

Rapport de conférence

Conférence nationale sur la démence

« Prévention de la démence :
possibilités et limites »

29 avril 2021 | en ligne

Organisateurs: Alzheimer Suisse et Santé Publique Suisse

Le rapport de conférence a été commandé par l'office fédéral
de la santé publique (OFSP).

Rapport de conférence basé sur les résumés d'Agnès Henry, Cora Casaulta, Verena Hoberg, Dr phil. nat.
et sci. med. Corina Wirth et Dr phil. Janine Weibel

Auteure :

Dr phil. Janine Weibel

15.05.2021

Contenu

1.	Introduction	3
2.	Sessions plénières et parallèles	4
2.1	Peut-on prévenir la démence ?	4
2.2	Diagnostic et traitement	5
2.3	Comment réduire les risques liés à la démence ?	6
2.4	Assistance technologique	7
2.5	Santé sociale	8
2.6	Interventions pharmacologiques	9
2.7	Possibilités de traitement pour une meilleure qualité de vie	10
3.	Bilan et perspectives	11
4.	Intervenants	12

1. Introduction

La première Conférence nationale sur la démence s'est tenue le 29 avril en ligne. L'événement était organisé conjointement par Alzheimer Suisse et Santé Publique Suisse. Les démences désignent des maladies appelées à croître du fait du vieillissement de la population. Selon les prévisions, le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence devrait doubler d'ici à 2050 en Suisse. Une démence est source de grandes difficultés pour la personne malade, pour ses proches comme pour le système de santé. Ces maladies étant pour l'heure incurables, nous avons choisi de mettre la prévention à l'honneur pour l'édition 2021 de la conférence, ainsi que les possibilités et les limites associées. Dans ce contexte, divers aspects des préventions primaire, secondaire et tertiaire ont été abordés.

La conférence s'est ouverte sur une brève allocution d'Ursula Zybach, présidente de Santé Publique Suisse, et du Dr iur. Catherine Gasser, présidente centrale d'Alzheimer Suisse. Dans son message d'accueil, Anne Lévy, directrice de l'Office fédéral de la santé publique, a ensuite présenté plusieurs projets en matière de démence au niveau national. Puis, douze intervenants renommés de diverses disciplines ont exposé les tout derniers résultats de la recherche en matière de prévention de la démence. À cette occasion, différents aspects de la prévention ont été abordés, tels que la nature des facteurs de risque modifiables connus, le type d'interventions non médicamenteuses et pharmacologiques et la nature des technologies d'assistance existantes. La prévention de la démence a été analysée du point de vue de la santé publique au cours de trois sessions plénières et quatre sessions parallèles. Toutes les présentations se sont tenues en allemand ou en français et ont fait l'objet d'une interprétation simultanée. La conférence s'est terminée sur les interventions du Dr phil. Stefanie Becker, directrice d'Alzheimer Suisse, et du Dr phil. nat. et sci. med. Corina Wirth, directrice de Santé Publique Suisse.

Au total, 667 spécialistes s'étaient inscrits à cet événement d'une journée, ce qui démontre l'intérêt porté à la thématique et son importance.

2. Sessions plénières et parallèles

2.1 Peut-on prévenir la démence ?

Dans son exposé d'ouverture, le **Prof. PhD Emiliano Albanese** de l'Institute of Global Health de l'université de Genève a proposé une introduction à la prévention de la démence, à la santé publique et à l'épidémiologie, plaçant la maladie dans un cadre historique et social plus large. La démence étant autrefois considérée comme une pathologie rare, la maladie et sa prévention ont longtemps été négligées. Au fil des années, sa fréquence est apparue clairement. Il s'est également avéré que l'épidémiologie et la perspective de santé publique jouaient un rôle-clé dans le recensement et la prévention de la maladie. La recherche épidémiologique a identifié des facteurs de risque tels que le surpoids ou l'hypertension tout en montrant en parallèle que des interventions multidisciplinaires d'envergure dans le domaine de la prévention ne fonctionnaient pas. La prévention primordiale, autrement dit la prévention des facteurs favorisant l'apparition de facteurs de risque, est la stratégie de prévention de la démence la plus prometteuse. Elle consiste, par exemple, à faire suffisamment d'exercice physique, à entretenir ses facultés mentales ou à ne pas fumer. Emiliano Albanese a souligné l'importance du rôle de la société et des acteurs du monde politique dans ce domaine. Il ne suffit pas d'en confier la responsabilité aux citoyens. La plupart des gens ne sont pas aptes à faire de la prévention. Il doit s'agir d'une mission sociale. La stratégie mondiale en matière de démences de l'OMS et son plan d'action, ainsi que la Stratégie nationale en matière de démences 2014-2019 favorisent la coordination des efforts en la matière sur les plans national et mondial.

