

MALADIE D'ALZHEIMER

Peut-on faire un diagnostic précoce ?

En France, le plupart des diagnostics de maladie d'Alzheimer sont posés à un stade trop avancé de la maladie. Or, si l'on ne la guérit pas, il est aujourd'hui possible d'améliorer les patients, voire de "ralentir" l'évolution de la maladie. On dispose de différents outils permettant de faire un premier screening.

Dr Bénédicte Defontaines (Neurologue libérale, directrice du Réseau Mémoire Alois, Présidente de l'Association Nationale des Réseaux Mémoire (ANREM), Neurologue à l'Institution Nationale des Invalides)

► La maladie d'Alzheimer est la cause de démence la plus fréquente et constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique majeur. En France, 800 000 personnes en sont actuellement atteintes, dont 250 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, et 2,1 millions de personnes malades sont attendues pour 2020.

► LES ENJEUX DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE

L'ANAES (1), l'AAN (2), les rapports de l'INSERM (3) (2007) et de l'OPEPS (4) (Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé, 2005) insistent sur la nécessité de faire un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer.

En effet, si la maladie d'Alzheimer demeure une maladie que l'on ne guérit pas, il est aujourd'hui possible de la soigner à l'aide d'**une prise en charge précoce pluridisciplinaire coordonnée adaptée** (médicaments spécifiques symptomatiques, prise en charge psycho-sociale, juridique...) permettant d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs aidants. Cette prise en charge est préférentiellement assurée par les réseaux de santé.

Par ailleurs, de nombreux essais thérapeutiques visant à "**ralentir**" l'**évolution de la maladie** et agissant sur

son histoire naturelle sont en cours et encouragent les médecins à savoir réaliser au plus tôt le diagnostic de manière à être prêts lorsque ces thérapeutiques seront à notre disposition.

► LES ANNÉES PRÉCÉDANT LE DIAGNOSTIC DE DÉMENCE

Il a été mis en évidence que durant les 9 années qui précèdent le diagnostic de démence (8), il existe un déclin cognitif progressif avec un continuum entre le stade pré-démontiel (troubles cognitifs légers ou Mild Cognitive Impairment, MCI), et les autres stades de la maladie.

Ainsi, le stade léger de la maladie d'Alzheimer où les symptômes peuvent être sous-évalués, représente une zone "charnière" de la maladie durant laquelle le patient entre au stade de démence de la maladie avec un retentissement du trouble cognitif sur les activités de la vie quotidienne.

► DIAGNOSTIC À UN STADE LÉGER : LA DÉMARCHÉ DIAGNOSTIQUE (Tab. 1)

1. Prendre en considération la plainte mnésique

Dans une étude réalisée auprès de 1 176 médecins généralistes sentinelles en 2004 (9), les motifs de consul-

tations les fréquents étaient :

- un trouble de la mémoire (87,3 %),
- des perturbations dans les activités de la vie quotidienne (69,63 %),
- une désorientation (50,86 %),
- des troubles du comportement (42,72 %)
- ou des troubles de l'humeur (39,75 %).

L'intérêt du questionnaire semi-structuré de plainte cognitive QPC

Ils serait utile que les médecins généralistes puissent disposer d'un questionnaire semi-structuré de plainte cognitive, le QPC (**voir encadré**) - comprenant des questions concernant la mémoire, le langage, l'orientation, les activités, le comportement - pour mieux d'objectiver le caractère pathologique de la plainte et d'améliorer la pertinence du recours aux médecins spécialistes (neurologues, gériatres, consultation mémoire...).

En effet, ce questionnaire (10) est susceptible de distinguer un profil de plainte cognitive différent pour les témoins, les sujets ayant un trouble cognitif léger, les patients Alzheimer et les sujets dépressifs.

Un score supérieur à 3 est suspect de démence et ce d'autant plus que les sujets se plaignent d'oublier un événement entier, ont du mal à s'orienter ou ont réduits leurs activités et se replient sur eux-mêmes.

TABLEAU 1 - AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES PRINCIPAUX (NON EXHAUSTIF) TESTS ET BATTERIES POUVANT ÊTRE UTILISÉES PAR LE PRATICIEN LORS D'UNE PREMIÈRE CONSULTATION.

