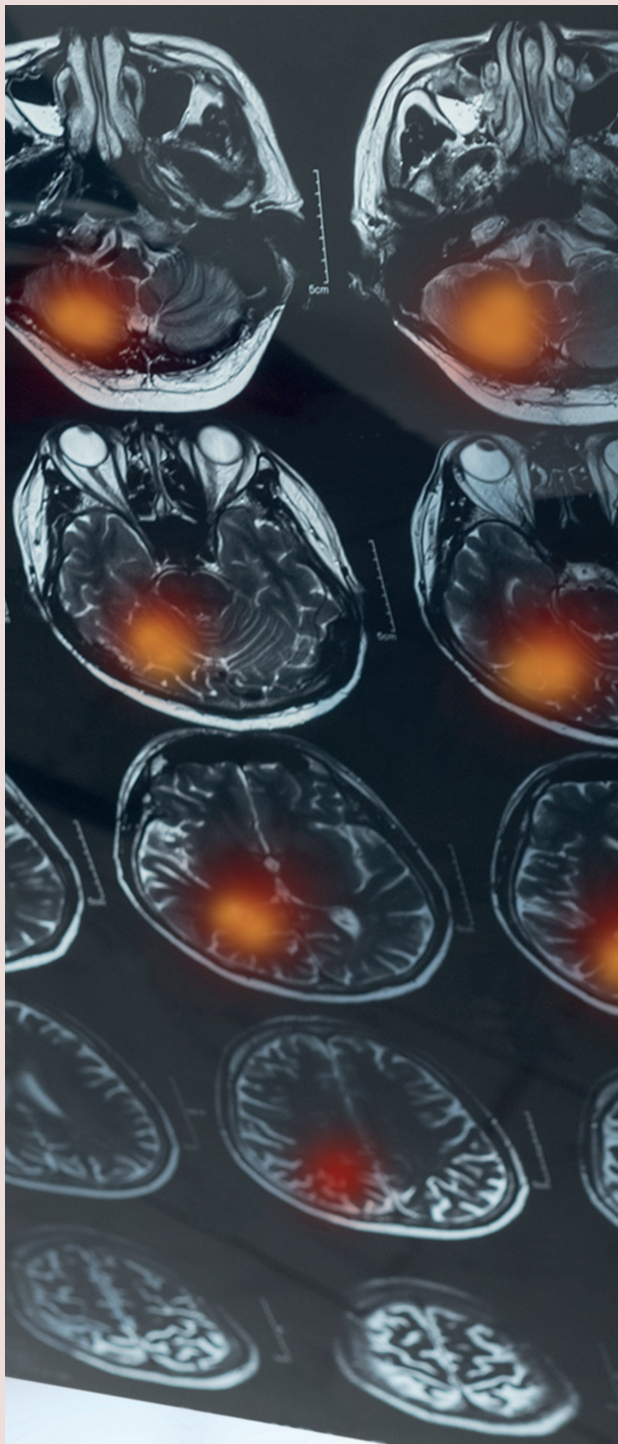


Bibliographie

- Prince M. *et al.* (2013). *Alzheimers Dement.* 9:63-75.
- Prince M.J. *et al.* (2014). World Alzheimer Report 2014 - Dementia and risk reduction: An analysis of protective and modifiable factors.
- Canadian Study of Health and Aging (1994). *Neurology* 44:2073-2080.
- Ferri C.P. *et al.* (2005). *Lancet* 366:2112-2117.
- Winblad B. *et al.* (2016). *Lancet Neurol.* 15:455-532.
- Organisation mondiale de la Santé (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.
- Organisation mondiale de la Santé (2017). Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés.
- OCDE (2014). Unleashing the Power of Big Data for Alzheimer’s Disease and Dementia Research: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5273kvmbvbw-b-en>
- Prince M. (2016). World Alzheimer Report 2016 - Improving healthcare for people living with dementia.
- Jeste D.V. *et al.* (2006). *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 19:160-171.
- Schneider J.A. *et al.* (2009). *Ann. Neurol.* 66:200-208.
- Schneider J.A. *et al.* (2009). *J. Alzheimers Dis.* 18:691-701.
- Hachinski V. et Sposato L.A. (2013). *Brain* 136:2652-2654.
- Hachinski V. (2008). *JAMA* 300:2172-2173.
- Larson E.B. *et al.* (2013). *N. Engl. J. Med.* 369:2275-2277.
- Black S. et Iadecola C. (2009). *Stroke* 40:S38-39.
- Smith E. (2016). *Continuum* (Minneapolis Minn) 22:490-509.
- Song X. *et al.* (2014). *Alzheimers Res. Ther.* 6:54.
- Huber S.J. (1989). *Archives of Neurology* 46:1287-1291.
- Brayne C. *et al.* (2009). *J. Alzheimers Dis.* 18:645-658.
- Richards M. et Brayne C. (2010). *BMJ* 341:c4670.
- de-Graft Aikens A. *et al.* (2016). Dans : A. de-Graft Aikins & C. Agyemang (dir.), Chronic non-communicable diseases in low and middle income countries: a synthesis of research, interventions, and policies. Oxford: CABI Publishers: pp. 50-68.
- Alzheimer’s-Association (2015). *Alzheimer’s & Dementia* 11:332-384.