Le **Prof. Dr méd. Giovanni Frisoni**, qui dirige la Memory Clinic aux Hôpitaux Universitaires de Genève, a ensuite abordé concrètement le sujet des facteurs de risque et offert un vaste aperçu des facteurs modifiables et non modifiables. Si l'incidence de la démence a baissé (la probabilité d'en être atteint à 80 ans est plus faible aujourd'hui qu'il y a 40 ans), la proportion de personnes malades est amenée, pour des raisons démographiques, à augmenter. Giovanni Frisoni a démontré toute l'importance de connaître et d'évaluer les facteurs de risque. C'est la condition *sine que non* pour définir des interventions de réduction des risques et d'amélioration des performances cognitives. Un bon mix thérapeutique est essentiel à la mise en œuvre de mesures efficaces. Une équipe interprofessionnelle composée de médecins, neurologues, psychologues, experts en soins, conseillers en nutrition, etc. est tout aussi importante que l'assistance technique, qui va de l'IRM à la tablette, en passant par des applications et des plateformes spécifiques.

2.2 Diagnostic et traitement

Le **Dr méd. Dan Georgescu**, chef de clinique et médecin-chef des services psychiatriques d'Argovie, est quant à lui intervenu sur la situation actuelle en matière de diagnostic. La prévention, sujet central de la conférence, est étroitement associée au sujet du diagnostic et en particulier du diagnostic précoce. La Stratégie nationale en matière de démences 2014-2019 (SND) a donné l'impulsion nécessaire à la standardisation du diagnostic de démence dans les domaines des soins de base, des EMS et de la clarification spécialisée. Sur la base des directives relatives au diagnostic et au traitement de la démence élaborées entre 2008 et 2014 (Monsch et al. 2008/2012; Savaskan et al. 2014), les « recommandations de la Swiss Memory Clinics pour le diagnostic des démences » (2018) ont été formulées dans un sous-projet de la SND. Elles peuvent être considérées comme une pierre angulaire dans le domaine du diagnostic de la démence en Suisse. Comme pour les directives, l'approche interdisciplinaire et interprofessionnelle était considérée comme un critère-clé de qualité. Par conséquent, des directives ont été élaborées pour les prestataires de soins de base et les centres de soins. Dans les instructions relatives aux examens dans les cabinets de médecins de famille, l'accent est placé sur la recherche de cas au moyen de « red flags » (drapeaux rouges) plutôt que sur un dépistage complet. Pour les soins de longue durée, il était essentiel d'intégrer d'autres instruments d'évaluation validés pour les SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence), ceux-ci étant extrêmement pertinents pour l'aménagement des soins. Par sa décision du 19 mars 2021, le Conseil fédéral a clarifié la rémunération de la neuropsychologie diagnostique. Il s'agit d'un pas important dans la bonne direction pour que davantage de cas bénéficient d'une batterie d'exams complets en Suisse. Néanmoins, il y a lieu de prévenir les effets de silo au moyen de directives interprofessionnelles sur différents thèmes.

Le **Prof. Dr méd. Armin von Gunten**, responsable du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) du CHUV, a ensuite présenté les possibilités de traitement non médicamenteuses de la démence, en particulier l'approche psychosociale. Le traitement de la démence doit inclure la personne dans son ensemble, son histoire personnelle et son identité. Par conséquent, des aspects biosociaux tels que l'eusocialité et les questions ayant trait à la reproduction, comme le lien avec ses propres enfants, sont primordiaux pour l'aménagement des soins, en particulier pour les SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence). Des directives relatives au traitement psychosocial sont également axées sur des facteurs liés aux patients ainsi que sur l'entourage de ces derniers. À cet égard, il y a lieu de prendre en compte les résultats provenant du domaine de la santé mentale (voir le rapport 52 de l'OFT ; Schuller & Burla 2012). Là où d'autres méthodes de traitement sont inefficaces, des procédés de neuromodulation (électrostimulation par ex.) s'imposent en complément du traitement psychosocial. Des investissements dans le domaine du traitement psychosocial sont nécessaires, tout en prévenant les effets de silo. La question relative à l'intégration de l'autodétermination des patients dans le traitement doit aussi faire l'objet de discussions.

