

ALZHEIMER :

LUTTER CONTRE LA FATALITÉ

Longtemps négligée, la maladie d'Alzheimer fait aujourd'hui l'objet de toutes les attentions et de toutes les préoccupations.

Elle représente en effet un triple défi : scientifique, médical et social. Il s'agit de replacer le malade et son entourage au cœur de toutes les actions mises en place et de fournir un effort sans précédent pour favoriser le diagnostic précoce et améliorer la prise en charge des patients et de leurs aidants.

RDV m
jeudi 16

Clé de la cave
dans le tiroir
de gauche

Déjeuner
jeann

Médecin
traitant:
Dr Michel, 04 43

mercredi : atelier
mémoire à 11h

marché
le vendredi

mardi
danse à 9h 30

éteindre
le
gaz

Dossier parrainé par

Pr Philippe Amouyel,

directeur général de l'Institut Pasteur de Lille et coordinateur national du volet recherche du Plan Alzheimer 2008-2012.



En 1906, le Dr Aloïs Alzheimer est le premier à décrire un cas de démence progressive, associée à des *dégénérescences neurofibrillaires* dans les neurones et à la présence de plaques dans le cerveau. Il faudra attendre soixante ans pour que cela soit considéré comme une maladie et non un vieillissement normal, et vingt ans encore avant que les chercheurs s'intéressent enfin au cerveau des malades. Peu de choses sont aujourd'hui connues sur la maladie d'Alzheimer. Pour beaucoup, cela reste une maladie taboue, associée aux troubles de la mémoire. Mais cette maladie est bien plus complexe et sa dimension sociale considérable. On ne peut donc que se satisfaire de la mise en place l'année dernière d'un plan national 2008-2012 consacré à cette maladie et à celles qui lui sont apparentées avec trois objectifs : la santé, la recherche et la solidarité. ●●●

Dégénérescence neurofibrillaire : accumulation à l'intérieur des neurones de filaments pathologiques, des fibrilles constituées de protéines appelées tau. Cela conduit progressivement à la mort des neurones.



Voisin/Phanie

LA FRANCE COMPTE 850 000 PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER.

DIAGNOSTIC

Des tests pour évaluer les capacités cognitives

Le bilan neuropsychologique est l'un des éléments clés de l'évaluation. Dans un premier temps, un médecin généraliste peut utiliser la « batterie cognitive courte » : test d'orientation temporelle (quel mois sommes-nous ? quelle heure est-il ?...), épreuve des cinq mots (memoriser cinq mots et savoir les restituer quelques minutes plus tard), le test de l'horloge (dessiner une horloge à une heure précise) et celui de fluence verbale (citer en deux minutes le plus de noms d'animaux possibles). « Ils permettent une première évaluation en

dix minutes, explique le Pr Philippe Robert, directeur du Centre mémoire de ressources et de recherche au CHU de Nice. *Le médecin peut en plus avoir recours au test MMSE (Mini Mental State Evaluation).* » Il s'agit, au travers d'un questionnaire, de mesurer la mémoire à court et long termes, le sens de l'orientation, l'aptitude à communiquer à l'écrit et à l'oral... Face à des résultats défavorables, on effectue un bilan complet, dans le cadre d'une consultation de spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) ou dans une

consultation mémoire en hôpital de jour. Seront proposés des tests d'évaluation spécifiques de la mémoire épisodique, verbale ou non verbale, ainsi que des tests du langage, de l'attention-concentration et des autres fonctions cognitives. Tous les résultats sont interprétés en fonction de l'âge, du sexe et du niveau intellectuel initial de la personne. *In fine*, le médecin évalue le comportement en interrogeant le patient et son entourage. Objectif : repérer notamment les signes d'apathie, souvent précoces dans la maladie d'Alzheimer.

Placer les chiffres et les aiguilles d'une horloge dans un cercle pour lui faire indiquer une heure précise est l'un des tests couramment utilisés pour évaluer les capacités cognitives d'une personne.

