

Questions posées par le déremboursement des médicaments de la maladie d'Alzheimer : entre droit et éthique

Issues of the delisting of anti-Alzheimer's drugs in France: between the law and ethics

CYRIL HAZIF-THOMAS¹
VÉRONIQUE LEFEBVRE DES NOËTTES²

¹ Psychiatrie de la personne âgée,
Espace de réflexion éthique
de Bretagne, EA Lab-Lex 7480,
Brest, France

² Psychiatrie de la personne âgée,
Hôpital Emile-Roux, Limeil Brevannes,
France

Correspondance : C. Hazif-Thomas
<cyril.hazifthomas@chu-brest.fr>

Résumé. Revenir sur le déremboursement des médicaments de la maladie d'Alzheimer sous le double prisme de la jurisprudence du Conseil d'État et d'un pas de côté éthique est une nécessité tant les débats sont encore passionnés : les malades et leurs familles se sentent abandonnés, les praticiens de terrain désarmés, les sociétés savantes alarment les pouvoirs publics et leurs instances sans aucun écho à ce jour. Comment les seuls médicaments disponibles pour freiner, chez les patients répondeurs, l'évolution inexorable de la maladie d'Alzheimer, peuvent, après trois réévaluations de la Haute autorité de santé (HAS) (2007, 2011, 2016), finalement être déremboursés et donc, de fait, retirés du panel thérapeutique des médecins, alors que les effets bénéfiques, bien que modestes sur la cognition, restaient bien réels sur d'autres symptômes comme l'apathie ou certaines hallucinations ? Comment ne pas voir dans ce signal un désengagement fort de l'État ? Comment maintenir une confiance entre les malades, leurs familles et les soignants faite d'inquiétude et de patience ?

Mots clés : médicaments anti-Alzheimer, éthique, juridique, soins, inquiétude, patience, vulnérabilité

Abstract. Going back to the delisting of drugs for Alzheimer's disease under the double prism of the jurisprudence of the State Council and from a sidestep of ethics is a requirement about the persistence of still passionate debates: the patients and their families feel abandoned, practitioners in the field distraught, and learned societies alarming the public authorities and their instances without any response to date. How the only drugs available, in responder patients, to slow down the inexorable progression of Alzheimer's disease, can finally be defunded, after three Superior Health Authority reassessments (2007, 2011, 2016) and therefore virtually removed from the therapeutic panel of physicians, while their beneficial effects, although modest on cognition, remained very actual on other symptoms such as apathy or hallucinations? How can this decision not to be understood as a signal of a disengagement from the state? How to maintain the trusting relationships between the patients, their families and caregivers, made of worry and patience?

Key words: anti-Alzheimer drugs, ethics, legal, care, worry, patience, vulnerability

La récente jurisprudence du Conseil d'État [1] est intéressante à plus d'un titre quant à la situation actuelle des politiques de santé face aux maladies chroniques pour lesquelles la société cherche une réponse globale aux problèmes posés. À ce titre, son analyse s'impose tant au plan juridique qu'éthique. La question du déremboursement des médicaments de la maladie d'Alzheimer est, en effet, débattue par la communauté médicale de façon passionnelle depuis ces dix dernières années [2]. On ne s'interroge pas que sur l'efficacité thérapeutique, telle qu'appréhendée par l'*evidence-based*

medicine, mais aussi sur la pertinence des soins assurés par ce type de molécules. Le débat a pris un tour juridique avec l'abrogation de la recommandation sur le diabète de type 2 suite à la décision du Conseil d'État le 27 avril 2011 [3] : en effet, le président de la Haute autorité de santé (HAS), sous la pression de l'association Formindep, annonce peu après sur France Inter le retrait « spontané » de la recommandation professionnelle sur la maladie d'Alzheimer. On sait bien que chaque molécule inscrite au remboursement doit être réévaluée au plus tard tous les cinq ans. Mais cette évolution est devenue médiatique et politique lorsque la

commission de transparence procède, par deux fois, à la réévaluation du service médical rendu des thérapeutiques anti-Alzheimer, fixant un compromis illisible pour les soignants.

