

Maladie d'Alzheimer

réaliser une visite longue

La visite longue (VL), réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, est l'occasion de mieux situer celui-ci dans son cadre de vie habituel, et de vérifier l'adéquation entre ses besoins, ceux de son entourage et les moyens mis en place. Elle permet à chacun d'eux de participer activement aux décisions concernant sa prise en charge thérapeutique et médico-sociale. Cette visite longue a été créée dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 pour améliorer la prise en charge à domicile des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Elle est inscrite dans la convention entrée en vigueur le 26 septembre 2011 entre les médecins et la CNAMTS.

Le déroulé de cette visite est à adapter selon le stade de la maladie et son contenu ne remplace pas celui d'un suivi habituel. Bien évidemment, elle ne peut avoir lieu que si le diagnostic a été annoncé à la personne et à son entourage. Ce document propose des questions concrètes et des pistes pour son déroulement.

Cette visite est l'occasion d'aider le patient à exprimer ses besoins, ses difficultés, ses émotions, ses souffrances mais aussi les activités qu'il réalise sans difficultés. Elle doit lui permettre de mieux anticiper l'avenir, de participer davantage aux décisions qui le concernent en lui permettant d'envisager de nouveaux projets compatibles avec l'évolution de son handicap.

En amont de cette visite, les avis des différents intervenants professionnels peuvent être recueillis et rapportés au patient et à son entourage.

Les conclusions de cette visite intéressent les médecins spécialistes ainsi que les autres intervenants ; elles seront notées dans le dossier médical du patient et pourront faire l'objet d'une transmission (par téléphone ou courrier) au neurologue ou au gériatre, ainsi qu'aux autres professionnels participant à la prise en charge du patient. Elles pourront également, servir de base aux évaluations successives.

Modalités pratiques et contenu de la visite longue (voir mémo CNAMTS « La Visite Longue pour maladie d'Alzheimer » – Avril 2012)

1. Évaluation gériatologique
2. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse
3. Repérage des signes d'épuisement chez les aidants
4. Information sur les coordinations, les structures d'aide et de prise en charge, le soutien aux aidants et sur la protection juridique du patient

Reparler du diagnostic

Parfois, les professionnels préfèrent ne pas nommer la maladie. Cependant, ne pas aborder la question peut freiner la prise en charge et nuire à la qualité du suivi pour le patient et pour son entourage.

Annoncer le diagnostic contribue à augmenter l'adhésion au projet de soins et aide la personne à faire face à l'avenir en lui permettant d'anticiper et de s'organiser. Cela évite également que le diagnostic ne soit appris de façon fortuite, au détour d'une conversation ou par la lecture des notices des médicaments. C'est aussi réduire les tensions intrafamiliales dues à une parole qui ne peut circuler entre la personne et son entourage.

32 % des médecins généralistes déclarent ne jamais annoncer le diagnostic de maladie d'Alzheimer à leurs patients⁽¹⁾.

91 % des Français souhaiteraient connaître leur diagnostic s'ils avaient des signes évocateurs d'une maladie d'Alzheimer⁽²⁾.

Écouter le patient et l'aidant : comprendre pour accompagner

Il s'agit de s'adresser directement au patient et d'abord à lui, puis, dans un second temps à l'aidant.

Très souvent, une fois le diagnostic posé, le patient est exclu de la relation de soin au profit de l'aidant principal, même à un stade débutant ou léger de la maladie.

Pour construire une relation de soin fondée sur la confiance et la participation du patient et de l'aidant, le médecin doit s'inscrire dans une démarche d'écoute active, d'empathie et de valorisation de l'aidant, mais aussi du patient.

Exemple :

« Je constate que vous êtes... Je comprends pourquoi vous sentez que... Vous vous débrouillez très bien... »

L'expression d'une souffrance n'entraînera pas forcément la mise en place d'une solution immédiate. Cependant, l'important est de l'exprimer.

Et vous, que pensez-vous de la maladie d'Alzheimer ? Êtes-vous à l'aise avec la maladie ?