Point de vue

« Un nombre de malades difficile à chiffrer »

Pr Jean-François Dartigues,

NEUROLOGUE, PROFESSEUR DE SANTÉ PUBLIQUE, INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE, D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE DÉVELOPPEMENT, UNIVERSITÉ BORDEAUX 2.

Comment est évalué le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France ?

La première des grandes études épidémiologiques, l'étude Paquid (voir page 19), a été menée sur un échantillon représentatif de la population des 65 ans et plus : les personnes ont été tirées au sort et 68,5 % d'entre elles ont accepté de participer. La méthode a consisté à détecter systématiquement tous les cas d'Alzheimer survenant dans cet échantillon. On a ainsi pu extrapoler à 850 000 le nombre de cas en France. En revanche, une étude récente de la Caisse nationale d'assurance

maladie estime à 400 000 le nombre de malades...

Comment expliquer un tel décalage ?

C'est un problème de diagnostic. L'étude de l'Assurance maladie est basée sur les demandes de remboursement à 100 % pour les affections longue durée ainsi que sur la prescription des médicaments antidémence spécifiques. Mais seul un cas sur deux de démence est reconnu. Cette méconnaissance est d'autant plus marquée que la maladie est débutante. Et même à un stade tardif, il n'y a encore que trois cas sur quatre de diagnostiqués ! Reste à savoir pourquoi un quart des malades sévères passe au travers des mailles du filet... L'estimation de l'étude Paquid, réalisée grâce à un examen systématique, correspond à toutes les estimations faites dans le monde.

Quelles sont les raisons d'un tel sous-diagnostic ?

Elles sont nombreuses. Mais la cause principale tient à un problème de définition de la démence. Il n'existe pas

de critères opérationnels qui définissent le seuil entre trouble de la mémoire et démence. C'est donc laissé à l'appréciation clinique de chacun. Prenez une personne vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : si elle présente des troubles de la mémoire et des fonctions exécutives, mais qu'elle se comporte bien, elle ne sera jamais diagnostiquée démente. Malheureusement, nous risquons de ne pas avoir de définition commune tant qu'il n'y aura pas de traitements efficaces. Une autre raison est liée à l'attitude des médecins traitants. Ils considèrent justement qu'en l'absence de traitement, ce n'est pas forcément utile de poser un diagnostic. À cela s'ajoute la peur de choquer le patient ou sa famille, la crainte d'une stigmatisation des malades quand le diagnostic est avéré. Et puis il y a aussi le fait que ces patients ont souvent de multiples pathologies. Le médecin traitant établit alors des priorités et la maladie d'Alzheimer passe après le traitement du cancer, des maladies cardiovasculaires, etc.

●●●

De plus en plus de malades

« Il y aurait en France 850 000 malades d'Alzheimer, relate le Pr Jean-François Dartigues, chercheur à l'université Bordeaux 2 et co-auteur d'une expertise collective de l'Inserm sur ce thème. *Après 65 ans, l'incidence de la maladie double pratiquement tous les cinq ans.* » Principal facteur de risque : l'âge. Avec le vieillissement progressif de la population, on s'attend à avoir de plus en plus de malades : 65 à 100 000 nouveaux cas par an ! Les femmes sont plus touchées : après 75 ans, 20,5 % d'entre elles sont concernées, contre 13,2 % des hommes ; après 90 ans, c'est une femme sur quatre et un homme sur cinq qui sont atteints (étude Paquid*). « À âge égal, les femmes ont plus de risques. Après la ménopause, elles ne bénéficient plus de la pro-

tection des hormones sexuelles. Autre facteur, le niveau d'études : aujourd'hui, les personnes de 65 ans qui ont fait des études secondaires ont deux fois moins de risques que celles qui n'ont pas atteint ce niveau », précise le Pr Dartigues.