Test/Batteries	Avantages	Inconvénients
MMSE	- Evaluation globale et rapide - Utile pour réaliser le suivi ultérieur	- Ne permet pas de faire le diagnostic - Effet plafond et plancher - Nombreux items linguistiques
Test de l'horloge (13)	- Evaluation globale des fonctions cognitives (visuo-constructives et exécutives+++)	- Utile pour la détection d'un syndrome démentiel (sensibilité satisfaisante) mais peu spécifique de la MA
L'épreuve des 5 mots (11)	- Test rapide et simple à réaliser - Peut être réalisé par le praticien en consultation pour « screener » la MA - Sensibilité = 91% et spécificité = 87% pour la MA (quel que soit le stade) / sujets sains	- Effet plafond (mais possibilité d'une analyse qualitative pour évaluer le bénéfice de l'indigage) - Moins sensible / RL-RI pour les stades précoces
MIS (12)	- Test rapide - Peut être réalisé par le praticien en consultation pour « screener » la maladie d'Alzheimer - Spécificité 96% pour MA / sujets sains	- Sensibilité = 60 % / sujets sains
Batterie Rapide d'Evaluation Frontale (BREF) (14)	- Evaluation globale et rapide des fonctions exécutives	- Sensibilité pour la dysfonction des lobes frontaux mais ne permet pas de faire le diagnostic différentiel MA/DFT (fluence+++)
Batterie d'Effcience Cognitive (BEC 96) (15)	- Brève et relativement globale en intégrant des tâches particulières telles que le rappel libre et la reconnaissance d'un même matériel	- Peu sensible aux stades débutants - Normalisation faible
The seven minute screen (16)	- Compilation de tests évaluant l'orientation temporelle, la mémoire de rappel, le dessin de l'horloge et la fluence verbale - Rapide - Sensibilité 92,9% et spécificité 93,5% pour MA/sujets sains	- Spécificité moins bonne que le MMSE en cas de syndrome dépressif

MA = Maladie d'Alzheimer ; DFT = Démence Fronto-Temporale

2. Evaluer les troubles cognitifs

Les tests

• **Le MMSE** sous sa forme consensuelle établie par le GRECO (Groupe de Recherche et d'Évaluations Cognitives) doit être utilisé.

Ce test standardisé permettant d'évaluer de manière globale les fonctions cognitives ne permet pas cependant seul de poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

• D'autres tests globaux et batteries peuvent être utilisés lors d'une première consultation. **L'épreuve des 5 mots (11)** ou le **Memory Impairment Screen**

ou **MIS (12)** peuvent être également utilisés lors d'un premier screening.

Quand les réaliser ?

• Ces tests, peuvent être utilisés, lors de la première consultation. Ils peuvent être suffisants pour poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer à la phase modérée et sévère.

• Au stade léger, ils peuvent être "subnormaux". À ce stade, face à une plainte mnésique "pathologique", il est indispensable de faire réaliser un bilan psychométrique détaillé par un professionnel spécialisé en neuropsychologie.

Il n'y a pas de consensus sur les tests

neuropsychologiques à réaliser pour porter le diagnostic de maladie d'Alzheimer. Cependant, l'existence d'un déficit de la mémoire épisodique (déficit du rappel avec intrusions non normalisé par des conduites de facilitation) est indispensable à la pose du diagnostic.

• Dans la plupart des cas, même aux stades les plus précoces de la maladie, le déficit mnésique est associé à d'autres atteintes des fonctions cognitives. Ainsi, un trouble des fonctions exécutives, du langage, des praxies et des gnosies doit être recherché pour porter le diagnostic de maladie d'Alzheimer selon les critères DSM-IV.

LA SITUATION ACTUELLE DU DIAGNOSTIC DE MA EN FRANCE

► **La plupart des diagnostics sont posés à un stade trop avancé.**

D'après la cohorte PAQUID, le score MMSE moyen au moment du diagnostic de démence en France se situe aux alentours de 19 (= stade modéré de la maladie) (5).