- Richards M. et Deary I.J. (2005). *Ann. Neurol.* 58:617-622.
- Solomon A. *et al.* (2014). *J. Intern. Med.* 275:229-250.
- Norton S. *et al.* (2014). *Lancet Neurol.* 13:788-794.
- Ngandu T. *et al.* (2015). *Lancet* 385:2255-2263.
- Kivipelto M. et Mangialasche F. (2014). *Nat. Rev. Neurol.* 10:552-553.
- Kivipelto M. *et al.* (2017). *Lancet Neurol.* 16:338-339.
- Mangialasche F. *et al.* (2010). *Lancet Neurol.* 9:702-716.
- Doody R.S. *et al.* (2014). *N. Engl. J. Med.* 370:311-321.
- Salloway S. *et al.* (2014). *N. Engl. J. Med.* 370:322-333.
- Baumgart M. (2015). *Alzheimers Dement.* 11:718-726.
- Welsh M.D. (2001). *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 1:346-349.
- Hughes J.C. (2015). *Curr. Opin. Psychiatry* 28:188-193.
- Hogan D.B. (2007). *Alzheimer’s & Dementia* 3:355-384.
- Ebly E.M. (1999). *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 10:541-548.
- Chalmers J. (2014). Dementia Friendly City Initiative Halifax. Halifax NS: <http://legacycontent.halifax.ca/boardscom/access/documents/DementiaFriendlyCityAAC140317.pdf>
- Patterson K. *et al.* (1999) *Mature Medicine* 219.
- Fargo K.N. (2014). *Alzheimers Dement.* 10:S430-S452.
- Maloney B. et Lahiri D.K. (2016). *Lancet Neurol.* 15:760-774.
- Brayne C. (2014). *Lancet Neurol.* 13:532-534.
- Clare L. *et al.* (2017). *PLoS Med.* 14:e1002259.
- Société Alzheimer du Canada (2010). Raz-de-marée : impact de l’Alzheimer et des maladies apparentées au Canada. http://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/advocacy/asc_rising_tide_full_report_f.pdf.
- Wimo A. *et al.* (2013). *Alzheimers Dement.* 9:1-11.
- Wimo A. *et al.* (2017). *Alzheimers Dement.* 13:1-7.
- Jacklin K.M. *et al.* (2013). *Canadian Journal of Public Health* 104:e39-e44.
- Innes A. *et al.* (2011). *Maturitas* 68:34-46.
- Morgan D. *et al.* (2011). *Maturitas* 68:17-33.
- Gauthier S. *et al.* (2016). *Continuum* (Minneapolis Minn) 22:615-618.
- Gauthier S. *et al.* (2013). *Prog Neurobiol.* 110:102-113.

