

Numéro hors-série année 2018 – mars 2019

## **Phénomène Alzheimer : pour un projet de société d'ici à 2030**

2018 a été une année charnière, marquée par une double crise qui révèle les limites du modèle actuel : celle des EHPAD et celle du déremboursement des médicaments anti-Alzheimer. Ce contexte nouveau confirme l'intérêt de poursuivre les efforts en faveur de la prévention, des interventions psychosociales et d'un changement de regard porté par la société sur la personne malade.

Les scénarii démographiques montrent que, d'ici 2060, les effectifs de personnes âgées de 80 ans ou plus progresseront de 142 % par rapport à 2014, avec un pic entre 2030 et 2040<sup>1</sup>. Or cette population très âgée a une probabilité plus importante d'être touchée par la dépendance, comme d'être atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

On estime à 1,1 million le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en 2018<sup>2</sup>. Elles seront 1,75 million en 2030 et 2 millions en 2040<sup>3</sup>. Actuellement, on compte environ 617 770 personnes malades âgées de 85 ans ou plus, soit presque 1 personne sur 3 dans cette tranche d'âge.

A cette transition démographique correspond une transition épidémiologique : davantage de personnes malades et des situations de perte d'autonomie plus lourdes à un âge donné.

Quelles ambitions pour 2030 ? Quelles réponses concrètes à apporter ? Cette phase transitoire devrait durer dix ans.

### **Grève des EHPAD : une crise du sens et des moyens**

Le début de l'année 2018 a été marqué par une grève nationale dans les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Les conditions de travail et de l'accompagnement des résidents ont cristallisé le mécontentement des professionnels. Les médias ont largement relayé des situations de maltraitance : l'EHPAD fait peur. C'est une crise du sens autant que des moyens. Au-delà des revendications salariales, la souffrance au travail des professionnels des EHPAD est la résultante de difficultés qui se cumulent. La charge en soins augmente chez des résidents de plus en plus dépendants. La pénibilité du travail est accentuée par du personnel en sous-effectif de manière chronique et en forte rotation, des difficultés à recruter pour certains métiers (aide-soignante, médecin coordonnateur...). La multiplication de normes inspirées de celles de l'hôpital génère parfois pour les personnels du médico-social des contraintes difficiles à gérer. N'oublions pas que, contrairement à l'établissement de santé, l'EHPAD est d'abord un lieu de vie, avant d'être le lieu de travail des professionnels où vivent les résidents.

Pour accueillir des personnes âgées vieillissantes toujours plus nombreuses et avec des incapacités plus importantes, les politiques publiques successives ont investi quasi exclusivement dans les EHPAD et les USLD (unités de soins de longue durée), qui constituent 84 % de l'offre d'hébergement des personnes âgées. Un avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) du 15 février 2018 considère que l'EHPAD est un lieu « où sont concentrées volontairement les personnes âgées à problème », isolées de leur monde familial, ce qui conduit à leur « exclusion sociale de fait ». Avant l'entrée en établissement, les alternatives au domicile, comme les habitats inclusifs ou encore intermédiaires, sont insuffisamment développées. S'ajoutent pour les familles et les résidents les difficultés économiques du reste à charge : ce qu'il reste à payer une fois toutes les aides perçues (aide sociale, allocation personnalisée d'autonomie...). Le financement à moyen et long terme de la perte d'autonomie pour faire face au vieillissement de la population demeure un enjeu politique majeur. En avril 2018, le Conseil économique, social et environnemental (CESE), dans son rapport « Vieillir dans la dignité », fait écho à plusieurs pétitions de citoyens sur les EHPAD, soulignant l'inadéquation des moyens humains et financiers affectés à leurs missions. Le CESE met l'accent sur la prévention, l'anticipation de la perte d'autonomie et son financement, ainsi que l'adaptation de l'offre aux besoins d'hébergement.