► **Le temps moyen nécessaire pour poser le diagnostic de démence (temps entre le début de la déclaration de la maladie et le diagnostic) est estimé à 24 mois.**

Alors qu'il est évalué à 20 mois en Europe et à 10 mois en Allemagne (6)

► **Dans environ de 50 % des cas (7), la démence à son début n'est ni reconnue par la famille (confusion fréquente entre vieillissement et démence),**

ni par le médecin généraliste (compte tenu de la difficulté à faire la part entre affection dégénérative et retentissement cognitif de troubles sensoriels ou d'affections générales, information de mauvaise qualité aux délivrées aux médecins concernant la spécificité de la maladie d'Alzheimer et les soins à prescrire...).

► En effet, **moins de malade sur 5 reçoit un traitement spécifique.**

Il paraît donc important de fournir des informations et des outils pratiques aux médecins généralistes pour évaluer le caractère "pathologique" d'une plainte et améliorer le repérage de la maladie.

3. Evaluer les capacités fonctionnelles

• **L'échelle ADL** (*Activities of Daily Living*) de Katz et l'échelle IADL (17) (*Instrumental ADL*) de Lawton sont les outils de référence de l'évaluation des activités de la vie quotidienne.

• L'évaluation fonctionnelle par la grille **AGGIR** sert de base à l'attribution de l'APA. Au stade léger de la maladie, la plupart des activités instrumentales et quotidiennes sont encore correctement et régulièrement réalisées, il est cependant indispensable de les quantifier dès le stade léger de la maladie puisqu'un retentissement fonctionnel est indispensable au diagnostic selon les critères DSM-IV.

• L'évaluation des aides mises en place, de la connaissance que le patient a de la maladie, de l'environnement et du cadre de vie sont également très importantes.

► **CONCLUSION**

Le médecin généraliste dispose de différents outils présentés ci-dessus lui permettant de faire un premier *screening*. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer peut être posé par le médecin généraliste à un stade modéré ou sévère. A un stade léger, il sera établi avec l'aide du médecin spécialiste à la lumière de l'examen

QUESTIONNAIRE DE PLAINTE COGNITIVE (QPC)

- A. Avez-vous ressenti un **changement** de votre mémoire dans les 6 derniers mois écoulés.
- B. Avez-vous l'impression que votre mémoire fonctionne moins bien que celle des sujets de votre âge.

Avez-vous ces 6 derniers mois (et ce, de façon plus importante qu'avant ; question que l'on repose avant chaque item) :

1. **RESSENTI** l'impression d'**enregistrer moins** bien les événements et/ou entendu plus souvent vos proches dire « je te l'ai déjà dit »...
2. **OUBLIE un rendez-vous important**
3. **PERDU vos affaires** plus souvent et/ou plus longtemps que d'habitude
4. **RESSENTI** des difficultés plus grandes à vous **orienter** et/ou le sentiment de ne pas connaître un endroit où vos proches vous ont dit que vous étiez déjà venu
5. **OUBLIE complètement un évènement** y compris lorsque vos proches vous l'ont raconté et/ou lorsque vous avez pu revoir des photos de celui-ci
6. **RESSENTI** l'impression de **chercher les mots** en parlant (sauf les noms propres) et d'être obligés d'utiliser d'autres mots, de vous arrêter de parler ou de dire plus souvent que d'ordinaire « truc » ou « machin »
7. **REDUIT certaines activités** (ou demander de l'aide à un proche) de peur de vous tromper : activités personnelles (papiers administratifs, factures, déclaration d'impôt, etc.) ou associatives
8. **OBSERVE** une modification de **votre caractère** avec un repli sur soi, une réduction des contacts avec autrui voire le sentiment d'avoir moins d'intérêt pour les choses ou moins d'initiative

Bilan ou surveillance à instituer :

- score ≥ 3
- et/ou réponse "oui" à la question 5
- et/ou 2 réponses "oui" aux questions A, 4, 5, 7, 8.

clinique somatique et du bilan neuropsychologique interprétés en fonction de l'anamnèse et du contexte clinique.

