

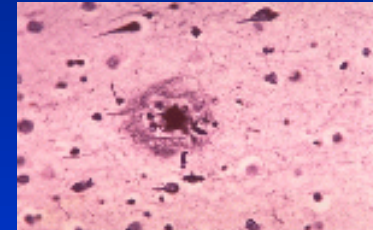
Physiopathologie

Physiopathologie de la MA

- **Affection dégénérative du système nerveux central**

- 2 types de lésions

- Les plaques séniles
- Les dégénérescences neuro-fibrillaires



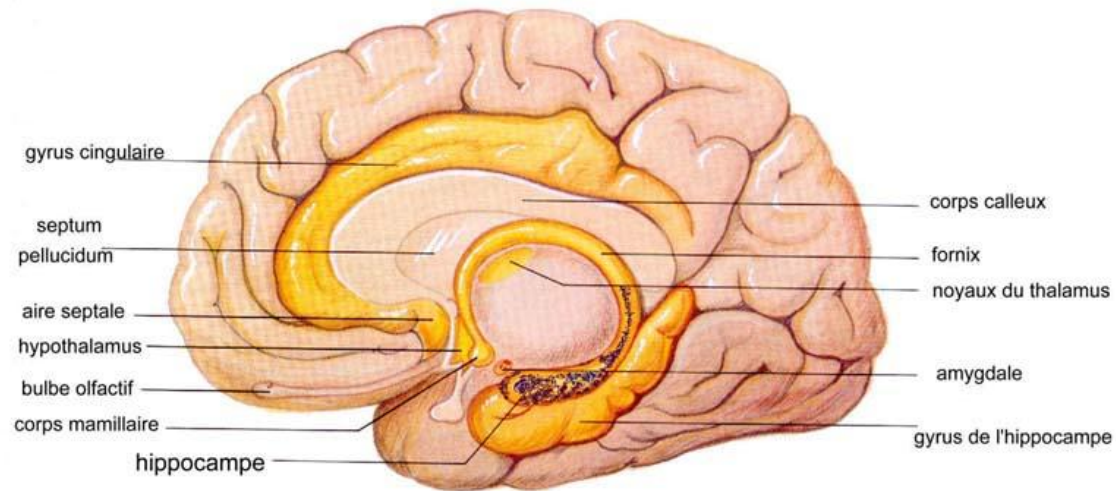
Il en résulte la mort du neurone et une atrophie cérébrale

Déficit en acétylcholine

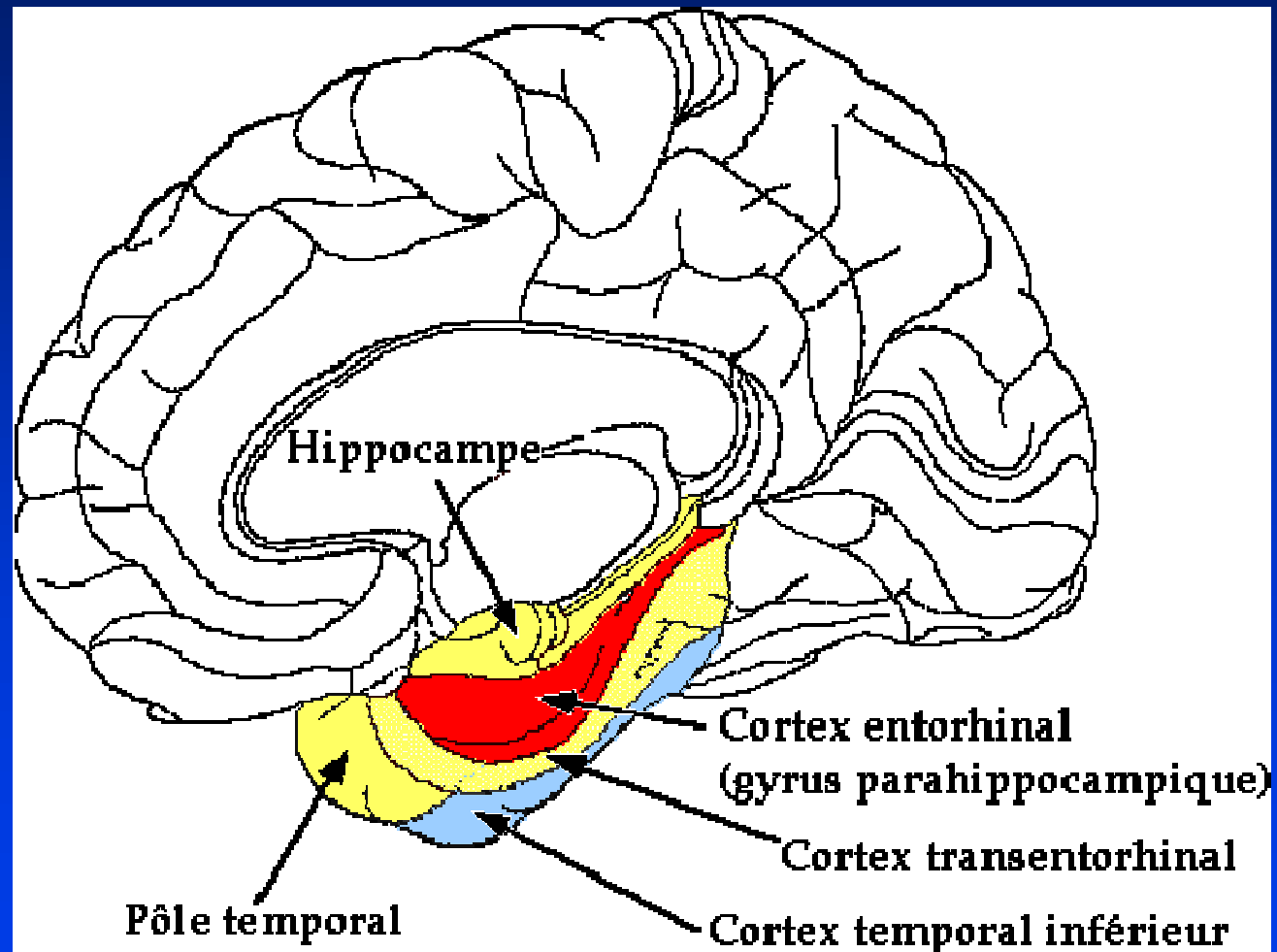
Physiopathologie de la MA

- **Les lésions spécifiques sont visibles**
 - Dans les hippocampes
 - Dans les aires associatives postérieures

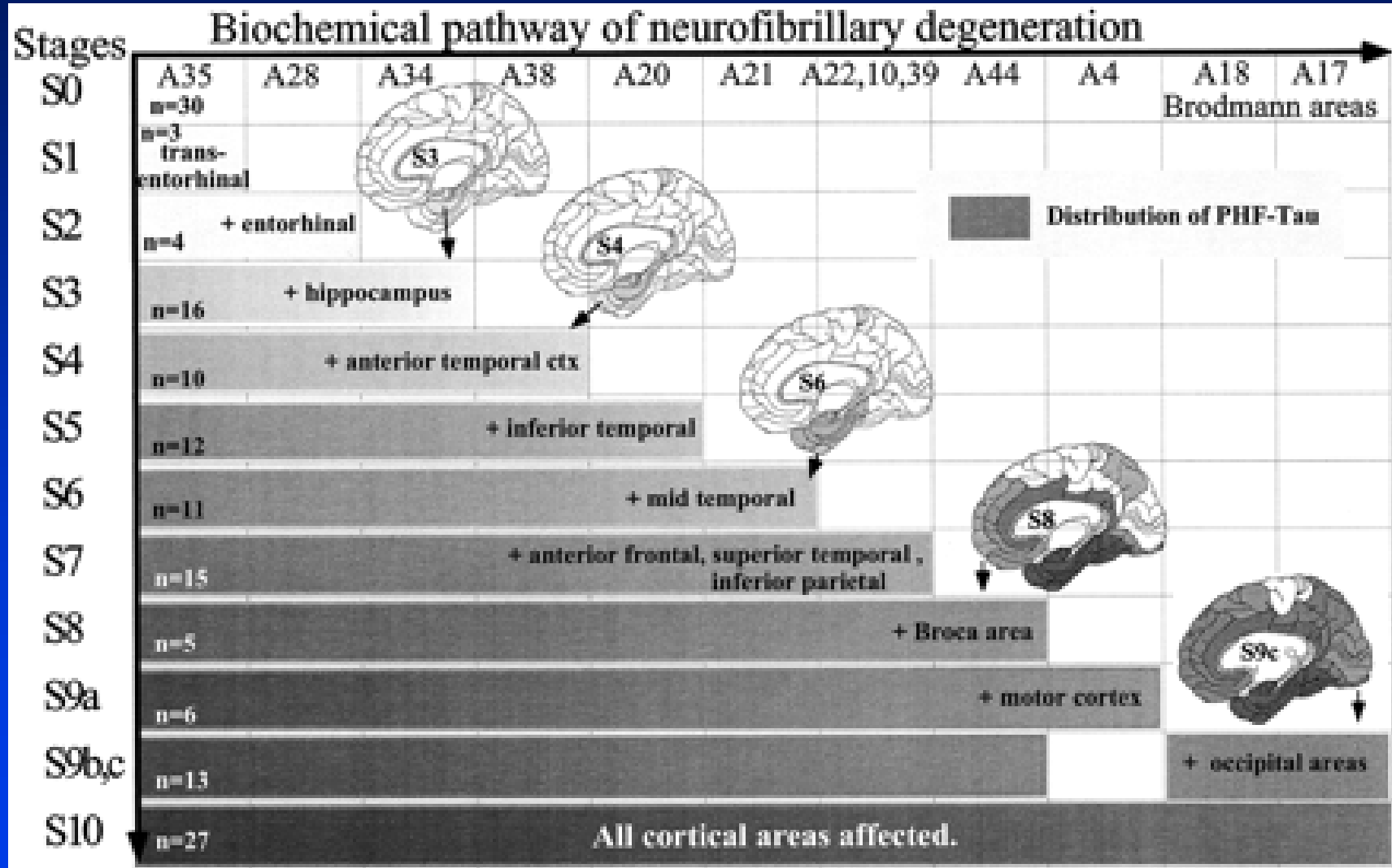
Coupe sagittale médiane du cerveau avec mise en évidence des structures du système limbique