Maladie des 4A

« La maladie d'Alzheimer peut se résumer par la présence de lésions cérébrales, d'une part, et par la capacité du cerveau à y faire face, d'autre part », explique encore le chercheur. Ces lésions sont de deux types : « Dans le cerveau, des peptides bêta-amyloïdes s'accumulent et forment des plaques. On ne connaît ni leurs causes ni leurs conséquences, mais ce dont on est sûr, c'est qu'elles sont caractéristiques de la maladie. Par ailleurs, il y a une dégénérescence neurofibrillaire ●●●

••• (ou DNF) qui conduit à une baisse de production de neurotransmetteurs par les neurones, notamment l'acétylcholine, puis à la mort de ceux-ci », décrit le Pr Florence Pasquier, neurologue au CHRU de Lille. Cette mort des neurones s'opère avant tout dans le cortex associatif, la zone du cerveau permettant de relier entre elles différentes fonctions, et dans l'hippocampe, un des sièges essentiels de la mémoire (voir l'infographie page 18).

L'emplacement des lésions explique une grande part des symptômes regroupés sous le terme des « 4A » :

- Amnésie : troubles de la mémoire épisodique (souvenirs inscrits dans le temps et l'espace) ;
- Aphasie : troubles du langage ;
- Apraxie : difficultés à effectuer certains gestes ;
- Agnosie : perte de la reconnaissance des objets et des visages.

« Ces symptômes peuvent évoluer conjointement ou de façon isolée. Plus ils sont concomitants et plus le dia-

Neurotransmetteur : messenger chimique qui permet aux neurones de communiquer entre eux, par exemple l'acétylcholine et le glutamate.

gnostic de la maladie d'Alzheimer en est facilité », résume le Pr Pasquier. Conséquences de leur aggravation : perte d'autonomie cognitive puis physique, troubles du comportement (apathie, dépression) et isolement social. Les réactions de l'entourage, mais aussi l'existence d'autres pathologies chez le malade, jouent un rôle important dans la survenue de ces complications. « Chez une personne de 70 ans en bonne santé au moment du diagnostic, la durée d'évolution de la maladie est de huit à dix ans. Selon l'âge et l'état général, cela peut être bien plus long ou au contraire plus rapide, décrit-elle. Le décès des patients est le plus souvent dû à des effets collatéraux de la maladie comme des infections pulmonaires ou urinaires qui ne sont pas détectées à temps. »

Facteurs de risque et formes familiales

Il y a cinq types de facteurs de risque suspectés associés à la maladie d'Alzheimer : les facteurs de risques cardiovasculaires (voir encadré ci-dessous), l'alimentation (moins elle est équilibrée, plus il y a de risques), le manque d'activité physique, le manque de stimulation cognitive •••

(Suite page 18)

FACTEURS DE RISQUE

Le cœur et les artères sur la sellette

Avoir une pression artérielle élevée et/ou un diabète augmente le risque, en vieillissant, de développer la maladie d'Alzheimer. Telle est la conclusion de plusieurs enquêtes épidémiologiques comme l'étude des Trois Cités*. « Lorsque les premiers travaux à ce sujet sont parus en 1997, personne n'y a réellement cru », explique le Dr Christophe Tzourio, directeur de l'unité Inserm 708 Neuroépidémiologie. On ne pouvait alors concevoir qu'une maladie neurodégénérative soit en partie causée par un facteur vasculaire. » Mais l'essor de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a bousculé ce

dogme : on a pu observer la présence de lésions vasculaires dans le cerveau de la quasi-totalité des malades. Réduire pression artérielle et diabète préviendrait donc cette maladie ? Il est encore trop tôt pour l'affirmer. « Pour l'heure, personne n'a fait la démonstration expérimentale, c'est-à-dire montré l'effet, dans un essai thérapeutique, d'une bonne prise en charge des facteurs de risque vasculaire », ajoute le directeur. Principale difficulté : trouver un financement pour un essai qui implique différentes spécialités...

* Étude menée auprès de 9 692 personnes âgées de plus de 65 ans.



BSIP/Mendil

L'hypertension artérielle augmenterait le risque de développer, en vieillissant, la maladie d'Alzheimer.

Traitements

Des essais en cours par dizaines !

De nombreuses molécules anti-Alzheimer sont actuellement testées dans 91 essais* ! Elles agissent selon trois grandes stratégies.

