



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Brochure

Recommandations thérapeutiques relatives à la démence

Les recommandations de Swiss Memory Clinics pour le traitement des
syndromes démentiels



nationale plattform demenz
plateforme nationale démence
piattaforma nazionale demenza



Swiss
Memory
Clinics

Table des matières

1	Introduction	4
2	Objectifs thérapeutiques généraux	5
3	Thérapie non médicamenteuse	5
3.1	Approches intégratives.....	7
3.2	Psychothérapie.....	7
3.3	Concepts de soins spécifiques.....	7
3.3.1	Interventions multisensorielles.....	8
3.4	Entraînement de la mémoire / Thérapie de stimulation cognitive.....	10
3.5	Réhabilitation cognitive.....	10
3.6	Physiothérapie.....	11
3.7	Ergothérapie.....	12
3.8	Thérapie d'activation.....	12
3.9	Logopédie.....	13
3.10	Art-thérapie.....	14
3.10.1	Musicothérapie.....	14
3.10.2	Autres approches d'art-thérapie.....	15
3.11	Thérapie assistée par l'animal.....	15
3.12	Offres de conseil et travail avec les proches en cas de maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.....	15
3.13	Procédures interventionnelles.....	17
3.14	Soins palliatifs, Advance Care Planning (ACP).....	18
4	Thérapie médicamenteuse	19
4.1	Traitements médicamenteux symptomatiques.....	19
4.1.1	Inhibiteurs de l'AChE.....	19
4.1.2	Mémantine.....	20
4.1.3	Ginkgo biloba.....	21
4.2	Thérapies de fond de la maladie.....	21
4.3	Autres thérapies médicamenteuses.....	22
5	Thérapies à base de substances / Compléments alimentaires	22
6	Perspectives	22

Recommandations de Swiss Memory Clinics pour le traitement des troubles cognitifs

Autrices et auteurs

1. Stefan Klöppel¹
2. Tatjana Meyer-Heim^{2,10}
3. Michael Ehrensperger^{3,10}
4. Angelika Rüttimann⁴
5. Isabelle Weibel⁵
6. Angela Schnell⁶
7. Daniela Frehner^{7,8}
8. Anne-Gabrielle Mittaz Hager^{7,8}
9. Fabienne Hasler⁹
10. Ylena Fuchsberger⁹
11. Fiona Haag¹⁴
12. Rahel Roth-Sutter¹⁶
13. Manuela Röcker¹¹, Franziska Wirz^{11,17}
14. Julius Popp^{1,10}
15. Stefanie Becker¹³
16. Elisa Choudery^{14,15}
17. Ansgar Felbecker^{10,12}

Affiliations

¹ Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée (SPPA)

² Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG)

³ Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP)

⁴ Centre de compétence en soins et santé

⁵ Spitex Embrachertal

⁶ Coopérative Centre pour personnes âgées de Kreuzlingen, Direction du développement des soins

⁷ Physioswiss

⁸ GERONTOLOGIE.CH, Département de physiothérapie

⁹ Association Suisse d'Ergothérapie (ASE)

¹⁰ Swiss Memory Clinics (SMC)

¹¹ Association Suisse des Professionnels de l'Activation

¹² Société Suisse de Neurologie (SSN)

¹³ Alzheimer Suisse

¹⁴ Conférence des Associations Professionnelles Suisses des Logopédistes C/APSL

¹⁵ Association suisse de logopédie

¹⁶ Association Suisse de Musicothérapie ASMT/SFMT

¹⁷ medi Berne, Centre pour la formation médicale

Soutien

Avec l'aimable soutien de la Plateforme nationale démence (Office fédéral de la santé publique OFSP) : www.ofsp.admin.ch/demence

Conflits d'intérêts

Les autrices et auteurs de cette publication ont fourni toutes les informations pertinentes sur les conflits d'intérêts potentiels. Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations à ce sujet veuillez contacter le secrétariat à l'adresse suivante : info@swissmemoryclinics.ch

Liste des abréviations

ACP	<i>Advance Care Planning</i>
ADL	<i>Activities of Daily Living</i>
DCL/MCL	<i>Démence/maladie à corps de Lewy</i>
DLFT	<i>Dégénérescence lobaire fronto-temporale</i>
MCI	<i>Mild cognitive impairment</i>
MT	<i>Musicotherapie</i>
PAD	<i>Personnes atteintes de démence</i>
PIM	<i>Potentially inappropriate medication</i>
SCD	<i>Subjective cognitive impairment, Subjective Cognitive Decline (Trouble cognitif subjectif)</i>
SCPD	<i>Symptômes comportementaux et psychiques de la démence</i>
SMC	<i>Swiss Memory Clinics</i>

1 Introduction

Le traitement des personnes atteintes de troubles cognitifs et de syndromes démentiels est complexe. Outre les options médicamenteuses, il existe une multitude de traitements non médicamenteux. L'indication des différentes options thérapeutiques varie fortement en fonction des symptômes individuels, des pathologies sous-jacentes, de l'âge, du stade de la maladie et de la disponibilité. Il peut donc être difficile, surtout pour les non-spécialistes, de déterminer, pour chaque personne atteinte de démence (PAD), la bonne combinaison de thérapies au bon moment. C'est pourquoi il est de plus en plus recommandé de faire appel à des Dementia Care Managers (DGPPN, 2023). L'association Swiss Memory Clinics (SMC) publie dans le présent document des recommandations sur le traitement de la démence en Suisse, en complément des recommandations sur le diagnostic de la démence développées dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence. Les dernières recommandations pour le traitement de la démence en Suisse ont été publiées en 2012. (Monsch et al., 2012). Les recommandations se limitent aux thérapies autorisées et disponibles en Suisse.

Pour la publication actuelle, le groupe d'auteurs a également pris en compte les lignes directrices publiées dans d'autres pays et, en tenant compte de la littérature existante et de l'avis d'experts, il émet des recommandations adaptées à la situation suisse. La version 4.0 de la ligne directrice S3 de l'Allemagne a été prise en compte (DGPPN, 2023). Généralement, les sections sur les thérapies spécifiques ont été rédigées par les associations professionnelles correspondantes. Une place a été explicitement accordée à l'expérience clinique. Lorsqu'il n'existe pas de recommandation thérapeutique pour une procédure, nous faisons la distinction entre les données généralement manquantes et les données qui s'opposent à une recommandation.

Les recommandations suivantes s'adressent en principe à tous les groupes professionnels et à tous les settings. Comme pour les recommandations en cours d'actualisation concernant le diagnostic (Bürge et al., 2018) il nous tient à cœur d'aborder ici en particulier les soins primaires. Pour la classification des groupes de diagnostic, y compris le degré de sévérité des démences, nous renvoyons à nos recommandations sur le diagnostic susmentionnées. Dans la mesure du possible, nous différencions nos recommandations thérapeutiques selon le type de maladie, le degré de sévérité et le setting thérapeutique (ambulatoire, hôpital de soins aigus, soins stationnaires ou soins de proximité de longue durée). Il existe en outre des recommandations pour le traitement des PAD dans les institutions de longue durée (OFSP 2020), auxquelles nous renvoyons dans les passages correspondants de cette publication. Concernant les approches non médicamenteuses, ni la pratique ni les données probantes ne permettent souvent de différencier entre les formes de démence et les degrés de sévérité. La prévention primaire n'est pas abordée, mais la prévention des complications au cours de la maladie l'est. A ce sujet, il est important d'identifier les besoins thérapeutiques dans le cadre d'évaluations régulières. Cela vaut en particulier pour le risque de malnutrition et de troubles de la déglutition aux stades avancés de la maladie, et devrait également inclure des aspects concernant le service social tels que le besoin de soutien financier. Sauf indication contraire explicite, tous les sexes sont concernés.

2 Objectifs thérapeutiques généraux

Par définition, les démences sont des maladies chroniques. De plus, les démences neurodégénératives sont évolutives. Les traitements des déficits cognitifs actuellement disponibles ne peuvent que ralentir leur progression. Ces maladies représentent une lourde charge pour les personnes directement concernées et leurs proches. Souvent, ce ne sont pas les déficits cognitifs, mais les symptômes comportementaux et psychiques de la démence (SCPD) qui sont à l'origine du passage en maison de retraite ou en établissement médico-social. Ceux-ci font l'objet de recommandations séparées (Savaskan et al., 2024, 2014).

Les présentes recommandations traitent de l'amélioration de la qualité de vie des PAD et de leurs proches, du maintien de l'autonomie et de la stabilisation des performances cognitives. L'accent est donc moins mis sur les SCPD dans le sens d'une aggravation aiguë. Néanmoins, il existe de nombreux recoupements. Nous partons également du principe que les recommandations thérapeutiques formulées ici sont susceptibles de prévenir de futurs SCPD. Il convient de noter que les objectifs thérapeutiques généraux tels que la qualité de vie sont certes très importants, mais hautement individuels. Des études de grande qualité méthodologique sur les antidépresseurs et les interventions cognitives n'ont considéré la qualité de vie que de manière marginale. Alors que les interventions purement cognitives ne montrent aucun avantage pour la qualité de vie, les thérapies multimodales sont efficaces, en particulier lorsqu'elles comportent une composante éducative et pertinente pour la vie de tous les jours (Chandler et al., 2016). Le tableau 1 présente les principales composantes de la démarche dans le cas d'une démence nouvellement diagnostiquée.

Composante	Mise en œuvre
Thérapie	Information, établissement du diagnostic, définition des objectifs, implication de l'entourage
Orientation vers des offres locales de soutien et de conseil / Advance care planning	Préférer les services de conseil locaux qui connaissent souvent mieux les possibilités de soutien de proximité disponibles. www.alzguide.ch/fr comme répertoire des offres.
Directives anticipées du patient / mandats pour cause d'inaptitude	Expliquer l'importance, éventuellement le besoin de mise à jour. Indiquer explicitement la phase durant laquelle la capacité de discernement n'est plus donnée.

Tableau 1 : Liste de contrôle en cas de démence nouvellement diagnostiquée

3 Thérapie non médicamenteuse

Les interventions non médicamenteuses visent en grande partie à permettre des moments de bien-être dans les dimensions bio-psycho-sociales et spirituelles, ainsi qu'à maintenir, alors que la maladie progresse, les fonctions et la participation des PAD aussi longtemps que possible. Cela permet de réduire ou de ralentir les restrictions supplémentaires et d'améliorer ou de stabiliser la qualité de vie (Tesky et al., 2023). En dehors des interventions cognitives spécifiques décrites plus loin, l'amélioration ou la stabilisation de la cognition est plutôt un effet secondaire positif. Pour que les thérapies non médicamenteuses soient efficaces, les professionnels de la santé et du travail social, entre autres, mais aussi les proches aidants ont

besoin de connaissances et de compétences concernant les concepts et les interventions mentionnés ci-dessous. Les formations sont donc essentielles. En raison de la nécessité de recourir à du personnel qualifié, les mesures non médicamenteuses dépendent de la disponibilité de ce dernier. Les coûts salariaux correspondants doivent être mis en relation avec les charges liées aux complications évitables en soi (environnement chargé, mesures de restriction de la liberté) et les coûts du traitement des complications (séjours hospitaliers). Il convient de développer une sensibilité pour la prise en charge, la thérapie et les soins des PAD (quel que soit le stade de la maladie), dans leurs situations actuelles, de manière empathique et centrée sur la personne.

Avec la progression de la démence, les personnes concernées perdent souvent leurs compétences linguistiques ou parlent par métaphores et la communication se fait de plus en plus par le biais des éléments non verbaux et paraverbaux du langage (rythme de la parole, tonalité de la voix, expression affective du langage), du langage corporel et du contact physique. Ici, il est important de noter que, mieux on connaît la biographie de la personne malade et l'on est proche de celle-ci, plus les expressions, les gestes, les mimiques et le ton de la voix peuvent être clairement attribués à un état d'esprit ou à un domaine de vie (famille, profession, loisirs, etc.) ou compris comme l'expression d'un sentiment actuel.