Les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer, le plus souvent péjoratives et douloureuses, peuvent constituer des freins pour une bonne adhésion au projet de soins.

De plus, la relation de soin avec un patient atteint de la maladie d'Alzheimer fait souvent écho à la propre histoire familiale du professionnel (qui peut avoir ou avoir eu lui-même un parent ou un proche atteint ou vieillissant et être, avoir été ou se projeter en situation d'aidant). Ainsi, pour le médecin, avoir préalablement réfléchi à ses propres représentations de la maladie, du patient et du rôle de l'aidant familial permet de ne pas être dérouté par certaines remarques et de tirer le meilleur de son expérience.

Réaliser l'évaluation « gérontologique »

C'est une évaluation à la fois médicale, psychosociale et environnementale. Ce n'est pas une évaluation gériatrique standardisée. Dans le cadre de cette visite, certains éléments sont à privilégier⁽³⁾. Il s'agit notamment :

- des chutes ;
- du poids ;
- de la désorientation spatiale ;
- des conflits ;
- du sommeil.

Exemples :

« Avez-vous (a-t-elle) des troubles de l'équilibre, êtes-vous (est-elle) tombé(e) ? »

« Avez-vous (a-t-elle) des difficultés pour retrouver les pièces de la maison ? »

« Vous êtes-vous (s'est-elle) perdu(e) à l'extérieur de la maison ? »

« Avez-vous perdu du poids ? »

« Y a-t-il des sujets de conflits, de disputes entre vous ? »

« Comment se passe la nuit ? »

Repérer les besoins du couple aidant-aidé tout au long d'une journée...

Dérouler avec le patient et l'aidant la façon dont se passe très concrètement une journée permet d'identifier les besoins nouveaux et envisager des aides possibles.

Repérez les moments difficiles et ceux où cela se passe bien, encouragez et valorisez ces séquences.

Exemples :

« Qu'est-ce qui vous gêne le plus ? »

« Qu'est-ce qui se passe vraiment bien pour vous ? »

(1) Gautier A., dir. *Baromètre santé médecins généralistes*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2009 : 266 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf> [dernière consultation le 14/05/2012]

(2) David M., dir., BVA. *Perceptions, connaissances et comportements du grand public vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer* [enquête]. Saint-Denis : Inpes, novembre 2008 : 54 p.
En ligne : <http://alzheimer.inpes.fr/pdf/fr/resultat-grd-public.pdf> [dernière consultation le 14/05/2012]

(3) Haute Autorité de Santé. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations*. Saint-Denis La Plaine : HAS, coll. Recommandation de bonnes pratiques, décembre 2011 : 48 p.
En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1148892 [dernière consultation le 14/05/2012]

... évaluer l'implication de l'aidant

Il s'agit de repérer *sur quoi* et *en quoi* l'aidant est impliqué dans la vie de tous les jours, et particulièrement là où il est compétent, où il souhaite continuer de faire et où il pourrait être relayé. Cela peut être aussi bien un besoin d'aide pour aller se promener que pour faire sa toilette.

Exemples :

- « Qu'est-ce que vous êtes prêt à faire ? »
- « En quoi vous sentez-vous à l'aise, compétent ? »
- « Si vous deviez ne garder qu'une chose, que garderiez-vous ? Les activités qui relèvent du soin ou plutôt de l'occupationnel ? »

En même temps, il s'agit de faire le point sur les interventions des professionnels en proximité avec le patient et l'aidant.

Exemples :

- « Comment se passent la toilette, l'habillage, la prise de médicaments ? Et pour aller aux toilettes ? »
- « Comment se passent les repas ? Comment faites-vous les courses ? Qui prépare ou réchauffe les repas ? »
- « Qui s'occupe du ménage, de l'entretien du linge ? »
- « Sortez-vous vous promener ? Avez-vous des activités de loisirs, sportives ? Seul ou à deux ? »
- « Y a-t-il autre chose dont vous souhaiteriez parler ? »

C'est l'occasion de rediscuter des échecs éventuels, des aides essayées et, si nécessaire, de s'intéresser aux ressources mises en place qui peuvent ne pas ou ne plus correspondre aux besoins exprimés.