Entrés en phase III d'étude clinique, les « inhibiteurs de la gamma sécrétase » empêchent une substance appelée APP, présente dans le cerveau, de se transformer en peptide bêta-amyloïde, molécule toxique qui s'accumule dans les plaques amyloïdes observées autour des neurones des malades (voir infographie ci-dessous).

Autre piste : bloquer la phosphorylation, une modification chimique, de la protéine tau qui provoque son agrégation dans les neurones, autre phénomène associé à la maladie (voir infographie ci-dessous). « C'est notamment avec l'utilisation du bleu de méthylène que cette voie a montré des résultats préliminaires intéressants, à la fois sur un plan clinique, comme l'attestent les tests cognitifs, et au niveau de l'imagerie cérébrale », explique le Pr Bruno Vellas, responsable du Gérontopole, au CHU de Toulouse. Une phase III devrait bientôt se mettre en place. Enfin, les chercheurs poursuivent leurs travaux sur l'immunothérapie.



APHP/Brousse/Phanie

Pas moins de 91 essais cliniques de traitement contre la maladie d'Alzheimer sont actuellement en cours en France.

L'immunothérapie dite active stimule les défenses naturelles du patient afin de leur faire fabriquer des anticorps contre le peptide bêta-amyloïde. Initialement stoppés pour des problèmes de tolérance clinique, les essais cliniques précédemment menés ont toutefois montré une

régression des lésions cérébrales chez les patients traités. Après une modification du protocole, de nouveaux essais sont actuellement en cours. Une autre voie existe : l'immunothérapie passive. Elle consiste à administrer directement au patient des anticorps anti-peptide bêta-amyloïde. Avantage, en théorie : entraîner moins d'effets secondaires.

Prévenir la maladie est l'autre enjeu de la recherche. En France, surtout, on conduit plusieurs essais dans ce but : « Notre équipe étudie l'effet de l'association Omega 3, exercices physiques et exercices cognitifs. Les personnes de notre étude feront également l'objet d'un suivi neuroradiologique, IRM, et cela pendant trois ans », souligne le Pr Vellas. L'étude Guidage, quant à elle, évalue l'impact d'un extrait de ginkgo biloba chez 2 800 personnes âgées de plus de 70 ans et se plaignant de troubles de la mémoire. Résultats attendus en 2010.

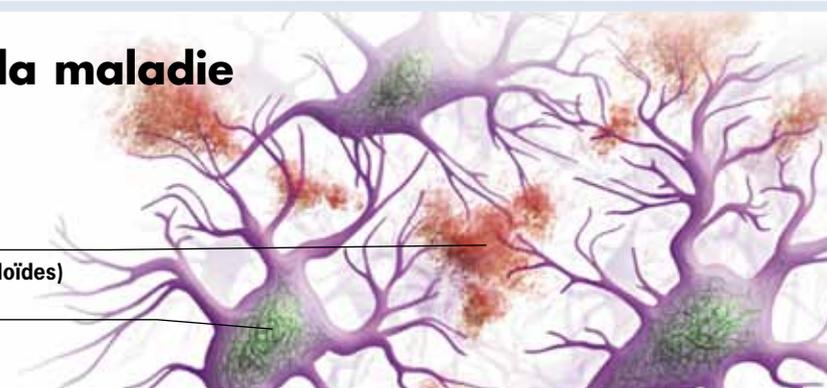
* L'ONRA (Observatoire national de la recherche sur la maladie d'Alzheimer) recense les essais cliniques en cours en France.

Neurone atteint par la maladie

Dès le début de la maladie, les neurones sont affectés, d'abord silencieusement, par deux types de lésions.