L'entourage doit faire preuve d'empathie, de patience, de créativité et d'un réel intérêt pour communiquer avec les PAD. Les PAD sont souvent très sensibles à la congruence des messages verbaux et au comportement des partenaires de communication. S'ils ne se sentent pas compris ou mal à l'aise dans une situation, ils réagissent souvent en se retirant ou en adoptant un comportement défensif. Il est donc indispensable que le personnel d'encadrement se familiarise avec différents concepts de communication et sache les appliquer en conséquence. Citons par exemple les différents concepts de la Validation. Cette forme de communication et d'attitude respectueuse soutient la « normalité » du monde de vie de la PAD. Étant donné que la communication passe par toutes les voies sensorielles, les concepts de stimulation basale et de kinesthésie, entre autres, font partie de l'organisation des relations (voir chapitre correspondant 3.3.1 Interventions multisensorielles). Outre les activités d'activation, il faut toujours offrir la possibilité de se retirer.

Les mesures non médicamenteuses sont envisageables à tous les stades de la démence. Dans l'idéal, elles sont proposées en continu et s'adaptent à l'évolution des capacités des PAD au cours de la maladie. La majorité des interventions sont indépendantes du setting, mais ce dernier doit être pris en compte lors de leur mise en œuvre. La durée de séjour dans un hôpital de soins aigus est beaucoup plus courte que dans un établissement de soins de longue durée, c'est pourquoi le travail biographique, par exemple, y est éventuellement proposé dans le cadre d'une psychothérapie adaptée. Inversement, une infrastructure appropriée faisant partie d'un environnement thérapeutique est importante pour la prise en charge et l'accompagnement des PAD. Cela concerne aussi bien l'hôpital de soins aigus que l'établissement de long séjour. Le point commun est que l'environnement social (p. ex. interlocuteurs désignés, inclusion, concept de soins/d'accompagnement) et architectural (p. ex. signalisation claire, lumière du jour, espaces de mouvements sécurisés) ainsi que la structure de la journée (p. ex. davantage de flexibilité avec la progression de la démence) doivent s'adapter à la diminution des compétences environnementales. Aux stades précoces à modérés de la démence, les aides à l'orientation spatiale, temporelle et personnelle peuvent encore être reconnues et apportent une sécurité au quotidien.

3.1 Approches intégratives

Les paragraphes suivants présentent un large éventail de thérapies non médicamenteuses. Le choix devrait dépendre en premier lieu des besoins des personnes concernées. De plus, la disponibilité dans le milieu concerné joue également un rôle. En raison de la diminution de la mobilité des personnes atteintes de démence, le rayon d'action des thérapies se réduit au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Ainsi, les offres de proximité, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier, peuvent apporter une contribution précieuse à la qualité de vie et à la promotion des capacités restantes des malades.

Étant donné que la plupart des thérapies suivantes ont été étudiées séparément, on sait peu de choses sur les avantages supplémentaires des combinaisons et, par conséquent, sur la question de savoir si des facteurs communs ou différents sont efficaces. Les aspects suivants sont communs aux thérapies :

- Haute personnalisation
- Interdisciplinarité et interprofessionnalité
- Implication de l'entourage et des proches en particulier
- Valorisation, reconnaissance des émotions, etc.
- Communication non verbale

Le niveau de preuve pour chaque procédure est très différent. Il convient en outre de délimiter l'objectif. Ainsi, l'amélioration de la cognition par des approches non médicamenteuses est plus facilement réalisable au stade de la démence légère à modérée. De nombreuses interventions, telles que la stimulation cognitive, la thérapie par réminiscence, l'ergothérapie, la thérapie par la musique et la danse, sont en revanche décrites dans la lignes directrice S3 (DGPPN, 2023) pour tous les stades de la démence pour le traitement des symptômes dépressifs. Le degré de recommandation va de « élevé » pour la thérapie par le mouvement et la psychothérapie à « faible » pour la réminiscence et l'ergothérapie. Malgré les nombreuses études existantes, la ligne directrice S3 (DGPPN, 2023) n'apporte aucune preuve d'efficacité des méthodes non médicamenteuses contre les symptômes d'anxiété.

3.2 Psychothérapie

Il existe de bonnes preuves d'efficacité de la psychothérapie, notamment pour le traitement des symptômes dépressifs dans les cas de démence légère et de Mild cognitive impairment (MCI) (DGPPN, 2023). Les objectifs thérapeutiques sont la psychoéducation, l'activation des ressources, le renforcement des stratégies d'adaptation et la promotion de l'efficacité personnelle. Il est également essentiel d'impliquer et conseiller les proches. Il est recommandé d'adapter le traitement par rapport aux personnes sans déficit cognitif. La préférence devrait être donnée à des séances de thérapie plus courtes mais plus fréquentes. De plus, les éléments cognitifs devraient être adaptés aux capacités de la personne.

3.3 Concepts de soins spécifiques

Les concepts de soins infirmiers impliquent généralement une combinaison d'interventions et d'approches différentes. Les soins n'étant pas une thérapie en soi, ils intègrent souvent des éléments thérapeutiques de disciplines voisines. Par exemple, les activités quotidiennes sont complétées par des interventions stimulant le mouvement, ou bien des interventions musicales sont intégrées dans la structure de la journée et produisent ainsi leurs effets (p. ex.

maintien ou réactivation des ressources, promotion de la qualité de vie). Les interventions présentées ici ne sont donc pas exclusivement proposées par le personnel soignant.

Étant donné que la démence est un syndrome complexe avec des symptômes cognitifs, psychiques, fonctionnels et comportementaux, l'application d'approches à multiples composantes peut représenter une stratégie efficace (Ablinger et al., 2022), par exemple en intégrant la thérapie de réminiscence dans des activités quotidiennes, offrant ainsi une occupation qui a du sens pour les PAD. La « prise en charge » des PAD et de leurs proches se concentre sur les soins et l'accompagnement. Ceux-ci impliquent un large éventail de mesures complexes non médicamenteuses. L'efficacité d'une intervention de soins ou d'assistance ne se déploie pas dans le cadre d'un seul mécanisme d'action isolé, mais dans le cadre de l'interaction, de l'attention et de la compétence interprétative des soignants. La condition préalable à cela est l'approche globale des soins, centrée sur la personne, prônée par différents modèles de soins.

3.3.1 Interventions multisensorielles

Soins aromatiques et aromathérapie

Les soins aromatiques et l'aromathérapie sont souvent utilisés comme synonymes dans la littérature et comprennent l'utilisation externe d'huiles essentielles. Il n'y a pas de preuve claire d'efficacité en ce qui concerne la qualité du sommeil ou l'amélioration de la qualité de vie. Une revue de 5 études ne trouve aucune preuve d'efficacité de leur utilisation en cas d'agitation (DGPPN, 2023). Dans les recommandations de Savaskan et ses collègues sur les SCPD (Savaskan et al., 2024, 2014) ainsi que dans les recommandations d'Alzheimer Suisse (« Recommandations pour établissements médico-sociaux : Alzheimer Suisse, 2020) les soins aromatiques et l'aromathérapie sont également mentionnés, mais sans plus de précision. Des études montrent qu'ils peuvent avoir une influence positive sur d'autres groupes cibles, par exemple sur l'anxiété, le sommeil, le stress ou la douleur (Freeman et al., 2019; Gong et al., 2020). Bien que les études portant spécifiquement sur le groupe cible «PAD » soient très rares (Ball et al., 2020; Smith and D'Amico, 2020) les expériences en matière d'aromathérapie et de soins aromatiques dans la pratique des soins sont souvent positives, quel que soit le stade de la démence. L'huile de mélisse semble être le produit qui donne globalement les meilleurs résultats. Il est nécessaire d'observer attentivement les personnes atteintes de démence pendant l'utilisation de l'aromathérapie afin d'interrompre immédiatement l'intervention en cas d'éventuelles réactions négatives. Lors de la première utilisation d'un produit, la prudence est de mise en raison d'une possible réaction allergique et un test d'allergie doit être effectué si nécessaire.

Stimulation basale

La stimulation basale favorise la perception, par exemple par la stimulation sensorielle au moyen de massages, mais aussi de manière multimodale par le mouvement et la parole (chanter/ fredonner). Les études sur l'utilité de la stimulation basale dans les soins et l'accompagnement des personnes atteintes de démence sont peu nombreuses. Les recommandations existantes pour les soins et l'accompagnement des personnes atteintes de démence mentionnent la stimulation basale (Savaskan et al., 2024). Une autre étude (Kohler et al., 2018) a fourni des indications selon lesquelles le toucher basal peut avoir un effet positif sur l'acceptation des actes de soins. L'étude qualitative de Saynisch et Beer (Saynisch and

Beer, 2021) montre que la communication non verbale et les offres de mouvement et de toucher peuvent améliorer le bien-être des PAD dans le cadre d'actes de soins spécifiques. Ils décrivent cela en prenant l'exemple des soins buccaux. Il existe une revue qui recommande clairement l'utilisation de massages chez les personnes atteintes de démence en ce qui concerne l'amélioration de la qualité du sommeil, de l'agitation et du bien-être psychique (Smith and D'Amico, 2020). En principe, certains aspects de la stimulation basale peuvent être appliqués à chaque stade de la démence. Dans les cas de démence très avancée, l'interaction tactile est souvent le seul accès aux personnes et la stimulation basale est donc fortement recommandée dans cette situation.

Kinesthésie

La kinesthésie est une science empirique qui se base sur la perception de son propre mouvement et - dans le cadre des soins et de l'assistance - également sur le mouvement et la compétence de mouvement de l'autre personne. La kinesthésie met l'accent sur l'interaction afin de permettre aux personnes atteintes de démence, par exemple, de passer du lit à la chaise de la manière la plus indépendante possible. En principe, un élément central de la kinesthésie est d'explorer et d'utiliser les potentiels existants dans la mobilité physique. Il n'existe actuellement aucune étude d'intervention prouvant l'efficacité de la kinesthésie en termes de qualité de vie ou de mobilité chez les PAD. Une étude qualitative (Maurer et al., 2018) fournit des indications selon lesquelles une assistance au mouvement adaptée selon les principes kinesthésiques conduit à une activité propre accrue dans la mobilisation et à une plus grande satisfaction chez les résidents dans les établissements de soins stationnaires de longue durée. Ces résultats et les expériences pratiques justifient la recommandation de l'utilisation de la kinesthésie dans les soins et l'accompagnement des personnes atteintes de démence. On peut partir du principe qu'il est particulièrement judicieux d'appliquer la kinesthésie dans l'interaction avec des PAD.

Snoezelen

La thérapie Snoezelen, également appelée thérapie multisensorielle, consiste à stimuler différents sens par des offres visuelles, acoustiques, olfactives, tactilo-haptiques, vestibulaires et/ou vibratoires au quotidien. Cette thérapie multisensorielle peut se dérouler dans un espace clos (salle Snoezelen), dans le cadre d'un plan de traitement axé sur les tâches ou encore dans le cadre d'une prise en charge 24h/24. Une diminution des capacités sensorielles (c'est-à-dire l'ouïe, la vue, le goût, l'odorat, le toucher) est fréquente chez les adultes âgés. En stimulant un petit nombre de sens dans le cadre de la thérapie Snoezelen, une personne atteinte de démence peut néanmoins recevoir des stimuli via ses sens fonctionnels restants. Partant de ce principe, différents sens devraient être stimulés dans cette méthode multisensorielle. Les preuves de la thérapie Snoezelen sont partagées, mais majoritairement positives. Une thérapie Snoezelen individualisée dans le cadre d'une prise en charge 24h/24 a montré des effets positifs et a permis de réduire des symptômes pénibles tels que l'apathie, l'agressivité et la dépression. La thérapie multisensorielle Snoezelen peut avoir des effets sur le plaisir et l'activité des personnes atteintes de démence modérée à sévère (Testerink et al., 2023). D'autres auteurs (Cusic et al., 2022) décrivent dans leur revue de la littérature les effets positifs de la thérapie Snoezelen chez les personnes atteintes de démence modérée à sévère en établissement médico-social, en termes d'agitation, d'humeur et de comportement, de qualité de vie, ainsi que d'interaction accrue avec l'environnement. Sur la base des preuves existantes et de l'expérience pratique, la thérapie Snoezelen peut être recommandée pour les

personnes atteintes de démence modérée à sévère (Cusic et al., 2022; Duff, 2018). Les effets de la thérapie Snoezelen sont plus importants lorsque la personne qui propose la thérapie (soignants, proches) est formée à l'utilisation d'interventions multisensorielles (Cusic et al., 2022).