### Médicaments anti-Alzheimer dans l'impasse : l'horizon d'un traitement s'éloigne

Concernant les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, l'espoir du début des années 2000 de guérir rapidement grâce à un médicament n'est plus. Une longue série d'échecs dans les essais thérapeutiques au cours des 20 dernières années a conduit bon nombre de laboratoires pharmaceutiques à se désengager de la recherche médicamenteuse. Si l'horizon temporel pour découvrir un médicament curatif s'éloigne (pas avant 2030), restaient les médicaments symptomatiques. Or depuis le 1<sup>er</sup> août 2018, les quatre médicaments *donépézil*, *mémantine*, *rivastigmine*, *galantamine*, indiqués dans le traitement des symptômes de la maladie d'Alzheimer, ne sont plus remboursés en France par l'assurance maladie. Cette décision résulte d'un avis scientifique de la Haute Autorité de santé (HAS), sur la base d'évaluations menées depuis une dizaine d'années, montrant une insuffisance d'intérêt clinique de ces médicaments pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale. Jusqu'à présent, les autorités de santé n'avaient jamais osé dérembourser ces médicaments. En effet, ils structureraient la prise en charge de la maladie puisque le renouvellement de la prescription devait permettre de conserver un lien entre le patient et le médecin afin d'établir un suivi. En dehors d'une affection de longue durée (ALD 15 : maladie d'Alzheimer et autres démences), ces 4 molécules étaient remboursées à 15 % par l'assurance maladie, soit un total en valeur d'environ 90 millions d'euros en 2015. Suite à cette décision de déremboursement, sept sociétés savantes et l'association *France Alzheimer* ont saisi le Conseil d'État en septembre 2018 pour en demander l'annulation. Le Conseil d'État n'a pas encore délibéré.

Ces revers dans le domaine du médicament poussent à réorienter la recherche vers le diagnostic précoce (biomarqueurs) pour instaurer le médicament à un stade où les neurones ne dysfonctionnent pas encore, à investir dans la prévention notamment pour ralentir l'évolution de la maladie, et à développer des interventions non médicamenteuses, appelées également interventions psychosociales, afin d'améliorer le quotidien des personnes malades, de leurs aidants et des professionnels.

### Mieux vaut prévenir que guérir

Près d'un quart de la population vieillit en bonne santé au-delà de 85 ans, sans problème de mémoire ni troubles cognitifs. Les centenaires sont souvent perçus comme des modèles de vieillissement réussi. Quels sont les facteurs protecteurs qui ont préservé leur santé cognitive à cet âge avancé ? Aux Pays-Bas, une étude auprès de 300 centenaires montre qu'ils appartiennent à des catégories socio-économiques privilégiées et ont un niveau d'éducation

plus élevé que la population générale. La plupart de ces centenaires vivent de façon autonome, et ont gardé leurs capacités de vision, d'audition et de mobilité<sup>4</sup>.

Si cela est possible pour certains, pourquoi pas pour tous ? Certains facteurs de risque, comme l'âge, le sexe et les facteurs génétiques ne sont pas modifiables. Dans le champ de la maladie d'Alzheimer, la prévention cherche tout d'abord à agir sur les facteurs de risque modifiables pour retarder la survenue du déclin cognitif. En effet, retarder l'apparition de la maladie de 2 ans ou de 5 ans permettrait de réduire respectivement de 20 % et de 50 % le nombre de personnes malades<sup>5</sup>. En intervenant sur neuf des principaux facteurs de risque modifiables (faible niveau d'éducation, tabagisme, sédentarité, dépression, hypertension artérielle, obésité, diabète, baisse de l'audition et isolement social), il serait possible de diminuer de 35 % les nouveaux cas<sup>6</sup>... Les enjeux sont importants !

Mais quelles actions de prévention concrètement ? En 2018, de nombreux articles ont abordé la question. L'exercice physique joue un rôle essentiel dans les stratégies de prévention des troubles cognitifs. Marcher plus d'une heure par jour diminue le risque de démence de 28 %<sup>7</sup>. Avoir une vie active renforce l'effet d'une alimentation équilibrée sur la cognition ; la réduction du déclin cognitif pourrait atteindre 70 %<sup>8</sup>. Encore faut-il vouloir ou pouvoir changer son style de vie, et croire dans le potentiel de prévention. Car pour beaucoup de personnes, la maladie d'Alzheimer est encore perçue comme une dimension « normale » du vieillissement et ne peut pas être prévenue. Le rôle des facteurs de risque cardiovasculaires reste mal compris en général. Or « ce qui est bon pour le cœur est bon pour le cerveau ».

