la chaleur, les bains, le snoezelen*, la stimulation basale, le positionnement pour le bien-être et l'apaisement des douleurs.

Interventions musicales et créatrices

Elles détendent, favorisent l'équilibre psychique et la mobilité. Musicothérapie, chant, art-thérapie, danse, théâtre, travail biographique, thérapie* par la réminiscence, contes, etc.

Concepts de prise en soins qui permettent une adaptation aux facultés et besoins individuels, ce qui réduit le stress et favorise le bien-être: validation, thérapie de maintien du soi (TMS), manger-mains, concept des trois mondes, etc.



Les traitements non médicamenteux peuvent aider considérablement à atténuer les symptômes comportementaux et psychologiques.

Dr J. Popp

Organisation du quotidien, soutien, prise en soins



En plus du diagnostic précoce et du traitement médical, les mesures psychosociales sont essentielles pour les personnes atteintes de démence. On entend par là les offres d'activité, de soutien et d'accompagnement organisées par les acteurs du réseau. Elles favorisent la qualité de vie des malades, de leurs proches et de tous les autres aidants.

Une approche centrée sur la personne

Pour être de qualité, les soins et l'accompagnement doivent être centrés sur la personne: les soignants et les aidants adoptent une approche respectueuse, reconnaissent le caractère unique de tout individu et l'apprécient à sa juste valeur. Ils maintiennent et renforcent les facultés et l'autonomie de la personne en tenant compte de sa biographie, ses besoins et préférences ainsi que de son identité culturelle et spirituelle.

24 Sous cet angle, des comportements comme l'agressivité peuvent être vus

comme l'expression de besoins de la personne malade. Une telle approche exige de l'attention et de l'empathie.

Plus d'autonomie et de bien-être pour les malades

Les personnes atteintes de démence ont besoin d'être épaulées au quotidien afin de faire face aux effets de leur maladie. Il s'agit de préserver et de stimuler par des moyens variés les facultés cognitives altérées de la personne touchée. Le bien-être psychique est, lui aussi, important. Structurer le quotidien au moyen de thérapies et d'autres activités aide à prévenir ou à atténuer les symptômes accessoires de la démence tels que la dépression, l'anxiété, les idées délirantes ou les troubles du comportement, à la place ou en complément des traitements médicamenteux. Une prise en soins globale de ce type favorise le droit à l'autodétermination de la personne et lui permet de maintenir ses habitudes de vie le plus longtemps possible.



Les mesures psychosociales sont la clef de voûte de tout concept de traitement et de prise en soins.

Prof. Dr Urs P. Mosimann

Soutien et répit pour les proches

Environ 60% des personnes atteintes de démence vivent à domicile. La Suisse compte plus de 450 000 personnes (en plus des malades) qui côtoient de près ces maladies: proches soignants, famille, amis et autres. Tous ont besoin d'offres de soutien, d'informations et de conseils au sujet de la maladie et de cours sur l'accompagnement de personnes atteintes de démence. Aidants et accompagnants apprennent à gérer le stress, à prendre soin de leur propre santé et à surmonter des émotions telles que la honte,



Il est essentiel que les proches soient impliqués dans le conseil et le traitement.

Dr Markus Bürge

la culpabilité et le deuil. D'autres offres telles que l'accompagnement à domicile, les centres de jour ou les séjours de vacances pour les malades peuvent soulager à temps les proches soignants.

Des professionnels compétents et dotés d'empathie

Les soins, l'accompagnement et les activités au service des personnes atteintes de démence sont exigeants. Les proches autant que les professionnels actifs auprès des personnes âgées doivent pouvoir trouver conseil et soutien. Les adresses ne manquent pas : médecins de famille et spécialistes, consultations mémoire et autres centres de référence, services de soins à domicile et d'autres organisations similaires, centres de formation, groupes d'entraide ainsi qu'Alzheimer Suisse avec ses nombreuses offres. Certaines institutions proposent des places temporaires pour relayer les proches soignants ou des places à longue durée pour personnes atteintes de démence. Il importe cependant que le conseil et la formation soient accessibles à tout l'entourage des malades, y compris le personnel auxiliaire.