Exemple :

- « Pourquoi selon vous cela n'a pas marché ? »

... et sécuriser la vie quotidienne au domicile

Exemples :

- « Avez-vous une voiture ? Avez-vous eu des accidents ? »
- « Avez-vous une cuisinière à gaz ? L'utilisez-vous ? »
- « Avez-vous une carte bancaire ? L'utilisez-vous ? »

- « Êtes-vous chasseur ? Avez-vous des armes à la maison ? S'il y a des animaux, qui s'en occupe ? Pensez à ouvrir le réfrigérateur pour vérifier les denrées périmées. »

Informer le malade et l'aidant des dispositifs existants

Pour répondre aux besoins de coordination et d'information sur les ressources

Pour vérifier l'adéquation entre les besoins du patient, ceux de son entourage et les moyens mis en place, appuyez-vous sur des structures :

- les MAIA, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Pour les cas « complexes », un gestionnaire de cas organise une prise en charge renforcée et intensive par des professionnels spécifiques ;
- les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ;
- les réseaux gérontologiques ;
- les centres mémoire et les centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) ;

- les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- les centres médico-psychologiques (CMP).

Pour répondre aux besoins de répit de l'aidant

Il existe des structures qui leur permettent de « souffler » quelques heures en offrant par ailleurs une prestation thérapeutique aux personnes malades pendant une ou plusieurs demi-journées :

- les accueils de jour ;
- les plateformes d'accompagnement et de répit, qui offrent également des prestations de soutien pour les aidants et/ou les couples.

La mise en place des MAIA, solution clé du Plan Alzheimer, a pour objectif d'accueillir, d'orienter et d'offrir à toute personne âgée en perte d'autonomie la bonne prestation (service, soin ou prestation financière), au bon moment, par le bon acteur. Il s'agit ainsi de répondre au désarroi des familles qui ne savent pas à qui s'adresser et sont souvent perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés. Sur son territoire, la MAIA organise le travail en commun de tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur la base de partenariats. Sans créer de nouvelle structure, elle permet ainsi aux professionnels de sécuriser leurs actions et d'en améliorer la pertinence et l'efficacité, sur la base d'une évaluation partagée des besoins de la personne.

Pour répondre aux besoins de soutien psychologique et de resocialisation de l'aidant et de la personne malade

La maladie risque de désocialiser le couple constitué de la personne malade et de son aidant principal. De nombreuses propositions se multiplient comme les séjours de vacances, les sorties culturelles et conviviales, les cafés ou bistrot mémoires.

Il est également possible d'orienter les familles vers des groupes de parole ou des groupes de pairs :

- les associations France Alzheimer ;
- des associations dans certaines régions, comme par exemple Artz (Action Culture Alzheimer) ou Culture et Hôpital, etc. ;
- les plateformes d'accompagnement et de répit.

Pour améliorer ou préserver l'autonomie de la personne dans les activités de la vie quotidienne : prescrire la réhabilitation au stade précoce

Cette intervention a pour objectifs le maintien des capacités restantes par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et l'adaptation de l'environnement.

Elle consiste à réaliser une évaluation des capacités du patient à accomplir les activités de la vie quotidienne, à se fixer un ou deux objectifs (réapprendre à s'habiller seul, à se faire à manger...) et à mettre en place un programme utilisant les capacités restantes pour accomplir à nouveau ces activités et retrouver plaisir à le faire.

Ce programme comprend également un volet d'éducation thérapeutique des aidants (sensibilisation, conseil, accompagnement).

Cette intervention est réalisée par les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) au sein des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Préparer l'avenir

Cette consultation est aussi l'occasion de parler du mandat de protection future et des directives anticipées, lorsque la personne est encore peu affectée et si le moment est opportun.

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté ». (Extrait de l'article L. 1111-11 du Code de la Santé publique).