Une prise de conscience importante a eu lieu en 2018 : les facteurs de risque pour la maladie d'Alzheimer sont beaucoup plus nombreux chez les femmes que chez les hommes, allant de la dépression à la chute du taux d'œstrogènes après la ménopause, en passant par des complications liées à la grossesse ou au nombre d'enfants. Les symptômes cognitifs et psychiatriques sont différents chez les hommes et les femmes. Le déclin cognitif est plus rapide chez les femmes après un diagnostic de déficit cognitif léger ou de maladie d'Alzheimer. La prévalence et les effets des facteurs de risque cérébrovasculaires, métaboliques et socio-économiques sont différents chez les hommes et chez les femmes.<sup>9</sup>

La recherche sur la prévention de la maladie d'Alzheimer s'oriente aujourd'hui vers le développement de marqueurs biologiques qui permettraient de prédire le risque de déclin cognitif plusieurs années avant que ces troubles se manifestent par des signes cliniques observables.

Un autre mouvement de recherche se dessine également : pour espérer réduire le déclin cognitif, il faut aussi ralentir la perte d'autonomie en prenant en compte les troubles moteurs et sensoriels. Il s'agit d'une part d'agir le plus tôt possible sur les fragilités propres à chaque personne (fatigue, diminution de la force musculaire, de la vitesse de marche...), et de la rendre moins vulnérable en modifiant son environnement physique et surtout social. Une étude américaine a montré en 2018 que la solitude est associée à un risque de démence augmenté de 40 %<sup>10</sup>. Une revue systématique australienne montre également que lorsqu'une personne a un faible réseau social, le risque accru de démence augmente de 59 %. Si l'isolement est un facteur de risque, inversement, une bonne participation sociale a un effet protecteur, avec une réduction du risque de 12 %<sup>11</sup>.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans son rapport rendu public en janvier 2018, estime que la prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées doit être mise en œuvre rapidement en France car ces maladies constituent une priorité de santé publique, notamment en raison de leurs coûts humain, social et économique (environ 1,5 % du produit intérieur brut de la France)<sup>12</sup>.

## Interventions psychosociales : une efficacité à conforter

Concernant les personnes malades et leurs aidants, comment améliorer leur accompagnement et leur qualité de vie au quotidien ?

La famille des interventions psychosociales (ou interventions non médicamenteuses) vise à préserver l'autonomie fonctionnelle, les fonctions sensorielles (audition, vision...), à maintenir et/ou réhabiliter les fonctions cognitives ou encore une vie sociale. Ces interventions peuvent aussi contribuer à accroître la compétence des aidants pour leur permettre de mieux faire face aux situations difficiles et réduire leur stress. Pour la Haute Autorité de santé, ces interventions, personnalisées, menées dans un environnement donné, associant plusieurs métiers complémentaires, sont efficaces pour maintenir la communication, éviter les troubles du comportement des personnes malades, évaluer l'impact des troubles sur leur vie quotidienne et celle de leurs aidants, maintenir les fonctions motrices.

Cette famille comprend une très riche gamme d'interventions utilisant notamment la stimulation sensorielle et motrice, des interventions cognitives centrées sur les émotions, des thérapies cognitivo-comportementales, l'exercice physique, et l'aménagement de l'environnement. Différentes études ont montré que la musicothérapie, les thérapies cognitivo-comportementales à domicile, la formation des aidants familiaux à la communication avec la personne malade sont efficaces pour réduire l'agitation symptomatique et sévère. La musicothérapie et les interventions musicales peuvent modifier l'évolution de la douleur en s'appuyant sur des effets sensoriels, cognitifs, affectifs, comportementaux et sociaux. Au CHU de Montpellier, une technique de musicothérapie a été standardisée pour amener progressivement la personne malade à se détendre et accepter plus facilement les soins de toilette. Cette étude pilote montre qu'une musique personnalisée et adaptée au goût de la personne malade réduit le refus de soins, la douleur, l'agressivité et la durée des soins (de 18 minutes à 12 minutes en moyenne par résident)<sup>13</sup>. Toutefois, ces études présentent des limites : le « dosage » et la durée d'intervention ne sont pas toujours précisés, les effectifs sont limités, les caractéristiques des interventions sont variables et leur description peu précise.