Perspectives

La hausse prévue du nombre de personnes atteintes de démence au cours des prochaines décennies nécessitera de nouvelles approches pour répondre à la demande de soins et d'accompagnement à prévoir et aux coûts qui s'y rapportent. La mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de démence à l'échelon cantonal et fédéral est primordiale



à cet égard. Il s'agira de mettre l'accent sur une prise en soins interdisciplinaire optimale, fonctionnant grâce à la coordination et la collaboration de tous les prestataires impliqués. Un suivi systématique et personnalisé des malades dès le diagnostic est essentiel, au même titre que des offres de conseil et d'accompagnement en quantité suffisante dans tout le pays. De grands espoirs reposent sur la recherche médicale en matière de démence, en particulier dans les domaines du diagnostic précoce et des thérapies ainsi que sur la recherche non médicale (à savoir psycho-sociale) en matière des services de santé.

Informations plus approfondies

- Médecin de famille: adresse de premier recours en cas de signes de démence
- Si nécessaire, il est possible de demander un deuxième avis à un-e autre médecin de famille ou de changer de médecin traitant.
- C'est en principe le ou la médecin de famille qui réfère le malade à une consultation mémoire si des examens approfondis sont nécessaires.
- Le téléphone Alzheimer : **058 058 80 00** [français, allemand, italien]. **Lu-ve : 8-12h et 13.30-17h** et **info@alz.ch**
- **Antennes d'information et de conseil des sections** d'Alzheimer Suisse [alz.ch > Dans votre région]
- Vaste documentation pour les personnes atteintes de démence, leurs proches et les professionnels de la santé sous alz.ch

Glossaire

Aménagement de l'environnement (all.: Milieutherapie)

Approche thérapeutique visant à procurer aux personnes atteintes de démence un sentiment de sécurité et de l'estime de soi en intervenant au niveau de l'environnement immédiat.

Anticholinergiques

Médicaments qui inhibent l'action de l'acétylcholine (un neurotransmetteur). Ils sont contre-indiqués en cas de démence, étant donné qu'ils altèrent les fonctions cognitives et ont un effet opposé à celui des inhibiteurs de la ChE.

Antidépresseurs

Médicaments pour le traitement de la dépression.

Antiparkinsoniens

Médicaments à action anticholinergique pour le traitement de la maladie de Parkinson tels que la levodopa. La maladie de Parkinson se manifeste surtout par des symptômes moteurs, la démence plutôt par des troubles cognitifs qui s'aggravent sous l'effet de ces médicaments. Le traitement médicamenteux de la démence à corps de Lewy et de la démence associée à Parkinson est dès lors particulièrement difficile.

Apnée du sommeil

Trouble respiratoire s'exprimant par des arrêts respiratoires relativement longs et relativement fréquents durant le sommeil.

BrainCheck

Court test de dépistage consistant en trois questions adressées au patient, test de l'horloge et sept questions adressées aux proches (braincheck.ch).

Cognition

Terme désignant les facultés cérébrales qui permettent de percevoir, d'identifier, de réfléchir, de raisonner, de juger, de mémoriser, etc.

Consultation mémoire

Centre médical spécialisé dans les troubles des fonctions cérébrales, proposant diagnostic, conseil et thérapie. L'évaluation se fait en ambulatoire, comme chez le médecin de famille. (swissmemoryclinics.ch).

Délire

Etat confusionnel aigu, souvent réversible.

DSM-5 (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, 2013

EEG / électro-encéphalogramme

Représentation graphique de l'activité électrique du cerveau.

Examen du liquide cérébro-spinal

Examen du liquide cérébro-spinal (LCS) [=céphalo-rachidien (LCR)], liquide transparent dans lequel baignent le cerveau et la colonne vertébrale. Le LCS est prélevé par ponction lombaire dans le canal vertébral].

Hygiène du sommeil

Habitudes de vie, aménagement de la chambre à coucher et techniques d'endormissement visant à améliorer la qualité et la durée du sommeil.