3.4 Entraînement de la mémoire / Thérapie de stimulation cognitive

L'éventail des approches de thérapie cognitive va de procédés d'activation relativement peu spécifiques (stimulation cognitive) à des entraînements (fonctionnels) concentrés sur certains domaines cognitifs. On y ajoute parfois l'entraînement à l'orientation dans la réalité. Ils proposent également des approches orientées vers la transmission de mise en place de stratégies (utilisation d'aides à la mémorisation, etc.) et vers des méthodes d'entraînement primaires. De nombreuses offres de groupe pour les personnes atteintes de démence légère à modérée, qui sont désignées comme « entraînement de la mémoire », doivent cependant en fin de compte être classées dans la stimulation cognitive, car il n'y a généralement pas d'enseignement de stratégies de mémorisation au sens strict du terme. De nombreuses approches sont liées à l'interaction sociale et devraient être utiles pour cette seule raison. Les participants ont parfois estimé que leur qualité de vie était meilleure. Mais la confrontation avec ses propres déficits peut aussi avoir des effets négatifs sur l'état psychique.

Au stade MCI, selon une méta-analyse (Sherman et al., 2017) les programmes d'entraînement dont les contenus mettent l'accent sur les performances de la mémoire et qui, dans l'idéal, prennent en compte d'autres composantes, sont pertinents.

L'avantage des interventions cognitives dites à composantes multiples est de ne pas viser uniquement l'amélioration ou la stimulation cognitive, mais d'inclure en plus des aspects tels que l'éducation à un mode de vie et une alimentation saine pour préserver les réserves cognitives, ainsi que la motivation pour les activités de loisirs et les contacts sociaux. Plusieurs études contrôlées randomisées ont pu démontrer des effets positifs sur les aspects cognitifs et non cognitifs chez les personnes en stade MCI grâce à des interventions à composantes multiples (Lissek and Suchan, 2021).

Au stade de démence légère à modérée, plusieurs lignes directrices internationales (DGPPN, 2023; Duff, 2018) ainsi qu'une revue Cochrane (Woods et al., 2023) recommandent une stimulation cognitive qui, outre une amélioration de la cognition, peut également avoir des effets positifs sur la qualité de vie et la communication, comparables à ceux pouvant être obtenus dans le cadre de thérapies médicamenteuses établies. La ligne directrice S3 émet une recommandation faible pour la stimulation cognitive dans le traitement des symptômes dépressifs dans le cadre de la démence. L'entraînement spécifique de la mémoire avec l'enseignement de stratégies ou les méthodes psychothérapeutiques pour le traitement des déficits cognitifs sont déconseillés au stade de démence.

3.5 Réhabilitation cognitive

La réadaptation cognitive se réfère à l'identification individuelle d'objectifs fonctionnels pertinents pour la personne atteinte de démence et qui doivent être atteints en collaboration avec la personne concernée, ses proches et ses soignants. Dans ce contexte, l'accent est mis sur l'amélioration ou le maintien des capacités fonctionnelles dans la vie quotidienne et sur la recherche de possibilités de compensation des déficits ainsi que sur la promotion de l'indépendance. L'objectif est de réduire les impacts des limitations existantes. Il convient de

distinguer en conséquence les rééducations proposées en cas de démence non neurodégénérative (par exemple après un accident vasculaire cérébral).

Du point de vue méthodologique, l'accent est mis sur l'apprentissage implicite d'informations individuellement significatives par des approches d' « apprentissage sans erreur » (errorless learning) ainsi que sur la procéduralisation de routines quotidiennes utiles et sur l'utilisation d'outils (par ex. aides-mémoires) à travers la répétition fréquente et la diminution progressive des indices.

Les données relatives à l'entraînement cognitif des personnes à un stade MCI sont inconsistantes (Lissek and Suchan, 2021). Cependant, plusieurs études montrent des résultats positifs avec une amélioration significative de l'utilisation des stratégies de compensation de la mémoire. La réadaptation cognitive est recommandée pour les stades de démence légère à modérée (Duff, 2018) (NICE). Les résultats de deux revues Cochrane (Bahar-Fuchs et al., 2013; Kudlicka et al., 2023) appuient cette recommandation. Selon Kudlicka et al. (Kudlicka et al., 2023), la réadaptation cognitive peut apporter une amélioration substantielle des aspects traités chez les personnes atteintes de démence légère à modérée, qui peut se prolonger plusieurs mois après la fin du traitement si un petit nombre de séances de maintien est proposé. Des études ont montré la supériorité de la réhabilitation cognitive individualisée par rapport à la thérapie de groupe en ce qui concerne la promotion des capacités fonctionnelles et le retard de l'institutionnalisation.

3.6 Physiothérapie

La littérature et les études montrent clairement l'efficacité des mesures physiothérapeutiques en cas de douleurs et de limitations de mouvement (W. Achterberg et al., 2021). La ligne directrice S3 se prononce fortement en faveur de l'entraînement physique pour améliorer les activités de la vie quotidienne (DGPPN, 2023). Il s'agit ici de garantir l'accès à ces mesures pour les personnes atteintes de démence, tout comme pour les personnes en bonne santé cognitive, étant donné l'efficacité de la réadaptation ambulatoire et hospitalière des patients présentant un diagnostic associé de démence (Gates et al., 2013; Korczak et al., 2012). Les mesures relatives à l'exercice et à l'activité physique nécessitent toutefois une approche individualisée chez les personnes à un stade MCI ou de démence (Hobson et al., 2020; van der Wardt et al., 2020).

Des séances d'entraînement physique et cognitif simultanées ciblées, avec des composantes interactives montre une amélioration de la fonction physique, une amélioration de la capacité de contrôle exécutif, une amélioration de la cognition globale et une amélioration de l'état général dans les cas de MCI et des stades légers et modérés de la démence (Swinnen et al., 2021). Même au stade de la démence sévère, l'entraînement aérobique et l'entraînement en résistance montrent une amélioration de la fonction physique, de la mémoire spatiale et de la fonction exécutive (Huang et al., 2022).

Grâce à des examens physiothérapeutiques ciblés des structures corporelles, des fonctions et de l'activité tout au long de l'évolution de la maladie, les déficits tels que la douleur, le risque de chute, la dysphagie sont rapidement identifiés, permettant la planification de mesures interprofessionnelles individuellement adaptées (Cui et al., 2018; Hobson et al., 2020; van der Wardt et al., 2020) et une utilisation optimale des manuels d'entraînement (Bruderer-Hofstetter

et al., 2022). Cela permet également de réduire de manière ciblée les problèmes de comportement (Law et al., 2020).

Dans l'idéal, les personnes atteintes de démence devraient être systématiquement adressées à des physiothérapeutes en cas de douleurs et de limitation des mouvements. Il est important de maintenir la stabilité du tronc, surtout en cas de démence sévère, afin de garantir une déglutition sûre le plus longtemps possible. La collaboration avec la logopédie est recommandée. Au stade de démence avancée, en fonction de l'évolution de la maladie, il convient de procéder environ une fois par an à une évaluation structurelle (douleur, limitation des mouvements), fonctionnelle (stabilité, force, équilibre, capacité cardio-pulmonaire, dysphagie), une évaluation des capacités cognitives et motrices, et du risque de chute.

3.7 Ergothérapie

L'ergothérapie est considérée comme une thérapie visant à améliorer et à maintenir les fonctions quotidiennes et la capacité d'action dans le but d'améliorer la participation et la qualité de vie dans le quotidien et le cadre de vie individuel. L'ergothérapie entraîne de manière ciblée les capacités que les personnes atteintes de démence considèrent comme importantes. Cela permet de maintenir les compétences quotidiennes et de soulager les proches. Une partie du traitement ergothérapeutique consiste à conseiller et à mettre en œuvre des activités de promotion de la santé qui améliorent la qualité de vie (Chu et al., 2020) ainsi que l'entraînement d'aptitudes physiques, cognitives, émotionnelles et sociales pertinentes pour la vie quotidienne (Bennett et al., 2019; Chu et al., 2020; Korczak et al., 2013). Les interventions cognitives, la stimulation sensorielle et l'entraînement des fonctions et des compétences sont considérés comme des interventions ergothérapeutiques efficaces (Korczak et al., 2013). Conformément à la ligne directrice S3, l'ergothérapie est également recommandée pour le traitement des symptômes dépressifs.

Les interventions ergothérapeutiques de groupe sont également très répandues. En conseillant et en mettant en œuvre des activités de groupe adaptées, l'ergothérapie peut souvent réduire l'agitation, les hallucinations, l'anxiété, l'agressivité, les troubles du sommeil ou d'autres comportements psychomoteurs (de Oliveira et al., 2019).

L'ergothérapie comprend également le traitement des personnes atteintes de démence et de leurs proches et peut les soutenir dans les domaines des activités quotidiennes, des soins personnels, de la mobilité, des tâches ménagères et des loisirs (Flotho and Sibold, 2021), permettant ainsi de réduire la charge physique (Korczak et al., 2013) et psychologique des proches (Abrahams et al., 2018) - (voir également le chapitre 3.12 - Offres de conseil et travail avec les proches en cas de maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence).

3.8 Thérapie d'activation

Les spécialistes en activation ES travaillent en thérapies individuelles et de groupes. L'activation fait appel à différents moyens (p. ex. musique, mouvement ou entraînement de la mémoire) et méthodes (p. ex. processus de réminiscence avec travail biographique, validation ou stimulation basale) (Röker et al., 2022). Ces méthodes ont fait l'objet d'études sur leur efficacité.

Il existe des preuves modérées concernant les approches de thérapie d'activation chez les PAD (Bennett et al., 2019; Sikkes et al., 2020), mais celles-ci couvrent un large éventail de résultats et s'appliquent aussi bien directement pour les PAD que pour leurs proches. Les

lignes directrices NICE indiquent que diverses activités physiques quotidiennes (marche, danse, exercices d'équilibre, etc.) peuvent avoir une influence positive sur la cognition et l'exécution des activités quotidiennes. Les activités en plein air semblent avoir un effet positif sur l'humeur, la participation sociale et le sommeil (Ng et al., 2023).

Les offres pour l'organisation du quotidien peuvent couvrir un large spectre, il s'agit de décider à chaque fois, en fonction de la situation et de l'individu, ce qui est approprié pour la personne atteinte de démence. Les points de repère biographiques peuvent par exemple être pris en compte dans le choix des offres. L'expérience pratique montre que les plans de structuration de la journée conçus individuellement peuvent constituer une aide pour la mise en œuvre des activités quotidiennes planifiées. Ils doivent cependant être appliqués avec souplesse, en particulier pour les personnes atteintes de démence avancée. Alors qu'aux stades précoces de la démence, les structures journalières peuvent apporter un sentiment de sécurité, un plan d'organisation journalière trop rigide peut être source de conflits chez une personne atteinte de démence avancée.

3.9 Logopédie

Les troubles du langage et/ou de la parole ainsi que de la communication, qui peuvent apparaître dans différentes formes de démence, entravent la participation sociale dans une large mesure. Un syndrome particulier affectant le langage et/ou la parole est l'aphasie primaire progressive. En particulier au stade MCI et en début de maladie, un traitement logopédique est indiqué pour les variantes à dominante linguistique afin de maintenir le plus longtemps possible une communication efficace. Bien que les troubles du langage et/ou de la parole en début de maladie demeurent légers, il est essentiel d'également intégrer les proches-aidants dans la prise en charge logopédique (Volkmer et al., 2020).

Les exercices doivent être pertinents pour la vie quotidienne ou avoir une signification pour le patient. Dépendant d'où se situe le trouble langagier, nous pouvons travailler au niveau de l'articulation, des sons, des mots, de la phrase ou du discours.

La lecture peut être une ressource pour maintenir la communication, en particulier pour ceux qui souffrent d'une démence de type Alzheimer (Hickey and Bourgeois, 2009; Steiner, 2018, 2010). Il existe également des moyens de communication alternatifs tels que des carnets de communication, des applications ou encore la communication multimodale via le geste ou l'écriture.