En 2018, un consortium international multi-disciplinaire, fondé par des chercheurs de *Harvard Business School*, du *Boston Consulting Group* (États-Unis) et de l'Institut *Karolinska* de Stockholm (Suède), a réuni des responsables de centres mémoire universitaires nationaux, des associations Alzheimer et des personnes malades pour élaborer un ensemble standardisé de critères de résultats couvrant tous les types et tous les stades de la démence. Ces critères concernent les symptômes neuropsychiatriques, la fonction cognitive, le fonctionnement social, les activités de base et les activités instrumentales de la vie quotidienne, la qualité de vie globale et le bien-être, la qualité de vie de l'aidant, le délai à l'institutionnalisation, les chutes, la progression de la maladie, les hospitalisations, et la survie globale<sup>14</sup>. En France, dans le cadre du Plan Maladies neurodégénératives (PMND) et plus précisément de la mesure 83 (évaluation des interventions psychosociales), a été constitué en 2018 un groupe d'experts pour déterminer comment analyser les études d'évaluation de ces interventions ; des recommandations seront élaborées en 2019.

Dans l'environnement quotidien, les technologies prennent une place croissante. Mais pour une personne atteinte de troubles cognitifs, ces technologies sont à double tranchant : elles peuvent aider au maintien de l'autonomie ou au contraire devenir un obstacle. La digitalisation de la société en est un bon exemple. Faire sa déclaration d'impôt en ligne est ainsi source de grosses difficultés pour les personnes âgées, *a fortiori* avec des troubles cognitifs. En Suède, une étude menée auprès de personnes ayant un déficit cognitif léger, dénombre 46 technologies différentes qu'elles utilisent tous les jours : ascenseur, appareils ménagers, répondeur téléphonique, télécommande de télévision, téléphone mobile, distributeur de billets, code d'entrée d'immeuble... Cinq ans après le début de l'étude, 85 % de ces technologies ne sont pas perçues par les personnes malades comme plus difficiles à utiliser<sup>15</sup>. Seront-elles encore utilisables lorsque la maladie progressera ? Ou lorsque la technologie avancera par bonds ?

## Une société qui s'adapte aux personnes en difficulté cognitive

Il convient d'accompagner les personnes malades mais aussi de former les professionnels aux spécificités des personnes malades. Dans une société qui se veut accueillante et inclusive (*dementia-friendly*), les personnes malades ne doivent plus être reléguées ou stigmatisées, mais comprises, respectées, soutenues et accompagnées.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a adopté en juillet 2018 des propositions pour « une société inclusive, ouverte à tous », quel que soit l'âge, le handicap ou l'état de santé<sup>16</sup>. La personne y est centrale : le lieu où elle élit domicile, le « chez soi », détermine sa capacité à vivre au cœur de la société. Dans une société inclusive, c'est la société qui s'adapte aux singularités de la personne, à ses différences, en aménageant et en faisant évoluer son environnement. Pour dépasser le caractère binaire de l'offre d'hébergement, aujourd'hui séparée entre domicile ordinaire et institution, des formes très diverses d'habitats intermédiaires, mieux adaptés aux besoins et aux attentes des personnes, ont vu le jour. Les pouvoirs publics portent un intérêt croissant au développement de ces nouveaux habitats, créés par des acteurs de terrain et des familles mobilisés grâce à la constitution de collectifs (*Habiter autrement*, piloté par les *petits frères des Pauvres*, association *Monsieur Vincent...*). Un observatoire de l'habitat inclusif, piloté par la CNSA, a été créé. La loi *Élan* (Évolution du logement, de l'aménagement et du numérique) du 5 décembre 2018 confère une définition juridique aux différents types d'habitat inclusif et vise à son développement en ouvrant la possibilité de colocation dans le parc social entre personnes handicapées adultes ayant une certaine autonomie, et qui souhaitent pouvoir habiter un logement ordinaire sans pour autant vivre seules<sup>17</sup>. Deux décrets sont en préparation pour préciser les modalités pratiques.

Adapter la société, c'est d'abord faire en sorte que les personnes en difficulté cognitive ne soient pas reléguées ou stigmatisées, mais incluses et respectées, et puissent continuer à se sentir parties prenantes de la société. Le grand public y est sensibilisé et les personnes vivant avec des troubles cognitifs s'y sentent impliquées et ont le choix en ce qui concerne les décisions impactant leur vie quotidienne.