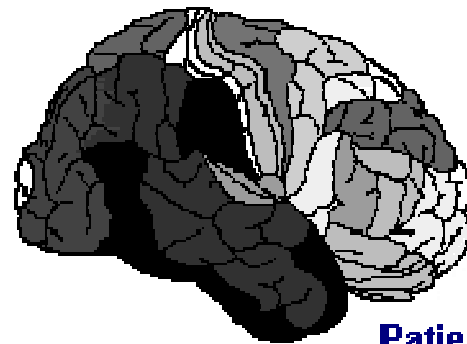
Physiopathologie de la MA



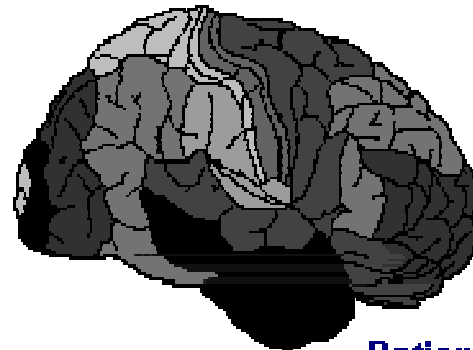
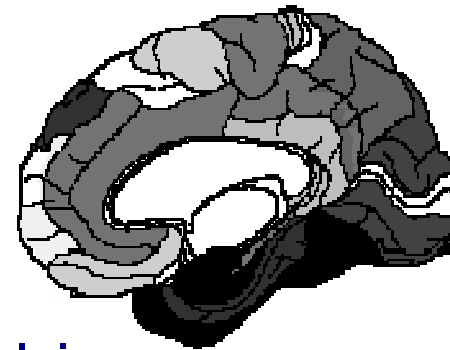
Evolution des lésions



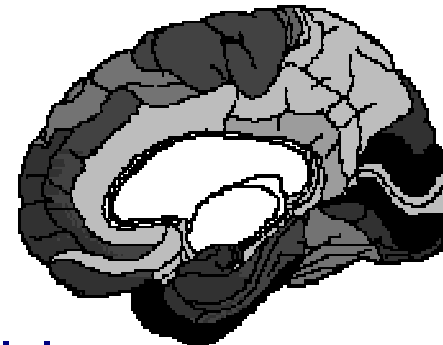
Evolution des lésions



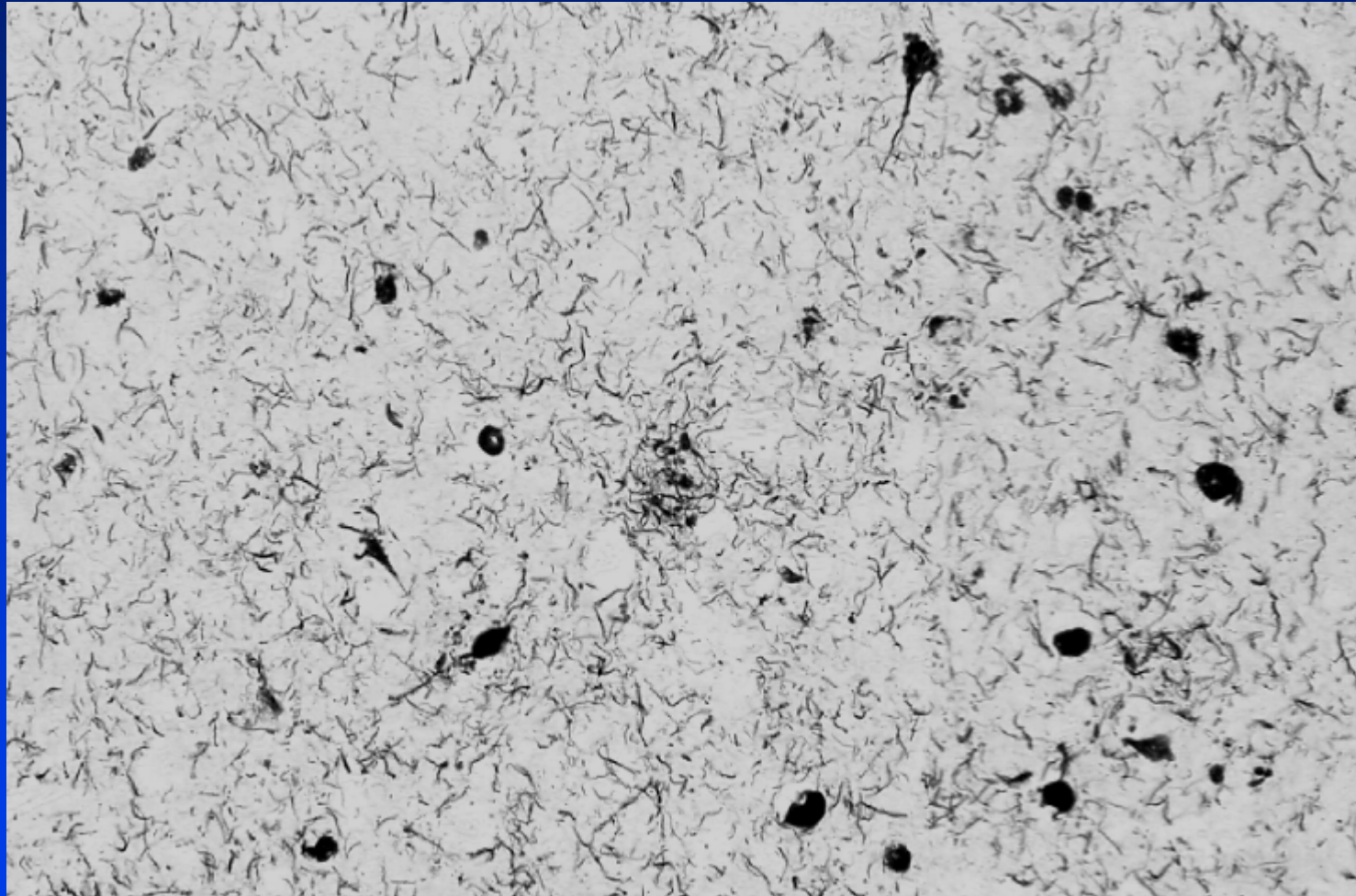
Patient Alzheimer
78 ans



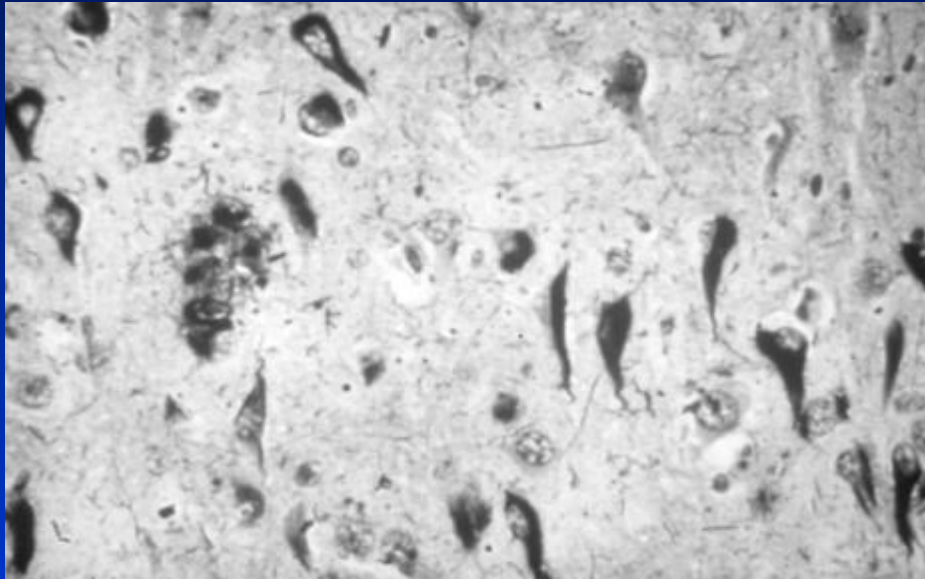
Patient Alzheimer
90 ans



Lésions neuropathologiques

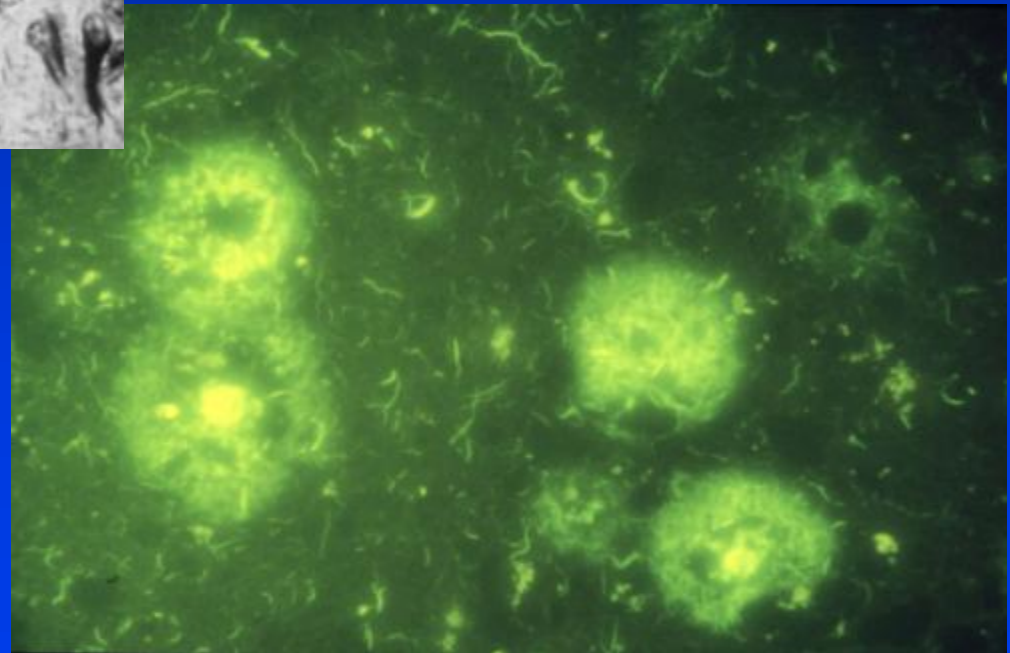


Lésions neuropathologiques de la MA



Neurones en dégénérescence:
Dégénérescence Neurofibrillaires
= DNF (tangles)