Les spécialités pharmaceutiques, au premier rang duquel figurent les médicaments anticholinestérasiques ainsi que la mémantine, toutes spécialités intervenant dans la démence légère à modérément sévère pour la première classe et sévère pour la seconde, ont alors fait l'objet d'un avis par lequel leur taux de remboursement a été réduit à 15 % en 2012. Mais l'existence d'effets secondaires, dont l'importance fait peu consensus, les pressions de l'industrie pharmaceutique et l'influence des médecins et des associations de malades, dont France Alzheimer, se heurtent alors aux critiques des spécialistes en soins premiers, emmenés par la revue *Prescrire*, mais aussi par une partie de la communauté Alzheimer elle-même, pour qui « Bien plus qu'une réalité médicale, la maladie d'Alzheimer est en réalité une construction sociale pour décrire la vieillesse » [4]. Ainsi le professeur Olivier Saint-Jean critique dans son livre « *Alzheimer, le grand leurre* », la position floue des Pouvoirs publics, suspectant que l'argument empêchant de stopper la prise en charge par l'Assurance-maladie vient de ce que « Supprimer le traitement, c'est courir le risque de voir disparaître les effets positifs des 3 plans Alzheimer » [4].

Ces désaccords au sein même des professionnels de santé pouvaient sembler réglés lorsque la Ministre des solidarités et de la santé prit un arrêté en mai 2018 actant l'intérêt médical insuffisant des médicaments à visée symptomatique dans la maladie d'Alzheimer [5].

Le décret pris en application (articles R. 163-3 et R. 163-7 du code de la Sécurité sociale) permet de radier « de la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du même code les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ». Il s'appuie donc sur les travaux de la Commission de la transparence qui a estimé que les médicaments présentaient un service médical rendu insuffisant pour un maintien sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux.

Cette décision est immédiatement saluée par le Collège de la médecine générale [6], mais a beaucoup inquiété la base soignante ainsi que les proches aidants et les familles de malades Alzheimer qui se sont sentis largement abandonnés. C'est donc peu dire que les malades et leurs médecins se sont intéressés au sort de ces deux arrêtés contestés par la Fédération des centres mémoires ainsi que

par les sociétés savantes qui demandaient de concert au Conseil d'État d'annuler pour excès de pouvoir le dit arrêté portant radiation de spécialités pharmaceutiques en cause. La Fédération des Centres mémoire ainsi que six sociétés savantes et organisations professionnelles de gériatrie, neurologie ou neuropsychiatrie décident alors de porter le fer sur la régularité des avis de la Commission de transparence. Au centre de ce recours, l'impact majeur de cette décision sur le quotidien des personnes malades et de leurs familles. Mais il s'agissait surtout de faire la lumière sur la partialité supposée d'un des membres de la Commission de la transparence ainsi que de deux des experts extérieurs sollicités par la Commission, suspectés de n'avoir pas su s'abstenir de toute prise de position publique qui serait de nature à compromettre le respect du principe d'impartialité. Le Conseil d'État rend ici, assez logiquement, un arrêt de rejet de la requête.

Mais pouvait-il en être autrement ?

Les juges du Palais royal ont en effet estimé qu'« Il ne ressort toutefois pas des pièces du dossier que les personnes ainsi mises en cause auraient été mues par un intérêt personnel ou qu'elles auraient eu des liens avec une entreprise intéressée aux résultats de l'examen des spécialités en litige auquel la commission de la transparence devait procéder les 6 juillet et 19 octobre 2016, leur conférant un intérêt à la question de leur prise en charge par l'assurance-maladie. » Il ne ressort pas davantage de son examen que l'expert central, auteur de prises de positions tant dans la presse écrite que dans la sphère médiatique « ne s'opposait à ce qu'il prenne part, dans le respect du principe d'impartialité qui s'impose à tous les organes administratifs, à la délibération des avis en cause. » Tout au plus a-t-il manqué de discrétion professionnelle en faisant « publier un entretien dans la presse généraliste le jour même de l'avis du 19 octobre 2016 », étant ici précisé que cette discrétion porte sur des faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions, dans les mêmes conditions que celles qui sont définies pour les fonctionnaires, à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983. Pour autant ce manque de professionnalisme ne s'avère pas «... de nature à entacher d'irrégularité les avis rendus par la commission de la transparence les 6 juillet et 19 octobre 2016, pas davantage que la circonstance qu'il ait, postérieurement à ces avis, écrit un ouvrage, publié en avril 2018, consacré à la maladie d'Alzheimer, dans lequel il dénonce la médicalisation excessive de cette maladie et décrit la procédure qui s'est déroulée devant la commission de la transparence.