Au-delà d'un simple changement de regard, l'enjeu est de susciter une mobilisation et une implication des acteurs de proximité. Si l'on veut qu'à l'avenir les personnes en difficulté cognitive puissent rester plus longtemps à domicile, dans leur environnement de vie habituel, il importe que les personnes qui constituent leur environnement humain de proximité (concierge, voisins, amis, boulanger, pharmacien, coiffeur, communauté religieuse, caissière de supermarché, conducteur de bus, policiers...) soient sensibilisées aux troubles cognitifs, n'aient pas peur d'être confrontés à des personnes malades, sachent se mettre à leur rythme et à leur écoute et puissent, le cas échéant, les aider ou les orienter. Il existe en Europe et dans le monde plusieurs villes accueillantes à la démence (*dementia-friendly communities*). À Bruges (Belgique) une centaine de commerçants ont été formés, comme à Stockport, près de Manchester (Royaume-Uni). Il existe aussi de nombreuses initiatives menées dans des domaines précis : la sensibilisation des employés de l'aéroport d'Heathrow ou de la société *British Gas* (au Royaume-Uni), des actions menées dans des cinémas, des centres commerciaux, des lieux de culte, notamment en Allemagne.

## Un modèle structurant : le paradigme du handicap

À un niveau individuel, une société inclusive doit aussi faciliter la vie quotidienne des personnes malades, les protéger et rendre possible l'exercice de leurs capacités et de leurs droits. Leur voix compte : le président de la République a introduit devant le Congrès une politique de retour vers la citoyenneté pleine et entière des personnes handicapées, y compris celles sous tutelle, et vers un retour au droit de vote. La fin de la faculté pour le juge des tutelles de priver les majeurs protégés de leur droit de vote est planifiée dans les objectifs 2018-2019. Les mesures d'accompagnement au vote doivent permettre une meilleure accessibilité du vote aux personnes ayant un handicap cognitif mais aussi les protéger contre un détournement de leur vote. Par ailleurs, le rapport de la mission interministérielle sur la protection juridique des

personnes<sup>18</sup>, remis le 21 septembre 2018 à Nicole Belloubet, ministre de la Justice, prône la protection la plus ajustée aux besoins et à la situation des personnes.

Cependant, il ne faudrait pas que la construction de réponses *dementia-friendly* aboutisse à des formes de ségrégation ou de stigmatisation. Il est possible de tenir ces deux exigences - rendre la société plus inclusive [plus sensibilisée, plus accueillante, plus solidaire et plus étayante] vis-à-vis de toutes les personnes qui avancent en âge, et tenir compte des besoins spécifiques des personnes en perte d'autonomie et/ou ayant des troubles cognitifs. Pour cela, il convient de resituer le phénomène Alzheimer dans le contexte plus large du vieillissement (car même si la maladie d'Alzheimer peut survenir chez des personnes jeunes, l'âge moyen de survenue des syndromes démentiels est de 85 ans) et d'apprendre à regarder les syndromes démentiels comme des handicaps cognitifs évolutifs (car le paradigme du handicap, qui permet de distinguer les déficiences, les restrictions d'activité et les limitations de participation sociale, met en lumière les compensations et les aménagements de l'environnement dont les personnes en difficulté cognitive devraient pouvoir bénéficier).

Pour que la société réussisse à changer de regard sur la maladie, deux autres facteurs sont essentiels : la sensibilisation des jeunes générations, qui seront les aidants et peut-être aussi les personnes malades de demain, et la prise en compte de la parole des personnes malades. Le film documentaire *La parole contre l'oubli* diffusé sur *France3 Paris Ile-de-France*, tourné dans deux groupes de parole animés par le psychologue clinicien Jean-Luc Noël avec le soutien de la Fondation Médéric Alzheimer. Malgré les préjugés, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont capables de prendre la parole. Elles ont beaucoup de choses à dire ; il est important de les écouter...

### Les grands rendez-vous à suivre en 2019

Sur le chemin menant à 2030, plusieurs rendez-vous sont positionnés en 2019 et sont à suivre de près. Tout d'abord, la stratégie *Ma santé 2022*, annoncée en septembre 2018, vise à moderniser le système de santé dans son ensemble. Ainsi, les soins du quotidien en médecine (dont la gériatrie) et en réadaptation seront coordonnés et réalisés par les professionnels de ville et des hôpitaux de proximité. Deux nouveaux métiers permettront de libérer du temps médical : des assistants médicaux pourront effectuer des tâches administratives et cliniques, des infirmiers en pratique avancée (IPA) assureront le suivi des personnes malades chroniques. Des consultations par télé-médecine et un dossier médical partagé permettront un meilleur suivi des patients à distance. Enfin, des communautés professionnelles territoriales de santé regrouperont des professionnels qui s'associeront pour mettre en place une réponse aux besoins de santé dans les territoires. Par ailleurs, le modèle des EHPAD doit être réformé en 3 ans pour faire émerger des réponses graduées entre domicile et établissement. L'EHPAD pourra élargir sa gamme de services vers le domicile (EHPAD centre de ressource, EHPAD hors les murs...).