Plaques séniles extracellulaires (composées de fibrilles de peptides bêta-amyloïdes)

Dégénérescences neurofibrillaires (dues à l'accumulation de la protéine tau)



Sylvie Desert

DÉMENCES

Ce qu'on appelle les « maladies apparentées »

D'autres démences existent, d'ailleurs parfois associées à la maladie d'Alzheimer. Toutes formes confondues, elles touchent 5% des plus de 65 ans. On distingue, d'une part, les démences vasculaires, consécutives à des accidents vasculaires cérébraux répétés ou à une maladie des petits vaisseaux. Mais elles restent rares. Par ailleurs, il y a l'ensemble des démences neurodégénératives telles que les dégénérescences fronto-temporales et les démences à corps de Lewy. Liées dans 40% des cas à une prédisposition familiale, les premières débutent généralement entre 55 et 60 ans. La personne voit sa personnalité changer tandis que ses troubles cognitifs demeurent discrets. Aussi répandues, les démences à corps de Lewy sont causées par une accumulation de la protéine alpha-synucléine, également présente dans la maladie de Parkinson (lire page 11). « De ce fait, les signes de la maladie de Parkinson sont souvent au premier plan de cette démence », explique le Pr Florence Pasquier, neurologue au CHRU de Lille. S'ajoutent des hallucinations visuelles et une forte fluctuation des symptômes d'un jour à l'autre.

(Suite de la page 16)

••• et l'équilibre affectif (célibataires et déprimés sont plus à risque). « Ces facteurs influent sur la façon dont le cerveau réagit aux lésions cérébrales, explique le Pr Dartigues. Certains ont de la chance et cumulent de bonnes conditions, d'autres peuvent facilement changer leurs habitudes de vie sur l'un ou l'autre de ces facteurs. Mais il existe une catégorie de personnes qu'il est très difficile de faire évoluer positivement. Elles doivent donc être accompagnées. Malheureusement, on manque d'études sur l'efficacité des différentes formes d'accompagnement et de prévention. »

Quant à l'intensité des lésions, « depuis 1995, on sait qu'il existe des facteurs de susceptibilité d'origine génétique impliqués dans plus de 50 % des cas d'Alzheimer. On connaît notamment des mutations au niveau d'un gène appelé APOE4. Grâce au développement des études de génomique à haut débit, permettant de comparer plusieurs milliers de génomes en même temps, on devrait bientôt en découvrir d'autres », raconte Jean-Charles Lambert, chercheur Inserm à l'Institut Pasteur de Lille. D'autre part, on rencontre de réelles formes héréditaires de la maladie d'Alzheimer : toute personne porteuse d'une mutation sur certains gènes (ceux de protéines appelées

DIAGNOSTIC

L'imagerie cérébrale se développe

Gagnant en précision et en puissance, les techniques d'imagerie fournissent de nouveaux indicateurs pour détecter la maladie d'Alzheimer. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet ainsi de mesurer une diminution du volume de l'hippocampe, survenant dès les premiers stades de la maladie. « Cela contribue à la diagnostiquer plus tôt chez les patients se plaignant de seuls troubles mnésiques et, donc, de mieux les prendre en charge », note le Pr Stéphane Lehéricy, directeur du Centre de neuro-imagerie de recherche (Cenir)

à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris). Actuellement, les chercheurs développent un logiciel automatique de mesure du volume de l'hippocampe. D'ici les prochaines années, il suffira de quelques minutes au radiologue pour obtenir ces données, les comparer aux valeurs normales et apporter un élément diagnostique précoce.

Encore au stade de recherche expérimentale, la microscopie par résonance magnétique se développe grâce aux appareils IRM à très haut champ (d'une puissance égale à 7 teslas, contre 1,5 à

3 teslas pour les IRM des hôpitaux). Elle fournit des images de résolution millimétrique suffisante pour voir les plaques séniles chez l'animal. Et chez l'homme ? Les premiers essais cliniques sont en cours au CEA de Saclay sous l'égide de l'équipe de NeuroSpin (lire p. 4-5). Par ailleurs, des chercheurs américains ont mis au point de nouveaux traceurs radioactifs capables de se fixer sur les plaques séniles. Objectif : les utiliser en tomographie à émission de positons (TEP) et détecter les lésions avant même le début des signes cliniques.