- Leibing A. (2014). *Cult. Med. Psychiatry* 38:217-236.
- Chertkow H. *et al.* (2007). *Alzheimer’s & Dementia* 3:266-282.
- Feldman H.H. *et al.* (2005). *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 13:645-655.
- Feldman H.H. *et al.* (2008). *Cmaj* 178:825-836.
- Scheltens P. *et al.* (2016). *Lancet* 388:505-517.
- Rossini P.M. *et al.* (2016). *J. Alzheimers Dis.* 53:1389-1393.
- Herrmann N. et Lancot K.L. (1997). *Canadian Journal of Psychiatry - Revue canadienne de psychiatrie* 42:51S-64S.
- Herrmann N. *et al.* (2007). *Alzheimer’s & Dementia* 3:385-397.
- Peters M.E. *et al.* (2013). *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 21:1116-1124.
- Norton M.C. *et al.* (2012). *J. Am. Geriatr. Soc.* 60:405-412.
- Brodaty H. et Donkin M. (2009). *Dialogues Clin. Neurosci.* 11:217-228.
- Ory M.G. *et al.* (1999). *The Gerontologist* 39:177-185.
- Karlawish J.H. *et al.* (2000). *Neurology* 55:1008-1014.
- Dorsey E.R. *et al.* (2013). *Neurology* 80:1989-1996.
- Evans D.A. *et al.* (2011). *Alzheimers Dement.* 7:110-123.
- Leuzy A. et Gauthier S. (2012). *Expert. Rev. Neurother.* 12:557-567.



Cet énoncé a été adapté d’un article présentant une prise de position initialement commandée par l’Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) et écrite, approuvée et soumise par le Comité exécutif de la recherche du Consortium canadien en neurodégénérescence associé au vieillissement (CCNV).

Groupe de travail

- D^r **Howard Chertkow**, Canada (président)
- Prof. **Ama de-Graft Aikins**, Ghana
- D^r **Liaquat Ali**, Bangladesh
- D^{re} **Laila Asmal**, Afrique du Suda
- Prof. **Hayrunnisa Bolay Belen**, Turquie
- Prof. **Carol Brayne**, Royaume-Uni
- D^r **Josef Priller**, Allemagne
- Prof. **Lars Lannfelt**, Suède
- Prof. **Alan Leshner**, États-Unis
- D^r **Ninoslav Mimica**, Croatie
- Prof. **Maryam Noroozian**, Iran
- Prof. **Adesola Ogunniyi**, Nigéria
- Prof. **Juha Rinne**, Finlande
- Prof. **Paolo Maria Rossini**, Italie
- D^r **Jonas Alex Morales Saute**, Brésil
- D^r **Philip Scheltens**, Pays-Bas
- D^r **Ales Stuchlik**, République Tchèque

L’InterAcademy Partnership for Health

IAP for Health est un réseau de l’*InterAcademy Partnership*. Il est formé de 78 académies de médecine ou de sciences et d’ingénierie comportant d’importantes sections médicales.

IAP for Health s’est engagé à améliorer la santé à l’échelle internationale, notamment par la publication de déclarations de consensus sur des sujets touchant la santé à l’échelle mondiale. Les énoncés d’*IAP for Health* tels que celui-ci sont préparés par des groupes de travail formés d’experts nommés par des académies membres et sont diffusés une fois qu’ils ont été approuvés par plus de la moitié des académies membres du réseau.

D’autres exemplaires de cet énoncé peuvent être téléchargés à l’adresse suivante: <http://www.interacademies.org/45731/IAP-for-Health-A-call-for-action-to-tackle-the-growing-burden-of-dementia>.



the interacademy partnership

IAP for Health
Campus ICTP, Strada Costiera 11, 34151 Trieste, Italie
Tél. : +39 040 22 40 681
Courriel : iamp@twas.org
Url : www.iamp-online.org
www.interacademies.org