La prévalence des dysphagies dans la démence avancée est de plus de 80% (Eibl et al., 2019; Jonas and Javorszky, 2022). Un examen clinique et logopédique détaillé de la déglutition (DGN and DGD, 2020; Eibl et al., 2019) inclut des procédures instrumentales pour examiner le processus de déglutition. En cas de démence avancée, cela n'est souvent pas possible. On se rabat alors sur une observation structurée de l'alimentation. Sur le plan thérapeutique, la méthode de choix est la thérapie fonctionnelle de la dysphagie. La déglutition est soutenue, par exemple, par des modifications de la position de la tête, mais aussi par des adaptations de la nourriture. Les conseils et la formation des soignants et des proches font obligatoirement partie du plan de traitement. Une étude randomisée a en outre démontré les effets positifs des exercices de la tête, des lèvres, de la langue et des joues, ainsi que des exercices d'élocution et du massage des glandes salivaires (Chen et al., 2022).

3.10 Art-thérapie

3.10.1 Musicothérapie

Les lignes directrices nationales et internationales ainsi que les experts recommandent de manière cohérente l'utilisation de la musicothérapie (MT). Une revue Cochrane (Gassner et al., 2022) fournit des indications selon lesquelles l'humeur, les symptômes comportementaux, la communication et les fonctions physiques peuvent être influencés positivement. Des effets mesurables sur les symptômes comportementaux sont mis en évidence dans les cas de démence avancée et des effets sur la communication dans les stades plus précoces.

La ligne directrice S3 considère que la musique a des effets positifs sur le traitement des symptômes dépressifs et recommandent fortement son utilisation personnalisée en cas d'agitation. Une méta-analyse de Zhang et al. (Zhang et al., 2017) montre que les interventions basées sur la musique - combinées à l'interaction sociale - peuvent avoir des effets positifs sur les symptômes comportementaux et l'anxiété. Une tendance à l'amélioration des signes de dépression, de la fonction cognitive et de la qualité de vie est également constatée. Une revue de la littérature soutient ces conclusions (Fusar-Poli et al., 2018; Popa et al., 2021), démontrant dans une méta-analyse des effets positifs sur l'attention, le langage et la mémoire autobiographique, et décrit des effets mesurables plus importants lors de thérapies menées par des musicothérapeutes qualifié·e·s.

Les symptômes dépressifs diminuent de manière significativement plus importante avec la musicothérapie de groupe qu'avec la participation à un groupe de chant (Werner et al., 2017).

La MT est également incluse dans les recommandations existantes de la Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie de la Personne Agée (Savaskan et al., 2014). Les interventions décrites sont le chant en commun, l'écoute en commun de musique biographiquement pertinente choisie individuellement, accompagnée d'une discussion thérapeutique, ou le mouvement en musique. Dans les cas de démence modérée et avancée, la musique joue un rôle particulier dans la génération d'émotions positives, le déclenchement de souvenirs et la prise de contact par les soignants (Huber et al., 2021).

En résumé, la MT a des effets positifs sur la qualité de vie dès le stade MCI, la MT active ayant la priorité sur la MT réceptive et les effets étant plus importants dans le cadre d'un setting individuel.

Les préférences musicales devraient être prises en compte (Garrido et al., 2018).

Des playlists/collections musicales pour se détendre, motiver ou soutenir les mesures de soins sont recommandées (Clare et al., 2020; Huber et al., 2021). Les membres de la famille ou les ami·e·s peuvent être impliqué·e·s dans la collecte de morceaux appropriés. Comme une MT plus fréquente semble renforcer les effets positifs, un traitement continu plusieurs fois par semaine est recommandé (Moreno-Morales et al., 2020), sachant qu'en setting de groupe le nombre des participant·e·s devrait se limiter à un maximum de 5-8 patient·e·s (Baker et al., 2019).

3.10.2 Autres approches d'art-thérapie

La revue Cochrane publiée en 2018 ne voit pas de preuves suffisantes pour l'art-thérapie (Deshmukh et al., 2018). Dans la ligne directrice S3 actualisée, la thérapie par la danse est recommandée pour le traitement des symptômes dépressifs en cas de MCI et de démence. Les autres approches d'art-thérapie n'y sont plus explicitement abordées et il est urgent de poursuivre la recherche.

Dans le cadre d'une étude à méthodologie mixte menée dans trois settings : maison de retraite, hôpital et centre de jour, une intervention de groupe sous forme de lecture commune, également utilisée dans le cadre de la thérapie par le drame et la parole, a montré une augmentation du plaisir, de l'authenticité, du sens et un nouveau sentiment d'identité personnelle. De même, elle a montré une amélioration de l'écoute, de la mémoire et de l'attention (Billington et al., 2013).

Dans une autre étude contrôlée randomisée, la thérapie créative et la peinture améliorent, par rapport aux activités de loisirs, la vigilance, la sociabilité et l'engagement physique et social chez les personnes atteintes de démence modérée et sévère (Rusted et al., 2006).

Les différentes approches d'art-thérapie occupent une place importante en tant que possibilité d'activités positives et de formes d'expression alternatives. Elles offrent également un cadre pour des activités communes. En outre, on part du principe que les interventions peuvent avoir des effets positifs sur l'environnement au-delà de l'offre proposée. Cela vise à son tour à soulager les proches et les soignants (Rusted et al., 2006).

3.11 Thérapie assistée par l'animal

Le terme « interventions assistées par l'animal » est considéré comme un terme générique. Comme pour le professionnel, les animaux utilisés nécessitent une préparation professionnelle et intensive, ainsi qu'une certification spéciale.

En général, les interventions assistées par l'animal sont utilisées pour promouvoir les compétences sociales, émotionnelles, physiques et cognitives (Klimova et al., 2019). Il n'y a actuellement pas de preuve d'efficacité concernant le traitement de l'agitation. Cependant, la recherche est loin d'être terminée.

3.12 Offres de conseil et travail avec les proches en cas de maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence

Le conseil au patient et à son entourage est un élément clé du traitement de la démence et une condition préalable à une gestion appropriée de la maladie. Un conseil unique, par exemple au moment de l'annonce du diagnostic, n'est pas suffisant (IQWiG, 2021). Souvent, les questions essentielles concernant la maladie et la vie avec la maladie ne viennent à l'esprit des personnes concernées qu'après un certain temps. Une approche guidée dès le début, qui montre aux personnes malades et à leur famille quelles sont les informations pertinentes, quelles sont les possibilités de soutien et comment mener une vie épanouie malgré la démence, est essentielle, car elle permet de s'orienter vers le soutien et l'aide disponibles (Aminzadeh et al., 2007). Les thèmes abordés vont de la transmission d'informations et du soutien psychosocial au stade précoce, à l'orientation vers des offres thérapeutiques appropriées et à l'organisation de la prise en charge et des soins aux stades ultérieurs. Il s'agit aussi de concilier les obligations des proches (enfants en bas âge, activité professionnelle). Le

travail avec les proches comprend également l'enseignement des compétences nécessaires pour l'interaction avec les PAD, comme p.ex. concernant la communication et les SCPD.

Cette tâche complexe doit être centrée sur la personne et nécessite des compétences professionnelles, car les personnes concernées sont généralement elles-mêmes dépassées par la situation. La facilité d'accès est importante. La ligne directrice S3 recommande par exemple de proposer aux proches de personnes atteintes de démence une intervention multimodale combinée à des conseils, et ce dès l'apparition de symptômes de stress légers.

Comme les approches de conseil sont multiples et donc difficilement comparables, on ne trouve guère à ce jour d'études valables sur l'impact du conseil au sens strict pour les PAD. L'effet thérapeutique des interventions de conseil en cas de démence vise avant tout à influencer positivement le bien-être émotionnel, à renforcer la résilience, à réduire le stress ou l'anxiété et à renforcer les capacités à faire face à la maladie. Autant d'aspects qui, avec la simple transmission d'informations, se retrouvent également dans le concept d'empowerment.

Les programmes d'éducation, en tant que forme particulière de conseil, visent à transmettre des connaissances et à développer ou renforcer des compétences de manière plus systématique et souvent plus structurée, de sorte que les personnes atteintes de démence (et souvent leurs aidants) puissent mieux faire face à la maladie.

Dans le contexte d'une tendance à la numérisation, les nouvelles technologies sont de plus en plus utilisées dans le cadre des consultations.

Mais même en dehors de la compréhension médicale stricte du conseil, les approches en ligne ou par téléphone sont associées à des effets positifs, en particulier pour les proches aidants. La mise en œuvre combinée d'interventions multimodales par téléphone et par Internet semble ainsi apporter relativement plus de résultats positifs en termes de réduction de la dépression et du stress, ainsi que d'augmentation de l'auto-efficacité, qu'une seule mise en œuvre par téléphone ou par Internet (Deeken et al., 2019; Jackson et al., 2016).

Case management et suivi personnalisé

Afin d'éviter les obstacles psychologiques dus à la stigmatisation des démences et d'accompagner les personnes atteintes en fonction de leurs besoins, même si la maladie progresse, la gestion de cas spécifique à la démence, par exemple sous la forme d'un « suivi personnalisé », constitue une approche judicieuse (Becker, 2021; Imhof and Imhof, 2020). Le Dementia Care Manager, de plus en plus demandé au niveau international, va également dans ce sens, avec des preuves d'une réduction des complications et du retard des entrées en institution (IQWiG, 2021).

Centres de consultation

En Suisse, il existe différentes structures vers lesquelles les proches peuvent se tourner : les memory clinics, les médecins généralistes et spécialistes, les centres de consultation, les centres de formation ainsi que divers services de conseil pour les personnes âgées offerts par les communes. Certains d'entre eux appartiennent à des organisations actives au niveau national comme Alzheimer Suisse et Pro Senectute ou se sont développés au niveau local. Elles se distinguent par leurs priorités (Pro Senectute, p. ex., les aspects financiers et

juridiques ; Alzheimer Suisse, p. ex., les conseils relatifs à la maladie elle-même et à sa gestion), mais les passerelles sont courantes. Les offres se distinguent également par l'étendue des prestations (p. ex. visites), la mise en réseau (parfois en étroite collaboration avec des prestataires de services médicaux comme les memory clinics) et le financement. La plupart du temps, les premières consultations sont gratuites. En outre, les nombreuses ressources en ligne disponibles (p. ex. [Alzheimer Berne: Alzheimer Berne \(alzheimerschweiz.ch\)](http://Alzheimer Berne: Alzheimer Berne (alzheimerschweiz.ch)) et <https://alzguide.ch/fr>) peuvent être utiles en complément.

Soutien par les pairs

Le soutien par les pairs d'autres aidants familiaux peut réduire le stress psychosocial des aidants familiaux et renforcer le réseau de soutien des personnes atteintes de démence (Carter et al., 2020). Le soutien par les pairs peut être proposé en personne ou en ligne, et les deux formes, si elles sont utilisées de manière cohérente, peuvent être bénéfiques pour les aidants familiaux. En raison de l'hétérogénéité des données disponibles, il n'est pas encore possible d'évaluer définitivement leur importance (Gilbert et al., 2023).

3.13 Procédures interventionnelles

Différentes procédures interventionnelles ont été étudiées dans le cadre de la démence. Ce groupe comprend des procédures qui, par une impulsion interne ou externe, tentent d'activer ou d'inhiber certaines zones du cerveau afin d'obtenir des effets sur les symptômes de la démence. Contrairement aux innovations médicamenteuses, dont la sécurité et l'efficacité doivent être prouvées dans le cadre d'une procédure d'autorisation, les méthodes interventionnelles sont moins réglementées. Ainsi, il existe sur le marché de la santé en Suisse différentes procédures qui sont, certes certifiées CE et donc considérées comme suffisamment sûres, mais qui n'ont pas encore pu démontrer leur efficacité dans des études de qualité suffisante et de grande envergure. Cette situation est particulièrement préoccupante, car certaines entreprises tentent déjà de commercialiser leurs produits pour le traitement des PAD.

Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS)

La rTMS est une méthode neuromodulatrice qui peut générer un champ électrique en profondeur dans le cerveau par stimulation avec une bobine magnétique à la surface de la tête. Celui-ci est en principe capable d'exciter sélectivement des régions du cerveau. Une utilisation répétée doit permettre de moduler à long terme l'excitabilité des neurones corticaux. Cette méthode de traitement est bien établie en neurologie et en psychiatrie dans d'autres indications et est considérée comme ayant peu d'effets secondaires. Une méta-analyse de 13 petits essais contrôlés randomisés chez des personnes atteintes de MCI et de démence précoce de type Alzheimer (Chou et al., 2020) a montré des effets positifs sur la mémoire et les fonctions exécutives, en fonction des régions cérébrales stimulées. Les études incluses étaient de bonne qualité et comprenaient, en plus du véritable traitement, un groupe contrôle avec une stimulation factice (« sham transcranial magnetic stimulation »). Une étude plus récente (Koch et al., 2022), a pu être démontré un ralentissement de la dégradation cognitive et fonctionnelle après 24 semaines de rTMS. Dans l'ensemble, les données disponibles sont encore trop limitées pour pouvoir recommander une large utilisation dans la démence en dehors des études cliniques. Stimulation transcrânienne par impulsions

La stimulation transcrânienne par impulsions doit permettre d'exciter des structures cérébrales profondes depuis l'extérieur à travers la boîte crânienne. Selon le lieu d'application, des zones

cérébrales peuvent ainsi être excitées de manière sélective. Jusqu'à présent, des études ont certes pu mesurer des effets sur certaines fonctions importantes pour la démence de type Alzheimer (Beisteiner et al., 2019) mais elles ont été menées sans groupe contrôle et ne répondaient pas non plus à des normes qualitatives élevées. Dans l'ensemble, les données disponibles sont encore insuffisantes et l'utilisation en dehors des études cliniques ne peut pas être recommandée.

Stimulation électrique transcrânienne

La stimulation électrique transcrânienne peut être appliquée de différentes manières à la surface de la tête. Des études ont été menées sur le courant alternatif (transcranial alternating current stimulation, tACS), le courant continu (transcranial direct current stimulation, tDCS) ou l'application aléatoire de courant (transcranial random current stimulation, tRCS) (Buss et al., 2019). Tant pour la tDCS que pour la tACS, il existe des données issues d'études randomisées et contrôlées par stimulation factice sham qui suggèrent une efficacité sur les symptômes clés de la démence de type Alzheimer, comme les troubles de la mémoire épisodique (Benussi et al., 2022). Les effets sont restés mesurables au-delà de la période de traitement proprement dite (Gangemi et al., 2021). Cependant, même avec cette méthode, les données des études sont encore hétérogènes et provisoires à l'heure actuelle, de sorte que son utilisation en dehors des études cliniques n'est pas recommandée.

Stimulation cérébrale profonde

La stimulation cérébrale profonde (deep brain stimulation, DBS) est une procédure invasive au cours de laquelle des électrodes sont placées en différents points cibles en profondeur dans le cerveau. Les structures cérébrales environnantes sont alors excitées ou inhibées par des impulsions électriques. Cette méthode est bien établie dans le traitement des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et d'autres troubles moteurs. Cependant, la présence d'une démence constitue généralement une contre-indication à son utilisation dans le cadre de la maladie de Parkinson, de sorte que les données d'études relatives à son influence sur l'évolution de la démence sont limitées. Les études portant sur des personnes atteintes de démence de type Alzheimer ont examiné d'autres cibles que les troubles moteurs. Elles ont finalement donné des résultats contradictoires (Kuhn et al., 2015; Laxton et al., 2010; Lozano et al., 2016). La méthode ne peut donc pas être recommandée à l'heure actuelle pour les PAD, en dehors des études cliniques.

3.14 Soins palliatifs, Advance Care Planning (ACP)

La démence est un syndrome qui est le plus souvent l'expression d'une maladie incurable, qui raccourcit la vie et qui, avec les maladies qui l'accompagnent, conduit finalement au décès, bien que les personnes puissent vivre avec la maladie pendant des années. Des soins palliatifs adéquats visent à améliorer la qualité de vie, à préserver les fonctions et à maximiser le bien-être tout au long de la maladie, et prennent également en compte les besoins des proches (van der Steen et al., 2014). Étant donné que la cognition, la capacité de communication et de jugement diminuent au cours de la maladie, il est important de planifier à l'avance l'Advance Care Planning (ACP) avec la personne atteinte de démence afin d'établir les préférences, les valeurs, les besoins et les attentes pour les phases ultérieures de la maladie (Piers et al., 2018).

Au cours de l'évolution de la maladie, le soulagement des symptômes invalidants est essentiel. Lorsque la capacité de communication diminue, l'évaluation est remplacée par l'observation des changements de comportement (Ahn and Horgas, 2013; Atee et al., 2021). Les SCPD peuvent être l'expression de la douleur, un traitement analgésique probatoire doit alors être envisagé (Husebo et al., 2011; Schuler, 2019). L'utilisation d'analgésiques doit être réévaluée régulièrement (W. P. Achterberg et al., 2021). Les mesures de traitement médicamenteuses et non médicamenteuses doivent être appliquées dans une optique palliative.

Au cours de la maladie, les troubles de santé nécessitent des décisions minutieuses concernant l'objectif du traitement en tenant compte de l'ACP, afin d'éviter des hospitalisations et des interventions inutiles (Leniz et al., 2021).

Les anti-démence peuvent être arrêtés dans les stades très avancés de la démence. Cela s'applique également à de nombreux médicaments préventifs. Par exemple, pour un score de Mini Mental-Status de 9 points, une efficacité est encore démontrée (voir le prochain chapitre). L'essentiel est de maintenir un bon contrôle des symptômes.

4 Thérapie médicamenteuse

4.1 Traitements médicamenteux symptomatiques

Toutes les approches thérapeutiques médicamenteuses autorisées jusqu'à présent ont un effet symptomatique. Ils ne ciblent donc pas directement la neurodégénérescence à l'origine de la maladie ou les dépôts de protéines pathologiques de la maladie d'Alzheimer (tau et amyloïde) dans le cerveau. A titre d'orientation, on peut dire que ces médicaments améliorent d'un bon point le score du Mini-Mental Status chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qu'il faut quelques semaines pour que l'effet soit maximal. L'amélioration des fonctions quotidiennes est souvent plus importante. Comme les médicaments sont disponibles depuis longtemps, les études d'autorisation initiales ne répondent plus aux normes actuelles. Cela a conduit certains pays (p. ex. la France) à restreindre leur capacité de remboursement.

Pour toutes les substances, il est recommandé de procéder à une titration lente. Dans l'ensemble, les substances sont bien tolérées.

4.1.1 Inhibiteurs de l'AChE

Maladie d'Alzheimer

Les trois inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (AChE-I) donépézil, rivastigmine et galantamine sont recommandés pour le traitement symptomatique de la démence légère à modérée due à une maladie d'Alzheimer. Outre une amélioration de la cognition, des améliorations des Activities of Daily Living (ADL) et une diminution de l'apathie, entre autres, ont été démontrées. Il n'existe pas de preuve d'efficacité pour le Subjective Cognitive Decline (Trouble cognitif subjectif) (SCD) et le MCI. En principe, si la tolérance est bonne, il convient de traiter avec les doses maximales autorisées (10 mg/jour de donépézil ; 12 mg/jour pour la rivastigmine en administration orale, et 9,5 mg ou 13,3 mg /24 heures en application par patch, 24 mg/jour de galantamine). Les effets secondaires fréquents tels que les nausées, les vertiges, l'inappétence ou la fatigue sont généralement transitoires. Une titration progressive améliore la tolérance. Une péjoration cognitive lors de l'augmentation de la dose justifie l'arrêt du traitement. Pour les AChE-I, il faut tenir compte des troubles du rythme bradycardes et,

surtout en cas de prise orale, de la diarrhée. La prudence est de mise en cas de maladies pulmonaires obstructives.

Les données disponibles plaident en faveur d'une efficacité existante, mais moindre, des doses plus faibles. L'effet des inhibiteurs de l'AChE est modéré, mais reste significatif même en cas d'utilisation prolongée, comme le montrent des travaux récents avec des données à long terme (Xu et al., 2021). Dans cette étude et dans d'autres, les personnes atteintes de démence sous AChE-I ont également une mortalité globale réduite. Cet effet pourrait être dû à l'amélioration de la cognition ou à un effet de classe cardioprotecteur (Nordström et al., 2013).

Les AChE-I figurent sur la liste des spécialités. Les limitations exigent la réalisation répétée du MMSE pour une évaluation du rapport bénéfice/risque. En cas de valeur inférieure à 10, les limitations exigent ainsi leur arrêt. En revanche, la ligne directrice S3 allemande et les données de l'étude Domino-AD recommandent leur poursuite (Howard et al., 2015), mais celle-ci devrait être justifiée (off-label). Au stade de limitations fonctionnelles importantes (p. ex. alitement et besoin de soins importants), le traitement devrait être arrêté.

Autres formes de démence

Le donépézil ou la rivastigmine devraient être proposés aux personnes atteintes d'une démence légère à modérée liée à la maladie de Parkinson ou à une Démence/maladie à corps de Lewy (DCL/MCL). Cela devrait également être envisagé au stade de démence sévère (NICE Guidelines). Dans cette indication, la rivastigmine peut avoir un effet favorable sur les symptômes comportementaux (Taylor et al., 2020). En Suisse, la rivastigmine en capsules est autorisée pour la démence liée à la maladie de Parkinson ; dans les autres indications, il s'agit d'un traitement off-label.

Dans le cas d'une démence purement vasculaire, la ligne directrice S3 recommande le Donepezil ou la Galantamine à haute dose ainsi que la Mémantine pour le traitement de la cognition. Il convient également de prendre en compte que les démences chez les personnes très âgées sont majoritairement des formes mixtes. Il est donc recommandé d'essayer le traitement. Les AChE-I ne sont pas indiqués en cas de démence due à une Dégénérescence lobaire fronto-temporale (DLFT) (

4.1.2 Mémantine

Maladie d'Alzheimer

La mémantine est autorisée pour la démence modérée à sévère due à la maladie d'Alzheimer. En cas de démence modérée, il convient toutefois de donner la préférence aux AChE-I s'ils sont bien tolérés (NICE). Ici aussi, en cas de bonne tolérance et d'augmentation lente de la dose, il convient de traiter avec la dose maximale de 20 mg. Les limitations exigent en outre la réalisation répétée du MMSE et un score compris entre 3 et 19 points. Les lignes directrices internationales recommandent parfois l'ajout d'une dose de mémantine au traitement actuel de l'AChE-I. Cependant, la ligne directrice S3 récemment publiée le déconseille fortement en raison des incompatibilités. Pour les cas de MCI et de SCD, il n'existe ni preuve d'efficacité ni autorisation de mise sur le marché.

Autres formes de démence

Pour le traitement de la démence en cas de DCL/MCL, la mémantine est considérée comme le 2e choix après les AchE-I (voir ci-dessus). En cas de DLFT, il est recommandé de ne pas utiliser les deux groupes de substances. La mémantine a un effet sédatif plus marqué que les AchE-I.

4.1.3 Ginkgo biloba

Démence de type Alzheimer et démence vasculaire

La ligne directrice S3 allemande évalue positivement le ginkgo biloba à une dose de 240 mg par jour en ce qui concerne les « activités de la vie quotidienne » ainsi que, entre autres, les capacités cognitives. Son utilisation est recommandée en cas de maladie d'Alzheimer légère à modérée ou de démence vasculaire avec des symptômes comportementaux non psychotiques. Le degré de recommandation pour l'amélioration de la cognition est toutefois inférieur à celui des inhibiteurs de l'AChE, par exemple. Plusieurs préparations sont disponibles, dont la composition chimique diffère légèrement. La plupart des études scientifiques ont été menées avec l'extrait Egb 761. Dans l'ensemble, son utilisation est considérée comme sûre (Gruenwald et al., 2020). En raison de l'hétérogénéité des études, on dispose toutefois de peu de données sur la sécurité. On soupçonne une tendance accrue aux saignements, en particulier en combinaison avec des substances anticoagulantes. Dans l'ensemble, le traitement peut être envisagé en cas de démence légère à modérée due à une maladie d'Alzheimer, mais aussi à une démence vasculaire. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes qui favorisent les phytothérapies ou pour lesquelles les autres AchE-I et la mémantine ne sont pas envisageables.