ICD-10 (angl. International Classification of Diseases)

Classification internationale des maladies selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 10^e version, 1991

Inhibiteurs [sélectifs] de la recapture de la sérotonine [ISRS]

Médicaments du groupe des antidépresseurs utilisés essentiellement pour les dépressions, mais aussi pour l'anxiété et des symptômes apparentés.

Inhibiteurs de la cholinestérase, inhibiteurs de la ChE

[plus précisément: inhibiteurs de l'acétylcholinestérase]

Groupe de médicaments pour le traitement de l'Alzheimer léger à modéré. Groupe de principes actifs qui inhibent l'action de l'enzyme acétylcholinestérase dans la fente synaptique, ce qui augmente la réactivité des cellules nerveuses.

IRM/Imagerie par résonance magnétique ou

TRM/Tomographie par résonance magnétique [nucléaire]

Technique d'imagerie permettant de représenter la structure et la fonction des tissus de l'organisme au moyen de champs magnétiques intenses. Elle permet notamment de visualiser les modifications vasculaires et les détériorations cérébrales.

Luminothérapie

Technique médicale utilisant de la lumière artificielle claire sans UV pour le traitement des dépressions et des troubles du sommeil.

Mild Cognitive Impairment/MCI/trouble cognitif léger

Légère altération des fonctions cognitives. Peut évoluer dans certains cas vers une démence.

Mini-Cog

Court test de dépistage précoce centré sur l'identification de pertes cognitives.

MMSE/Mini Mental State Examination

Test court souvent utilisé par les médecins de famille pour l'évaluation des facultés cognitives. Echelle de 0 à 30 points. Si le résultat est inférieur à 27 points, il est probable que les facultés cognitives soient altérées (démence légère). S'il se situe en dessous de 20 points, on parle de démence modérée et en dessous de 10, de démence sévère.

MoCA[-Test]/Montreal Cognitive Assessment

Court test pour le dépistage précoce de déficits de la mémoire et de la capacité de réflexion. (mocatest.org)

Neuroleptiques

Médicaments pour le traitement de symptômes psychotiques tels que les délires, les hallucinations et l'agitation.

Neuroleptiques atypiques

Médicaments d'une génération plus récente pour le traitement de symptômes psychotiques. Ils provoquent moins d'effets secondaires indésirables dans le domaine moteur que les neuroleptiques classiques.

Procognitifs

Médicaments utilisés pour traiter les symptômes de démence. On distingue entre le groupe des inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine.

Psycho-éducation

Formation proposée aux personnes atteintes d'une affection psychique et, souvent, à leurs proches, afin qu'ils comprennent mieux leur maladie et apprennent à l'appréhender.

SCPD (angl. BPSD)

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Snoezelen (prononcez « snouzen ») ou stimulation multisensorielle

Méthode consistant à stimuler agréablement les sens (par exemple effleurements, sons et musique, stimuli visuels avec un mobile, etc.).

Stimulation cognitive

Thérapie non médicamenteuse, mise en œuvre par des spécialistes qualifiés, pour la stimulation de la mémoire et des capacités à communiquer qui repose sur les événements passés et les intérêts personnels.

Syncope

Perte de connaissance brève liée à un collapsus cardiovasculaire.

Syndrome du crépuscule [sundowning]

Etat marqué par une agitation, une nervosité, des déambulations et une confusion qui survient souvent au crépuscule chez des personnes atteintes de démence.

TEMP/Tomoscintigraphie par émission monophotonique

[angl. SPECT / Single Photon Emission Computed Tomography]

Technique d'imagerie fonctionnelle qui permet de mettre en évidence les processus métaboliques de l'organisme au moyen de substances faiblement radioactives.

Légèrement moins précise mais plus économique que la TEP.

TEP/Tomographie par émission de positrons

[angl. PET / Positron emissions tomography]

Technique d'imagerie fonctionnelle qui permet de mettre en évidence les processus métaboliques de l'organisme au moyen de substances faiblement radioactives.

Test de l'horloge

Test de dépistage succinct très répandu qui renseigne sur l'état des fonctions cognitives. Il consiste à dessiner une montre et à y placer les aiguilles pour indiquer l'heure.