2.3 Comment réduire les risques liés à la démence ?

Le **Prof. Dr méd. Claudio Bassetti**, directeur de clinique et médecin-chef à la clinique universitaire de neurologie de l'Hôpital de l'Île à Berne, a présenté le rapport entre les troubles du cycle circadien (rythme veille-sommeil) et la maladie d'Alzheimer. Plus de 50 % des patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer présentent des troubles du cycle circadien, tels que des insomnies ou de la somnolence diurne. Ces troubles se produisent notamment à un stade avancé de la maladie et vont de pair avec des troubles de la cognition ainsi qu'avec une réduction de la qualité de vie. Des troubles du sommeil peuvent également se produire à un stade précoce de la maladie, avant même que des patients Alzheimer ne présentent de symptômes cognitifs. Le sommeil joue un rôle dans la pathogenèse d'une maladie d'Alzheimer. En l'occurrence, les troubles du sommeil entraînent une suractivité et une réduction du flux de protéines toxiques, qui favorisent à leur tour l'accumulation d'amyloïde. Les troubles du sommeil comme une baisse de la profondeur ou de l'efficacité du sommeil comptent parmi les facteurs favorisant l'accumulation d'amyloïde au fil des années. Diverses méthodes, telles que des questionnaires ou l'actimétrie, existent pour le diagnostic des troubles du cycle circadien. À cet égard, il est essentiel d'identifier le trouble spécifique ainsi que sa cause. Les troubles du sommeil peuvent se traiter au moyen de différentes approches médicamenteuses ou non pharmacologiques. Des interventions concernant le rythme veille-sommeil, destinées à améliorer la qualité du sommeil, peuvent contribuer à prévenir la maladie.

Dans la deuxième contribution, le **Prof. Dr Andreas U. Monsch**, qui dirige la Memory Clinic du département de gériatrie universitaire de l'hôpital FELIX PLATTER, a présenté diverses interventions cognitives susceptibles de réduire les risques d'apparition de la maladie. Ainsi, une thérapie cognitive générale a pour but d'entraîner différentes fonctions cognitives par le biais d'exercices spécifiques. En l'état actuel des connaissances, les preuves d'un effet positif demeurant trop rares et faibles, la question du transfert dans la pratique se pose. Alors qu'une intervention assistée par ordinateur pour des personnes âgées en bonne santé a induit une légère amélioration de la cognition dans le cas d'une mise en œuvre prolongée, il reste à évaluer si cela peut permettre de prévenir ou de retarder une démence. Cette intervention exige en outre une forte motivation des participants. L'intervention de rééducation cognitive est basée sur une approche de résolution de problèmes. Incluant un traitement individuel et intensif, elle est très coûteuse et implique des thérapeutes très compétents. Elle peut permettre aux personnes atteintes de démence de mieux gérer les activités du quotidien ou de conserver leur autonomie plus longtemps. Par comparaison avec les trois interventions cognitives précédentes, la stimulation cognitive a montré à plusieurs reprises qu'elle conduisait à une amélioration des fonctions cognitives chez les personnes atteintes de démence légère à modérée. Elle a également une incidence positive sur la qualité de vie et le bien-être. Le programme « BrainCoach », fondé sur cette approche, a été élaboré pour les médecins de famille et les professionnels de santé. La stimulation cognitive est judicieuse pour tous, en particulier pour les personnes dont l'activité mentale est réduite. À cet égard, l'accent est placé sur le plaisir à pratiquer une activité et la régularité de cette pratique plutôt que sur la nature de l'activité.

2.4 Assistance technologique

Le **Prof. Dr Tobias Nef**, du centre de recherche en génie biomédical ARTORG de l'université de Berne, a proposé une vue d'ensemble et un bilan de l'état actuel des technologies d'assistance pour les patients souffrant de démence. Celles-ci sont utilisées à des fins d'assistance, de stimulation et de surveillance. Elles sont réparties dans les six domaines suivants :