Académies ayant approuvé l’énoncé en date du 4 avril 2018

- Académie nationale de médecine, Argentine
- Académie nationale des sciences, République d’Arménie
- Académie des sciences, Autriche
- Académie des sciences, Bangladesh
- Académie royale de Médecine de Belgique
- Académie des sciences, Brésil
- Académie nationale de médecine, Brésil
- Académie des sciences, Cameroun
- Académie canadienne des sciences de la santé
- Académie des sciences, Chine
- Académie d’ingénierie, Chine
- Accademia Nazionale de Medicina, Colombie*
- Académie des sciences médicales, Croatie
- Académie des sciences et des arts, Croatie
- Académie des sciences, Cuba
- Académie des sciences, République tchèque
- Conseil des académies finlandaises
- Académie des sciences, Institut de France
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina*
- Union des académies allemandes des sciences et des sciences humaines
- Académie d’Athènes, Grèce
- Académie de physique médicale et des sciences naturelles, Guatemala
- Académie des sciences, Hongrie
- Académie des sciences, Indonésie
- Accademia Nazionale dei Lincei, Italy*
- Conseil scientifique du Japon
- Académie nationale des sciences, Kenya
- Académie des sciences et de la technologie, Corée
- Académie nationale des sciences, République de Corée
- Académie des sciences, Malaisie
- Académie des sciences et des arts, Monténégro
- Académie des sciences et de la technologie Hassan II, Maroc
- Académie royale des arts et des sciences, Pays-Bas
- Académie des sciences, Nigéria
- Académie des sciences et de la technologie, Palestine
- Académie nationale de médecine, Argentine
- Académie nationale des sciences et de la technologie, Philippines
- Académie des sciences médicales, Roumanie
- Académie des sciences, Afrique du Sud
- Académie nationale des sciences, Sri Lanka
- Académie nationale des sciences, Soudan
- Académie royale des sciences, Suède
- Académie des sciences médicales, Suisse
- Académie des sciences, Tanzanie
- Académie des sciences et de la technologie, Thaïlande
- Académie des sciences, Turquie
- Académie nationale des sciences, Uganda
- Académie des sciences médicales, Royaume-Uni
- Académie nationale de médecine, États-Unis
- Académie africaine des sciences
- Académie caribéenne des sciences
- Académie des sciences du monde islamique
- Académie mondiale des sciences et des arts



Un appel à l’action pour s’attaquer au fardeau croissant de la démence

Préparé par les académies membres de *IAP for Health*

Introduction

Au cours des dernières décennies, la proportion de la population mondiale âgée de 65 ans ou plus a augmenté, et cette tendance se maintiendra. Or, le vieillissement représente le plus grand facteur de risque de démence^{1,2}. Si la prévalence de cette maladie normalisée en fonction de l’âge ne change pas, on s’attend à ce que le vieillissement de la société multiplie par près de trois le nombre de personnes qui vivront avec une démence à l’échelle mondiale d’ici 2050^{3,4}. D’ici là, le nombre de personnes atteintes de démence passera de 47,5 millions à environ 135,5 millions selon les estimations, et la plus forte augmentation des cas de démence sera concentrée dans les pays à revenus faibles et intermédiaires⁵. En plus des répercussions sur le plan personnel, le nombre croissant de personnes vivant avec la maladie alourdira le fardeau financier associé aux démences. Il a été estimé qu’en 2015, les coûts associés à la démence à l’échelle mondiale se sont élevés à 818 milliards de dollars américains et qu’ils atteindront un billion de dollars d’ici 2018⁶.

L’Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît maintenant la démence comme une priorité de santé publique^{6,7}. Pour répondre à ce problème, une série d’actions à l’échelle mondiale ont été entreprises en 2013, au cours du sommet du G8 présidé par le Royaume-Uni, par des organismes tels que l’Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)⁸, *Alzheimer’s Disease International (ADI)* et le Conseil mondial de lutte contre la démence⁹.

Vue d’ensemble de la démence

La démence constitue un déclin acquis, persistant et généralement évolutif des capacités cognitives, ayant des répercussions sur l’apprentissage et la mémoire, le langage ou le raisonnement à

un point tel que la maladie entrave l’autonomie dans les activités quotidiennes. Elle touche les adultes, et les risques d’être atteint de démence augmentent avec l’âge. En plus d’entraîner des troubles cognitifs, la démence est souvent associée à des symptômes neuropsychiatriques invalidants, comme l’agitation, la psychose, les troubles du sommeil, la dépression, l’anxiété et l’apathie¹⁰. Elle peut être engendrée par de nombreuses maladies ou combinaisons de maladies^{11,12}. Dans bien des cas cependant, elle est causée par la neurodégénérescence, un terme générique qui regroupe nombre d’affections invalidantes caractérisées par une dégénérescence progressive ou par la mort des neurones⁵. La maladie d’Alzheimer est la maladie neurodégénérative causant la démence la plus courante et est actuellement incurable. Plusieurs maladies du cerveau sont souvent présentes simultanément chez les personnes atteintes de démence, et la plupart de ces personnes présentent des changements qui correspondent tant à la maladie d’Alzheimer qu’à des troubles cérébrovasculaires^{13,14}. La démence progresse généralement lentement et n’est diagnostiquée qu’après avoir été présente pendant des années¹⁵.