Poser un diagnostic précoce est primordial et doit être suivi d'une prise en charge globale et adaptée inté-

grant le patient et sa famille dans une filière de soins, assurée par l'intermédiaire des réseaux de santé.

Pour en savoir plus

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations professionnelles pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008.
2. Knopman DS, DeKosky ST et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001 ; 56 : 1143-53.
3. Expertise collective de l'INSERM. Maladie d'Alzheimer: enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux, 2007.
4. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS). Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Juillet 2005.
5. Ramarosan H, Helmer C et al. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. *Rev Neurol (Paris)* 2003 ; 159 : 405-11.
6. Bond J, Stave C et al. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey." *Int J Clin Pract* 2005 ; 146 (Suppl) : 8-14.
7. Gallez, C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. OPEPS, 2005.
8. Amieva H, Jacqmin-Gadda H et al. The 9 year cognitive decline before dementia of the Alzheimer type: a prospective population-based study. *Brain* 2005 ; 128 (Pt 5) : 1093-101.
9. Cantegreil-Kallen I, Lieberherr D et al. [Detection of Alzheimer's disease in general medicine: preliminary results of a Sentinelles general practitioner's network survey]. *Rev Med Interne* 2004 ; 25 (8) : 548-55.
10. Thomas Antérion C., Ribas C, Honoré-Masson S et al. Le questionnaire de plainte cognitive (QPC): un outil de recherché de plainte suspecte d'évoquer une maladie d'Alzheimer. *L'année Gériatrique* 2003 ; 17 (1) : 56-65.
11. Dubois B, Touchon J et al. The 5 words": a simple and sensitive test for the diagnosis of Alzheimer's disease]. *Presse Med* 2002 ; 31 (36) : 1696-9.
12. Buschke H, Kuslansky G et al. Screening for dementia with the memory impairment screen." *Neurology* 1999 ; 52 : 231-8.
13. Cahn DA, Salmon DP et al. Screening for dementia of the alzheimer type in the community: the utility of the Clock Drawing Test. *Arch Clin Neuropsychol* 1996 ; 11 : 529-39.
14. Dubois B, Slachevsky A et al. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology* 2000 ; 55 : 1621-6.
15. Signoret JL. Neuropsychological analysis of Alzheimer's disease. *Presse Med* 1983 ; 12 : 3129-31.
16. Meulen EF, Schmand B et al. The seven minute screen: a neurocognitive screening test highly sensitive to various types of dementia." *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004 ; 75 : 700-5.
17. Lawton MP, Brody EM et al. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179-86.

ACTUALITÉS SUR LES DÉMENCES...

Que retenir des nouvelles recommandations de la HAS ?

La Haute Autorité de santé (HAS) a édité le 14 juin 2008 de nouvelles recommandations professionnelles intitulées "Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées". Elles ont pour objectifs d'homogénéiser les pratiques en matière de diagnostic et de prise en charge des patients ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. La méthode suivie a été celle d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture réunissant l'ensemble des disciplines impliquées (médecins, orthophonistes, psychologues, épidémiologistes, représentants associatifs...).

Dr Bernard Croisile (Service de Neuropsychologie, Centre Mémoire de Ressources et de Recherche de Lyon)

► LES ASPECTS DIAGNOSTIQUES

À l'heure actuelle, le dépistage n'est pas recommandé en population générale.

Il est en revanche recommandé de **porter précocement le diagnostic de MA**, dès les premiers symptômes, au moyen

d'une évaluation cognitive approfondie, de préférence dans le cadre d'une consultation mémoire spécialisée.

Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR et du NINCDS-ADRDA sont recommandés « dans l'attente de la validation de critères plus spécifiques », tant il est

vrai que personne ne les utilise plus vraiment (voire ne les a jamais utilisés !) ! L'importance de l'entretien avec le patient et son accompagnant est soulignée.

Quels tests ?

• Sans autre accord professionnel sur les tests cognitifs que le MMS, sont cités :

le test des 5 mots, les tests de fluence verbale, le test de l'horloge, le *Memory Impairment Screen*, le 7-minute test, le GPCog, et un fort utile mais peu académique « etc » (sic !).