Les zones du cerveau affectées par la maladie

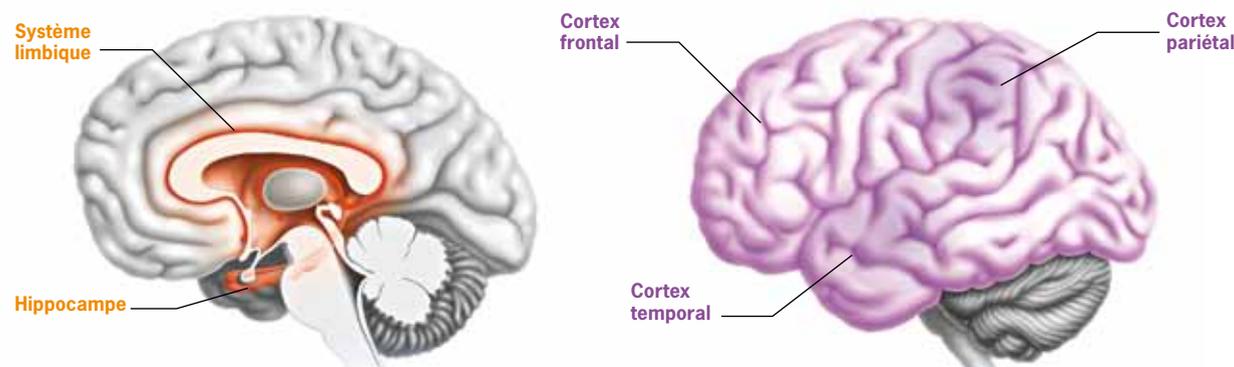
Aux premiers stades :

Le système limbique qui intervient dans :

- les connexions entre les souvenirs et les comportements
- les émotions et la mémoire

L'hippocampe qui intervient dans :

- la mémoire des faits récents
- la mémoire « déclarative » (savoir dire)
- la mémoire « associative » (rassemble les souvenirs)



À un stade avancé :

Le cortex temporal qui intervient dans :

- le langage
- la mémoire
- le contrôle « végétatif » (des viscères)

Le cortex pariétal qui intervient dans :

- la connaissance du corps
- la maîtrise de l'espace
- le contrôle des gestes

Le cortex frontal qui intervient dans :

- le langage
- les « fonctions exécutives » (mémoire de travail, anticipation, planification du comportement)

préséniline 1 ou 2 et APP) développe une forme précoce d'Alzheimer, en général avant 50 ans, et a un risque sur deux de transmettre cette mutation à ses enfants. « Ces formes génétiques concernent moins de 1% des malades et, du fait de leur jeune âge, elles sont rarement accompagnées d'autres maladies. Elles sont donc très utiles comme modèles pour aider les chercheurs à mieux comprendre la maladie », explique Jean-Charles Lambert.

Un diagnostic encore insuffisant

« À cause d'un retard de diagnostic, moins de la moitié des malades bénéficie d'un traitement et/ou est considéré en affection longue durée (ALD) par l'Assurance maladie », regrette le Pr Dartigues. Le diagnostic repose sur plusieurs types de tests, qu'il vaut mieux pratiquer dans une consultation mémoire (voir page 20) : tests neuropsychologiques (voir encadré page 14), imagerie médicale pour étudier le cerveau, quelques mesures biologiques et éventuellement des tests génétiques. Mais l'important est de suivre l'évolution des différents symptômes. Le but est d'écarter d'autres causes de démences, dont certaines sont faciles à soigner, pour établir s'il s'agit d'un Alzheimer possible ou probable. Car pour l'instant, seule une étude *post mortem* du cerveau permet de confirmer un diagnostic d'Alzheimer.