Les facteurs de risque et les affections (comme le tabagisme ou le diabète) fréquemment associés aux maladies vasculaires (accident vasculaire cérébral, maladie cardiaque) sont aussi liés à la démence^{16,17}. La fragilité en est également un important facteur de risque¹⁸. De même, la maladie de Parkinson est étroitement associée à l’apparition de la démence¹⁹. Le cerveau de la majorité des personnes âgées vivant avec la démence montre des signes de neurodégénérescence liés à plusieurs maladies^{11,12,20,21}.

La démence précoce (survenant avant l’âge de 60 ans) est peu courante dans bien des pays, toutefois ce n’est pas le cas pour les pays où la prévalence des infections par le virus d’immunodéficience humaine (VIH) est élevée. L’épidémie d’infection au VIH sévit surtout chez les jeunes adultes vivant dans des pays à faibles revenus, en Afrique subsaharienne tout particulièrement, et un nombre disproportionné de ces jeunes développeront une démence



comparativement au reste de la population mondiale²². Les femmes courent un risque plus élevé d'être atteintes de démence et de vivre plus longtemps avec la maladie comparativement aux hommes²³. Ce sont également les femmes qui fournissent le plus de soins informels (non rémunérés) aux personnes vivant avec la démence.

Les troubles neurodégénératifs qui causent la démence sont présentement incurables; cela dit, de nouvelles données suggèrent que certains facteurs liés au mode de vie (p. ex., l'activité physique, le contrôle de la tension artérielle, certaines formes d'entraînement cognitif) pourraient retarder, à défaut de prévenir, son apparition²⁴⁻²⁷. Des études de populations ont dévoilé d'autres facteurs de risque et de prévention qui devront faire l'objet de recherches plus approfondies afin d'évaluer leur potentiel à titre de mesures préventives de première ligne^{28, 29}. Les progrès réalisés jusqu'ici dans la conception de traitements pharmacologiques efficaces ont été décevants³⁰⁻³², ce qui souligne l'importance de mieux comprendre ce qui contribue au syndrome de démence dans des cohortes d'individus de différents âges et appartenant à différentes populations³³.

L'élaboration et la diffusion de solutions pour des soins de fin de vie prodigués avec compassion aux personnes vivant avec la démence constituent d'importants axes de recherche et de soutien³⁴⁻³⁷. Une plus grande acceptation et une plus grande inclusion des personnes vivant avec la démence dans les collectivités sont de plus en plus considérées comme étant d'importants facteurs d'amélioration de la qualité de vie et de l'atténuation des incapacités^{38, 39}. Les besoins des patients et de leur famille changent avec l'évolution des démences, aussi est-il nécessaire de structurer le soutien et les traitements en fonction des stades de la maladie.

Un appel à l'action

Pour répondre à ces problèmes, la conception d'une stratégie exhaustive internationale contre la démence demandera de vastes consultations, puis la mise en œuvre d'une série de mesures et d'interventions durables, exhaustives, intégrées et adaptables. Pour y arriver, des collaborations internationales présenteraient des avantages certains, mais la plupart des initiatives devront être mises en œuvre à l'échelle nationale. La plupart de celles-ci auront des objectifs et principes généraux en commun. Nous appelons les pays qui se trouvent dans des régions qui disposent des ressources

ont été mis en œuvre dans 29 pays. L'OMS élabore présentement un plan mondial d'action contre la démence (<https://www.alz.co.uk/dementia-plans/global-plan>)^{6, 7}, et le premier plan régional en Amérique a été publié par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en octobre 2015. (Voir le site Web de l'ADI, à l'adresse <https://www.alz.co.uk/dementia-plans>, pour obtenir une liste des plans nationaux en cours de conception ainsi que la liste des pays qui n'en ont pas actuellement.) Le Canada est le seul membre du G7 qui ne s'est pas doté d'un plan national contre la démence³⁹. Chaque pays devrait élaborer un plan en fonction des objectifs de son système de soins de santé, qui pourrait coordonner les activités, les harmoniser au besoin avec les efforts internationaux, promouvoir l'échange de réussites locales, combler les lacunes décelées, assurer l'utilisation efficace des ressources et mobiliser des investissements dans tous les aspects de la démence, y compris les soins et la recherche. Un plan national permettrait de reconnaître que la démence constitue une priorité en santé publique et d'accroître la sensibilisation à ce défi de taille.