• Les échelles IADL et ADL permettent d'évaluer les activités de la vie quotidienne, mais elles ne permettent certainement pas d'apprécier le retentissement sur les activités les plus élaborées de la vie quotidienne.

Il est indispensable d'évaluer le retentissement fonctionnel ainsi que l'existence d'une dépression ou de troubles comportementaux ; un examen clinique général et la recherche de comorbidités sont également indispensables.

Une imagerie systématique

Une imagerie cérébrale systématique est recommandée : une imagerie par résonance magnétique ou, à défaut, un scanner cérébral sans injection. Un bilan biologique minimum est requis.

Penser aux "autres démences"

Une place importante a été accordée aux autres pathologies démentielles telles que les démences vasculaires, la démence à corps de Lewy et les démences associées à une maladie de Parkinson, les dégénérescences lobaires fronto-temporales et la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Les annexes réunissent les critères internationaux reconnus de ces affections.

► LES TRAITEMENTS

• **Tous les aspects des traitements sont abordés**, aussi bien les traitements médicamenteux spécifiques que les traitements des symptômes comportementaux et psychologiques des démences, qui constituent l'élément le plus lourd et le plus dramatique de l'évolution de ces patients.

• **Les interventions non médicamenteuses** (aides à domicile, psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens...) ne sont pas oubliées, ni les interventions

QU'EST-CE QUE LA DÉMENCE ?

La définition de la démence est évoquée dans ces recommandations avec beaucoup de justesse.

Il est rappelé que le DSM-IV-TR en donne une définition médicale reposant sur :

- la présence de trouble de la mémoire et de l'idéation ;
- suffisamment important pour retentir sur la vie quotidienne ;
- associé à un autre trouble des fonctions cognitives ;
- et qui dure depuis au moins 6 mois.

Les recommandations de la HAS soulignent plusieurs points importants :

- le terme de démence n'a aucune connotation péjorative,
- il n'implique pas que le patient ait des troubles du comportement,
- il signifie que les troubles cognitifs ont un retentissement dans la vie quotidienne du patient et qu'il doit être aidé ou supervisé.

La HAS regrette que, par simplicité, l'on doive utiliser les termes "démence" et "déments" qui ont une tout autre signification dans le langage courant. Il est bien indiqué qu'être dément ce n'est pas uniquement souffrir d'un trouble du comportement mais avoir une perte d'autonomie, qui peut être cognitive sans être sévère, mais retentit sur les activités les plus élaborées de la vie quotidienne.

TOUS LES ACTEURS...

Médecin traitant, spécialistes, acteurs non médicaux, et le patient "au centre du dispositif"

- Le rôle pivot du médecin traitant dans l'organisation des soins est plusieurs fois souligné. Il est recommandé que le diagnostic et la prise en charge soient assurés conjointement par le médecin traitant et le spécialiste (neurologue, gériatre, psychiatre).
- Les acteurs non médecins ne sont pas oubliés (psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, aides à domicile...). L'aidant n'est pas oublié non plus dans les consultations de suivi.
- Le patient reste au centre du dispositif et son diagnostic doit lui être annoncé. Il doit également être associé très tôt à la décision de devoir un jour rentrer dans une EHPAD ainsi qu'au choix de l'établissement où il finira ses jours. Est-il réellement possible d'impliquer autant le patient, tant on sait que son désir de rester chez lui manque souvent de logique faute de pouvoir analyser la situation du fait de sa perte de jugement ?

portant sur le fardeau de vie et les programmes d'éducation et de **soutien des aidants** familiaux et professionnels.

Neuroleptiques et antipsychotiques : prudence !

Il est rappelé qu'il n'est pas recommandé

de prescrire des neuroleptiques classiques et que les antipsychotiques de dernière génération sont à réserver aux symptômes psychotiques sévères, dans le cadre d'une prescription de courte durée, à dose minimal efficace, avec une réévaluation très régulière dans les 15 jours. Il est même indiqué que dans la maladie d'Alzheimer ou la

démence à corps de Lewy, un antipsychotique ne peut être prescrit que chez des patients bénéficiant déjà d'un traitement anticholinestérasique (sauf en cas de contre-indication ou d'intolérance à ce dernier).