- Soutien ADL (ADL, *activity of daily life*) : comprend des technologies telles qu'une horloge calendrier simplifiée avec un agenda pouvant faciliter la vie quotidienne des personnes concernées.
- Robots émotionnels et sociaux : les robots tels que le phoque *Paro*, qui vrombit et réchauffe, peut avoir une influence positive sur le sommeil.
- Stimulation multimédia : les personnes concernées peuvent être stimulées par des technologies multimédia, telles qu'un voyage en train virtuel.
- Jeux éducatifs : visent à entraîner spécifiquement la cognition et la motricité. À cet égard, il est possible de s'exercer à des activités du quotidien comme à des contenus abstraits à domicile ou en EMS. Ces technologies peuvent également entrer dans le cadre d'un diagnostic.
- Télé-prise en charge : l'installation de capteurs connectés, pour la détection des mouvements ou de la lumière, est destinée à permettre aux personnes concernées de rester à domicile et peut, selon une étude, retarder de 24 mois l'entrée en EMS.
- Assistance en matière de soins : les capteurs de matelas et de mouvement peuvent servir de soutien aux soignants ou d'informations diagnostiques.

L'utilisation de ces technologies dans le domaine des soins est en cours de test en Suisse. Tandis que les professionnels des soins sont généralement favorables à de telles applications, il existe certaines réserves concernant par exemple le fait que les technologies d'assistance ne doivent pas remplacer le contact avec le patient. En résumé, les technologies dans le domaine de la démence ne cessent d'évoluer et continueront d'influencer le quotidien tout comme les soins aux personnes concernées.

Dans la deuxième contribution, le **Prof. Dr méd. Dr phil. Nikola Biller-Andorno**, responsable de l'Institut d'éthique biomédicale et d'histoire de la médecine de l'université de Zurich, a évoqué l'utilisation de la technique et posé la question de savoir s'il s'agissait d'une chance ou d'une menace. Il existe aujourd'hui différentes technologies d'assistance pour les malades atteints de démence tels que des gardiens intelligents, des robots ou des capteurs, aux applications diverses. L'exemple du gobelet numérique qui rappelle au malade de boire et évalue son comportement en matière de boisson a mis en lumière divers aspects de considérations éthiques comme l'utilité réelle ainsi que les risques possibles de la technologie. Un autre exemple avec le robot phoque *Paro*, dont le comportement est analogue à celui d'un animal, a montré que les réactions sont ambivalentes sur le plan émotionnel et ont évolué au cours des dernières années. Même si ces technologies peuvent soulager les soignants et les proches, elles comportent aussi des risques. Par conséquent, leur utilisation doit dans l'idéal être évaluée individuellement au moyen de principes d'éthique médicale tels que l'autonomie, le fait de faire du bien/ne pas faire de mal et l'équité. À l'avenir, des changements fondamentaux sont attendus. Plutôt que de jauger le pour et le contre entre « authentique » (l'attention humaine) et « substitut » (le robot), on négociera de plus en plus sur les besoins qu'il y a lieu de satisfaire. La tolérance et l'acceptation à l'égard des assistants technologiques vont croître en l'espace de quelques générations. En outre, les technologies d'assistance vont devenir de plus en plus personnelles et couvriront un éventail de fonctions toujours plus large. Compte tenu de l'évolution en la matière, nous avons tout intérêt à inclure dès aujourd'hui les différents aspects ayant trait aux technologies dans nos attentes en matière de prévention.

2.5 Santé sociale

Le **Prof. Dr méd. Christophe Bula**, qui dirige le service de gériatrie et de rééducation gériatrique du CHUV, a évoqué les éléments déterminants de la santé et le risque de démence. À cet égard, il y a lieu de faire la distinction entre un facteur et un indicateur de risque. Seul le premier permet de déterminer le rapport de cause à effet et peut réduire le risque de démence dans le cas d'une intervention ciblée. Sur la base de la majorité des études d'observation réalisées, il est difficile d'affirmer si, par exemple, un isolement social peut augmenter le risque de démence ou si c'est l'inverse. Au total, 12 facteurs connus exercent une influence en matière de démence et sont potentiellement modifiables. Il s'agit du manque d'instruction, des problèmes auditifs, des traumatismes crâniens, de l'hypertension, de l'alcoolisme, du surpoids, du tabagisme, de la dépression, de l'isolement social, de l'inactivité physique, de la pollution de l'air et du diabète. Ces facteurs sont à l'origine de près de 40% des démences pouvant être prévenues ou tout du moins retardées. Les facteurs sociaux, en particulier, jouent un rôle-clé en cas de risque de démence. Par conséquent, l'éducation, notamment pendant la jeunesse, a un effet positif en contribuant à réduire ce risque. À l'âge adulte, les problèmes auditifs font partie des principaux facteurs susceptibles de renforcer une démence car ils impliquent une nette réduction des échanges sociaux. À un âge avancé, l'isolement social peut avoir une incidence sur le risque de démence. En résumé, de nombreux facteurs différents augmentent le risque de démence, tandis qu'une meilleure éducation le réduit. Alors que d'autres facteurs sont potentiellement modifiables, les interventions susceptibles d'influencer effectivement l'impact de ces facteurs sur l'incidence des cas de démence restent à préciser, et surtout à tester rigoureusement. Cependant, une modification des facteurs sociaux peut avoir une incidence positive sur la qualité de vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs proches.