Comme première étape, nous proposons la production d'un rapport national sur la situation actuelle de la démence dans tous les pays qui disposent des ressources nécessaires. Un tel rapport devrait broser pour chaque région un tableau exhaustif de la situation et inclure des renseignements sur le fardeau imposé par tous les types de démence, ainsi que sur les comorbidités, les facteurs de risque, les méthodes thérapeutiques et les systèmes de soins.

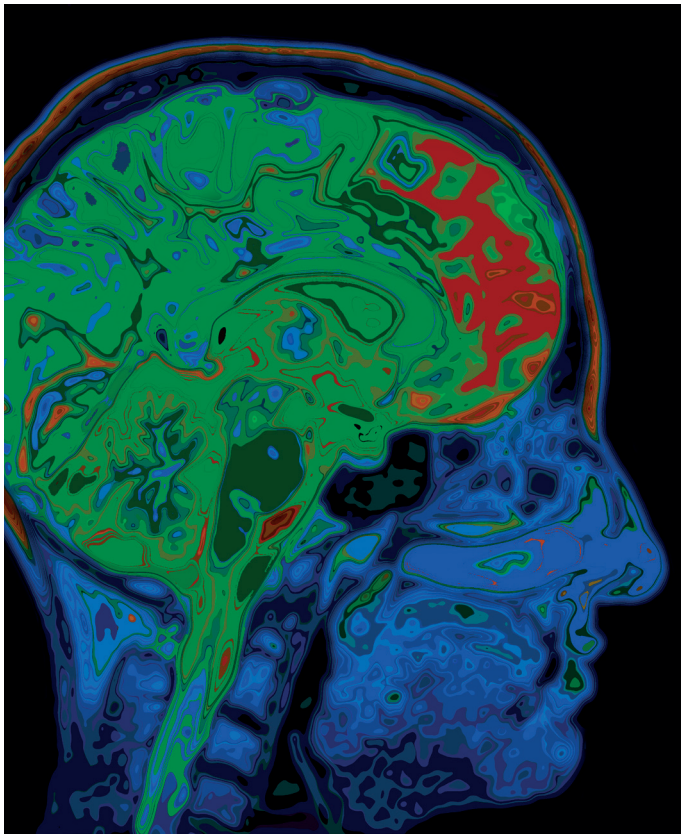
Des recherches plus approfondies sont aussi requises pour établir l'ampleur et les interactions entre les facteurs de risque tout au long de la vie et les facteurs de protection contre la démence. Quoi qu'il en soit, l'évaluation de l'« exposome », c'est-à-dire des risques potentiels et des facteurs de protection pour différentes populations, devrait constituer une partie importante de ces rapports nationaux^{40, 41}. Ceux-ci permettraient de déterminer l'équilibre à respecter entre les facteurs positifs et négatifs pour favoriser la santé du cerveau à chaque étape de la vie chez différentes populations^{42,43}, y compris un grand nombre de facteurs environnementaux, comme la santé de la mère, la santé dans les premières années de vie, les infections, l'instruction, la vaccination ainsi que l'exposition à des facteurs néfastes comme des conditions de vie insalubres, le tabagisme, une mauvaise alimentation et l'exposition à des substances toxiques. Les pays ayant produit des rapports devraient également prévoir la production d'un rapport de suivi après cinq ans afin de consigner les effets des politiques nationales mises en œuvre (sensibilisation du public, facteurs de risque, système de soins, etc.) ainsi que la création d'une stratégie nationale contre la démence.