Le **mandat de protection future** permet à une personne (mandant) de désigner à l'avance la ou les personnes (mandataires) qu'elle souhaite voir être chargée(s) de veiller sur sa personne et/ou sur tout ou partie de son patrimoine, pour le jour où elle ne serait plus en état, physique ou mental, de le faire seule.

Celles-ci sont constituées d'ergothérapeutes et/ou de psychomotriciens et d'assistants de soins en gérontologie. Cette intervention a fait preuve de son efficacité à un stade précoce de la maladie (MMS > 17)^(4,5).

Comment rédiger l'ordonnance ?

La prestation dite de soins de réhabilitation et d'accompagnement dispensée dans le cadre de cette intervention est réalisée sur prescription médicale. L'ordonnance comportera les mentions suivantes : **« 12 à 15 séances de réhabilitation pour maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée ».**

Pour pallier les difficultés financières

Il existe des aides possibles :

- le conseil général pour mettre en place :
 - l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA),
 - l'aide sociale départementale ;
- la caisse d'assurance maladie pour faire la prise en charge des soins à 100 % ;
- la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour demander la carte d'invalidité et, pour les moins de 60 ans, pour obtenir la prestation compensatrice du handicap (PCH) et l'allocation pour adulte handicapé (AAH).

Pour répondre aux besoins spécifiques des patients jeunes

Les patients de moins de 60 ans rencontrent des problèmes très particuliers concernant notamment l'activité professionnelle, le retentissement dans la vie familiale et de couple, les facteurs génétiques, etc.

Prenez contact avec le Centre national de référence pour les malades Alzheimer jeunes (CNR-MAJ) qui a des correspondants médicaux dans les 26 centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR).

La liste de ces centres est consultable en ligne à l'adresse suivante : <http://www.centre-alzheimer-jeunes.com>.

Exemple :

« Avez-vous déjà pensé à l'avenir et à la gestion de vos biens ? »

Comment faire ?

Soit en prenant contact avec un notaire qui rédigera un mandat de protection future, soit en remplissant un formulaire disponible sur le site service-public.fr (cerfa n° 13592*02). Ce formulaire doit au préalable être daté et signé de la main du mandant. Le mandataire l'accepte en le signant également. Il doit être enregistré à la recette des impôts. Pour en savoir plus sur les protections juridiques de la personne et les aides à la gestion du patrimoine, consulter le guide à l'adresse suivante : http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Aides_legales_gestion_du_patrimoine_et_protection_personne-2.pdf

(4) Clare L., Linden D. E., Woods R. T., Whitaker R., Evans S. J., Parkinson C. H., et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer disease: a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *The American journal of geriatric psychiatry*, 2010, vol. 18, n° 10 : p. 928-939.

(5) Graff M. J., Vernooij-Dassen M. J., Thijssen M., Dekker J., Hoefnagels W. H., Rikkert M. G. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2006, vol. 333, n° 7580 : p. 1196.

En ligne : http://www.bmj.com/highwire/filestream/396050/field_highwire_article_pdf/0.pdf [dernière consultation le 14/05/2012]

Repérer les souffrances et les signes d'épuisement de l'aidant

Des questions simples permettent d'apprécier la situation actuelle de l'aidant, tant physique que psychologique.

Sa **fatigue** peut être évaluée grâce à une échelle visuelle analogique de type « douleur » ou une échelle verbale simple.

Exemples :

« Qu'est-ce qui vous fatigue le plus ? »

« Sur une échelle de 0 à 10, « 0 » signifiant pas fatigué du tout et « 10 » extrêmement fatigué, quelle note donneriez-vous à votre fatigue en ce moment ? »

De même, son **état psychologique** et sa vie sociale sont à explorer.

Exemples :

« Avez-vous parlé de la maladie à quelqu'un de votre entourage ? »

« Avez-vous arrêté des activités de loisirs auxquelles vous teniez ? »

« Qu'est-ce qui vous fait plaisir en ce moment ? »

« Vous sentez-vous triste, sans aucun moment de gaieté dans la journée ? »

Le **test de mini-Zarit**⁽⁶⁾ peut également aider à objectiver l'épuisement de l'aidant.