Thérapie d'orientation dans la réalité, TOR (ROT, reality orientation therapy)

Méthode visant, grâce à la transmission d'informations importantes, à aider les malades atteints de démence à mieux s'orienter au quotidien.

Thérapie par la réminiscence

Forme spécifique de travail sur la mémoire en activant des souvenirs de façon ciblée par différents moyens (parole, sons, odeurs, etc.).

Utilisation hors indication de médicaments (= off-label-use)

Utilisation spécifique d'un médicament prescrit par le médecin pour le traitement d'un symptôme qui ne se trouve pas dans son champ d'action initial et qui n'est pas mentionné sur la notice d'emballage.

Médicaments

Liste des principes actifs mentionnés dans cette brochure et des marques déposées correspondantes, complétée de quelques commentaires succincts

Procognitifs

Traitement des symptômes cognitifs (utilisation hors indication pour les SCPD)

Inhibiteurs de la cholinestérase

Alzheimer au stade léger à modéré

donepezil	Aricept®, Donepezil (divers génériques)	
galantamine	Reminyl®	
rivastigmine	Exelon®; Escapar® Rivastigmin-Acino	Aussi en cas de démence associée à la maladie de Parkinson

Mémantine

Alzheimer au stade modéré à sévère. Egalement contre les SCPD comme l'agitation, l'agressivité, les délires et les hallucinations en cas d'Alzheimer

mémantine	Axura®, Ebixa®; Memantin-Mepha®
-----------	------------------------------------

Antidépresseurs

Traitement des symptômes accessoires de type dépressif

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

citalopram	Citalopram®, Seropram®, Claropram®; génériques	
escitalopram	Cipralex®, Escitalopram (divers fabricants et génériques)	
sertraline	Seralin-Mepha®; Sertragen®; Sertralin (divers fabricants et génériques); Zoloft®	
trazodone	Trittico®	<ul style="list-style-type: none">• Aussi effet régulateur de sommeil• Antidépresseur en cas de démence vasculaire

Troubles du rythme sommeil/éveil

mélatonine hormone	Circadin®	Traitement des troubles du rythme du sommeil
agomélatine (agoniste de la mélatonine) antidépresseur	Valdoxan®	

Substances associées aux benzodiazépines

zopiclone	Imovane®; Zopiclone Zentiva®
zolpidem	Dorlotil®; Stilnox®; Zoldorm®; Zolpidem®
zaleplon	Sonata®

Antidépresseurs régulateurs de sommeil

trazodone	Trittico®	
doxépine	Sinquan®	
trimipramine	Surmontil®; Trimipramin® [divers fabricants]	Très anticholinergique, déconseillé!
hydrate de chloral	Nervifene®	Déconseillé!
clométhiazole	Distraneurin®	Déconseillé!

Médicaments phytothérapeutiques

Traitement de la diminution des performances mentales

extrait sec de ginkgo biloba	Ginkgo Sandoz®; Rezirkane®; Symfona®; Teboka®; Gincosan®
------------------------------	---

Médicaments contre les symptômes accessoires de la démence tels qu'agitation et délires

Mémantine

Contre les symptômes accessoires tels qu'agitation, agressivité, délire, hallucinations en cas de maladie d'Alzheimer

mémantine	Axura®; Ebixa®
-----------	----------------

Neuroleptiques atypiques

Contre les SCPD tels qu'agitation, agressivité, délire, hallucinations en cas de maladie d'Alzheimer [Emploi à durée limitée et faible dosage: revoir l'indication au plus tard tous les six mois!]

clozapine	Clopin®; Leponex®	En cas de démence à corps de Lewy
-----------	-------------------	-----------------------------------

olanzapine	Olanpax®; Olanza Actavis /- ODT; Olanzapin [divers fabricants et génériques]; Zyprexa®
------------	--

rispéridone	Risperdal®; Risperidon [divers fabricants et génériques]
-------------	--

quétiapine	Quetiapin® [divers fabricants et génériques]; Sequase®; Seroquel®	En cas de démence à corps de Lewy
------------	---	-----------------------------------

amisulpride	Amisulprid [divers fabricants et génériques]; Solian®
-------------	---

aripiprazole	Abilify Maintena® Abilify®
--------------	-------------------------------