Trouble cognitif subjectif (SCD) et trouble cognitif léger (MCI)

En Suisse, l'autorisation de ces substances est large (« pertes de capacités mentales »). Ainsi, les préparations à base de ginkgo sont les seules substances qui peuvent également être utilisées dans le MCI. Toutefois, de grandes études randomisées n'ont pas montré d'effet significatif sur le développement d'une démence (DeKosky, 2008; Vellas et al., 2012). En revanche, les données des registres de prescription montrent que les personnes sous ginkgo sont moins susceptibles de développer une démence (Bohlken et al., 2022). Cette divergence s'explique probablement par des différences méthodologiques et la durée d'observation. En résumé, un traitement au ginkgo peut être envisagé au stade SCD et MCI. Il devrait cependant toujours être accompagné de conseils détaillés sur les mesures de prévention de la démence (Livingston et al., 2020).

Autres formes de démence

Une preuve d'efficacité pour la DCL/MLC et la DLFT n'est pas disponible.

4.2 Thérapies de fond de la maladie

Pendant la période de rédaction des présentes recommandations thérapeutiques, des demandes d'autorisation de mise sur le marché ont été déposées auprès de Swissmedic pour les nouveaux traitements de fond de la maladie, le lecanemab et le donanemab. Une décision à ce sujet est en attente. Ces médicaments ont montré dans de grandes études de phase III qu'ils pouvaient réduire efficacement la charge amyloïde dans le cerveau des personnes aux stades cliniques précoces de la maladie d'Alzheimer et qu'ils avaient également des effets modérés sur la progression des symptômes cliniques.

Comme les présentes recommandations se limitent aux thérapies autorisées ou disponibles en Suisse, nous ne procédons pas (encore) à une évaluation plus approfondie de ces nouvelles thérapies. Nous vous renvoyons à des prises de position séparées qui seront publiées en temps voulu.

4.3 Autres thérapies médicamenteuses

Il est tout aussi important d'utiliser des médicaments pour améliorer la cognition que d'éviter ceux qui la détériorent. PRISCUS (Holt et al., 2010) et START-STOPP (O'Mahony, 2016) sont des compilations de médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées (Potentially inappropriate medication, (PIM) s). Il s'agit par exemple des antidépresseurs tricycliques, des benzodiazépines et des neuroleptiques, mais aussi des agonistes dopaminergiques, des opioïdes à longue durée d'action et de nombreux antihistaminiques.

Des recommandations détaillées sur le traitement médicamenteux des symptômes comportementaux et psychiques de la démence (SCPD) sont déjà disponibles (Savaskan et al., 2024, 2014).

5 Thérapies à base de substances / Compléments alimentaires

L'utilisation de compléments alimentaires dans le cadre de la démence fait l'objet de différentes approches thérapeutiques potentiellement efficaces, qui vont de l'approvisionnement du cerveau en micronutriments neuroprotecteurs spécifiques, à l'influence ciblée sur l'inflammation cérébrale via la modification du microbiome (algues brunes), en passant par l'amélioration énergétique au moyen d'un régime cétogène. Compte tenu du caractère pilote des études scientifiques disponibles, aucune recommandation générale ne peut être formulée à l'heure actuelle. Cela ne concerne pas le traitement de carences ciblées ni les recommandations générales de la médecine gériatrique concernant la vitamine D.

6 Perspectives

Pénurie de personnel qualifié et couverture des coûts

Malgré les derniers développements en matière de thérapies, la prise en charge et le traitement des pathologies démentielles resteront un défi sociétal. Ces défis s'intensifient considérablement en raison du doublement attendu du nombre de cas d'ici 2050 et de la pénurie de personnel spécialisé. Il ne semble actuellement pas réaliste d'offrir aux personnes atteintes de démence un traitement optimal sur l'ensemble du territoire. Bon nombre des recommandations formulées dans ce document doivent être adaptées en raison du manque d'offres locales et de leur financement. Mais il est surtout nécessaire d'ouvrir un débat de société sur ce que peuvent coûter les soins en matière de démence et sur le degré d'intégration des PAD, par exemple.

Nouvelles technologies

Les nouvelles technologies utilisées dans le domaine des soins concernent principalement les technologies de suivi ou d'assistance, les interventions cognitives basées sur ordinateur ou les robots sociaux.

Les appareils dotés de la technologie de suivi (p. ex., localisation GPS, capteur au sol) peuvent favoriser la sécurité des personnes atteintes de démence et rassurer les aidants et/ou les proches, ce qui leur permet par exemple de se déplacer librement à l'extérieur ou à l'intérieur de la maison et de conserver ainsi plus longtemps leur indépendance et leur participation sociale (Zucchella et al., 2018). Les technologies de suivi sont utilisées aux différents stades de la démence. En revanche, les technologies d'assistance (p. ex. systèmes de notification, tablettes avec fonction de rappel ou surveillance vidéo) peuvent aider les personnes à un stade MCI ou de démence débutante dans leurs activités quotidiennes (p. ex. leur rappeler de prendre leurs médicaments au bon moment) et ainsi préserver leur indépendance plus longtemps. (Zucchella et al., 2018). Ces deux technologies posent encore des questions éthiques non résolues et ne sont pas encore suffisamment soutenues par des directives en Suisse.

De plus amples informations sur la liste des moyens auxiliaires et sur les nouvelles technologies sont disponibles en ligne ([Page d'accueil: Alzheimer Suisse \(alzheimer-schweiz.ch\)](http://alzheimer-schweiz.ch)).

Les interventions basées sur l'informatique (cognitives), comme les jeux vidéo, les quiz ou le visionnage de vidéos, ont un effet positif sur les capacités cognitives générales, l'attention et la mémoire des personnes atteintes de démence (Pappadà et al., 2021; Zucchella et al., 2018). La ligne directrice S3 considère toutefois qu'il existe un faible niveau de preuves concernant l'utilisation d'un entraînement cognitif auto-administré pour les PAD, lorsque l'objectif est d'améliorer la cognition. Les études menées sont très hétérogènes. Les effets dépendent probablement du groupe cible et du cadre de l'entraînement (entraînement en groupe sur ordinateur sur place ou sur Internet) ainsi que du contenu de l'entraînement. Les personnes à un stade MCI ou de démence débutante ont tendance à préférer les tâches exigeantes (comme les quiz ou les jeux vidéo), tandis que les personnes atteintes de démence avancée ou sévère préfèrent les contenus statiques et sensoriels comme écouter de la musique ou regarder des vidéos (Pappadà et al., 2021). La technologie de la réalité virtuelle (RV), qui implique des simulations en temps réel et des interactions via plusieurs canaux sensoriels, fait également partie de ce groupe. Selon la revue de littérature de Zhu et al. (Zhu et al., 2021) la RV peut améliorer les fonctions cognitives et motrices des personnes atteintes de MCI ou de démence, notamment dans les domaines de l'attention/exécution, de la mémoire, de la cognition globale et de l'équilibre. Dans l'ensemble, il n'est toutefois pas possible de formuler une recommandation concernant les interventions assistées par ordinateur, car leur mise en œuvre et leur utilisation dans la pratique suisse ont fait l'objet de peu de recherches.

En ce qui concerne les robots sociaux, tels que PARO ou CuDDler (peluches mécaniques), les preuves sont mitigées. Certaines études ne montrent aucun effet supplémentaire des peluches mécaniques par rapport à l'utilisation de peluches traditionnelles (Pappadà et al., 2021). PARO, un phoque qui réagit à la voix et au toucher, est utilisé de manière isolée dans des homes suisses. PARO peut avoir un effet positif sur l'agitation, l'apathie, les symptômes dépressifs ainsi que sur les interactions sociales et le bien-être psychique (Ghafurian et al.,

2021; Hirt et al., 2021). Cependant, les études de synthèse ont récemment été plutôt négatives (Yu et al., 2022). PARO est utilisé aux différents stades de la démence. La manière dont les nouvelles technologies telles que les robots sociaux ou les technologies cognitives informatisées peuvent être mises en œuvre au quotidien (en particulier dans le contexte suisse) et utilisées à long terme n'a pas encore été suffisamment étudiée, ce qui explique le faible niveau de recommandation. Il est toutefois clair que les nouvelles technologies joueront un rôle plus important à l'avenir.

Remerciements

Avec l'aimable soutien de la Plateforme nationale sur la démence. Nous remercions senesuisse, association suisse d'établissements économiquement indépendante pour personnes âgées, et Soins de longue durée Suisse, association suisse des professionnels de l'accueil et des soins de longue durée, pour leur participation à la procédure de consultation. Nous remercions Reto Kressig pour ses commentaires complémentaires. Nous remercions Nadège Barro- Belaygues pour ses commentaires sur la version française des recommandations. Nous remercions Sandra Habegger pour l'édition du texte. Il s'agit de la 1ère édition des recommandations thérapeutiques. Le secrétariat de SMC reçoit volontiers des suggestions pour une nouvelle édition.

Littérature

- Ablinger, I., Dressel, K., Rott, T., Lauer, A.A., Tiemann, M., Batista, J.P., Taddey, T., Grimm, H.S., Grimm, M.O.W., 2022. Interdisciplinary Approaches to Deal with Alzheimer's Disease-From Bench to Bedside: What Feasible Options Do Already Exist Today? *Biomedicines* 10, 2922. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10112922>
- Abrahams, R., Liu, K.P.Y., Bissett, M., Fahey, P., Cheung, K.S.L., Bye, R., Chaudhary, K., Chu, L.-W., 2018. Effectiveness of interventions for co-residing family caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis. *Aust Occup Ther J* 65, 208–224. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12464>
- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., Herr, K., 2021. [Pain in dementia]. *Schmerz* 35, 130–138. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00501-w>
- Achterberg, W.P., Erdal, A., Husebo, B.S., Kunz, M., Lautenbacher, S., 2021. Are Chronic Pain Patients with Dementia Being Undermedicated? *J Pain Res* 14, 431–439. <https://doi.org/10.2147/JPR.S239321>
- Ahn, H., Horgas, A., 2013. The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatr* 13, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-14>
- Aminzadeh, F., Byszewski, A., Molnar, F.J., Eisner, M., 2007. Emotional impact of dementia diagnosis: exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging Ment Health* 11, 281–290. <https://doi.org/10.1080/13607860600963695>
- Atee, M., Morris, T., Macfarlane, S., Cunningham, C., 2021. Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *J Pain Symptom Manage* 61, 1215–1226. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.011>
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., Woods, B., 2013. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260.pub2>
- Baker, F.A., Bloska, J., Braat, S., Bukowska, A., Clark, I., Hsu, M.H., Kvamme, T., Lautenschlager, N., Lee, Y.-E.C., Smrokowska-Reichmann, A., Sousa, T.V., Stensaeth, K.A., Tamplin, J., Wosch, T., Odell-Miller, H., 2019. HOMESIDE: home-based family caregiver-delivered music and reading interventions for people living with dementia: protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open* 9, e031332. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031332>
- Ball, E.L., Owen-Booth, B., Gray, A., Shenkin, S.D., Hewitt, J., McCleery, J., 2020. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 8, CD003150. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003150.pub3>
- Becker, S., 2021. Case Management bei Demenz: Mehr als «nice to have» Case Management, 18(2), pp. 80-84.
- Beisteiner, R., Matt, E., Fan, C., Baldysiak, H., Schönfeld, M., Philippi Novak, T., Amini, A., Aslan, T., Reinecke, R., Lehrner, J., Weber, A., Reime, U., Goldenstedt, C., Marlinghaus, E., Hallett, M., Lohse-Busch, H., 2019. Transcranial Pulse Stimulation with Ultrasound in Alzheimer's Disease-A New Navigated Focal Brain Therapy. *Adv Sci (Weinh)* 7, 1902583. <https://doi.org/10.1002/advsc.201902583>
- Bennett, S., Laver, K., Voigt-Radloff, S., Letts, L., Clemson, L., Graff, M., Wiseman, J., Gitlin, L., 2019. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 9, e026308. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026308>
- Benussi, A., Cantoni, V., Grassi, M., Brechet, L., Michel, C.M., Datta, A., Thomas, C., Gazzina, S., Cotelli, M.S., Bianchi, M., Premi, E., Gadola, Y., Cotelli, M., Pengo, M., Perrone, F., Scolaro, M., Archetti, S., Solje, E., Padovani, A., Pascual-Leone, A., Borroni, B., 2022. Increasing Brain Gamma Activity Improves Episodic Memory and Restores Cholinergic Dysfunction in Alzheimer's Disease. *Ann Neurol* 92, 322–334. <https://doi.org/10.1002/ana.26411>