¹ Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

Dans ces conditions, les requérantes ne sont pas fondées à soutenir que l'arrêté attaqué aurait été pris au vu d'avis entachés d'irrégularité. »

Il opère ensuite un contrôle de l'appréciation du service médical rendu par les spécialités en litige, qui selon l'article R. 163-3 en son (I) du code de la sécurité sociale « prend en compte l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique ». Il constate dès lors l'effet des plus modestes des thérapeutiques sur les fonctions cognitives et les actes de la vie quotidienne des patients, relevant des risques liés aux effets indésirables et la iatrogénie secondaire aux interactions pharmacologiques. Au terme de son examen, il ressort que le Ministère de la Santé n'a "pas commis d'erreur manifeste d'appréciation en jugeant insuffisant le service médical rendu par ces spécialités [...] et en décidant de les radier pour ce motif de la liste des médicaments remboursables".

Rappelons à ce stade qu'un SMR insuffisant ne veut pas dire que le médicament est inutile, il peut présenter notamment un effet psychotrope d'intérêt chez certains patients. Certains patients paieront désormais pour leur traitement ou opéreront pour des versions génériques. Dès lors c'est bien la responsabilité épistémique des médecins qui est en jeu désormais : « Vu l'absence de médicaments spécifiques utiles, il est donc plus que jamais prioritaire d'améliorer le parcours de soins de ces personnes gravement malades, de ne pas les déshumaniser, de favoriser leur maintien à domicile, de traiter, avec des médicaments si nécessaire (comme rappelé dans le guide Parcours de soins de la HAS), leurs symptômes non cognitifs, de soutenir et soigner leurs aidants, d'évaluer en permanence leur état de santé, de comprendre ce qui les gêne, les bloquent... Pour leur apporter, dans toute cette tristesse et cette fin de vie, un maximum d'humanité ! » [7].

Au total, si le Conseil d'État précise ici les obligations incombant aux membres de la commission de la transparence de la HAS [8], il se montre en outre conscient de la responsabilité épistémique concernant les professionnels de santé : il mentionne des zones de non-savoir persistantes, admettant « le caractère difficilement transposable en conditions réelles d'utilisation des résultats des essais cliniques menés [...] sans qu'il soit possible en l'état des connaissances d'identifier a priori les patients ayant une bonne réponse à ces spécialités, et alors que les interventions non médicamenteuses, qu'il appartient au demeurant aux pouvoirs publics de développer, sont essentielles à la prise en charge des patients ». Telle est l'analyse

juridique que l'on peut tirer de cet ultime volet du déremboursement des médicaments prescrits dans la maladie d'Alzheimer.

Mais est-ce éthique quant à la situation des malades et de leurs familles ?

N'oblige-t-on pas les médecins à réduire leur palette thérapeutique ? Jusque-là, avant l'arrêté contesté et validé par le Conseil d'État, quatre spécialités pharmaceutiques étaient souvent prescrites pour la maladie d'Alzheimer. Leur coût a été estimé à 187 millions d'euros par an et leur usage confirmé avec un SMR faible... car il n'existait aucune autre molécule utilisable. De sorte que l'on considèrerait que les supprimer reviendrait à priver de toute thérapie l'écrasante majorité du million de Français atteints d'une pathologie démentielle [9].

Ne serait-il pas raisonnable que la Sécurité sociale puisse moduler le remboursement des médicaments non seulement en fonction de leur efficacité thérapeutique mais aussi de leur intérêt social ? C'est ce que dessine la réflexion de Me Lefebvre des Noëttes qui pointe que pour les familles qui souhaitent continuer à avoir recours aux médicaments anti-Alzheimer, cela signifie un surcoût et une injustice sociale : « Compte tenu du reste à charge extrêmement élevé auquel sont confrontées les familles (plus de 1 200 euros/mois en moyenne), il faudra déboursier et assumer les 20 euros par mois que coûte le traitement. » [10]. Et en effet, nul doute qu'avec l'entérinement de l'arrêté de déremboursement et la confirmation du déremboursement des médicaments qui en découle, c'est une partie du lien thérapeutique qui est rompu.