Le **Dr phil. Sandra Oppikofer**, responsable du développement et de l'évaluation et conseillère en évaluation au centre de gérontologie de l'université de Zurich, s'est exprimée sur la qualité de vie des personnes souffrant de démence. Une bonne qualité de vie est aujourd'hui considérée comme l'un des principaux objectifs individuels. La stabilisation de la qualité de vie individuelle joue toujours un rôle-clé dans la démence. Par rapport aux débuts de la recherche, notre vision de la qualité de vie a résolument évolué. Celle-ci est aujourd'hui perçue comme un processus. Même si une démence représente une charge importante pour l'entourage, elle n'induit pas toujours une dégradation de la qualité de vie des malades. Au début d'une démence, phase associée à un sentiment de détresse et de sidération, les résultats d'une étude européenne montrent que les malades peuvent parfaitement avoir encore de l'influence sur leur qualité de vie et souhaiter participer à des interventions qui améliorent leur bien-être, leur confiance en soi, leur santé, leur intégration sociale, mais aussi leurs droits humains. De récentes études ont montré que les dimensions psychosociales de la qualité de vie, en particulier, sont importantes. Ces aspects reposent sur des témoignages de personnes atteintes de démence. Ils comprennent 14 dimensions comme que les relations et les contacts sociaux, l'autodétermination et la liberté, ou encore le logement. Les facteurs qui réduisent la qualité de vie incluent notamment la malnutrition, les effets secondaires des médicaments ou la concentration sur les déficits plutôt que sur les ressources existantes. Les facteurs susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie comprennent une normalité aussi importante que possible, une alternance entre autonomie et assistance, ou des offres spécifiques à la démence. Quel que soit le degré de démence, de nombreuses options existent pour améliorer la qualité de vie.

2.6 Interventions pharmacologiques

Dans sa deuxième contribution, le **Prof. Dr méd. Giovanni Frisoni** qui dirige la Memory Clinic aux Hôpitaux Universitaires de Genève a offert un bon aperçu de la situation actuelle en matière de recherche et de développement des médicaments. Les médicaments disponibles ne font que retarder l'évolution des démences, car il n'est pas encore possible d'empêcher l'apparition de la maladie. Si la presse se fait régulièrement l'écho des échecs de la recherche en matière de démence, la situation n'est pas complètement désespérée et de nombreuses pistes sont en cours d'exploration. Actuellement, trois médicaments en cours de développement montrent des résultats prometteurs dans les études de phase II et III. L'aducanumab, le BAN2401 et le donanemab, s'ils n'empêchent pas l'apparition de la maladie, ont prouvé leur efficacité dans le fait d'en ralentir l'évolution. Une autre approche s'intéresse au Souvenaid, un aliment diététique composé d'acides gras et de vitamines, qui fournit aux synapses des adjuvants et en stimule la fonction, ce qui retarde également l'évolution de la démence à un stade précoce. Des approches totalement différentes sont explorées. Des expériences avec des souris laissent penser que le microbiome pourrait avoir une influence sur la survenue d'une démence. En outre, une molécule a été identifiée qui produit de la lumière, passe la barrière hémato-encéphalique et a une influence positive sur le développement de la maladie. Enfin, la stimulation corticale non invasive (NIBS) réduirait, à certaines fréquences, l'amyloïde dans le cerveau chez les souris et améliorerait leur comportement.