2. L'augmentation des investissements dans les programmes de recherche nationaux sur la démence

Les investissements en recherche médicale varient grandement d'un pays à l'autre. Aux États-Unis en 2016, les investissements en recherche sur la démence ont atteint 936 millions de dollars américains, soit 2,93 dollar américain par habitant²³. En revanche, le Canada a peu investi dans ce domaine comparativement à son voisin du sud (moins d'un quart des investissements par personne qu'aux États-Unis)⁴⁴. Dans l'ensemble, les pays développés n'injectent pas suffisamment de fonds pour la recherche sur la démence par rapport à ceux qu'ils consacrent à la recherche sur d'autres maladies comme le cancer et les maladies cardiaques, même si les coûts associés aux soins d'une personne vivant avec la démence sont, selon les estimations, plus élevés que ceux associés aux deux autres maladies^{45, 46}. Il a été mentionné que les pays devraient se fixer comme objectif d'investir 1 % des coûts annuels nationaux de la prise en charge de la démence dans des programmes de recherche sur cette maladie (rapport sur la démence du Sénat canadien de 2016; rapports de l'ADI et de l'OMS [2016])⁶. Ces fonds supplémentaires devront être attribués et gérés judicieusement dans chaque pays. Ces derniers devraient prévoir une démarche coordonnée à la grandeur de leur pays pour veiller à la bonne utilisation des fonds de recherche. De plus, des personnes vivant avec la démence et leurs aidants, des chercheurs et des praticiens devraient prendre part à la gouvernance et à l'établissement des priorités dans l'allocation des fonds.

3. Des investissements dans tous les domaines de recherche sur la démence

Les fonds alloués devraient soutenir diverses activités allant de la



recherche biomédicale aux projets portant sur les aspects cliniques, les systèmes de santé et la recherche sur les services. La recherche visant à mieux comprendre les facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui compromettent la santé de différentes populations est également essentielle. Les investissements devraient cibler la capacité nationale de recherche, appuyer le transfert des connaissances, répondre aux besoins de populations spécifiques (par exemple, les Autochtones et les personnes vivant en milieu rural ou éloigné⁴⁷⁻⁴⁹), évaluer les différences entre les sexes et les genres et aborder les dimensions éthiques et sociales dans tous les aspects de la recherche sur la démence^{50, 51}.

On entrevoit maintenant la possibilité de diagnostiquer de façon plus précoce diverses formes de démence en utilisant des outils cliniques, tels que l'imagerie et des biomarqueurs⁵². Les bienfaits et le potentiel d'un diagnostic précoce constituent un important axe de recherche dans les pays occidentaux⁵³⁻⁵⁷. Il est maintenant temps de définir les méthodes optimales pour un diagnostic précoce et d'établir les risques et bienfaits du transfert de ces connaissances en politiques pour les soins de santé.

Nous devons également nous pencher sur les symptômes neuropsychiatriques (comportementaux et psychologiques) de la démence compte tenu de l'impact majeur qu'ils ont sur la qualité de vie, du fardeau imposé aux aidants et du taux de placement en centre d'hébergement^{10, 58, 59, 60}. Des recherches sur la prévalence, les causes et le traitement (incluant des essais comparatifs randomisés) des symptômes neuropsychiatriques de la démence sont également nécessaires.

Les pays doivent également investir dans des études visant à comprendre quelles combinaisons d'habitudes de vie modifiables, formées au fil des ans, augmentent ou diminuent le risque de développer une démence à un âge avancé^{26, 61}. Il est clair qu'à travers le monde la démence n'est pas un syndrome à présentation unique. Les combinaisons de divers facteurs de risque peuvent donc varier en fonction des cultures et des populations. Il ne sera possible d'élaborer la stratégie de prévention et de santé publique la plus efficace contre la démence que lorsque l'interaction entre ces différents facteurs de risque sera parfaitement comprise.

Une attention toute particulière doit être portée au soutien de la recherche sociale visant à déceler les besoins des personnes atteintes de démence et de leurs aidants⁶²⁻⁶⁴. Ces études devraient avoir comme objectif général de planifier des interventions à multiples facettes comprenant un soutien environnemental, psychologique, médical et social.

4. La mise en œuvre de stratégies de réduction des risques

Bien qu'il y ait encore beaucoup à apprendre au sujet de l'interaction entre les facteurs de risque, les gouvernements doivent soutenir les stratégies nationales de réduction des risques et de responsabilisation destinées au public, ainsi que les efforts des professionnels de la santé visant à promouvoir un vieillissement sain du cerveau.