Dès lors qu'on reconnaît la maladie d'Alzheimer comme un défi sociétal et éthique devant les problèmes qu'elle pose aux individus et aux aidants, cette décision du Conseil d'État, pour logique qu'elle soit, risque de compliquer encore un peu plus la donne médico-psychologique et neuro-gériatrique. C'est qu'un statut quo s'était installé mettant en lien information donnée aux malades et prescription des médicaments : « Le diagnostic de maladie d'Alzheimer figure sur la notice des médicaments anticholinestérasiques, ce qui oblige théoriquement à informer le patient. » [11]. Mais il est vrai que rien n'interdit que ce lien thérapeutique soit évolutif et qu'un autre regard sur la maladie puisse le métamorphoser en vue d'une prise en

² Service médical rendu.

charge plus centrée sur la personne et moins dépendante du filtre médicamenteux à travers lequel les médecins ont pris l'habitude de doser leur investissement.

Cela invite à regarder non plus la maladie d'Alzheimer comme un objet complexe qu'un abord interdisciplinaire permettrait de reconstruire afin de mieux l'appréhender mais plutôt comme un objet intégratif pour lequel subsistent des zones d'ombre, rendant compte d'un savoir encore en gestation, ce qui rappelle que l'*alzheimerologie* est encore une science neuve. C'est donc avec humilité et vers une éthique du soin ouvert sur la rencontre qu'il faut se tourner si le projet de développer les approches non médicamenteuses et un accompagnement psychosocial peut advenir avec ou sans médicaments, disponibles et reconnus en termes de service médical rendu. Mais cela suppose un art toujours singulier, celui de savoir osciller entre patience et inquiétude afin de revenir à la clinique : « le clinicien, par nature phénoménologue, s'il veut être soignant, doit être également patient. Patient veut dire qu'il prend la figure d'un « éthicien ». Pour fonder son éthique, il ne peut se contenter de la lecture et de l'application d'un Code de déontologie ; il doit aussi prendre la posture d'un métaphysicien et parcourir le chemin qui va de la patience à l'inquiétude » [12].

Quand on accepte de prendre ce recul avec et sur la pratique clinique, on se rend compte que les « déclin résilients » (les fameux patients répondeurs), à l'occasion observés avec ces thérapeutiques aujourd'hui déremboursées, sont au rendez-vous lorsque le médecin a été et reste patient... tout en restant inquiet, ce qui implique de travailler le lien transférentiel tout autant que de regarder la maladie d'Alzheimer non plus comme une affection neurodégénérative mais bien comme une maladie neuro-évolutive. Olivier Saint-Jean [13], lui-même, remarque que persiste un non-savoir, que les malades bons répondeurs aux IAEC sont identifiables également comme bons répondeurs au placebo, mais un peu plus nombreux (5 à 15 % selon les études) et s'améliorant un peu plus sous IAEC.

Ce détour par l'éthique au lit du patient peut aider à mieux comprendre la problématique posée par la tendance à la médicalisation ou à la démedicalisation de la maladie d'Alzheimer que vient cristalliser ce débat sur le déremboursement des molécules litigieuses. Rappelons à ce propos ce qu'énonçaient Delrieu et Vellas en 2010 [14] : « Les thérapeutiques dont nous disposons actuellement sont des traitements symptomatiques qui ne modifient pas l'évolution de la maladie ». Ce ne sont donc pas, *stricto sensu*, des médicaments adaptés à une maladie neuro-évolutive.

À l'opposé de l'approche en faveur de médicaments dits physiopathologiques, chère au Pr Bruno Vellas, Michèle

Grosclaude expliquait, en 1994, que dans la démence « le sujet est perdu à lui-même et aux autres », mais qu'il est « trouvable » et « retrouvable » [15], ce qui ouvrait la voie à l'approche psychothérapeutique. Nous pourrions conclure de la même manière quant aux médicaments symptomatiques qui ont longtemps été regardés à travers le prisme d'un SMR important ou faible mais non insuffisant : « le médicament est perdu à lui-même et aux autres, mais il est trouvable et retrouvable, notamment aux yeux des aidants qui préfèrent penser avec le médicament que sans, ce qui est humain. » Et ce retour d'expérience est en partie justifié scientifiquement (retard de 2,5 ans de l'entrée en institution avec le médicament [16], moindre atrophie hippocampique...), d'où le ressenti de perte de chance pour les sujets concernés, *a fortiori*, lorsque le médicament est prescrit dans d'autres pays et reconnu comme éligible au remboursement, par exemple en Grande-Bretagne (dont le système NICE est regardé comme particulièrement exigeant).