Neuroleptiques classiques

Effets secondaires anticholinergiques! Mêmes mesures de précaution que pour les neuroleptiques atypiques.

pipampérone	Dipiperon®
-------------	------------

halopéridol	Haldol®	Seul en cas de délire, sinon à éviter dans les démences
-------------	---------	---

Traitement de formes de démence spécifiques

Démence vasculaire

trazodone	Trittico®	En cas de dépression
-----------	-----------	----------------------

Démence à corps de Lewy

Eviter les neuroleptiques dans la mesure du possible!

Neuroleptiques atypiques

quetiapine	Seroquel®	En cas d'hallucination: médicament de 2 ^e choix
------------	-----------	---

clozapine	Leponex®	
-----------	----------	--

mémantine	Axura®; Ebixa®	Pour stabiliser les activités de la vie quotidienne
-----------	----------------	---

Démences fronto-temporales

Priorité aux thérapies non médicamenteuses

Inhibiteurs de la cholinestérase et mémantine

Déconseillés!

Neuroleptiques atypiques
[sensibilité aux effets secondaires]

Déconseillés!

Autori delle raccomandazioni scientifiche

Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement

Andreas U. Monsch [Memory Clinic, Akutgeriatrie, Universitätsspital, Bâle], Christophe Büla [Département de Gériatrie, CHUV, Lausanne], Monika Hermelink [Regionalärztlicher Dienst Ostschweiz, St-Gall], Reto W. Kressig [Akutgeriatrie, Universitätsspital, Bâle], Birgitta Martensson [Alzheimer Suisse], Urs Mosimann [Universitäts-klinik für Alterspsychiatrie und -Psychotherapie, UPD, Berne], René Müri [Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital, Universitätsspital Berne], Samuel Vögeli [Alzheimer Argovie], Armin von Gunten [Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne] et le groupe d'experts suisses

Recommandations sur le diagnostic et la thérapie des SCPD 2014

E. Savaskan [Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée [SPPA]], I. Bopp-Kistler [Société Professionnelle Suisse de Gériatrie [SPSG]], M. Buerge [Swiss Memory Clinics [SMC]], R. Fischlin [Alzheimer Suisse], D. Georgescu [SPPA et Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie [SSPP]], U. Giardini [SPPA], M. Hatzinger, [Société Suisse de Psychiatrie Biologique [SSPB]], U. Hemmeter [SPPA], I. Justiniano [SPPA], R. W. Kressig [SPSG], A. Monsch [Association Suisse des Neuro-psychologues [ASNP]], U. P. Mosimann [SPPA; SSPB], R. Mueri [Société Suisse de Neurologie [SSN]], A. Munk [Alzheimer Suisse], J. Popp [SPPA], R. Schmid [Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI]], M. A. Wollmer [SPPA]

Recommandations en matière d'aptitudes à conduire 2012

Membres du groupe interdisciplinaire d'experts en matière d'aptitude à conduire en cas de démence de l'association Swiss Memory Clinics (par ordre alphabétique):

J. Bächli [psychologie du trafic]; J. Boll [Ministère public]; D^r I. Bopp-Kistler [gériatrie]; D^r F. Donati [neurologie]; Pr D^r R. W. Kressig [Geriatrie]; Birgitta Martensson [Association Alzheimer Suisse]; Pr A. U. Monsch [neuropsychologie]; Pr D^r U. P. Mosimann [psychiatrie de l'âge avancé; présidence]; Pr D^r R. Müri [neurologie]; Pr T. Nef [sciences de l'ingénierie]; A. Rothenberger [spécialiste de la circulation routière]; D^r R. Seeger [médecine légale]; Pr D^r A. von Gunten [psychiatrie de l'âge avancé] et D^r U. Wirz [médecine de famille].