Les données probantes actuellement disponibles peuvent être utilisées pour inciter le grand public et les professionnels de la santé à agir de façon à abaisser le risque d'apparition de tous les types de démence, à retarder la survenue des manifestations cliniques et à optimiser la participation quotidienne dans des activités et des rôles sociaux enrichissants. Une stratégie de réduction des risques doit cibler tant la santé vasculaire, que l'obésité, le diabète, le tabagisme, l'alimentation riche en calories, les troubles du sommeil, l'analphabétisme, les traumatismes crâniens, la malnutrition et l'inactivité physique en plus d'autres facteurs propres à chaque pays⁵.

Les mesures prises pour la réduction des risques à l'échelle individuelle doivent être soutenues par des modifications structurelles et législatives fondées sur des données probantes. Les lois sur le tabagisme, les stratégies visant la diminution de la consommation excessive d'alcool, la réduction de la consommation de sel et les lois visant à réduire les traumatismes crâniens sont au nombre des stratégies qui peuvent être mises en place par les gouvernements pour réduire les risques de démence dans la population. De telles interventions gouvernementales corrigeront des inégalités puisqu'elles profiteront également aux personnes défavorisées. Le plan d'action mondial contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'OMS est axé sur bon nombre de ces éléments⁶.

5. La planification et la formation des effectifs requis

Les besoins en effectifs pour composer avec l'augmentation du nombre de personnes vivant avec la démence doivent être déterminés, et des mesures doivent être prises pour veiller à ce que le personnel requis soit à la fois formé et soutenu dans ses activités. En effet, un nombre adéquat d'employés bien formés, bénéficiant d'un soutien adéquat, et dotés de l'expertise requise est nécessaire pour répondre aux besoins de cette population émergente. Dans chaque pays, un plan national relatif aux effectifs devra être créé et mis en œuvre avec la collaboration active des autorités locales et régionales.

La composition exacte de ce groupe d'intervenants ne sera connue qu'après la mise en œuvre de stratégies de réduction des risques



appropriées et fondées sur des données probantes. Le personnel à former devra d'abord être celui qui travaille auprès des personnes âgées et dans le secteur des soins de santé, mais il sera également nécessaire d'investir auprès des enseignants, des nutritionnistes et d'un grand nombre d'autres types d'intervenants afin de prendre en charge les facteurs de risque modifiables (par exemple un faible niveau d'instruction ou la nutrition des jeunes enfants).

6. Des mesures permettant de bien vivre avec la démence

Lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de démence, elle ne devrait pas être contrainte d'abandonner son rôle social et sa participation dans la société. Créer les conditions nécessaires à l'échelle nationale pour qu'une personne atteinte de démence puisse bien vivre signifie informer le grand public de toute la complexité de la maladie, adapter le milieu de vie (y compris le lieu de travail) pour compenser les changements de compétences, protéger adéquatement les personnes vivant avec la démence des abus de toutes sortes et ne pas automatiquement retirer les droits judiciaires. Il faut encourager la coopération entre les académies et les organisations locales afin d'analyser les besoins des personnes vivant avec la démence et de leurs aidants, et d'y répondre.

7. Un accès universel à la prévention et aux soins

Dans la mesure du possible, tous les citoyens vivant avec une démence ou en présentant le risque devraient avoir accès à des programmes de prévention, à des systèmes de soins et à un milieu de vie qui les soutienne^{49, 65-67}.

La situation future

La démence sera un défi à l'échelle mondiale pour bien des décennies et touchera au moins deux fois plus de personnes qu'à l'heure actuelle. En effet, même si la recherche fournissait les moyens d'éradiquer les maladies du cerveau causant la démence dès demain, de nombreuses personnes sont déjà en voie d'en être atteintes. Il est maintenant bien connu que les maladies du cerveau causant la démence commencent à se développer des dizaines d'années avant l'apparition des premiers signes cliniques. C'est pourquoi une solution complète ne sera pas disponible avant un certain temps. Les académies membres de l'IAP for Health concentrent donc leurs efforts sur la nécessité de mettre en œuvre un plan d'action contre la démence qui soit équilibré et conçu pour aborder tous les aspects de ce problème, particulièrement le bien-être des personnes vivant avec la démence et celui de leurs aidants.