Grille mini-Zarit

Évaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées

Notation : 0 = jamais, 1/2 = parfois, 1 = souvent

1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :

- des difficultés dans votre vie familiale ?
- des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?
- un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?

2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?

3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?

4 - Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?

5 - Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?

	0	1/2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score : + + + + + = / 7 **Total :**

0 à 1,5 : fardeau absent ou léger ; 1,5 à 3 : fardeau léger à modéré ; 3,5 à 5 : fardeau modéré à sévère ; 5,5 à 7 : fardeau sévère

Si l'aidant ne va pas bien, ne pas hésiter à faire le lien avec le médecin traitant de l'aidant. Souvent les aidants familiaux (conjoint, enfant ou autre personne proche) ne prennent pas de temps pour eux, ni pour se distraire, ni pour s'occuper d'eux.

Exemple :

« Voulez-vous que j'appelle votre médecin traitant et que je lui en parle ? Je vous donne un courrier pour votre médecin. »

Proposer une formation pour l'aidant⁽⁷⁾

Organisée principalement par France Alzheimer (<http://www.francealzheimer.org>) ou par des associations labellisées par les ARS, la formation des aidants permet d'acquérir les attitudes et les comportements adaptés aux situations quotidiennes. Essentielle au mieux vivre à domicile, cette formation facilite une entraide et un soutien mutuel entre les familles participantes.

Proposer de participer à des réunions d'information et d'aide aux aidants

De nombreuses réunions sont organisées dans les structures diagnostiques et médico-sociales ainsi que par les associations.

(6) Revel V., Haritchabalet I., Kervinio C., Drode M., Sauvanier M., Geny C., et al. Construction d'une échelle simplifiée pour la détection en médecine générale du fardeau de l'aidant d'une personne âgée dépendante. *L'année gériatrique*, 2002, vol 16, tome 1 : p. 131-137.

(7) Haute Autorité de Santé. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Recommandations*. Saint-Denis La Plaine : HAS, coll. Recommandations de bonne pratique, février 2010 : 12 p.

En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1139188/recommandation-maladie-d-alzheimer-suivi-medical-des-aidants-naturels [dernière consultation le 14/05/2012]

Prévenir la iatrogénie médicamenteuse

La polymédication est très fréquente chez le sujet âgé, souvent justifiée en raison des pathologies associées, mais elle majore le risque iatrogénique.

Cette iatrogénie médicamenteuse, souvent grave, peut être évitée par une réévaluation régulière des prescriptions prenant en compte les comédications (y compris les médicaments d'automédication), la fonction rénale, etc. afin d'éviter surdosage et interaction médicamenteuse.

La visite longue est le moment de réévaluer les prescriptions et l'observance des traitements^(8,9).

Exemples :

« Tous les médicaments ont-ils toujours leur raison d'être prescrits (disparition de l'indication, réévaluation du diagnostic, etc.) ? »

« Les traitements spécifiques de la maladie sont-ils bien tolérés ? »

« Le rapport « bénéfice/risque » est-il favorable au maintien de la prescription actuelle ? »

« Certains ont-ils une redondance d'actions ? »

Le cas particulier de la iatrogénie des neuroleptiques⁽¹⁰⁾

Les troubles du comportement perturbateurs (cris, agitations, agressivité, déambulation), fréquents au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer, ne sont pas des indications de prescription des neuroleptiques en première intention.

Souvent prescrits, ils sont à l'origine d'effets indésirables fréquents et/ou très sévères (sédation diurne excessive, troubles de la marche, chutes, accident vasculaire cérébral, décès).

La prévention des troubles du comportement passe notamment par une meilleure information des aidants sur la pathologie, ses complications et son évolution.