Le **Prof. Dr méd. Stefan Klöppel**, directeur et médecin-chef de la clinique universitaire de psychiatrie gériatrique et de psychothérapie de Berne (UPD), a présenté le mode d'action de divers médicaments déjà commercialisés et utilisés. Pour améliorer les performances cognitives, les inhibiteurs de la cholinestérase (ICH) sont généralement les premiers médicaments prescrits en cas de maladie d'Alzheimer. Ils sont indiqués pour les démences légères à modérées, mais pas pour les démences sévères. Plus la thérapie débute tôt, plus elle est efficace. Cependant, elle va souvent de pair avec des effets secondaires tels que des vomissements et troubles du rythme cardiaque. Plusieurs sociétés proposent des ICh. Aucune différence en matière d'efficacité n'a été démontrée d'une marque à l'autre. Le ginkgo biloba représente une alternative aux ICh, son efficacité sur les psychoses étant évaluée de manière plus positive que par le passé. Cependant, le médicament n'est utilisé que si le client en formule le souhait ou que les ICh ne sont pas tolérés. Le ginkgo biloba n'est pas recommandé à titre de prophylaxie chez les personnes en bonne santé, car son action préventive n'a pas été démontrée. Pour les démences modérées à sévères, on utilise habituellement la mémantine. Une combinaison d'ICH et de mémantine, qui a fait la preuve de son efficacité pour les démences sévères, est en cours de test. Dans l'ensemble, les effets sont modérés et purement symptomatiques. Idéalement, ils sont complétés par des approches non médicamenteuses. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence tels que la dépression, les troubles du sommeil ou l'inversion du rythme jour/nuit induisent souvent le placement en EMS. Il est donc important de savoir traiter efficacement ces symptômes. Divers médicaments sont disponibles sur le marché à cet effet, et il existe des recommandations thérapeutiques pour la Suisse. Stefan Klöppel a terminé son exposé en abordant les démences fronto-temporales, pour lesquelles il n'existe pas de preuves convaincantes concernant le traitement médicamenteux des symptômes cognitifs ou comportementaux chez les patients.

2.7 Possibilités de traitement pour une meilleure qualité de vie

Pascale Gmür, auteure de l'ouvrage « Puzzeln mit Ananas », a fait une présentation intitulée « Mit Demenz daheim – dank betreuender Angehöriger und Spitex ». Dans son rapport relatif à la pratique, elle a évoqué sa propre expérience concernant la prise en charge de sa mère, touchée par la maladie d'Alzheimer. Les personnes atteintes de démence désirent souvent rester chez elles aussi longtemps que possible. Dans les premières années de la maladie, notamment, les personnes concernées sont souvent prises en charge par des proches. Au total, le nombre des personnes qui s'occupent de leurs proches à domicile est nettement plus élevé que celui des personnes qui pratiquent des soins ambulatoires dans le cadre de leur métier. À cet égard, nombreux sont les proches qui vivent des situations difficiles, désespérées et tristes. De nouvelles répartitions des rôles et dépendances se forment, ainsi qu'une ambivalence entre efforts personnels et négligence de ses propres intérêts. L'offre en matière de soins à domicile peut donc être d'un grand secours pour les proches aidants et permettre aux personnes concernées de rester plus longtemps à domicile. Cependant, l'indemnisation des frais de prise en charge, qui ne sont pas remboursés contrairement aux coûts liés aux soins, nécessite encore un débat. En outre, les soins à domicile et la prise en charge des malades se heurtent également à certaines limites. Une prise en charge ambulatoire n'est pas toujours préférable à un placement stationnaire. Dans son rapport sur la pratique, Madame Gmür a relaté sincèrement et honnêtement sa propre expérience avec sa mère atteinte de démence, en particulier les difficultés auxquelles elle a été confrontée dans la prise en charge.