Dépôt de peptide b amyloïde=
Plaque amyloïdes
(coloration à la thioflavine)



Traitement de la maladie d'Alzheimer

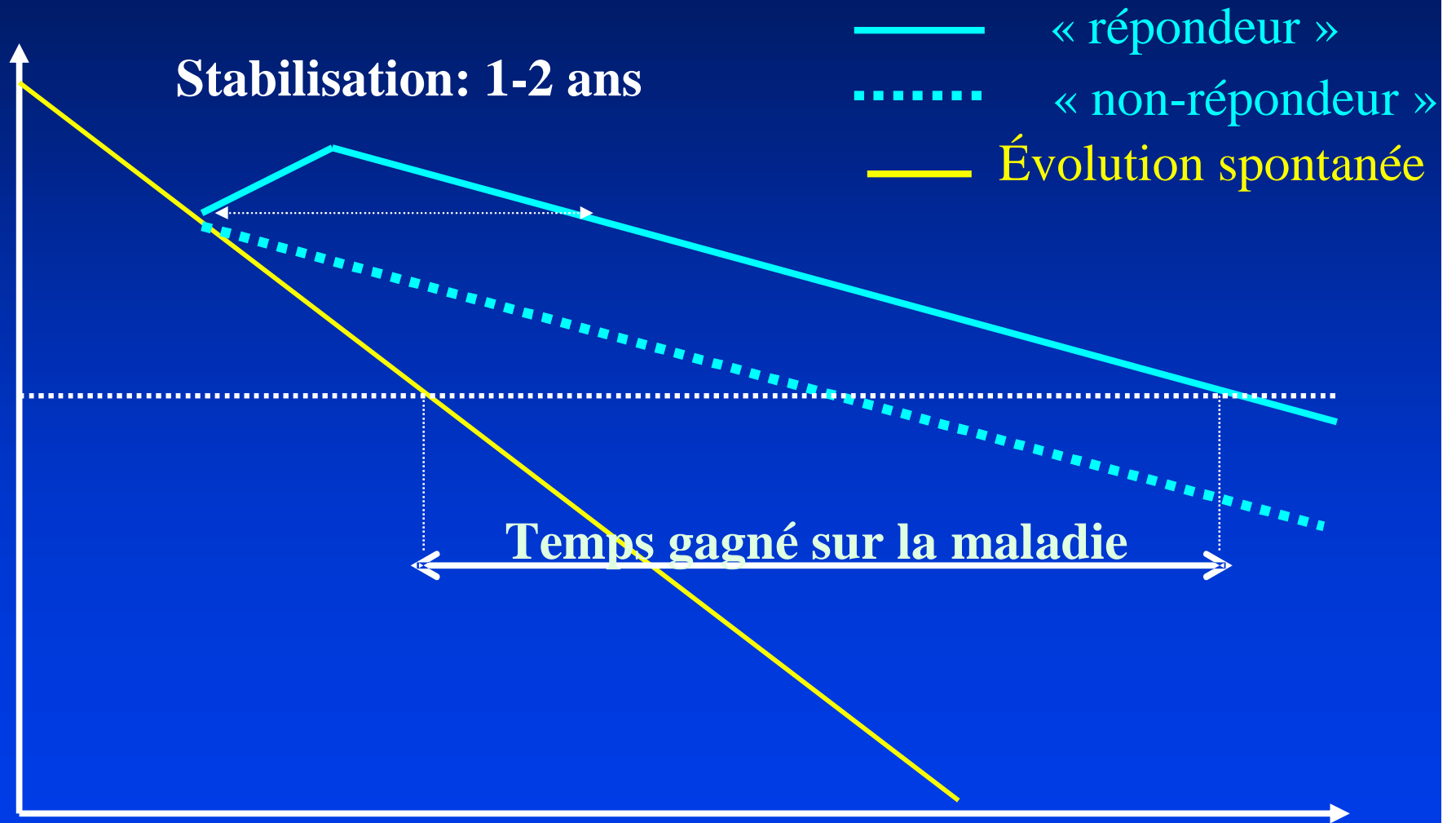
Traitements de la maladie d 'Alzheimer

- **Pas encore de traitement curatif ...**
comme pour la plupart des maladies,
mais...
- **Traitements**
 - I- Symptomatiques
 - II- Visant à ralentir la progression
 - III- Préventifs
 - IV- Etiopathologiques en évaluation

Traitement de la Maladie d'Alzheimer

- I- Traitements symptomatiques: compensation du déficit cholinergiques
- **Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IAChE):**
 - (tacrine = Cognex®) 1995
 - Donépézil = Aricept® 1998 1 prise /j
 - 5mg puis (après 4-6 semaines) :10mg
 - Rivastigmine = Exelon® 1998 2 prises/j
 - 1,5 mg x2, puis 3 mg x2, 4,5 mg x 2, 6 mg x2
 - Galantamine = Réminyl® 2001 2 prises/j
 - 4 mg x 2, puis 8 mg x 2, puis 12 mg x 2
 - Formes buvables, patch

Traitement symptomatique



Traitement de la Maladie d'Alzheimer

- **Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase:**
 - **Indication** : MA probable légère à modérée:
MMS: 10-26 (pas d'indication sur l'âge)
 - **Prescription par le spécialiste** (neurologue, psychiatre, gériatre). Ordonnance valable 1 an.
 - **Ajustement des doses, surveillance et renouvellement par le médecin généraliste**

Traitement de la maladie d'Alzheimer

- **Les inhibiteurs de l'acétyl-cholinestérase (IAChE)**
 - Améliorent le **comportement**
 - Apathie, hallucinations visuelles, dépression, agitation, anxiété...
 - Sont efficaces dans **d'autres types de démence**
 - Démence à corps de Lewy, démences vasculaires (pas PSP)
 - Sont évalués **dans les stades**
 - Pré-démentiels (MCI)
 - Formes sévères (Feldman, 2001)
 - Pourraient ralentir la **progression de la maladie**
 - Pourraient réduire la sécrétion d'APP et diminuer les dépôts de protéine amyloïde

Traitement de la maladie d'Alzheimer

- **Les inhibiteurs de l'acétyl-cholinestérase (IAChE)**
 - **Effet prolongé**
 - **Tacrine** (Michel, Revue Neurologique 2001)
 - **Donépézil**
 - 1 an contre Placebo (Mohs, Neurology 2001)
 - 5 ans en ouvert (Rogers, Eur Neuro-psychopharmacol 2000)
 - Pendant 6-9 mois: amélioration
 - Puis dégradation progressive, mais moindre que sans traitement
 - Bonne tolérance

Traitement de la Maladie d'Alzheimer

- **Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase:**

- **Effets indésirables :**

- Bradycardie (! b⁻, bbd 2°, IDM récent => **ECG**)
- Troubles digestifs (nausées, diarrhées, vomissements)
=> **Motilium**® les 1ers jours, si persiste, diminuer les doses
- Agitation, cauchemars (Aricept) => prise matinale
- Amaigrissement
- Crampes, rhinorrhée
- Crises convulsives?

- **Pas de réactions croisées**

Traitements de la maladie d 'Alzheimer

- Symptomatiques
- **I- Cholinergiques**
 - Précurseurs de l 'Ach <0
 - Agonistes post-synaptiques (muscariniques)
 - Xanoméline, milaméline
 - Effets sur le comportement
- **II-Autres neuro-transmetteurs**
 - Aminergiques
 - Effets comportementaux > cognitifs

Traitements de la maladie d 'Alzheimer

- **II- Traitements visant à ralentir la progression :**
 - **Anti-oxydants, piègeurs de radicaux libres:**
 - **L-Deprenyl = Sélégiline**
 - **Vitamine E**
 - **Vitamine C**
 - **Ginkgo-biloba Tanakan ®**

Extrait de Ginkgo Biloba EGb 761[®]

- **EGb 761[®]:**
 - Piégeur de radicaux libres produits par le stress oxydatif
 - Potentialise l'action des antioxydants tels que la vitamine E et le bêta-carotène.
 - Modifie la perméabilité des capillaires, réduit l'agrégabilité plaquettaire, inhibe l'activation des leucocytes
 - Réduit la formation de NOS par les macrophages