Cette perte de chance est sensible en psychiatrie du sujet âgé, car, ainsi qu'exprimé par Pierre Vandell, Président de la Société francophone de psychiatrie de la personne âgée et de psychogériatrie : « Les bénéfices observés avec ces molécules spécifiques sur les troubles du comportement sont notés avec toutes les molécules spécifiques actuellement proposées. » [17]. De même il serait fâcheux que la recherche psychopharmacologique s'en trouve pénalisée, alors même que des associations thérapeutiques ont pu montrer leur intérêt dans l'apathie accompagnant notamment la maladie d'Alzheimer [18]. Il peut, en effet, être utile de regarder que c'est en termes méthodologiques dûment réfléchis que s'est dévoilé l'horizon des médicaments dans le champ de l'*alzheimerologie*. C'est d'une façon très dirigée que s'est initiée la saga des anticholinestérasiques, avec la volonté de chercher à comprendre les mécanismes qui sous-tendent la maladie. À l'inverse du champ psychiatrique où de nombreuses molécules ont été découvertes grâce à de fabuleux hasards, par ce processus dynamique aujourd'hui nommé sérendipité, avec la maladie d'Alzheimer l'idée était d'emblée, à l'instar du modèle de la maladie de Parkinson, de suppléer à la carence, non pas dopaminergique comme avec la maladie précitée, mais cholinergique. Ce modèle a manifestement échoué à produire les mêmes perspectives dans ces deux pathologies phares du vieillissement. C'est aussi ce que note Christian Derouesné : « ces médicaments se sont révélés beaucoup moins actifs que ceux qui sont utilisés dans la maladie de Parkinson et l'explication cholinergique des symptômes a

³ National Institute of Clinical Excellence.

Points clés

- Le Conseil d'État du 16 décembre 2019 rend un arrêt de rejet de la requête des sociétés savantes à l'origine du recours : pas d'irrégularité des avis de la commission de transparence.
- Il valide ainsi le déremboursement des médicaments de la maladie d'Alzheimer : pas d'illégalité.
- Regarder la maladie d'Alzheimer comme une maladie neuro-évolutive impose de développer une approche intégrative.
- Une réflexion éthique doit considérer les zones de non savoir persistantes et ouvrir le débat sur la responsabilité épistémique des acteurs du système de santé, non épuisée par l'analyse juridique.

perdu beaucoup de terrain au profit d'un trouble plus large de la communication interneuronale » [19].

Dissertant sur l'influence à venir des neurotechnologies dans ces situations pathologiques, Caroline Vidal note avec prudence : « Quand il s'agit de pallier des troubles du fonctionnement mental, comme dans la maladie d'Alzheimer ou la dépression majeure, on est dans un domaine infiniment plus complexe [que les fonctions élémentaires du système nerveux] dans lequel on est très peu avancé. D'autant plus que chaque individu a un cerveau et une personnalité qui lui sont spécifiques » [20]. Le rapport Libaut sur le grand âge et l'autonomie fait état qu'en matière de recherche scientifique « La qualité scientifique des projets progresse et on voit se développer un panel d'experts. Toutefois le nombre des projets

de recherche concernant les personnes âgées a baissé et l'élan du plan Alzheimer est retombé » [21]. Il note un peu plus loin : « Il y a peu de projets portant sur des dispositifs pour les personnes en perte d'autonomie sévère, en particulier atteintes de la maladie d'Alzheimer et souvent ces projets se limitent à la surveillance des constantes biomédicales ».

N'est-ce pas ce procès d'ordre plus éthique que juridique qui devrait maintenant être mené ? Car si le monde juridique dit le droit, il n'énonce pas l'épaisseur de l'humain vulnérabilisé par la maladie d'Alzheimer. Et si la gouvernance n'est pas mise en tension avec nos questionnements éthiques, nos pratiques soignantes ne vont-elles pas s'assécher dans l'EBM ? Ne sommes-nous pas des êtres vivants, à la fois agissant et souffrant, où rendre l'autre capable requiert l'aide d'autrui, où « l'aveu d'une fragilité partagée » [22] corrige l'asymétrie de la relation d'aide qui n'est jamais uniquement réductible à la prescription d'un médicament mais qui impose inquiétude et patience, ouverture et accompagnement ?