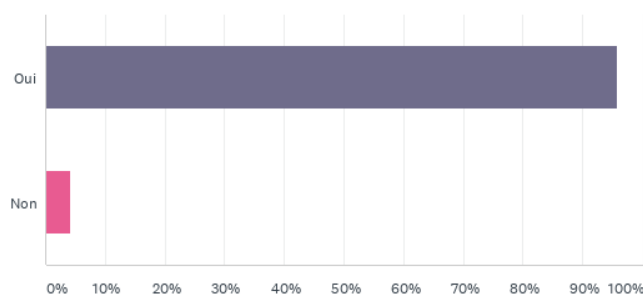
Le **Prof. Dr méd. Stefan Klöppel**, directeur et médecin-chef de la clinique universitaire de psychiatrie gériatrique et de psychothérapie de Berne (UPD), a offert un aperçu des différences et des points communs entre dépression et démence, ainsi que de leur traitement. Les deux maladies sont fréquentes chez les personnes âgées. Une dépression à un âge avancé peut se manifester par des symptômes physiques non spécifiques, ce qui complique le diagnostic. En outre, dans les deux cas, des problèmes de mémoire sont constatés. La différence est difficilement décelable en ce qui concerne la variante comportementale de la démence fronto-temporale, et de nombreux patients sont d'abord diagnostiqués comme dépressifs. Tandis que les patients souffrant de démence présentent des symptômes dépressifs aux premiers stades de la maladie, une dépression chez les personnes âgées peut être le signe d'un début de démence. Les deux maladies entretiennent donc un rapport complexe, qui peut également être lié au fait qu'elles surviennent en même temps et s'entretiennent mutuellement. Il existe divers procédés psychiatriques, somatiques et d'imagerie pour diagnostiquer une démence ou une dépression. À cet égard, une anamnèse par un tiers et l'établissement d'un profil cognitif clair peuvent s'avérer utiles. Si les deux maladies apparaissent en même temps, un traitement par antidépresseurs peut être proposé dans un premier temps, doublé d'une psychothérapie. Pour la thérapie et le pronostic, il est crucial de bien distinguer les deux affections afin d'éviter une spirale descendante.

3. Bilan et perspectives

Les contributions passionnantes et variées des milieux cliniques, de la recherche et de la pratique ont éclairé la prévention de la démence sous des angles variés. Des facteurs relevant de divers domaines, susceptibles de prévenir ou de réduire le risque d'un développement de la démence, ont été évoqués. Les limites des approches existantes en matière de prévention de la démence, ainsi que les lacunes actuelles en matière de connaissances ont également été exposées en sus des preuves scientifiques existantes. La conférence a clairement montré que la démence est un sujet de santé publique qui nous concerne tous et dont l'importance va perdurer dans le futur.

La première Conférence nationale sur la démence, diffusée en ligne, a rencontré un franc succès et trouvé un large écho parmi les participants. Comme illustré sur le graphique 1, 96 % d'entre eux recommanderaient l'événement (sur la base de 243 réponses évaluées, état au 31 mai 2021). L'événement s'est tenu simultanément en allemand et en français. Il a permis de toucher un public national. Les multiples questions sur les présentations, les discussions passionnantes et les nombreuses propositions thématiques pour de futures conférences soulignent une nouvelle fois le vif intérêt des participants à la première Conférence nationale sur la démence.

Recommanderiez-vous la conférence nationale sur la démence à d'autres personnes ?



Graphique 1 : Le taux de recommandation (%) de la première Conférence nationale sur la démence reflète la satisfaction élevée des participants. Les analyses sont basées sur 243 évaluations, reçues jusqu'au 31 mai 2021.

Les nombreux retours positifs et le taux de fréquentation de la Conférence, qui a rassemblé 667 participants, témoignent de l'intérêt à l'égard du thème de la démence et soulignent l'importance de l'organisation d'une conférence nationale sur le sujet. L'événement sera reconduit en 2022 par Alzheimer Suisse et Santé Publique Suisse, probablement la semaine 17 ou 18. La deuxième édition mettra l'accent sur la question du diagnostic et de la détection précoce des démences. Objectifs : renforcer les échanges entre la recherche et la pratique, promouvoir les connaissances en matière de démence au sein de l'opinion publique comme des cercles spécialisés.

4. Intervenants

Prof. PhD Emiliano Albanese	Institute of Global Health, Genève
Prof. Dr méd. Giovanni Frisoni	Memory Clinic, Genève
Dr méd. Dan Georgescu	Services psychiatriques d'Argovie (PDAG)
Prof. Dr méd. Armin von Gunten	CHUV, Lausanne
Prof. Dr méd. Claudio Bassetti	Clinique universitaire de neurologie, Berne
Prof. Dr Andreas U. Monsch	Memory Clinic, Centre de médecine gériatrique universitaire FELIX PLATTER, Bâle
Prof. Dr Tobias Nef	Centre ARTORG, Berne
Prof. Dr méd. Dr phil. Nikola Biller-Andorno	Institut d'éthique biomédicale et d'histoire de la médecine, université de Zurich
Prof. Dr méd. Christophe Bula	CHUV, Lausanne
Dr phil. Sandra Oppikofer	Centre de gérontologie, université de Zurich
Prof. Dr méd. Stefan Klöppel	Clinique universitaire de psychiatrie gériatrique et de psychothérapie, Berne
Pascale Gmür	Auteur, Zurich