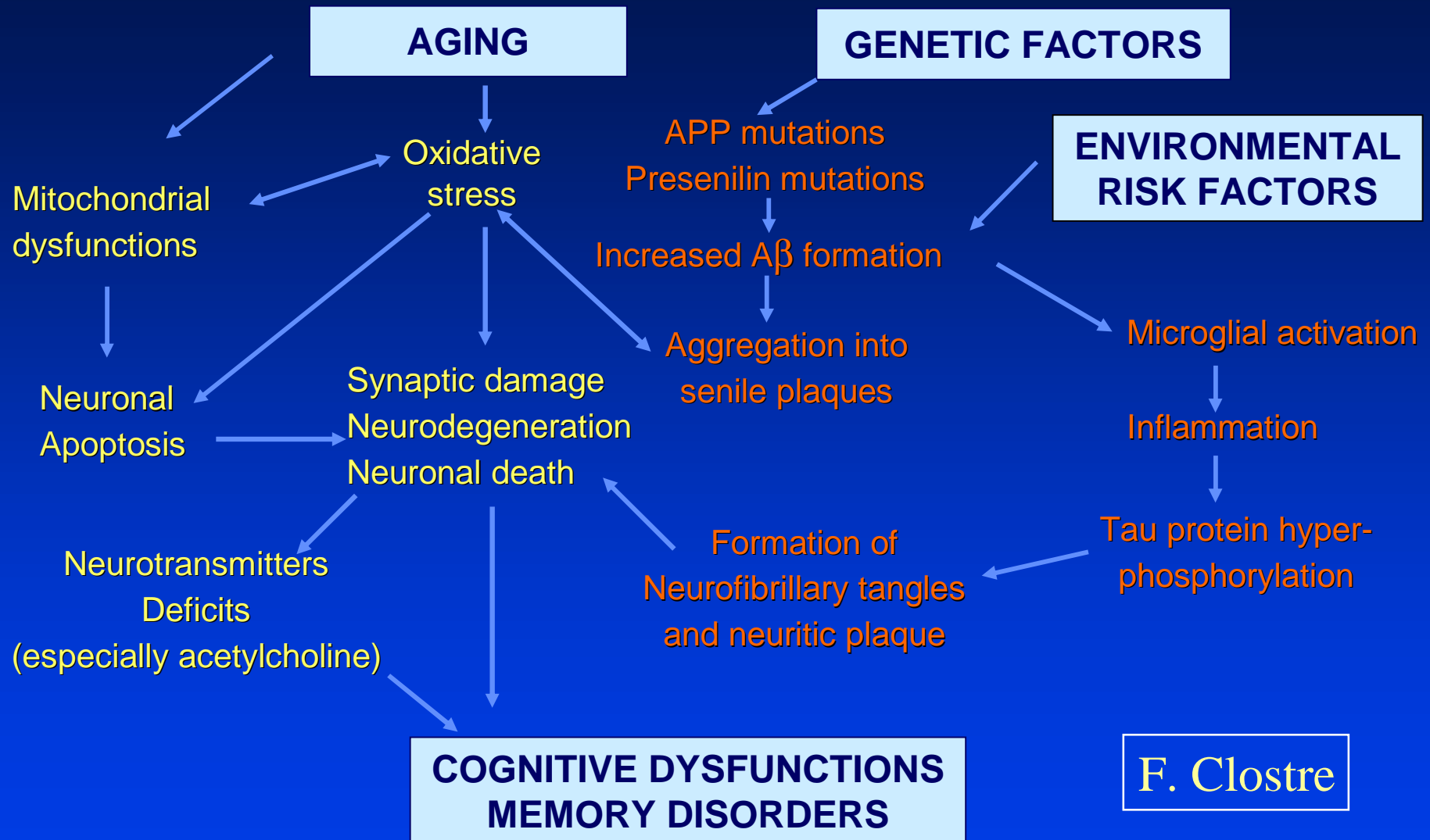
Extrait de Ginkgo Biloba EGb 761^Ò

- **EGb 761^Ò:**
 - Dans les neurones: protège la fonction mitochondriale
 - Stimule la plasticité neuronale par la voie du Nerve Growth factor (NGF)
 - Augmente la synthèse des neurotransmetteurs tels que Dopamine, Acétylcholine, Noradrénaline, et Sérotonine
 - Inhibe l'agrégation de peptide A-bêta *in vitro* et protège les cellules en culture de la mort induite par le peptide A-bêta. Confirmé in dans les modèles animaux et chez le ver transgénique *C. elegans* avec un bénéfice clinique

Extrait de Ginkgo Biloba EGb 761[®]

- **EGb 761[®]:**
 - Extrait standardisé de Ginkgo biloba
 - Répond aux standards de l'OMS
 - Bon profil de tolérance

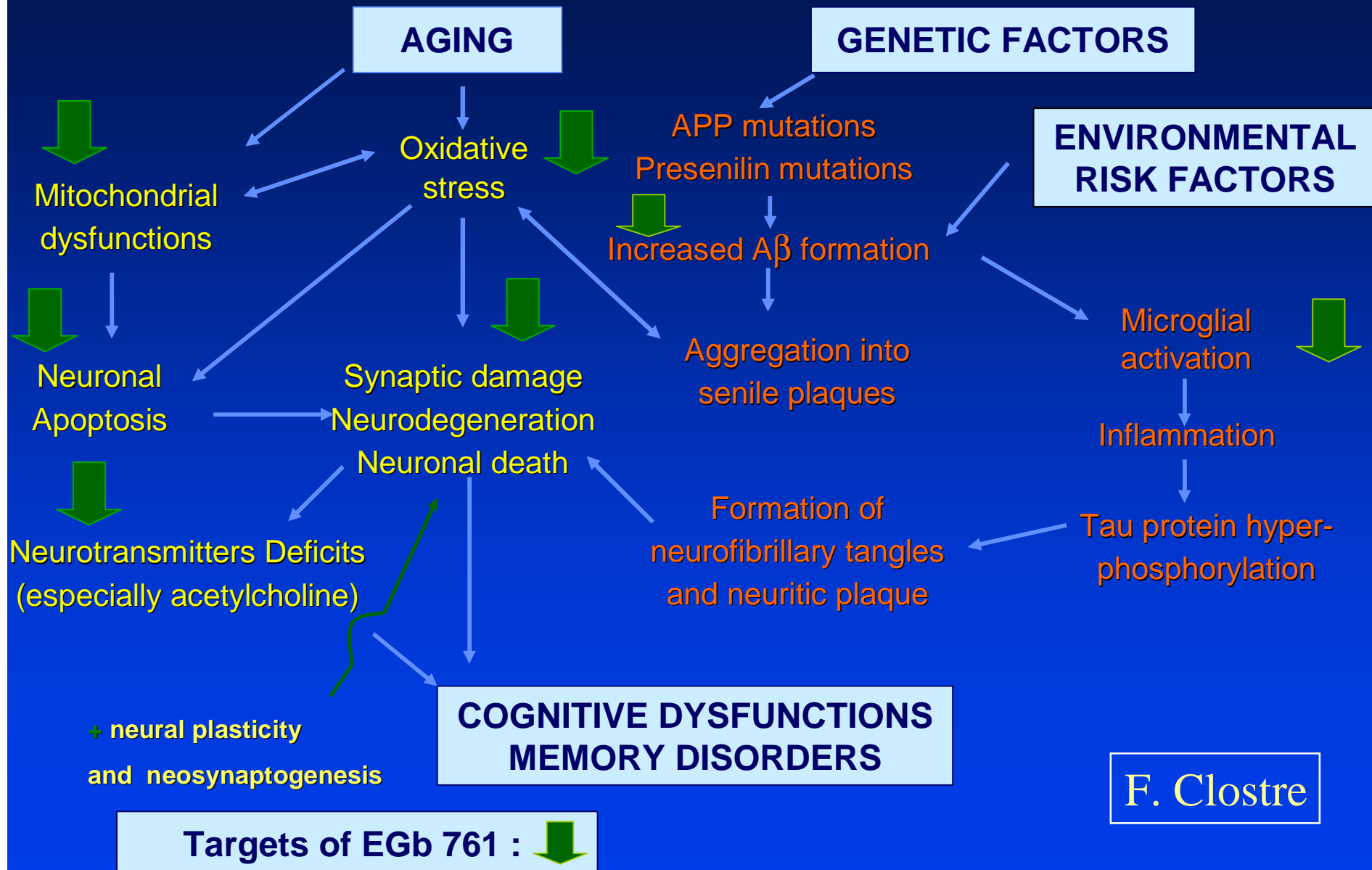
Pathophysiological cascade leading to cognitive impairments



F. Clostre



Pathophysiological cascade leading to cognitive impairment



Extrait de Ginkgo Biloba EGb 761[®]

- **EGb 761[®]:**
 - **Efficacité clinique dans la MA et la DVa** (Kanowski, 1996)
 - **Amélioration de la cognition et du fonctionnement à tous les stades de la MA comparativement au placebo** (Le Bars 2002)
 - **Enregistré comme un traitement :**
 - Dans les troubles de mémoire dans tous les pays
 - Dans la démence en Belgique, Allemagne, République Tchèque, Roumanie, Chine

Extrait de Ginkgo Biloba EGb 761[®]

- **EGb 761[®]:**
 - **Etude EPIDOS** (Andrieu, 2001, 2003)
 - 5 villes en France
 - **Objectif:** étude de l'épidémiologie de l'ostéoporose chez les femme > 65 ans
 - **Test global de fonctions cognitives:** Pfeiffer test
 - **Les femmes qui prennent de l' EGb 761 ont un risque moindre de développer une démence que les femmes qui n'ont jamais pris d' EGb 761**
 - **A l'origine d'une étude de prévention : GuidAGE**

Extrait de Ginkgo Biloba EGb 761[®]

- **EGb 761[®]:**
 - **GuidAGE (France, Europe) - IPSEN**
 - Ginkgo biloba **U**sefulness on the **I**nci**D**ence of **A**ge-related dementia
 - 400 médecins généralistes
 - 2.865 patients ayant une plainte mnésique, non déments, ≥ 70 ans
 - 21 Centres de mémoire Universitaires pour l'évaluation neurologique et neuropsychologique détaillée.
 - Suivi : 5 ans, 240 mg/jour
 - End-point: conversion à la démence

Extraits Ginkgo Biloba EGb 761⁰

- **EGb 761⁰:**
 - **GEM study (USA)**
 - **Ginkgo biloba Memory**
 - **Mis en place par le NIA et NIH, National Institute of Aging et of Health**
 - **3.000 patients, ≥ 75 ans**
 - **Suivi : 5 ans , 240 mg/jour**

Traitements de la maladie d'Alzheimer

- **Anti-glutamate : Mémantine =Ebixa®**
 - AMM 2002, prix Août 2003
 - Antagoniste potentiel-dépendant non-compétitif des récepteurs NMDA d'affinité modérée
 - Bloque les effets pathologiques de taux élevés de glutamate qui pourraient aboutir à un dysfonctionnement neuronal.
 - Glutamate = un des principaux neurotransmetteurs du cerveau (40% des synapses sont glutamatergiques)
 - Excitotoxicité (=excès de stimulation) Usurcharge neuronale en calcium, impliquée dans les maladies neurodégénératives

Mémantine (Ebixa®)

I) Etude 9403 (Suède, 7 centres)

- 12 semaines, 10 mg/j,
- 166 patients **en institution**, 60-80 ans (moyenne 72 ans), GDS 5-7, MMS < 10 (moyenne 6,3)
- 49 % de MA, 51 % de MA (diagnostic *a priori*)
- **Critères de jugement :**
 - CGI-C (Clinical Global Impression of change) (**Médecin**)
 - BGP (Behavioural Rating Scale for Geriatric Patients) (**Paramédical**)
 - Secondaire : D-Scale modifié (ADL)
 - **Pas de critère cognitif**

Mémantine (Ebixa®)

- **Etude 9403 (Winblad et Poritis, 1999)**
 - CGI-C favorable : 73% (mémantine) vs 45% (placebo)
p<0,001
 - Amélioration BGP : 3,1 points (mém.) vs 1.1 (pcb),
p=0,01
 - Répondeurs: CGI-C favorable ET amélioration BGP > 15%:
61,3% (mémantine) vs 31,6% (placebo)
 - D-Scale (items significativement améliorés): capacité à se lever, se mouvoir, se laver, prendre un bain/douche, s'habiller, utiliser les toilettes, s'orienter dans l'espace, participer aux activités de groupe, s'intéresser à ses activités favorites