Aujourd'hui, il n'existe pas de traitement curatif de la maladie. Cependant quelques médicaments permettent, dans une certaine mesure, de ralentir son évolution en stimulant les neurones encore

sains. « Il s'agit des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, qui corrigent le déficit en acétylcholine et peuvent être utilisés dans les formes légères de la maladie, et de la mémantine, qui régule les systèmes neuronaux fonctionnant avec un autre neuromédiateur, le glutamate ; ce médicament est prescrit pour les démences modérées et sévères, explique le Pr Philippe Robert, psychiatre au CHU de Nice. Plus les inhibiteurs sont donnés tôt et mieux c'est pour le malade ; c'est pour cela qu'il faut progresser en matière de diagnostic précoce. »

Malheureusement, tous les patients ne sont pas réceptifs à ces traitements ; même un petit nombre d'entre eux les supportent mal. La recherche apporte de nombreuses voies d'espoir (voir encadré page 17). À certains malades, on prescrit parfois des antioxydants, dont on pense qu'ils pourraient protéger les neurones contre la DNF, et, quand les symptômes psychologiques et comportementaux sont importants, des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs. Mais les médicaments sont loin d'être la panacée. La prise en charge des malades repose donc essentiellement sur un accompagnement social et psychologique, dans lequel la famille et l'entourage jouent un rôle essentiel. C'est pourquoi on attend beaucoup des accueils de jour, de la création de plates-formes de prise en charge et des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) prévue par le Plan Alzheimer. ■

* Étude épidémiologique sur le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, menée auprès de 4134 personnes âgées, suivies depuis 1988 en Gironde et en Dordogne.

LES OBJECTIFS DU PLAN ALZHEIMER 2008-2012

Trois grands axes :

- **La santé** : améliorer la qualité de vie des malades et de leur famille (20 mesures, 200 millions d'euros)
 - Apporter un soutien accru aux aidants
 - Renforcer la coordination entre tous les intervenants
 - Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile
 - Optimiser le parcours de soins
 - Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
 - Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels
- **La recherche** : mieux connaître la maladie (14 mesures, 200 millions d'euros)
 - Créer une Fondation nationale de coopération scientifique pour animer et soutenir la recherche
 - Participer à la découverte d'un nouveau test diagnostique ou d'un nouveau traitement
 - Soutenir les infrastructures de recherche et la recherche fondamentale
 - Développer la recherche clinique et épidémiologique
 - Renforcer les collaborations public-privé
- **La solidarité** : se mobiliser pour un enjeu de société (10 mesures, 1,2 milliard d'euros)
 - Informer et sensibiliser le grand public
 - Promouvoir une réflexion et une démarche éthique
 - Faire de la maladie d'Alzheimer une priorité européenne

CONSULTER

- **Les consultations mémoire et les Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR)** sont les deux outils principaux de détection précoce de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. On en trouve la liste sur le site du Plan Alzheimer : www.plan-alzheimer.gouv.fr/map.html

S'INFORMER ET S'ENTRAIDER

- **Les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic)** sont des structures de proximité, d'accueil et d'information pour les personnes âgées et leur entourage, mais aussi pour les professionnels de la gérontologie. Pour trouver le Clic le plus près de chez vous, renseignez-vous auprès de votre conseil général ou sur Web : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>
- **L'Association France Alzheimer** regroupe plus de 100 associations départementales au service des malades et de leur famille. Adresse : 21, boulevard Montmartre, 75002 Paris. Web : www.francealzheimer.org E-mail : contact@francealzheimer.org
- **La fondation Médéric Alzheimer** édite un annuaire régulièrement mis à jour des différentes structures d'accueil pour les malades. Fondation Médéric Alzheimer Adresse : 30, rue de Prony, 75017 Paris. Tél. : 01 56 791 791. Web : www.fondation-mederic-alzheimer.org E-mail : fondation@med-alz.org
- **L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé** (Inpes) a publié un guide à destination du patient. Il fait le point sur la maladie et sert de lien entre les différents intervenants médicaux et paramédicaux. Il est disponible auprès de votre médecin ou téléchargeable sur Web : www.inpes.sante.fr/50000/OM/alz/pdf/guid_patient.pdf

LIRE

- **Quatre guides** (La maladie d'Alzheimer au jour le jour, Comportement et humeur, Activités et vie sociale, Le guide pour l'aidant) et un cahier d'activités abordent l'ensemble des aspects de la maladie d'Alzheimer. Éditions John Libbey Eurotext, 127, avenue de la République, 92120 Montrouge. Tél. : 01 46 73 06 62. E-mail : martine.archambault@jle.com