Dans le domaine plus spécifique du grand âge et de l'autonomie, une concertation et une réflexion nationales ont été menées du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au premier trimestre 2019. Ces travaux, coordonnés par Dominique Libault, contribueront à l'élaboration d'une loi sur le financement de l'autonomie des personnes âgées en 2019. Parmi les thèmes mis en avant figurent la prévention de la perte d'autonomie, le développement de l'attractivité des métiers, l'offre d'habitats alternatifs, les parcours de santé ou encore l'intégration des services sur un modèle de plateforme portée par l'EHPAD. La principale attente concernant cette future loi porte sur les modalités précises de financement de la perte d'autonomie qui doit tenir compte des transitions démographique et épidémiologique de 2030-2040.

Quant au plan Maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019, il arrivera à son terme à la fin de l'année. Une évaluation sera effectuée fin 2019 et en 2020, probablement sur le modèle du plan Cancer. Selon les résultats de cette évaluation, un nouveau plan pourrait voir le jour. S'agira-t-il d'un PMND 2 ou d'un plan encore plus élargi : un plan « grand âge et autonomie » ? Un plan handicap et autonomie ?

Élargissement ou non, il convient de ne pas oublier l'essentiel : sur le terrain, ce sont 1,1 million de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et environ 2 millions d'aidants. Leur nombre en 2030-2040 va augmenter du fait de la tendance démographique. Le phénomène Alzheimer touche bien au-delà de la santé, du médico-social, du social, du droit... Tel un phénomène de société, le phénomène Alzheimer réclame une réponse globale et sociétale. C'est pourquoi la Fondation Médéric Alzheimer a publié en septembre 2018 un livre-plaidoyer, *Alzheimer Ensemble*, mettant en exergue trois chantiers : la prévention, l'accompagnement et la construction d'une société plus inclusive. La Fondation Médéric Alzheimer y détaille 12 défis à relever pour 2030. Il s'agit de créer une dynamique territoriale et de mobiliser les différentes parties prenantes de la société autour de projets de recherche et d'actions concrètes, structurants pour demain.

### ***Alzheimer ensemble, 3 chantiers pour 2030***

A l'occasion de la Journée mondiale Alzheimer 2018, la Fondation Médéric Alzheimer a publié *Alzheimer ensemble, 3 chantiers pour 2030*, un livre-plaidoyer pour relever le défi du vieillissement cognitif. Organiser la prévention, améliorer l'accompagnement, bâtir une société inclusive : en se fondant sur les connaissances et les pratiques observées en France et à l'étranger, la Fondation Médéric Alzheimer a identifié douze grands défis pour 2030. Pour chacun d'eux, elle fait deux propositions d'action et identifie deux priorités de recherche. Le livre-plaidoyer peut être consulté gratuitement sur le site Internet de la Fondation Médéric Alzheimer : [www.fondation-mederic-alzheimer.org/trois-chantiers-pour-2030](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/trois-chantiers-pour-2030)

### ***Alzheimer Actualités***

La Fondation Médéric Alzheimer met à disposition de ses lecteurs, chaque mois, *Alzheimer Actualités*, une revue de presse nationale et internationale concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants, qu'ils soient familiaux, bénévoles ou professionnels et l'environnement médical, social, juridique, politique et économique de la maladie. Cette revue de presse s'appuie sur plus de 2 000 sources (publications scientifiques, presse généraliste, presse professionnelle, médias sociaux). Tous les numéros depuis août 2004 sont disponibles gratuitement sur le site Internet de la Fondation Médéric Alzheimer : [www.fondation-mederic-alzheimer.org/alzheimer-actualites](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/alzheimer-actualites)

Directeur de la publication : Hélène Jacquemont  
Directeur de la rédaction : Marie-Antoinette Castel-Tallet  
Rédacteur en chef : Paul-Ariel Kenigsberg  
Secrétariat de rédaction : Alain Bérard, Ségolène Charney