Mémantine (Ebixa®)

II) Etude 9605 (USA, 32 centres)

- 28 semaines, 20 mg/j, + extension en ouvert 24 semaines
- 252 patients ambulatoires, >50 ans (moyenne 76 ans), GDS 5-6, MMS 3-14 (moyenne 7,9), FAST \geq 6a, scanner/IRM, Hachinski < 5

Critères de jugement :

- w CIBIC-Plus (Clinician 's Interview-Based Impression of Change)
- w ADCS-ADLsev (AD Cooperative Study ADL Inventory modified for severe dementia)
- w Secondaires : cognition : SIB, MMS; comportement : NPI, autres: GDS, FAST, et RUD (Resource Utilization in Dementia)
- w Répondeurs: stable/mieux sur CIBIC-Plus ET ADCS-ADLsev ou SIB

Mémantine (Ebixa®)

II) Etude 9605 (Reisberg, New Engl J Med, in-press)

- Sorties d'essais : 28% (42 sous placebo, 29 sous mémantine)
- CIBIC-Plus en faveur de mémantine $p=0,03$ en OC
- Dégradation ADCS-ADLsev: -2,1 vs -3,4 points $p=0,003$
- Répondeurs : 29% (mémantine) vs 10% (placebo) (3 critères: 11% vs 6% $p=0,17$)
- RUD: gain de 13 heures par semaine: 414 (mém) vs 456 (pcb) heures par mois
- Institutionnalisation pendant l'étude : 1 (mém) vs 5 (pcb) $p=0,05$

Mémantine (Ebixa®)

II) Etude 9605 (Reisberg, New Engl J Med, 2003)

- Pas de différence significative pour : MMS, GDS, score total au NPI à semaine 28
- Mais score NPI meilleur à semaine 12 ($p=0,02$) sous mémantine pour : troubles délirants, agitation et agressivité
- Et avantage pour le FAST
- Pas de différence entre MMS 10-14 et MMS <10
- Pas de différence pour les événements indésirables. Plus de patients sous placebo ont présenté une agitation.

Mémantine (Ebixa®)

II) Etude 9605 Extension en ouvert (Dossier technique, discussion scientifique de l'EPAR, EMEA 2002)

- N = 175: Amélioration de la pente du déclin (sur les critères principaux et la SIB) chez les patients ayant reçu d'abord le placebo. Effets attendus modestes, d'autant que les patients pouvaient être traités par donépézil
- L'efficacité de la mémantine semble se maintenir pendant au moins 12 mois

Le nombre de patients à traiter pour observer au moins une stabilisation à 6 mois de la CIBIC-Plus est de 6 (IC à 95% :315)

Mémantine (Ebixa®)

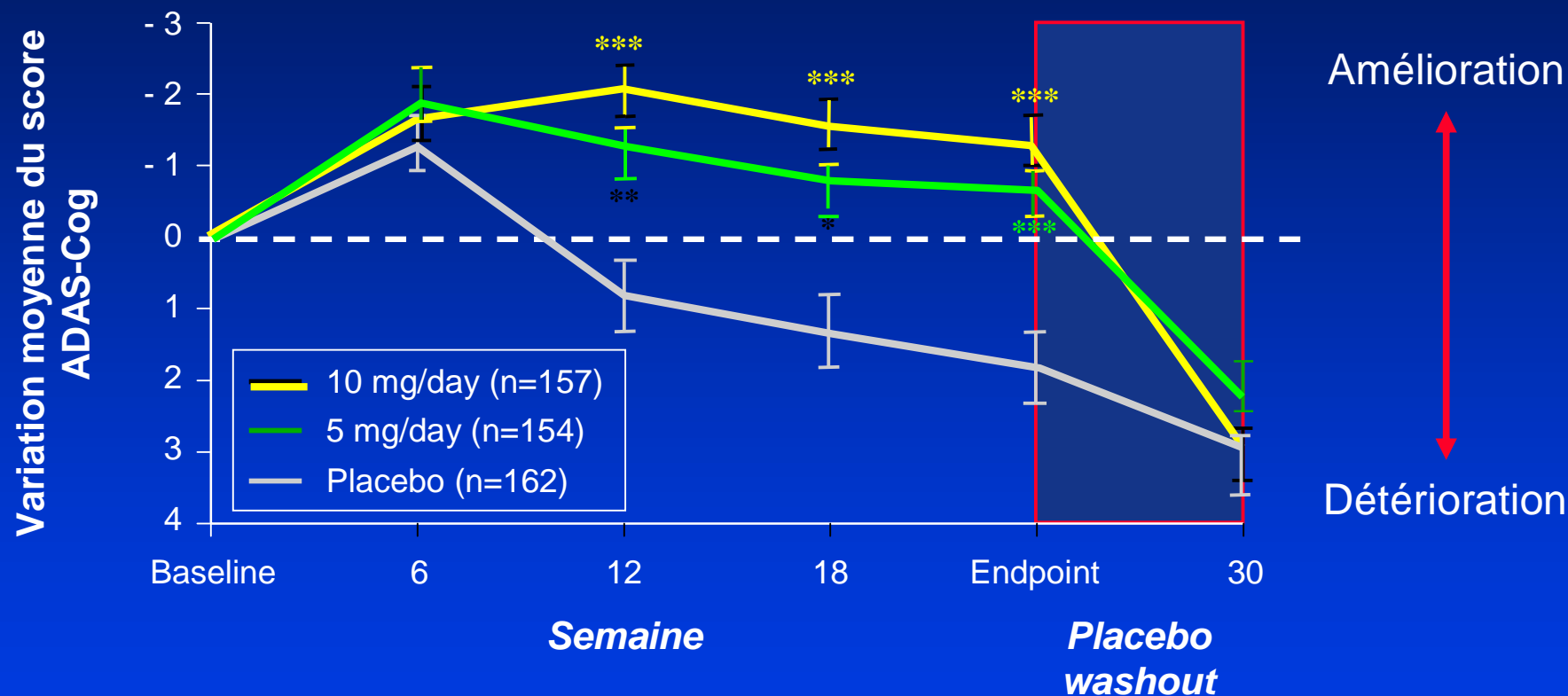
- Solution buvable en gouttes, comprimés à 10 mg
- Indication : **maladie d 'Alzheimer, forme modérément sévère à sévère: MMS<15 (2-14)**
- Prescrit initiale par un **spécialiste**
- Posologie : **20 mg/j (2x10 mg)**
 - 1ère semaine : 5 mg/j (10 gouttes ou 1/2 cp le matin)
 - 2ème semaine: 10 mg/j (10 gouttes ou 1/2 cp matin et ap-midi)
 - 3ème semaine: 15 mg/j (20 gouttes matin, 10 gouttes ap-midi)
 - 4ème semaine: 20 mg/j (20 gouttes matin et après midi)
- Pendant ou en dehors des repas

Mémantine (Ebixa®)

- Non recommandé chez les insuffisants rénaux sévères
- **Prudence** chez les patients épileptiques, en cas d 'IDM récent, d 'insuffisance cardiaque congestive
- Pas d '**effets indésirables** supérieurs en fréquence à ceux du placebo
 - Hallucinations, confusions, vertiges, céphalées, fatigue (rarement anxiété, hypertonie, vomissements, infection urinaire, augmentation de la libido)
 - Commercialisé depuis 20 ans en Allemagne
- Surdosage : agitation, hallucinations visuelles, convulsions, somnolence, résolutifs sans séquelle permanente

Effets de l'arrêt du donépézil sur la cognition dans les stades léger à modérément sévère de la MA

ADAS-cog

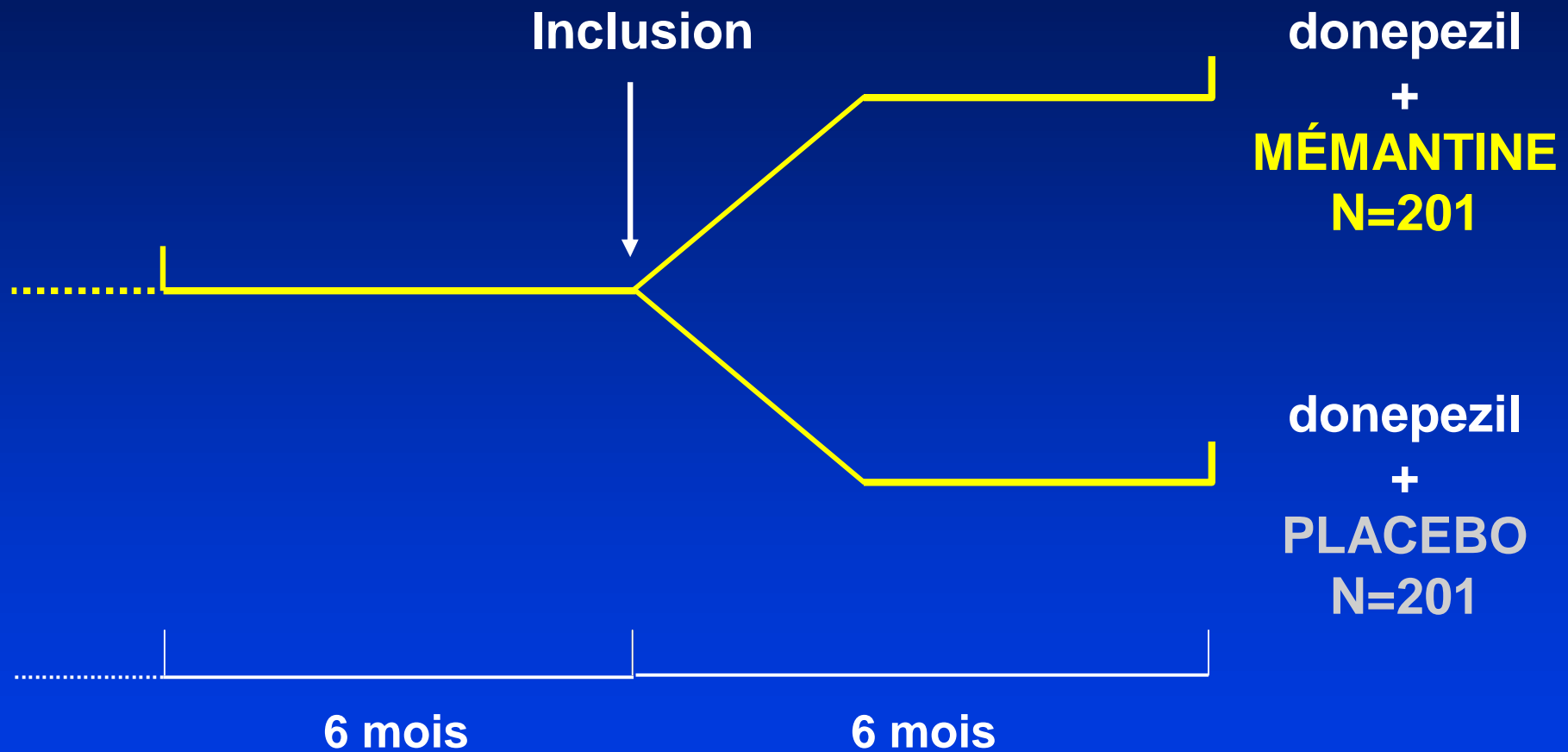


* $p < 0.0012$; ** $p < 0.0007$; *** $p < 0.0001$ vs placebo

Rogers et al., 1998a

La Bithérapie?