- Billington, J., Carroll, J., Davis, P., Healey, C., Kinderman, P., 2013. A literature-based intervention for older people living with dementia. *Perspect Public Health* 133, 165–173. <https://doi.org/10.1177/1757913912470052>
- Bohlken, J., Peters, O., Kostev, K., 2022. Association Between Ginkgo Biloba Extract Prescriptions and Dementia Incidence in Outpatients with Mild Cognitive Impairment in Germany: A Retrospective Cohort Study. *J Alzheimers Dis* 86, 703–709. <https://doi.org/10.3233/JAD-215348>
- Bruderer-Hofstetter, M., Tomic, S., Deininger, R., Eijqoudt, E., 2022. Entwicklung und Evaluation einer Trainingsapplikation für Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung [WWW Document]. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. URL <https://www.zhaw.ch/de/forschung/forschungsdatenbank/projektdetail/projektid/6156/> (accessed 11.20.23).
- Bürge, M., Bieri, G., Brühlmeier, M., Colombo, F., Demonet, J.-F., Felbecker, A., Georgescu, D., Gietl, A., Brioschi Guevara, A., Jüngling, F., Kirsch, E., Kressig, R.W., Kulic, L., Monsch, A.U., Ott, M., Pihan, H., Popp, J., Rampa, L., Rügger-Frey, B., Schneitter, M., Unschuld, P.G., von Gunten, A., Weinheimer, B., Wiest, R., Savaskan, E., 2018. Recommendations of Swiss Memory Clinics for the Diagnosis of Dementia. *Praxis (Bern 1994)* 107, 435–451. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002948>
- Buss, S.S., Fried, P.J., Pascual-Leone, A., 2019. Therapeutic noninvasive brain stimulation in Alzheimer’s disease and related dementias. *Curr Opin Neurol* 32, 292–304. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000669>
- Carter, G., Monaghan, C., Santin, O., 2020. What is known from the existing literature about peer support interventions for carers of individuals living with dementia: A scoping review. *Health Soc Care Community* 28, 1134–1151. <https://doi.org/10.1111/hsc.12944>
- Chandler, M.J., Parks, A.C., Marsiske, M., Rotblatt, L.J., Smith, G.E., 2016. Everyday Impact of Cognitive Interventions in Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev* 26, 225–251. <https://doi.org/10.1007/s11065-016-9330-4>
- Chen, M.-A., Liu, C.-K., Yang, Y.-H., Huang, S.-T., Yen, C.-W., Kabasawa, Y., Huang, H.-L., 2022. Clinical-based oral rehabilitation programme improved the oral diadochokinesis and swallowing function of older patients with dementia: A randomised controlled trial. *J Oral Rehabil* 49, 1163–1172. <https://doi.org/10.1111/joor.13375>
- Chou, Y.-H., Ton That, V., Sundman, M., 2020. A systematic review and meta-analysis of rTMS effects on cognitive enhancement in mild cognitive impairment and Alzheimer’s disease. *Neurobiol Aging* 86, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2019.08.020>
- Chu, C.H., Puts, M., Brooks, D., Parry, M., McGilton, K.S., 2020. A Feasibility Study of a Multifaceted Walking Intervention to Maintain the Functional Mobility, Activities of Daily Living, and Quality of Life of Nursing Home Residents With Dementia. *Rehabil Nurs* 45, 204–217. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000186>
- Clare, A., Camic, P., Crutch, S., 2020. Using Music to Develop a Multisensory Communicative Environment for People with Late-Stage Dementia | *The Gerontologist* | Oxford Academic [WWW Document]. URL <https://academic.oup.com/gerontologist/article/60/6/1115/5669944> (accessed 11.21.23).
- Cui, M.Y., Lin, Y., Sheng, J.Y., Zhang, X., Cui, R.J., 2018. Exercise Intervention Associated with Cognitive Improvement in Alzheimer’s Disease. *Neural Plast* 2018, 9234105. <https://doi.org/10.1155/2018/9234105>
- Cusic, E., Hoppe, M., Sultenfuss, M., Jacobs, K., Holler, H., Obembe, A., 2022. Multisensory Environments for Outcomes of Occupational Engagement in Dementia: A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* 40, 275–294. <https://doi.org/10.1080/02703181.2022.2028954>

- de Oliveira, A.M., Radanovic, M., Homem de Mello, P.C., Buchain, P.C., Dias Vizzotto, A., Harder, J., Stella, F., Piersol, C.V., Gitlin, L.N., Forlenza, O.V., 2019. An intervention to reduce neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in dementia: Preliminary results from a randomized trial of the tailored activity program-outpatient version. *Int J Geriatr Psychiatry* 34, 1301–1307. <https://doi.org/10.1002/gps.4958>
- Deeken, F., Rezo, A., Hinz, M., Discher, R., Rapp, M.A., 2019. Evaluation of Technology-Based Interventions for Informal Caregivers of Patients With Dementia-A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 27, 426–445. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.003>
- DeKosky, St., 2008. Ginkgo biloba for Prevention of Dementia: A Randomized Controlled Trial | Dementia and Cognitive Impairment | JAMA | JAMA Network [WWW Document]. URL <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182920> (accessed 11.2.23).
- Dementia Care Management Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Demenzen IQWiG-Berichte – Nr. 104 V20-03C, 2021.
- Deshmukh, S., Holmes, J., cardno, A., 2018. Art therapy for people with dementia. DGN, DGD, 2020. S1-Leitlinie Neurogene Dysphagie.
- DGPPN, 2023. S3-Leitlinie Demenzen.
- Duff, C., 2018. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers - NICE Guideline.
- Eibl, K., Simon, C., Tilz, C., Kriegel, W., 2019. Sprachtherapie in Neurologie, Geriatrie und Akuterehabilitation. pp. 483–541.
- Empfehlungen für Langzeitinstitutionen: Alzheimer Schweiz [WWW Document], 2020. URL <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/empfehlungen-fuer-langzeitinstitutionen> (accessed 11.21.23).
- Evidenzbericht der S3-Leitlinie Demenzen: Strukturierte Aufklärung über die Erstdiagnose. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) fF20-03E 2021, 2021.
- Flotho, W., Sibold, C., 2021. HED-I Häusliche Ergotherapie bei Demenz Interventionsprogramm für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz und ihre Angehörigen im häuslichen Umfeld.
- Freeman, M., Ayers, C., Peterson, C., Kansagara, D., 2019. Aromatherapy and Essential Oils: A Map of the Evidence, VA Evidence-based Synthesis Program Reports. Department of Veterans Affairs (US), Washington (DC).
- Fusar-Poli, L., Bieleninik, Ł., Brondino, N., Chen, X.-J., Gold, C., 2018. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health* 22, 1097–1106. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348474>
- Gangemi, A., Colombo, B., Fabio, R.A., 2021. Effects of short- and long-term neurostimulation (tDCS) on Alzheimer's disease patients: two randomized studies. *Aging Clin Exp Res* 33, 383–390. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01546-8>
- Garrido, S., Stevens, C.J., Chang, E., Dunne, L., Perz, J., 2018. Music and Dementia: Individual Differences in Response to Personalized Playlists. *J Alzheimers Dis* 64, 933–941. <https://doi.org/10.3233/JAD-180084>
- Gassner, L., Geretsegger, M., Mayer-Ferbas, J., 2022. Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews. *Eur J Public Health* 32, 27–34. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab042>
- Gates, N., Fiatarone Singh, M.A., Sachdev, P.S., Valenzuela, M., 2013. The effect of exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 21, 1086–1097. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.02.018>
- Ghafurian, M., Hoey, J., Dautenhahn, K., 2021. Social Robots for the Care of Persons with Dementia: A Systematic Review. *J. Hum.-Robot Interact.* 10, 1–31. <https://doi.org/10.1145/3469653>

- Gilbert, E., Villa, D., Riley, G.A., 2023. A scoping review of psychosocial interventions to enhance the relationship of couples living with dementia. *Dementia (London)* 22, 1164–1198. <https://doi.org/10.1177/14713012231166474>
- Gong, M., Dong, H., Tang, Y., Huang, W., Lu, F., 2020. Effects of aromatherapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 274, 1028–1040. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.118>
- Gruenwald, J., Eckert, A., Kressig, R.W., 2020. The Effects of Standardized Ginkgo Biloba Extracts (GBE) on Subjective Cognitive Decline (SCD) in Middle-Aged Adults: A Review [WWW Document]. URL <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=100571> (accessed 3.21.24).
- Hickey, E., Bourgeois, M., 2009. *Dementia From Diagnosis to Management - A Functional Approach*.
- Hirt, J., Ballhausen, N., Hering, A., Kliegel, M., Beer, T., Meyer, G., 2021. Social Robot Interventions for People with Dementia: A Systematic Review on Effects and Quality of Reporting. *J Alzheimers Dis* 79, 773–792. <https://doi.org/10.3233/JAD-200347>
- Hobson, N., Dupuis, S.L., Giangregorio, L.M., Middleton, L.E., 2020. Perceived Facilitators and Barriers to Exercise Among Older Adults With Mild Cognitive Impairment and Early Dementia. *J Aging Phys Act* 28, 208–218. <https://doi.org/10.1123/japa.2019-0010>
- Holt, S., Schmiedl, S., Thürmann, P.A., 2010. PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen.
- Howard, R., McShane, R., Lindesay, J., Ritchie, C., Baldwin, A., Barber, R., Burns, A., Dening, T., Findlay, D., Holmes, C., Jones, Robert, Jones, Roy, McKeith, I., Macharouthu, A., O'Brien, J., Sheehan, B., Juszczak, E., Katona, C., Hills, R., Knapp, M., Ballard, C., Brown, R.G., Banerjee, S., Adams, J., Johnson, T., Bentham, P., Phillips, P.P.J., 2015. Nursing home placement in the Donepezil and Memantine in Moderate to Severe Alzheimer's Disease (DOMINO-AD) trial: secondary and post-hoc analyses. *The Lancet Neurology* 14, 1171–1181. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00258-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00258-6)
- Huang, X., Zhao, X., Li, B., Cai, Y., Zhang, S., Wan, Q., Yu, F., 2022. Comparative efficacy of various exercise interventions on cognitive function in patients with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and network meta-analysis. *J Sport Health Sci* 11, 212–223. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2021.05.003>
- Huber, A., Oppikofer, S., Meister, L., Langensteiner, F., Meier, N., Seifert, A., 2021. Music & Memory: The Impact of Individualized Music Listening on Depression, Agitation, and Positive Emotions in Persons with Dementia. *Activities, Adaptation & Aging* 45, 70–84. <https://doi.org/10.1080/01924788.2020.1722348>
- Husebo, B.S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O.B., Aarstrand, D., 2011. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 343, d4065. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>
- Imhof, D.R.M., Imhof, D.L., 2020. Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich.
- Jackson, D., Roberts, G., Wu, M.L., Ford, R., Doyle, C., 2016. A systematic review of the effect of telephone, internet or combined support for carers of people living with Alzheimer's, vascular or mixed dementia in the community. *Arch Gerontol Geriatr* 66, 218–236. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.013>
- Jonas, H.E., Javorszky, S.M., 2022. Ernährung bei fortgeschrittener Demenz - Möglichkeiten und Grenzen logopädischer Dysphagietherapie.
- Klimova, B., Toman, J., Kuca, K., 2019. Effectiveness of the dog therapy for patients with dementia - a systematic review. *BMC Psychiatry* 19, 276. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2245-x>
- Koch, G., Casula, E.P., Bonni, S., Borghi, I., Assogna, M., Minei, M., Pellicciari, M.C., Motta, C., D'Acunto, A., Porrazzini, F., Maiella, M., Ferrari, C., Caltagirone, C., Santarnecchi, E., Bozzali, M., Martorana, A., 2022. Precuneus magnetic stimulation for Alzheimer's disease: a randomized, sham-controlled trial. *Brain* 145, 3776–3786. <https://doi.org/10.1093/brain/awac285>