ISSN : 2556-6644 - Reproduction soumise à accord préalable de la Fondation Médéric Alzheimer

## Références

- <sup>1</sup> Roussel R. *Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060*. DREES. *Études et résultats* 2017 ; 1032. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf> (texte intégral).
- <sup>2</sup> Carcaillon-Bentata L et al. *Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médico-administratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles*. *BEH* 2016 ; 28-29 : 459-499. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/pdf/2016\\_28-29\\_1.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/pdf/2016_28-29_1.pdf) (texte intégral).
- <sup>3</sup> Jacqmin-Gadda H et al. *20-year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors*. *Eur J Epidemiol* 2013; 28(6): 493-502. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23756781](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23756781).
- <sup>4</sup> Holstege H et al. *The 100-plus Study of cognitively healthy centenarians: rationale, design and cohort description*. *Eur J Epidemiol* 2018 ; 33(12):1229-1249. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30362018](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30362018).
- <sup>5</sup> Brookmeyer R et al. *Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset*. *Am J Public Health* 1998; 88(9): 1337-1342. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1509089/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1509089/) (texte intégral).
- <sup>6</sup> Livingston G et al. *Dementia prevention, intervention, and care*. *Lancet* 2017; 390: 2673-2734. [www.researchgate.net/publication/318566181\\_Dementia\\_prevention\\_intervention\\_and\\_care](http://www.researchgate.net/publication/318566181_Dementia_prevention_intervention_and_care) (texte intégral).
- <sup>7</sup> Tomata Y et al. *Impact on time spent walking on incident dementia elderly Japanese*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34(1): 204-209. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30350352](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30350352).
- <sup>8</sup> Shakersain B et al. *The Nordic Prudent Diet Reduces Risk of Cognitive Decline in the Swedish Older Adults: A Population-Based Cohort Study*. *Nutrients*. 2018; 10(2): 229. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5852805/pdf/nutrients-10-00229.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5852805/pdf/nutrients-10-00229.pdf) (texte intégral).
- <sup>9</sup> Ferretti MT et al. *Sex differences in Alzheimer disease - the gateway to precision medicine*. *Nat Rev* 2018; 14(8):457-469. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29985474](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29985474).
- <sup>10</sup> Sutin AR et al. *Loneliness and Risk of Dementia*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 28 octobre 2018.
- <sup>11</sup> Penninkilampi R et al. *The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *J Alzheimers Dis* 2018; 66(4): 1619-1633. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30452410](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30452410).
- <sup>12</sup> Haut Conseil de la Santé Publique. *Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. Décembre 2017. [www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20171222\\_prvedelamaladalzhetdesmalaa\\_ppa.pdf](http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20171222_prvedelamaladalzhetdesmalaa_ppa.pdf) (texte intégral).
- <sup>13</sup> Loko A et al. *Effects of standardized musical intervention on refusal of care and aggression during toileting in people with institutionalized neurocognitive disorders*. *Ann Phys Rehab Med*, 11 octobre 2018. [www.em-consulte.com/article/1249298](http://www.em-consulte.com/article/1249298).
- <sup>14</sup> *International Consortium for Health Outcomes Measurement*. Juin 2018. [www.ichom.org/portfolio/dementia/](http://www.ichom.org/portfolio/dementia/).
- <sup>15</sup> Hedman A et al. *Challenge levels of everyday technologies as perceived over five years by older adults with mild cognitive impairment*. *Int Psychogeriatr* 2018; 30(10): 1447-1454. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29615145](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29615145).
- <sup>16</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. *Chapitre prospectif du Conseil de la CNSA. Pour une société inclusive, ouverte à tous*. 72 p. Juillet 2018. [www.cnsa.fr/documentation/chapitreprospectif\\_2018.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/chapitreprospectif_2018.pdf) (texte intégral).
- <sup>17</sup> Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique. JORF n° 0272 du 24 novembre 2018. [www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/11/23/TERL1805474L/jo/texte](http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/11/23/TERL1805474L/jo/texte) (texte intégral).
- <sup>18</sup> Caron-Déglise A (rapp.). *Rapport de mission interministérielle. L'évolution de la protection juridique des personnes. Reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables*. 112 p. Ministère de la Justice, 21 septembre 2018. [www.justice.gouv.fr/art\\_pix/rapport\\_pjm\\_dacs\\_rapp.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_pjm_dacs_rapp.pdf) (texte intégral).