Espérons dès lors que la promesse gouvernementale selon laquelle « Tout l'argent de ce remboursement – je dis bien : tout l'argent – sera réorienté vers les centres qui prennent en charge les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, notamment pour augmenter les prises en charge non médicamenteuses » [23] soit à la hauteur de la responsabilité de notre société envers ceux qui ne peuvent plus lui rappeler ses devoirs d'humanité.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Conseil d'État. 1^{re}-4^e chambre réunies. 2019, n°422672.
2. Belmin J, Trivalle C, Charru P, Cohen M, Fétéanu D, Guidez L, *et al.* Le déremboursement des médicaments de la maladie d'Alzheimer ou la double peine pour les malades et leurs aidants. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2018 ; 18 : 194-8.
3. Conseil d'État. 1^{re} et 6^e sous-sections réunies. 2011, n°334396.
4. Saint-Jean O. *Alzheimer, le grand leurre*. Paris : Michalon, 2018.
5. Arrêté du 29 mai 2018 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, JO du 1^{er} Juin 2018.
6. Le Collège de la Médecine Générale soutient le déremboursement des médicaments anti-Alzheimer. 2018. https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/07/communiqu%C3%A9_20180531.pdf
7. Riviere J-P, ARICEPT, EBIXA, EXELON, REMINYL. Agnès Buzyn annonce leur déremboursement, premières réactions. 2018. https://www.vidal.fr/actualites/22723/aricept_ebixa_exelon_et_reminyl_agnes_buzyn_annonce_leur_deremboursement_premieres_reactions/
8. Pastor J-M. Impartialité et probité au sein de la Haute Autorité de Santé – Conseil d'État 16 décembre 2019. *Daloz actualités* du 19 décembre 2019 ; 2585
9. Leca A. Médicaments : choisir la bonne dose. *Recueil Daloz* n° 10 / 7591 2014 ; 656.
10. Lefebvre des Noëttes V. *Que faire face à Alzheimer ? Gagner des années de vie meilleure*. Monaco : Éditions du Rocher, 2019.
11. Pancrazi M-P, Simeone I. Éthique et prescription chez le sujet atteint de maladie d'Alzheimer. *Annales Médico-Psychologiques* 2000 ; 158 : 165-74.
12. Geoffroy M. Entre patience et inquiétude : ce qui fonde l'éthique au lit du patient. *Ethique Santé* 2015 ; 12 : 166-70.
13. Saint Jean O, Somme D, Lahjibi-Paulet H, Lazarovici C. Traitements médicamenteux symptomatiques dans le déclin cognitif : problèmes méthodologiques et pertinence clinique en population. *Presse Med* 2008 ; 37 : 1261-7.
14. Delrieu J, Vellas B. La maladie d'Alzheimer : comment évaluer l'impact de la pathologie et des médicaments ? *Thérapie* 2010 ; 65 : 423-8.

- 15.** Grosclaude M. Principes d'une psychothérapie des démences et question de la parole : pourquoi une psychothérapie est possible. *Psychologie Médicale* 1995 ; 27 : 141-7.
- 16.** Geldmacher DS, Provenzano G, McRae T, Mastey V, Ieni JR. Donepezil is associated with delayed nursing home placement in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2003 ; 51 : 937-44.
- 17.** Vandell P, Haffner E, Sechter D. Traitements pharmacologiques des troubles psychocomportementaux dans la maladie d'Alzheimer. *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167 : 219-23.
- 18.** Ollat H, Laurent B, Bakchine S, Michel B-F, Touchon J, Dubois B. Effets de l'association de la sulbutiamine à un inhibiteur de l'acétylcholinestérase dans les formes légères à modérées de la maladie d'Alzheimer. *Encéphale* 2007 ; 33 : 211-5.
- 19.** Derouesné C. Maladie d'Alzheimer : un autre regard. *Information Psychiatrique* 2010 ; 86 : 49-55.
- 20.** Vidal C. *Nos cerveaux resteront-ils humains ?*. Paris : Le Pommier, 2019.
- 21.** Libault D. *Concertation grand âge et autonomie. Grand âge, le temps d'agir*. Paris : Ministère des Solidarités et de la santé, 2019.
- 22.** Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.
- 23.** Question au gouvernement N°1080 de Mme Laure de La Raudière, publiée au JO le 04/07/2018. 15^e Législature, réponse publiée au JO le 04/07/2018, page 6866. <http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-1080QG.htm>.