Alzheimer Suisse

Nos prestations visent à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence et de leurs proches en leur donnant les moyens d'agir sur leur situation. Nous fournissons des informations, des conseils et du soutien et nous nous engageons pour des soins et un accompagnement adaptés aux besoins. Nos activités se focalisent sur cinq domaines :

Information et conseil

- Téléphone Alzheimer et antennes d'info / conseil dans les sections
- Brochures et fiches d'information
- Site internet alz.ch et les 21 sites internet des sections
- Manifestations et stands d'information
- Travail médias

Soutien pour les malades et leurs proches

- Groupes pour personnes atteintes de démence
- Groupes pour proches
- Cafés Alzheimer ; vacances pour malades et proches

Cours de formation

- Séminaires pour proches ; cours pour accompagnants et bénévoles
- Formation continue pour soignants professionnels

Recherche

- Soutien à des projets innovants en matière de recherche sur les services socio-sanitaires
- Promotion et diffusion d'études sur les démences

Défense des intérêts

- Contacts avec les politiques, les autorités, les prestataires de services et d'autres organisations
- Participation à la mise en œuvre de la Stratégie nationale
- Réseautage et participation dans les associations et faitières internationales

Fondée en 1988 par des proches de malades et des professionnels, Alzheimer Suisse s'est fixé comme but d'informer sur la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence et leurs conséquences, de créer des liens entre les personnes concernées et de défendre leurs intérêts. Notre association, indépendante et à but non lucratif, compte plus de 10 000 membres et plus de 130 000 donatrices et donateurs.

Notre vision

Les personnes atteintes de démence et leurs proches sont intégrés et acceptés dans la société à tous les stades de la maladie. Le diagnostic en temps utile et des interventions précoces sur le plan médical et social contribuent à garantir l'autonomie et la qualité de vie de la personne malade et de son entourage. Les personnes assurant le soutien et la prise en soins – proches, professionnels et bénévoles – bénéficient d'une formation, d'un soutien et d'un encadrement adéquats.

Nos réalisations

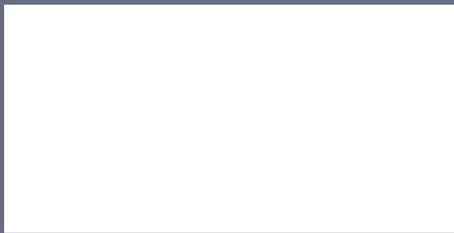
En trois décennies, Alzheimer Suisse est devenue un centre de compétences incontournable pour tout ce qui touche à la vie avec une démence. Grâce aux 21 sections cantonales, nous pouvons offrir du conseil et du soutien partout en Suisse. L'importante activité d'information a permis de sensibiliser le public à la situation des malades et des proches et de diminuer la stigmatisation.

Nos attentes vis-à-vis de la société

Les personnes atteintes de démence doivent pouvoir rester à la maison aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que c'est judicieux et réalisable. Un service global et continu de conseil et l'accompagnement par des professionnels spécialement formés doit être disponible dès le diagnostic. Les offres de soutien et de répit pour les proches soignants doivent être étoffées. La Stratégie nationale en matière de démence doit en garantir le cadre.

Gurtengasse 3
3011 Berne
Tél. 058 058 80 20
info@alz.ch
alz.ch
Téléphone Alzheimer: 058 058 80 00

159 F 2019



Talon réponse

J'aimerais en savoir plus

Veillez m'envoyer gratuitement

- le magazine « auguste » pour les membres et donateurs
- la liste des publications d'Alzheimer Suisse

J'aimerais devenir membre d'Alzheimer Suisse

- membre individuel (cotisation annuelle CHF 50.-)
- membres partenaires vivant dans le même ménage (cotisation annuelle CHF 80.-)
- membre collectif (cotisation annuelle CHF 200.-)

Madame Monsieur

Nom	Prénom
Nom 2	Prénom 2
Rue N°	Lieu
Adresse mail	Tél.

Je suis concerné-e (information facultative)

- comme malade comme proche par ma profession autre raison

Envoyer à: Alzheimer Suisse, Gurtengasse 3, 3011 Berne