En cas de prescription de neuroleptiques, et afin d'améliorer la prise en charge des troubles du comportement, il est recommandé d'agir aux trois temps de la prescription des neuroleptiques :

- éviter la prescription non appropriée de neuroleptiques en privilégiant les thérapies non médicamenteuses qui sont notamment proposées dans les hôpitaux de jour SSR ou les accueils de jour, ou en proposant, par exemple, une prise en charge par une orthophoniste en ville ;
- repérer la prescription des neuroleptiques pour une réévaluation de la prescription ;
- arrêter la prescription non appropriée de neuroleptiques. L'arrêt des neuroleptiques est possible, sans phénomène de rebond, de rechute ni de manque dans la plupart des cas. Cet arrêt ne nécessite pas de modalités particulières, ni de doses dégressives.

Tout trouble du comportement doit faire l'objet d'une enquête et d'un bilan diagnostique⁽¹¹⁾.

(8) Haute Autorité de Santé. PMSA. Améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Programmes complets [page web]. 2011.

En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_656210/ameliorer-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-outils [dernière consultation le 14/05/2012]

(9) Haute Autorité de Santé. Place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. Saint-Denis La Plaine : HAS, coll. Bon usage du médicament, mars 2012 : 6 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/questions_alzheimer_fiche_bum_mars_2012.pdf [dernière consultation le 14/05/2012]

(10) Haute Autorité de Santé. Programme AMI (Alerte Maîtrise Iatrogénie) Alzheimer [page web]. 03/02/2012.

En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891528/programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer [dernière consultation le 14/05/2012]

(11) Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations. Saint-Denis La Plaine : HAS, coll. Recommandations de bonne pratique, mai 2009 : 44 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819687/maladie-d-alzheimer-troubles-du-comportement-perturbateurs-recommandations [dernière consultation le 14/05/2012]

Pour en savoir plus

- Site Internet du plan Alzheimer qui répertorie notamment les acteurs du plan : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>
- Site Internet de France Alzheimer : <http://www.francealzheimer.org>
- Allo France Alzheimer (soutien, informations, conseils, écoute) : 0 811 112 112 (coût d'un appel local)
- Site Internet de la CNAMTS : <http://www.ameli.fr>
 - Rubrique : Médecins/Exercer au quotidien/Aide à la pratique : mémos/« La Visite Longue pour maladie d'Alzheimer »
- Site de la HAS : <http://www.has-sante.fr>
 - Recommandations de bonnes pratiques http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1244873/maladie-dalzheimer-et-maladies-apparentees-annonce-et-accompagnement-du-diagnostic
 - Programmes pilotes http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891528/neuroleptiques-et-maladie-d-alzheimer-ma
- Synthèse d'avis et Fiche bon usage des médicaments : place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1231960/place-des-medicaments-du-traitement-symptomatique-de-la-maladie-dalzheimer
- Site Internet de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr>
 - Dispositif d'enquêtes d'opinion sur la maladie d'Alzheimer (DEOMA) <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/alzheimer.asp>
 - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Éducation pour la santé du patient/Formation de soignants http://www.inpes.sante.fr/alzh/pdf/Formation_Alzheimer_Guide_du_formateur.pdf
 - Dossier Alzheimer http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/09_etudesalz/Revuealz.pdf

Rédaction et coordination éditoriale : Isabelle Vincent, Mariane Borie (Inpes).

Groupe de travail : Florence Bonte (gériatrie) ; Bertrand Demory (médecine générale) ; Carmen Kreft-Jais (Inpes) ; Benoit Lavallart (mission de pilotage du plan Alzheimer) ; Carole Micheneau (HAS) ; Judith Mollard (France Alzheimer) ; Florence Pasquier (neurologie) ; Violette Sorel (coordonnatrice CMRR) ; Jean-Luc Touret (CNAMTS).

Relecture : Frédéric Bera (médecine générale) ; Patrick Carlier (médecine générale) ; Pascaline Cassagnaud (gériatrie) ; Philippe Chambraud (médecine générale) ; Dominique Deutsch (médecine générale) ; Paule Deutsch (Inpes) ; Pierre Louis Druais (médecine générale) ; Florence Lebert (psychiatrie) ; Arielle le Masne (médecin journaliste) ; Marie-José Moquet (Inpes).