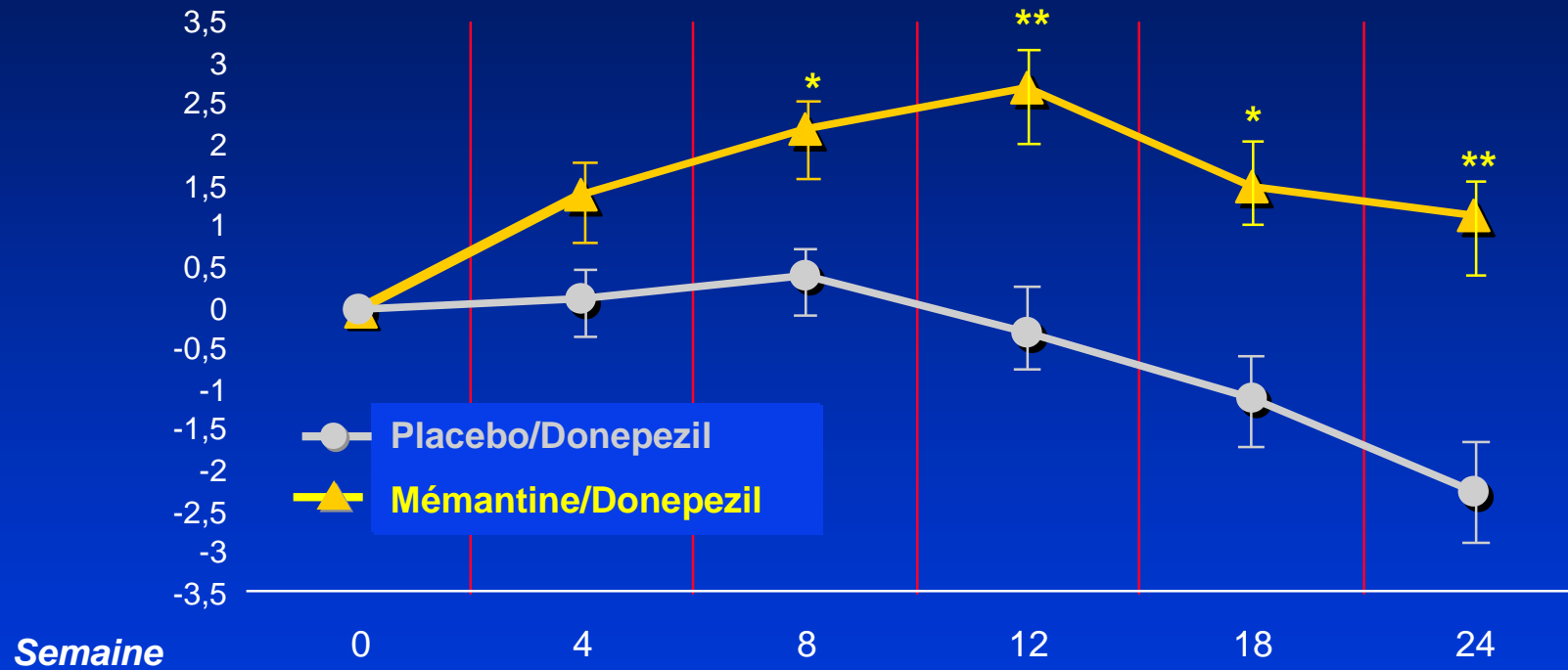
Etude randomisée 6 mois, double aveugle contre placebo



(1) Tariot et al. Presented at the 41st Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology
December 8 - 12, 2002 / San Juan, Puerto Rico

Résultats sur les fonctions cognitives: SIB

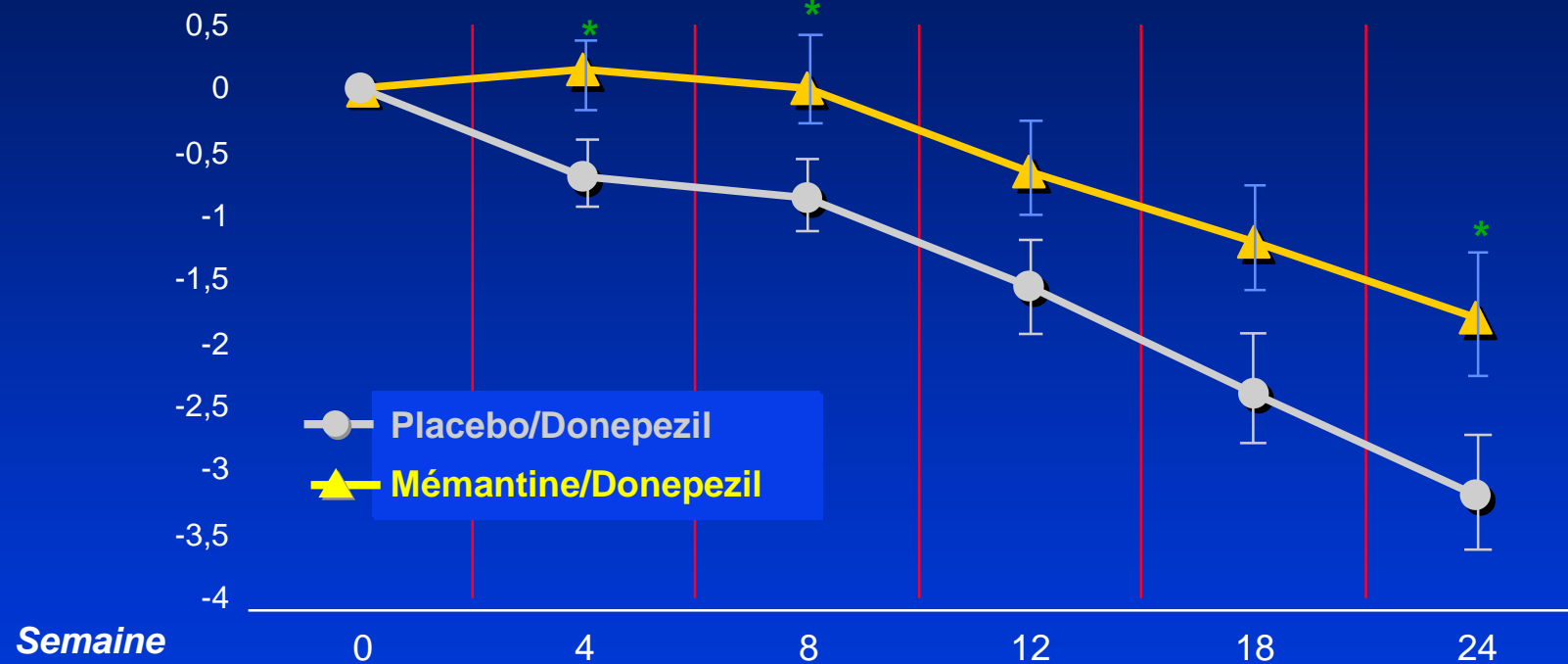
Différence de score SIB



(1) Tariot et al. Presented at the 41st Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology
December 8 - 12, 2002 / San Juan, Puerto Rico

Résultats sur les activités de vie quotidienne : ADCS-ADL

Différence de score ADCS-ADL



(1) Tariot et al. Presented at the 41st Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology December 8 - 12, 2002 / San Juan, Puerto Rico

Autres résultats de l'étude mémantine + donépézil

- **Comportement (NPI)**
 - Amélioration avec l'association ($p=0,002$)
- **Dépendance pour les soins (BGP)**
 - Moindre avec l'association ($p=0,001$)
- **Evènements indésirables**
 - 7% avec l'association versus 12% contre donépézil seul
 - Moins d'agitation mais plus de confusion?
 - Etudes de tolérance de l'association mémantine + autres IChE favorables ou en cours

Traitements de la maladie d 'Alzheimer

- **III- Traitements préventifs**

- **Contrôle des facteurs de risque vasculaire**

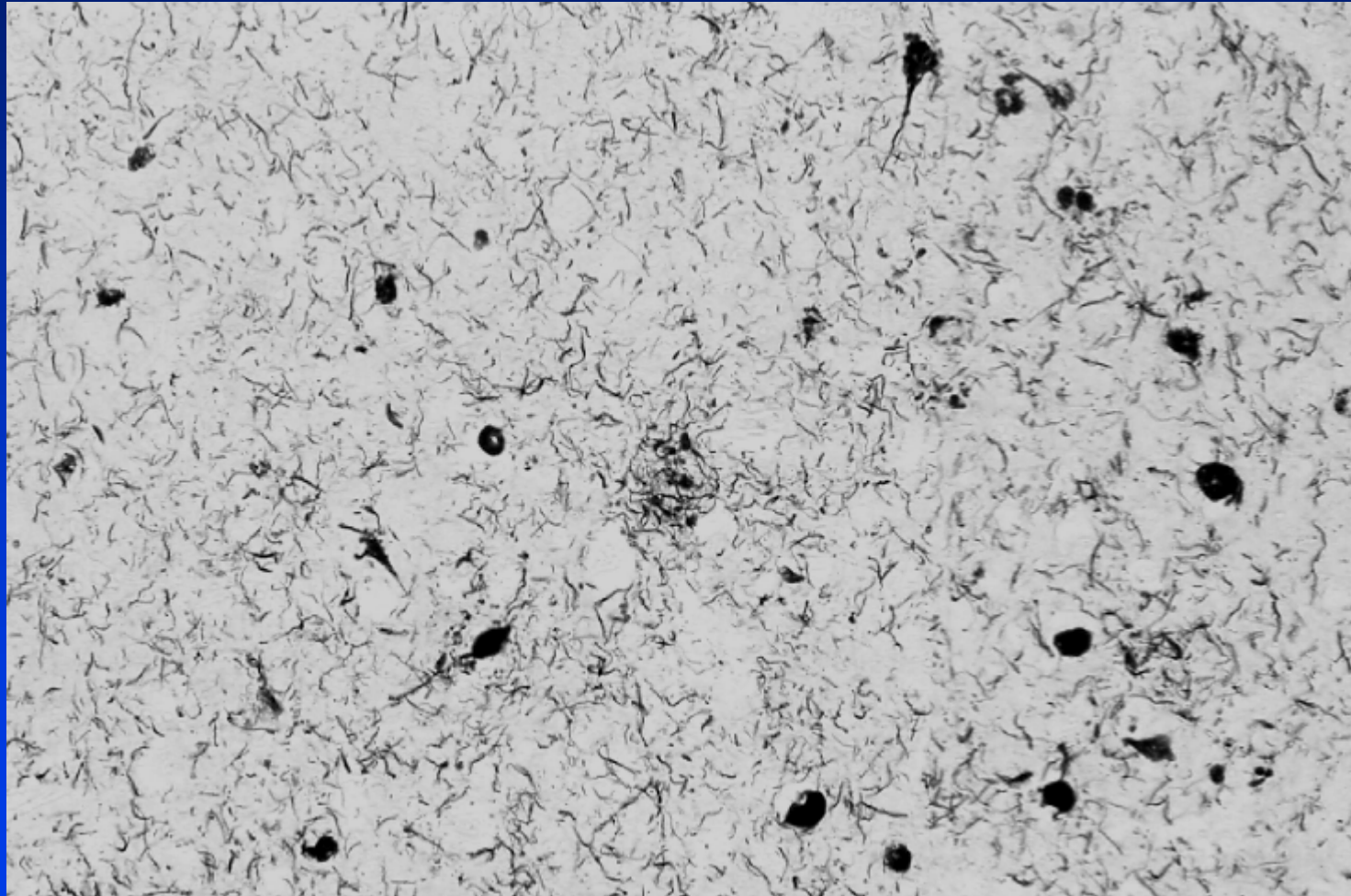
- HTA (étude SYST-EUR; PROGRESS)
- Hypercholestérolémie
- Diabète
- Hyperhomocystéinémie
- Surpoids
- Tabac, alcool (juste un peu...)
- Vie saine et équilibrée !

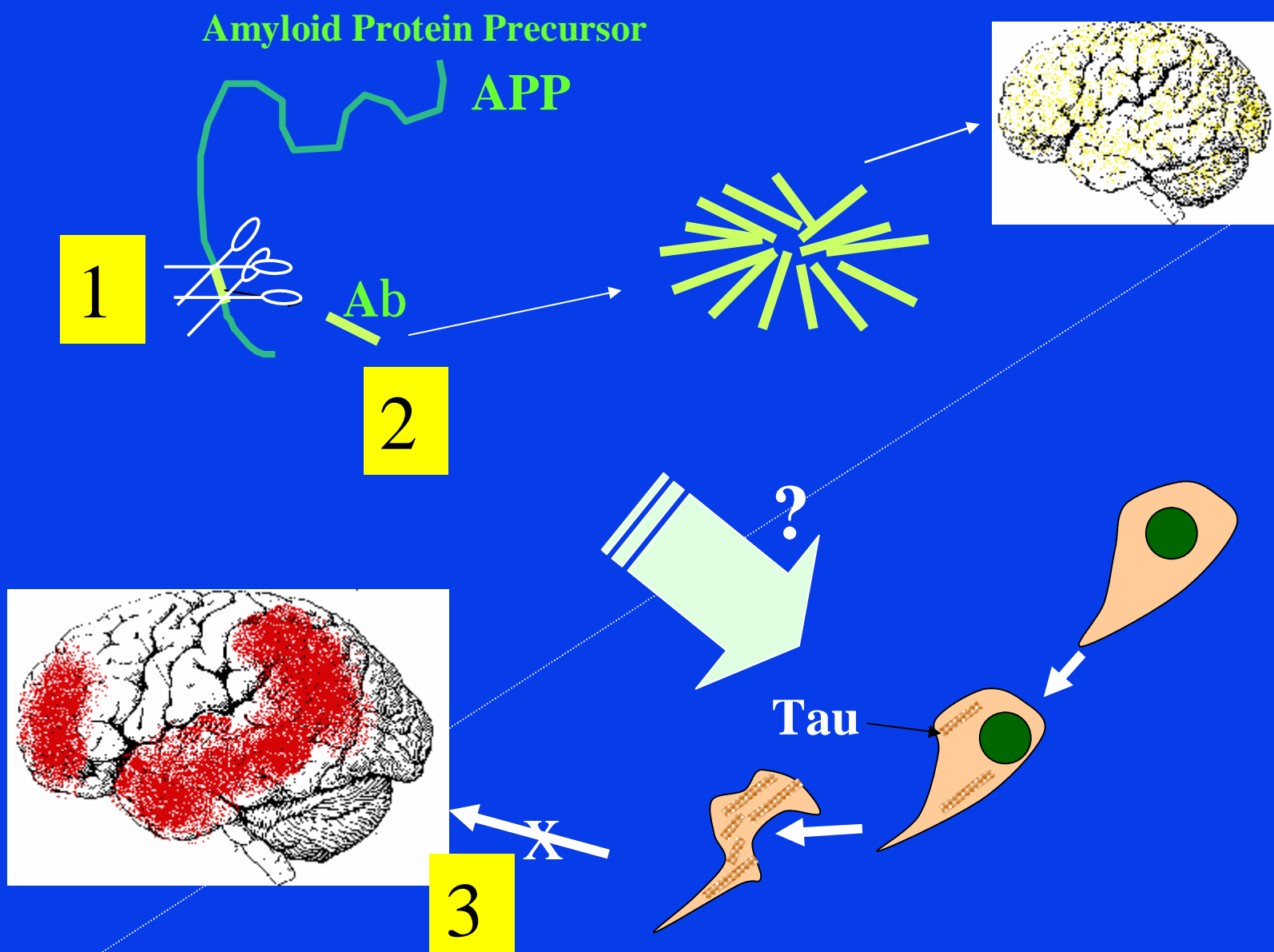
- **Traitement Hormonal Substitutif de la ménopause (THS)**

- **Traitement des « Mild Cognitive Impairment » (MCI)**

Lésions neuropathologiques de la maladie d 'Alzheimer

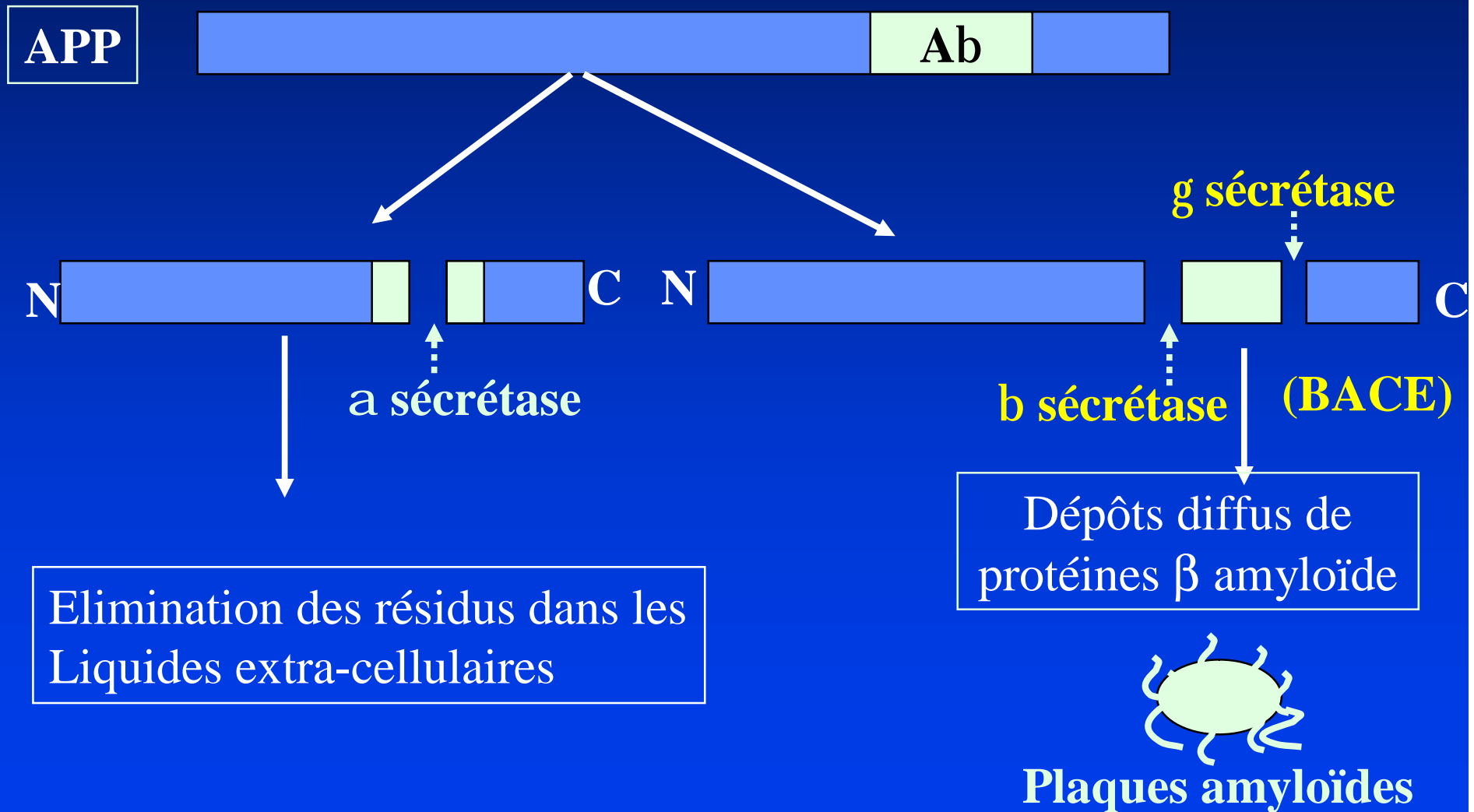
IV- Traitements à visée étiopathologique





Dégénérescence neurofibrillaire

Métabolisme de l'APP et du peptide Ab



Traitements de la maladie d 'Alzheimer

- **Traitements anti-amyloïdes**

- **Immunisations:**

- « **Vaccin** » (peptide b amyloïde)
 - Contre un fragment du peptide
 - Passive : anti-corps anti-Ab humaine monoclonaux

- **En aval**

- Modulation de la toxicité de l 'Ab par anti-oxydants ou inhibiteurs de la lipo-oxygénase.

- **En amont**

- Modulation du métabolisme de l ' APP par déplétion de cholestérol (statines)
 - Action enzymatique

Traitements des états d 'agitation dans les démences

- 3 types d 'agitation
 - Celle liée à la maladie (SCPD) : instabilité motrice, agressivité)
 - Celle liée à un phénomène intercurrent :
 - la + fréquente +++
 - Tout inconfort chez un patient dément => agitation ou apathie
 - D 'autant que d 'apparition ou d 'aggravation récente
 - Celle liée à un changement de l 'environnement

Recherche d'une cause intercurrente

- **Interrogatoire** : ATCD (migraine, coliques néphrétiques, hémorroïdes...), changement de comportement (repas..., toilettes...), événement... médicaments +++
- **Examen clinique** : mycose, douleur à la palpation, trouble de la marche...
- **Fécalome** (ASP); **Infection urinaire** (bandelette, ECBU) ou **pulmonaire** (Rx thorax)
- **Toute infection** : élévation de la CRP
- **Trouble métabolique** : NF, Iono, ca++, glycémie, BH
- **Trouble cardiaque** (ECG)
- **Autres** (Echo, fibro oesogastrique...) selon point d'appel

Traitement de la cause intercurrente

- **Sédatif:** Méprobamate = Equanil ® pour limiter le danger et permettre les examens
- **± antalgiques, ± anxiolytiques** (Lysanxia gouttes)
- **IRS** ont des effets contre l'agitation, l'hostilité, les idées délirantes, l'anxiété, l'irritabilité et l'instabilité motrice, notamment la **trazodone**
- **Carbamazépine (Tégréto)** (! Tolérance)

Pas de neuroleptiques !

- **Pas indiqués**
- **Dix « co »**
 - **Cholinergie**
 - **Cholinestérase**
 - **Corps de Lewy**
 - **Cognition**
 - **Confusion**
 - Sous-cortical (park)**
 - Convulsions**
 - Cœur et dysautonomie (chutes)**
 - Constipation**
 - Comorbidité**
- **Alternative en cas de psychose : les nouveaux anti-psychotiques (effets indésirables, petites doses)**

Prise en charge non pharmacologique

- **Information et soutien de la famille +++ et de l'entourage.**
- **Ne pas mettre en échec, infantiliser...**
- **Attention à la maltraitance**
- **Aides pour soulager l'entourage.**
- **Accueil de jour**
- **Hébergement temporaire pour passer un cap**

Prélèvement cérébral: Pourquoi? Comment?

- **Raisons d'un prélèvement cérébral au moment du décès:**
 - La famille **a le droit de connaître** le diagnostic de certitude pour:
 - Comprendre l'évolution de la maladie
 - Evaluer les **risques génétiques** le cas échéant
 - **S'informer** sur la maladie en connaissance de cause
 - La famille est souvent désireuse de **participer à la recherche: « don du cerveau »**
 - Neurodon

Prélèvement cérébral: Pourquoi? Comment?

- **Raisons d'un prélèvement cérébral au moment du décès:**
 - Le diagnostic de certitude permet d'**améliorer**
 - Les compétences cliniques des médecins
 - La prise en charge adaptée
 - 1/3 des démences est due à une association de pathologies
 - **Contrôle de qualité**
 - Validation des traitements

Prélèvement cérébral: Pourquoi? Comment?

- **Raisons d'un prélèvement cérébral au moment du décès:**
 - Les progrès de la recherche viennent de la confrontation anatomo-clinique
 - De l'analyse des tissus pathologiques
 - **Maladie de Creutzfeldt-Jakob**

Prélèvement cérébral: Pourquoi? Comment?

- **Qui doit en parler?**
 - Le **médecin spécialiste** doit annoncer le diagnostic clinique et évoquer les possibilités de certitude diagnostique, au cours du suivi
 - Questions de génétique
 - Le **médecin généraliste** doit
 - Être informé de cette démarche
 - Connaître les modalités pratiques

Prélèvement cérébral: Pourquoi? Comment?

- **Les règles :**
 - **Le transport du corps à visage découvert ne peut se faire que dans les 24 heures qui suivent le décès (48h si conservation, peu indiquée avant le prélèvement)**
 - **Le corps est restitué *ad integrum***
 - **Transport et prélèvement sont à la charge de l'établissement hospitalier**

Prélèvement cérébral: Pourquoi? Comment?

- **En Pratique :**

- **Le médecin traitant :**

- Rédige le certificat de décès et demande l'autopsie
- Contacte le CH où se fera le prélèvement

- **Le service de pompes funèbres :**

- Se charge du transport
- Si possible aux heures ouvrables
- Bracelet d'identification (mairie ou commissariat)

- **L'administration hospitalière :**

- Interroge le Registre Automatisé de Refus (1 heure)

Prélèvement cérébral: Pourquoi? Comment?

- **En Pratique :**

- **L'anatomo-pathologiste**

- Fait le prélèvement
- Envoie un compte-rendu au médecin demandeur
 - Délai de quelques semaines / mois

- **Le spécialiste :**

- Reçoit les familles et commente les résultats
- Donne les informations, explique les symptômes, répond aux questions

Prélèvement cérébral: Pourquoi? Comment?

- **En conclusion**

- **L'obtention du diagnostic de certitude est une démarche de soin (autant que de recherche)**
 - **3 avantages**
 - **Famille :**
 - **Fixée, le deuil peut s'accomplir, la culpabilité s'estompe**
 - **Les descendants sont au courant**
 - **Médecin**
 - **Chercheurs**
 - **Question abordée par les Associations de Familles**
 - **Une quinzaine de prélèvements à Lille**
 - **Vécu positif sauf si tracasseries matérielles**
 - **Frustration +++ en cas d'échec de la démarche**
 - **S'interroger et surmonter les réticences**

Troubles du sommeil et démences

- La MA ne donne pas de troubles du sommeil.
- Toujours dus à une **autre cause (à rechercher)** : syndrome confusionnel (QS), somnolence diurne, manque d'exercice, sédatifs...
- Parfois hallucinations, cauchemars (DCL), terreurs...
 - Petits moyens : lumière, installation autre du lit
 - Parfois olanzapine (Zyprexa ®) 5 mg
- Si angoisse : Lysanxia® en gouttes
- Si agitation : Equanil ® (occasionnel : Atarax®)
- Pas de CI au 1/2 Stilnox® ou Imovane ®

Comment se comporter avec les patients déments ?

- **Devant des idées délirantes persistantes**
- En dehors de tout épisode confusionnel...
- Autant que possible, pour les choses « graves » remettre doucement dans la réalité, faire parler sur les « à-côtés », si possible en posant des questions fermées, sans mettre en échec.

L 'entrée en institution

- L 'entrée en institution n 'est pas une fatalité : la majorité des patients restent à domicile
- Quand c 'est le souhait des patients et de l 'entourage, favoriser le maintien à domicile (réseau de soins) avec éventuels accueils de jour, hébergements temporaires.
- Critères d 'institutionnalisation : « dangers » pour le patient ou l 'entourage.

- L 'entrée en institution n 'est pas un échec:
 - Parfois solution la plus adaptée à une situation donnée.
 - Pas toujours définitive: les troubles du comportement sont une cause souvent réversible de l 'institutionnalisation (la dépendance physique est souvent plus tolérable et les aides plus faciles à obtenir)
 - Certains patients sont mieux en institution que dans un cadre inadapté ou dans un environnement hostile.
 - La famille est parfois ambivalente. L 'aider à comprendre son vrai choix et abonder dans son sens. Déculpabiliser +++

Autres questions ...

- La kinésithérapie respiratoire ou articulaire, est souvent très difficile chez les patients déments : comment aborder ces patients en pratique ?
- Pas de solution miracle.
- Eviter la douleur et l'inconfort. Si hypertonie : quelques gouttes de valium avant la séance.
- Essayer antalgiques (pas de contre-indications aux morphiniques) ou anti-inflammatoires
- Les patients déments n'expriment pas comme les autres leur inconfort

- *La mise sous tutelle ou curatelle : A quel moment l'envisager ? A qui s'adresser ?*

- *Recommandé (mais pas obligatoire). Dépend du contexte.*
- *Dès que les biens de la personne sont menacés (personne seule et vulnérable)*
- *Dès que des conflits sont possibles (plusieurs enfants)*
- *Adresser un certificat au président du Tribunal d 'Instance « ... certifie que l 'état de M..... nécessite d 'être protégé dans les actes de la vie civile ». Valable 2 mois. La famille est contactée.*
- *Grande variété selon les TGI +++*

- *A quel moment le médecin généraliste doit-il interdire la conduite automobile ?*
- *Dès que le diagnostic de démence est posé.*
 - *Les études montrent que si les personnes âgées ne sont pas responsables de plus d'accidents que les jeunes, celles qui sont responsables d'accidents sont le plus souvent atteintes de MA*
- *Pas d'obligation légale **mais devoir d'informer***
- *A mettre en balance : l'autonomie et la qualité de vie du couple et les usagers de la route*
 - *Aide à la décision par la simulation*

Conclusions

- **Maladie**
- **« Gérable »**
 - diagnostic et soutien
- **« Traitable »**
 - Traitements symptomatiques (cognitif et comportemental) et des affections intercurrentes
- **Enjeu de recherche**
- **Avancées rapides +++**