- Kohler, M., Mullis, J., Burgstaller, M., Schwarz, J., Saxer, S., 2018. Auswirkungen von Basaler Berührung auf das herausfordernde Verhalten während der Körperpflege bei Menschen mit Demenz: eine Mixed Methods Studie. *Klinische Pflegeforschung* 4, 13–26. <https://doi.org/10.6094/KlinPfleg.4.13>
- Korczak, D., Habermann, C., Braz, S., 2013. Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz.
- Korczak, D., Steinhäuser, G., Kuczera, C., 2012. Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz.
- Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Sabates, J., Woods, B., Clare, L., 2023. Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 6, CD013388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013388.pub2>
- Kuhn, J., Hardenacke, K., Lenartz, D., Gruendler, T., Ullsperger, M., Bartsch, C., Mai, J.K., Zilles, K., Bauer, A., Matusch, A., Schulz, R.-J., Noreik, M., Bührle, C.P., Maintz, D., Woopen, C., Häussermann, P., Hellmich, M., Klosterkötter, J., Wiltfang, J., Maarouf, M., Freund, H.-J., Sturm, V., 2015. Deep brain stimulation of the nucleus basalis of Meynert in Alzheimer's dementia. *Mol Psychiatry* 20, 353–360. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.32>
- Law, C.-K., Lam, F.M., Chung, R.C., Pang, M.Y., 2020. Physical exercise attenuates cognitive decline and reduces behavioural problems in people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review. *J Physiother* 66, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.11.014>
- Laxton, A.W., Tang-Wai, D.F., McAndrews, M.P., Zumsteg, D., Wennberg, R., Keren, R., Wherrett, J., Naglie, G., Hamani, C., Smith, G.S., Lozano, A.M., 2010. A phase I trial of deep brain stimulation of memory circuits in Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 68, 521–534. <https://doi.org/10.1002/ana.22089>
- Leniz, J., Higginson, I.J., Yi, D., Ul-Haq, Z., Lucas, A., Sleeman, K.E., 2021. Identification of palliative care needs among people with dementia and its association with acute hospital care and community service use at the end-of-life: A retrospective cohort study using linked primary, community and secondary care data. *Palliat Med* 35, 1691–1700. <https://doi.org/10.1177/02692163211019897>
- Lissek, V., Suchan, B., 2021. Preventing dementia? Interventional approaches in mild cognitive impairment. *Neurosci Biobehav Rev* 122, 143–164. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.022>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., 2020. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission.
- Lozano, A.M., Fosdick, L., Chakravarty, M.M., Leoutsakos, J.-M., Munro, C., Oh, E., Drake, K.E., Lyman, C.H., Rosenberg, P.B., Anderson, W.S., Tang-Wai, D.F., Pendergrass, J.C., Salloway, S., Asaad, W.F., Ponce, F.A., Burke, A., Sabbagh, M., Wolk, D.A., Baltuch, G., Okun, M.S., Foote, K.D., McAndrews, M.P., Giacobbe, P., Targum, S.D., Lyketsos, C.G., Smith, G.S., 2016. A Phase II Study of Fornix Deep Brain Stimulation in Mild Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis* 54, 777–787. <https://doi.org/10.3233/JAD-160017>
- Maurer, C., Vosseler, B., Senn, B., Gattinger, H., 2018. Angepasste Bewegungsunterstützung – Interaktionsgeschehen am Beispiel einer kinästhetischen Mobilisation. *Pflege* 31, 145–154. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000613>
- Monsch, A.U., Büla, C., Hermelink, M., Kressig, R.W., Martensson, B., Mosimann, U., Müri, R., Vögeli, S., von Gunten, A., *Alzheimer Forum Schweiz*, 2012. [Consensus 2012--diagnosis and treatment of patients with dementia in Switzerland]. *Praxis (Bern 1994)* 101, 1239–1249. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001085>
- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., Pintado, C., 2020. Music Therapy in the Treatment of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)* 7, 160. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00160>

- Ng, L., Oliver, E., Laver, K., 2023. Beyond garden design: A review of outdoor occupation in hospital and residential care settings for people with dementia. *Aust Occup Ther J* 70, 97–118. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12826>
- Nordström, P., Religa, D., Wimo, A., Winblad, B., Eriksdotter, M., 2013. The use of cholinesterase inhibitors and the risk of myocardial infarction and death: a nationwide cohort study in subjects with Alzheimer's disease. *Eur Heart J* 34, 2585–2591. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh182>
- O'Mahony, D., 2016. STOPP-START v.2.
- Pappadà, A., Chattat, R., Chirico, I., Valente, M., Ottoboni, G., 2021. Assistive Technologies in Dementia Care: An Updated Analysis of the Literature. *Front Psychol* 12, 644587. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644587>
- Piers, R., Albers, G., Gilissen, J., De Lepeleire, J., Steyaert, J., Van Mechelen, W., Steeman, E., Dillen, L., Vanden Berghe, P., Van den Block, L., 2018. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliat Care* 17, 88. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0332-2>
- Popa, L.-C., Manea, M.C., Velcea, D., Șalapa, I., Manea, M., Ciobanu, A.M., 2021. Impact of Alzheimer's Dementia on Caregivers and Quality Improvement through Art and Music Therapy. *Healthcare* 9, 698. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060698>
- Röker, M., Ballmer, T., Gantschnig, B., 2022. Projekt „Evidenz Aktivierung“ – Bericht zur Befragung.
- Rusted, J., Sheppard, L., Waller, D., 2006. A Multi-centre Randomized Control Group Trial on the Use of Art Therapy for Older People with Dementia. *Group Analysis* 39, 517–536. <https://doi.org/10.1177/0533316406071447>
- Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, M., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R.W., Monsch, A., Mosimann, U.P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R., Wollmer, M.A., 2014. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis, Neue Publikation* 2024 103, 135–148. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001547>
- Savaskan, E., Georgescu, D., Becker, S., Benkert, B., Blessing, A., Bürge, M., Felbecker, A., Hatzinger, M., Hemmeter, U.M., Klöppel, S., Erlinger, G.L., Lornsen, F.J., Ngamsri, T., Peter, J., Schlögl, M., Sollberger, M., Verloo, H., Vögeli, S., Zúñiga, F., 2024. Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD).
- Saynisch, K., Beer, T., 2021. Verstehen entsteht während der Interaktion Videographische Analyse von Interaktionsdynamiken zwischen Personen mit Demenz und Pflegenden bei der Mundpflege. *QuPuG* 08/21 (1): 23-31.
- Schuler, M., 2019. [Treatment of pain in people with dementia]. *Z Gerontol Geriatr* 52, 607–622. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01578-4>
- Sherman, D.S., Mauser, J., Nuno, M., Sherzai, D., 2017. The Efficacy of Cognitive Intervention in Mild Cognitive Impairment (MCI): a Meta-Analysis of Outcomes on Neuropsychological Measures. *Neuropsychol Rev* 27, 440–484. <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9363-3>
- Sikkes, S.A.M., Tang, Y., Jutten, R.J., Wesselman, L.M.P., Turkstra, L.S., Brodaty, H., Clare, L., Cassidy-Eagle, E., Cox, K.L., Chételat, G., Dautricourt, S., Dhana, K., Dodge, H., Dröes, R.-M., Hampstead, B.M., Holland, T., Lampit, A., Laver, K., Lutz, A., Lautenschlager, N.T., McCurry, S.M., Meiland, F.J.M., Morris, M.C., Mueller, K.D., Peters, R., Ridet, G., Spector, A., van der Steen, J.T., Tamplin, J., Thompson, Z., ISTAART Non-pharmacological Interventions Professional Interest Area, Bahar-Fuchs, A., 2020. Toward a theory-based specification of non-pharmacological treatments in aging and dementia: Focused reviews and methodological recommendations. *Alzheimers Dement* 17, 255–270. <https://doi.org/10.1002/alz.12188>

- Smith, B.C., D'Amico, M., 2020. Sensory-Based Interventions for Adults with Dementia and Alzheimer's Disease: A Scoping Review. *Occup Ther Health Care* 34, 171–201. <https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1608488>
- Steiner, J., 2018. Demenz verstehen und logopädisch behandeln.
- Steiner, J., 2010. Sprachtherapie bei Demenz Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis.
- Swinnen, N., Vandenbulcke, M., de Bruin, E.D., Akkerman, R., Stubbs, B., Firth, J., Vancampfort, D., 2021. The efficacy of exergaming in people with major neurocognitive disorder residing in long-term care facilities: a pilot randomized controlled trial. *Alzheimers Res Ther* 13, 70. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00806-7>
- Taylor, J.-P., McKeith, I.G., Burn, D.J., Boeve, B.F., Weintraub, D., Bamford, C., Allan, L.M., Thomas, A.J., O'Brien, J.T., 2020. New evidence on the management of Lewy body dementia. *Lancet Neurol* 19, 157–169. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30153-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30153-X)
- Tesky, V.A., Schall, A., Pantel, J., 2023. [Non-pharmacological interventions for people with dementia]. *Inn Med (Heidelb)* 64, 139–146. <https://doi.org/10.1007/s00108-022-01446-1>
- Testerink, G., ten Brug, A., Douma, G., van der Putten, A., 2023. Snoezelen in people with intellectual disability or dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances* 5, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100152>
- van der Steen, J.T., Radbruch, L., Hertogh, C.M.P.M., de Boer, M.E., Hughes, J.C., Larkin, P., Francke, A.L., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., Koopmans, R.T.C.M., Volicer, L., European Association for Palliative Care (EAPC), 2014. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 28, 197–209. <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>
- van der Wardt, V., Hancox, J., Pollock, K., Logan, P., Vedhara, K., Harwood, R.H., 2020. Physical activity engagement strategies in people with mild cognitive impairment or dementia - a focus group study. *Aging Ment Health* 24, 1326–1333. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1590308>
- Vellas, B., Coley, N., Ousset, P.-J., Berrut, G., Dartigues, J.-F., Dubois, B., Grandjean, H., Pasquier, F., Piette, F., Robert, P., Touchon, J., Garnier, P., Mathiex-Fortunet, H., Andrieu, S., GuidAge Study Group, 2012. Long-term use of standardised Ginkgo biloba extract for the prevention of Alzheimer's disease (GuidAge): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 11, 851–859. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70206-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70206-5)
- Volkmer, A., Spector, A., Meitanis, V., Warren, J.D., Beeke, S., 2020. Effects of functional communication interventions for people with primary progressive aphasia and their caregivers: a systematic review. *Aging Ment Health* 24, 1381–1393. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1617246>
- Werner, J., Wosch, T., Gold, C., 2017. Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. *Aging Ment Health* 21, 147–155. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1093599>
- Woods, B., Rai, H., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., Spector, A., 2023. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review).
- Xu, H., Garcia-Ptacek, S., Jönsson, L., Wimo, A., Nordström, P., Eriksson, M., 2021. Long-term Effects of Cholinesterase Inhibitors on Cognitive Decline and Mortality. *Neurology* 96, e2220–e2230. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000011832>
- Yu, C., Sommerlad, A., Sakure, L., Livingston, G., 2022. Socially assistive robots for people with dementia: Systematic review and meta-analysis of feasibility, acceptability and the effect on cognition, neuropsychiatric symptoms and quality of life. *Ageing Res Rev* 78, 101633. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101633>
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., Zhao, Q., 2017. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic

- review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 35, 1–11.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.12.003>
- Zhu, S., Sui, Y., Shen, Y., Zhu, Y., Ali, N., Guo, C., Wang, T., 2021. Effects of Virtual Reality Intervention on Cognition and Motor Function in Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Aging Neurosci* 13, 586999. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.586999>
- Zucchella, C., Sinfiorani, E., Tamburin, S., Federico, A., Mantovani, E., Bernini, S., Casale, R., Bartolo, M., 2018. The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Front Neurol* 9, 1058. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.01058>

Mentions légales

Éditeur

Swiss Memory Clinics
Plateforme nationale démence (Office fédéral de la santé publique OFSP)

Contact

Assosiation Swiss Memory Clinics
info@swissmemoryclinics.ch
www.swissmemoryclinics.ch

Date de publication

Juin 2024

Versions linguistiques

Cette publication est disponible en allemand, en français et en italien.

Version digitale

www.ofsp.admin.ch/demence > Thèmes principaux > Maintien à domicile