Toujours envisager un traitement spécifique

Quels que soient l'âge et le stade de la maladie (MMS > 2), un traitement spécifique doit être envisagé en prenant en compte son rapport bénéfice/risque. Deux types de molécules sont envisageables, la première prescription d'anticholinestérasique (stade léger à modéré) ou de mémantine (stade modéré à sévère) étant liée au chiffre de MMS.

L'utilité du traitement spécifique doit être réévaluée régulièrement.

En l'état actuel des données, il n'y a pas d'arguments pour recommander une bithérapie (anticholinestérasique et mémantine).

► LE SUIVI

Le diagnostic précoce n'est recommandé que s'il s'accompagne d'un engagement de prise en charge.

Piloté par le médecin traitant

Un soin tout particulier est apporté aux recommandations sur le suivi qui se doit d'être **pluridisciplinaire et piloté par le médecin traitant**, en collaboration avec un spécialiste neurologue, gériatre ou psychiatre.

Le suivi par le spécialiste est recommandé 6 mois après le diagnostic et ensuite au minimum tous les ans, il réévalue et ajuste le diagnostic, le traitement et la prise en charge.

Les étapes du suivi

Les patients doivent bénéficier d'un **suivi semestriel standardisé** : faisant appel à des compétences pluridisciplinaires, il est piloté ou effectué par le médecin traitant. Ce suivi peut se faire en plusieurs temps ou être regroupé dans le cadre d'une consultation mémoire ou

LES PRINCIPALES QUESTIONS TRAITÉES DANS CES RECOMMANDATIONS

1. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer
2. Le diagnostic des démences non-Alzheimer les plus fréquentes
3. La diagnostic précoce et l'annonce du diagnostic
4. Les traitements médicamenteux spécifiques
5. Les traitements des symptômes comportementaux et psychologiques des démences
6. Les interventions non médicamenteuses
7. Les interventions portant sur le fardeau de vie et les programmes d'éducation et de soutien des aidants familiaux et professionnels
8. Le suivi

UN MONDE IDÉAL ?

Une inquiétude ne peut manquer d'émerger de ce texte...

Les termes qui reviennent le plus souvent (après "recommander") sont "évaluer" et "évaluation" : il se dessine le risque sérieux que seuls quelques patients puissent bénéficier de la totalité des évaluations de suivi suggérées.

Ni les médecins traitants et ni les consultations mémoire auront les moyens en temps et en personnels pour remplir tous les termes du contrat de soins recommandé par l'HAS.

Un monde idéal, centré sur les patients et les aidants, nous est recommandé avec force intelligence et sensibilité. Malheureusement, la plupart des consultations mémoire, des hôpitaux de jour et des EHPAD sont soit saturés en patients, soit en sous-effectifs professionnels, soit les deux.

Il est vraisemblable que, si les professionnels font remonter leur inquiétude, on s'en tiendra à l'habituelle formule française « L'intendance suivra ! ». Ce qui sera loin d'être possible...

d'une séance d'hôpital de jour.

Il porte sur :

- l'évaluation médicale du patient mais aussi de l'aidant et des proches (fatigue, épuisement),
- une évaluation sociale et juridique des situations à risque,
- la mise en place d'interventions pharmacologiques ou non.

Le médecin traitant intervient aussi directement sous la forme **d'un suivi rapproché, au minimum tous les 3 mois et davantage en fonction du contexte** :

- surveillance du poids, de l'état nutritionnel, des comorbidités ;
- évaluation de l'observance, de la tolérance et de l'efficacité des traitements médicamenteux ou non.

► AU TOTAL, UN REMARQUABLE TRAVAIL !

Ce travail est assez remarquable car il résume avec simplicité et pertinence tout ce qui se fait et se dit depuis ces dernières années dans le domaine du diagnostic et de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Ces recommandations frappées du bon sens reflètent la forte expérience des rédacteurs et l'exploitation des données scientifiques actuelles.

Pour en savoir plus

Les recommandations et leurs synthèses sont téléchargeables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr