

Vers une prise en charge intégrée des maladies neurodégénératives : données récentes et perspectives

Towards Integrated Care for Neurodegenerative Diseases: Recent Evidence and Future Perspectives

Dr.BENHARRATS Sarra Samra^{1,*}

¹Unité de recherche en Sciences Sociales et Santé – Gras, Université Oran 2 – Mohamed ben Ahmed (Algérie), benharrats.sarra@univ-oran2.dz

Reception : 24/06/2026

Acceptation : 08/07/2026

Publication : 12/07/2026

Résumé : Les maladies neurodégénératives constituent un ensemble hétérogène d'affections chroniques caractérisées par une dégénérescence progressive et irréversible du système nerveux central. Elles entraînent, au fil du temps, une altération graduelle des fonctions cognitives, motrices et comportementales, affectant la mémoire, les fonctions exécutives, le langage, la motricité, ainsi que la régulation émotionnelle et relationnelle. Cette évolution insidieuse compromet l'autonomie du patient, perturbe les activités de la vie quotidienne et retentit fortement sur la qualité de vie des proches et des aidants.

Cette difficulté diagnostique nécessite une évaluation globale, intégrant des données cliniques, neuropsychologiques, biologiques et d'imagerie, afin d'aboutir à un diagnostic plus précoce et plus précis. Au-delà du diagnostic, la prise en charge représente également un défi majeur. La nature multifactorielle de ces maladies impose une approche globale et multidimensionnelle, mobilisant une coordination étroite entre différentes disciplines : médecins spécialistes (neurologie, psychiatrie, gériatrie, médecine générale), neuropsychologues, orthophonistes et aidants familiaux. Cette organisation interdisciplinaire vise à répondre simultanément aux besoins médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux du patient.

Ainsi, la prise en charge des maladies neurodégénératives ne se limite plus à une approche strictement pharmacologique, mais s'inscrit dans une démarche globale, personnalisée et préventive, visant à préserver l'autonomie, retarder la progression du handicap et optimiser l'accompagnement du patient et de son entourage.

Mots clés: Maladies neurodégénératives ; Intervention non médicamenteuse (INM) ; Cognition ; Neuroplasticité ; Antipsychotique ; Antidépresseur.

Abstract

Neurodegenerative diseases comprise a heterogeneous group of chronic disorders characterized by the progressive and irreversible degeneration of the central nervous system. Over time, these conditions lead to a gradual deterioration of cognitive, motor, and behavioral functions, affecting memory, executive functioning, language, motor abilities, as well as emotional and social regulation. This insidious progression progressively undermines patients' functional independence, interferes with activities of daily living, and exerts a substantial burden on the quality of life of both patients and their families and caregivers.

Accurate diagnosis remains challenging and requires a comprehensive assessment integrating clinical examination, neuropsychological evaluation, biological biomarkers, and neuroimaging findings to enable earlier and more reliable diagnosis. Beyond diagnosis, the management of neurodegenerative diseases also represents a major clinical challenge. Their multifactorial nature calls for a comprehensive, multidisciplinary approach based on close collaboration among neurologists, psychiatrists, geriatricians, primary care physicians, neuropsychologists, speech-language pathologists, and family caregivers. Such interdisciplinary care is designed to address the patient's medical, functional, psychological, and social needs in an integrated manner. Accordingly, the management of neurodegenerative diseases extends beyond pharmacological treatment alone and is increasingly based on a personalized, preventive, and holistic care model. By combining pharmacological therapies with evidence-based non-pharmacological interventions, this integrated approach aims to preserve functional independence, delay disability progression, and optimize support for both patients and their caregivers.

Keyword neurodegenerative diseases; Non-pharmacological interventions (NPIs); Cognition; Neuroplasticity; Antipsychotic agents; Antidepressants.

* Auteur correspondant : s.s.benharrats@gmail.com.

1. Introduction

Les maladies neurodégénératives constituent aujourd'hui un enjeu épidémiologique majeur de santé publique, en particulier dans un contexte de vieillissement démographique accéléré [1] [2]. Leur fréquence élevée, notamment celle de la maladie d'Alzheimer et des autres formes de démence, fait qu'elles sont désormais rencontrées quotidiennement en pratique clinique, aussi bien en médecine générale qu'en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie. En effet, selon l'Organisation mondiale de la Santé, le nombre de personnes atteintes de démence dans le monde devrait atteindre 82 millions en 2030, puis 152 millions en 2050 [1] [2] (voir figure 1). La maladie d'Alzheimer représente à elle seule environ 65 % des cas de démence après 75 ans. Cette prévalence croissante transforme ces affections en un véritable problème systémique, impactant l'ensemble du parcours de soins et exerçant une pression considérable sur les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux [3].

2. Le diagnostic précoce de la maladie neurodégénérative

Au-delà de leur fréquence, les maladies neurodégénératives modifient profondément les conditions du diagnostic et de la prise en charge. Leurs manifestations cliniques, souvent insidieuses et polymorphes, sont fréquemment confondues avec le vieillissement physiologique, ce qui retarde le repérage précoce et conduit à des diagnostics tardifs. Par ailleurs, l'évolution progressive des déficits cognitifs, moteurs et fonctionnels complique l'évaluation clinique, l'adhésion thérapeutique, la gestion des comorbidités ainsi que le maintien de l'autonomie [3]. À ces difficultés s'ajoutent les symptômes psychologiques et comportementaux (SPC), particulièrement fréquents au cours de l'évolution de la maladie. Ceux-ci regroupent notamment l'apathie, les symptômes dépressifs, l'agitation, les troubles du sommeil, l'anxiété, les hallucinations, la désinhibition ou encore l'euphorie (voir figure 2). Ces manifestations, souvent fluctuantes et imprévisibles, constituent une source majeure de souffrance pour les patients et représentent l'un des principaux facteurs de surcharge pour les aidants naturels. Leur prévalence est élevée, touchant environ 60 % des patients, avec des taux pouvant atteindre jusqu'à 90 % au cours de l'évolution de la maladie [4][5][6][7][8]. Dans ce contexte, la complexité clinique et psychosociale des maladies neurodégénératives justifie une prise en charge globale, précoce et coordonnée, intégrant à la fois les dimensions médicales, fonctionnelles et sociales.

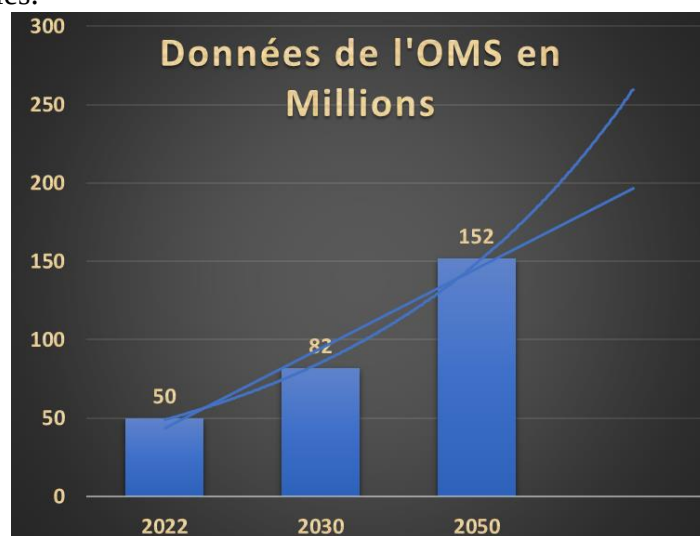


Figure 1 : Nombre de personnes atteintes de démence dans le monde. Source : OMS.

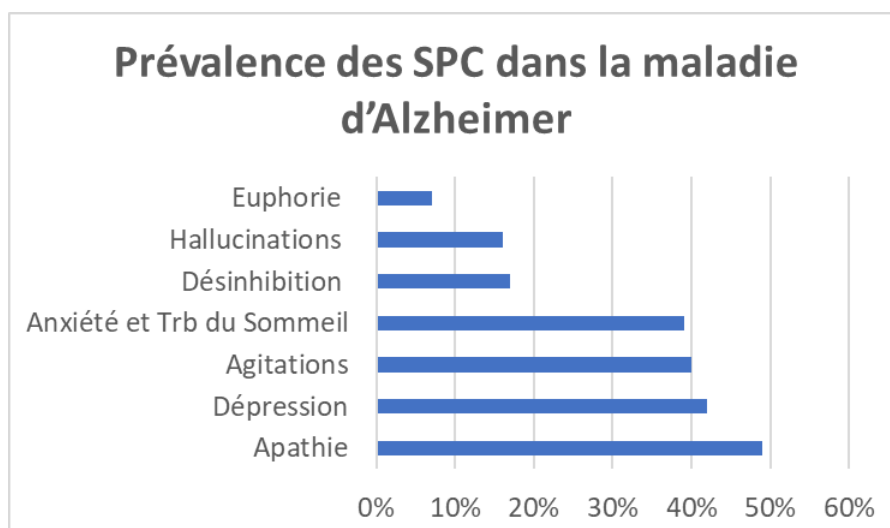


Figure 2 : Prévalence des symptômes psychologiques et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer

Plusieurs études ont montré que les symptômes psychologiques et comportementaux (SPC) sont associés à une progression plus rapide des maladies neurodégénératives, tant du stade prodromal vers le stade démentiel [9] que du stade précoce vers les formes sévères, avec un déclin cognitif accéléré [10][11]. Les SPC peuvent également précéder l'apparition des premiers symptômes cognitifs et être observés dès les phases pré-déméntielles. Leur présence constitue ainsi un marqueur clinique précoce du risque d'évolution vers un trouble neurocognitif majeur. À cet égard, il est recommandé, dans la démarche diagnostique, d'évaluer systématiquement les manifestations comportementales au moyen du concept de Mild Behavioral Impairment (MBI) [12], parfois détectables avant les atteintes cognitives objectivées par le Mild Cognitive Impairment (MCI) [13]. L'identification du MBI permet donc un repérage plus précoce des sujets à risque et contribue à affiner le diagnostic ainsi que l'évaluation évolutive des maladies neurodégénératives.

3. L'actualité dans la prise en charge des maladies neurodégénératives

3.1. Les interventions non médicamenteuses

Le parcours de soins et de prise en charge des maladies neurodégénératives est souvent complexe, ce qui rend nécessaire le recours à des approches personnalisées et à une coordination pluridisciplinaire intégrant notamment le psychiatre, le neurologue, le gériatre, le neuropsychologue et l'orthophoniste. Les recommandations actuelles en matière de prise en charge accordent une place centrale aux interventions non médicamenteuses (INM), désormais préconisées en première intention, en particulier pour le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux (SPC) [14]. Ces approches visent à préserver l'autonomie, améliorer la qualité de vie et réduire le retentissement fonctionnel et psychosocial des troubles. Le traitement pharmacologique, quant à lui, est envisagé en complément des INM, dans une stratégie combinée et adaptée au profil clinique du patient, notamment lorsque les symptômes persistent, s'aggravent ou entraînent une souffrance significative.

Les interventions non médicamenteuses (INM) reposent sur le principe de la neuroplasticité cérébrale persistante, malgré la progression de la neurodégénérescence. Elles s'appuient sur les mécanismes de compensation fonctionnelle, par lesquels le cerveau mobilise des réseaux alternatifs afin de maintenir, autant que possible, les capacités cognitives et l'autonomie du patient. Dans cette perspective, le concept de compensation neurologique fonde l'intérêt des approches de remédiation cognitive, visant à renforcer les fonctions préservées, à optimiser les stratégies adaptatives et à limiter le retentissement fonctionnel des déficits. Les INM sont

des « interventions sur la qualité de vie, le langage (orthophonie), la cognition (stimulation cognitive, revalidation cognitive), la stimulation sensorielle, l'activité motrice, les activités occupationnelles » [15].

Les interventions non médicamenteuses (INM) constituent des approches thérapeutiques à visée occupationnelle et psychosociale, souvent intégrant une dimension ludique favorisant l'engagement et la participation du patient. Elles sont centrées sur la communication, la stimulation des capacités préservées et l'organisation globale des soins. Les formes d'INM sont nombreuses (voir tableau 1) et doivent être adaptées au profil clinique et fonctionnel de chaque patient. Leur caractère personnalisé implique une élaboration individualisée, tenant compte de l'histoire de vie, des habitudes quotidiennes, des préférences, des centres d'intérêt et des habiletés résiduelles. Ainsi, des activités simples et signifiantes, telles que le pliage du linge, le dressage de la table ou la préparation de repas, peuvent être mobilisées à des fins thérapeutiques afin de maintenir l'autonomie et le sentiment d'utilité. Cette démarche nécessite, en amont, la réalisation d'une anamnèse approfondie et d'une évaluation neuropsychologique complète, intégrant les antécédents personnels, l'état somatique, ainsi que le fonctionnement cognitif et comportemental actuel du patient.

La fréquence des interventions non médicamenteuses est généralement fixée à deux séances hebdomadaires réalisées avec le thérapeute. Toutefois, il est recommandé aux aidants naturels de poursuivre ces activités au domicile du patient sur une base quotidienne, afin d'assurer la continuité de la stimulation et de maintenir les bénéfices de la rééducation cognitive en dehors des séances encadrées. Les INM sont toutefois chronophages. La durée d'une séance varie habituellement entre 30 et 60 minutes, incluant le temps d'installation, la réalisation des activités et le temps de retour (feed-back) sur la séance précédente.

Les séances d'interventions non médicamenteuses (INM) intègrent un rituel au début de chaque séance, visant à orienter le participant dans le temps et l'espace. Cela inclut le rappel de la date du jour, de la saison en cours, du lieu, la présentation de la méthode utilisée et l'identification du participant. Le rituel de clôture mentionne la date de la prochaine séance, rappelle le lieu, permet un retour sur le ressenti du patient et intègre des exercices de relaxation. Au cours des séances, les résultats de la méthode sont systématiquement évalués. Selon cette évaluation, il est possible d'adapter la méthode, de la modifier ou, si elle s'avère inefficace, de l'interrompre.

Tableau 1 : Types des interventions non médicamenteuses dans les maladies neurodégénératives

INM	Objectifs
Rééducation et la stimulation cognitive	Restaurer les fonctions cognitives altérées (mémoire, attention, langage, fonctions exécutives) et/ou les compenser grâce à des stratégies adaptatives
Thérapie par la réminiscence	Utilise des objets, photos, musiques, odeurs et autres supports du passé pour aider une personne à se remémorer et partager des souvenirs But : stimuler la mémoire à long terme, renforcer le bien-être émotionnel, améliorer l'estime de soi et favoriser les interactions sociales
Musicothérapie	Réduction de l'anxiété, dépression, symptômes d'agitation et l'apathie
Thérapie assistée par l'animal (TAA/zoothérapie)	Favoriser le bien-être physique et psychologique des personnes
Activité physique adaptée (APA)	Adaptée aux ressources fonctionnelles d'un individu
Hortithérapie	Améliorer la santé physique, mentale et sociale Elle s'appuie sur les jardins thérapeutiques encadrés par des professionnels (réduire le stress, améliorer la motricité, stimuler les fonctions cognitives et favoriser les interactions sociales)
Luminothérapie	Pour traiter les troubles de l'humeur comme la dépression, les troubles du sommeil, certains troubles alimentaires, en agissant sur les rythmes biologiques

3.2. Les interventions non médicamenteuses

3.2.1. Les antipsychotiques atypiques :

Les interventions médicamenteuses dans la prise en charge des maladies neurodégénératives présentent une efficacité jugée variable. En ce qui concerne les antipsychotiques atypiques, il est recommandé d'utiliser, selon les indications cliniques, les molécules suivantes : Risperidone, Aripiprazole, Olanzapine et Quétiapine [16][17][18][19].

Le choix de prescription des antipsychotiques repose sur le profil somatique et biologique du patient, ainsi que sur le profil pharmacologique de la molécule, en tenant particulièrement compte du risque d'effets secondaires pouvant aggraver les comorbidités existantes ou induire de nouvelles complications. Parmi les quatre antipsychotiques mentionnés précédemment, l'analyse du rapport bénéfice/risque montre que l'Aripiprazole présente une efficacité favorable, tandis que l'Olanzapine est moins recommandée en raison de ses effets secondaires métaboliques prédominants (voir tableau 2).

La clozapine est un antipsychotique rarement prescrite en raison de ses effets secondaires, en particulier l'agranulocytose, qui impose une surveillance rapprochée de la formule sanguine (FNS) : hebdomadaire pendant les 18 premières semaines de traitement, puis mensuelle pour toute la durée du traitement. La clozapine s'avère efficace dans la démence associée à la maladie de Parkinson et à la démence à corps de Lewy. Son efficacité se manifeste notamment sur les symptômes psychologiques et comportementaux (SPC), les symptômes psychotiques, les troubles du sommeil ainsi que les signes extrapyramidaux (voir tableau 3). Il convient de noter que, en cas de non-réponse après administration de doses optimales et sous bonne tolérance de l'antipsychotique atypique, le traitement ne doit pas être poursuivi au-delà de six semaines.

3.2.2. Les antidépresseurs :

Les antidépresseurs à privilégier en première intention, en tenant compte du meilleur rapport tolérance/efficacité, sont (voir tableau 4) :

Sertraline : indiquée pour la dépression caractérisée par la prédominance de l'apathie, de l'anhédonie et de la tristesse. Elle trouve également son indication dans la démence lobaire fronto-temporale (DLFT), afin de réduire les symptômes frontaux productifs. La Sertraline, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS), est la molécule la plus privilégiée parmi les ISRS, notamment en raison de son profil cardioprotecteur, même à des doses élevées.

Mirtazapine : recommandée pour les dépressions présentant des caractéristiques anxieuses ou associées à l'insomnie. Elle constitue également une alternative aux hypnotiques dans le traitement des troubles du sommeil, grâce à son effet sédatif marqué.

Citalopram et Escitalopram : indiqués pour les signes d'apathie. L'association Mémantine/Citalopram pourrait réduire l'apathie de manière significative. Il convient toutefois de souligner que le diagnostic différentiel entre dépression et apathie peut être difficile. Le risque est de confondre un syndrome apathique avec une dépression, conduisant à une prescription inappropriée d'antidépresseurs, pouvant aggraver la symptomatologie apathique. Ces molécules sont également indiquées dans les différentes formes d'agitation, avec un bénéfice notable sur les symptômes psychotiques de type délire.

Paroxétine : indiquée dans les états d'agitation et pour les formes mineures de dépression.

L'utilisation des antidépresseurs nécessite une surveillance rigoureuse de la fonction cardiaque, incluant la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) avant la prescription et à chaque modification posologique, afin de contrôler l'intervalle QTc. Il est également essentiel de surveiller le risque d'hyponatrémie, complication classique des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Cette surveillance repose sur un ionogramme pré-thérapeutique, particulièrement en cas de prescription concomitante de molécules hyponatrémiantes, puis une semaine après le début du traitement et à chaque changement de

dosage. La surveillance doit être particulièrement rapprochée en présence d'un traitement concomitant par des diurétiques ou en cas d'insuffisance rénale.

Les antidépresseurs peuvent augmenter le risque de saignement en réduisant l'agrégation plaquettaire. À ce titre, leur prescription doit être réalisée avec prudence chez les patients sous anticoagulants ou présentant un risque de chutes, fréquentes chez les personnes atteintes de troubles neurodégénératifs. Les antidépresseurs à demi-vie longue, tels que la fluoxétine, sont à éviter. De même, les tricycliques ne doivent pas être prescrits en raison de leur charge anticholinergique, sauf avis psychiatrique spécialisé.

Tableau 2 : Les antipsychotiques atypiques indiqués dans le traitement des maladies neurodégénératives

	Risperidone	Aripiprazole	Quétiapine	Olanzapine
Prescription				
Posologie	0,25 mg – 0,5 mg à 2mg	2mg à 15 mg	50 à 300 mg	5 à 10 mg
Demi vie	24h	75h	12h	54 h
Pic plasmatique	1-2h	3-5h	6h	5-8h
Insuffisance rénale	Prudence	Aucune adaptation	Aucune adaptation	Prudence
Effets secondaires				
Extrapyrimalid	+++	+/-	+	++
QT	++	+/-	+	+
Sédation	+	+	+++	++
Effets anticholinergiques	+	+/-	++	++
Akathisie	+	++	+	+
Hypotension orthostatique	++	+/-	++	++
AVC	+	+/-	+/-	++
Rapport bénéfice / risque	Efficace	Meilleure Efficacité	Moins efficace	Le plus défavorable

Tableau 3 : La clozapine dans le traitement des maladies neurodégénératives

Clozapine	
Prescription pour les symptômes psychotiques de la maladie de Parkinson et la maladie à corps de Lewy	
Dose initiale	6,25 mg – 12,5 mg Le soir
Augmentation par palier	De 6,25 mg – 12,5 mg tous les 5 jours
Prise par jour	1 à 2 fois par jours
Dose max	25 mg par jour
Temps pour évaluer l'efficacité	2 à 4 semaines de la dose optimale
Durée de prescription	3 mois avec un arrêt progressif
Surveillance stricte de	FNS chaque semaine pendant 18 SA puis mensuelle pendant toute la durée de traitement
Effets secondaires	Agranulocytose
Sédation	+++
Hypotension orthostatique	+++
Risque cardio vasculaire	++

Tableau 4 : Les antidépresseurs dans le traitement des maladies neurodégénératives

Indication	Niveau de preuve	1 ^{ère} intention	2 ^{ème} intention
Dépression	Niveau de preuve faible.	Sertraline :	Duloxétine :
	Meilleure efficacité si : Épisode dépressif ; Antécédents de dépression	50 à 200 mg/j ; Mirtazapine : 15 à 45 mg/j	30 à 120 mg ; Venlafaxine LP : 37,5 mg à 225 mg
Agitation	Traitement de 1 ^{ère} intention de l'agressivité, l'irritabilité, l'agitation anxieuse, impulsivité et du syndrome frontal.	Citalopram : 10 à 20 mg ; Escitalopram : 5 à 10 mg ; Sertraline : 25 à 200 mg	Trazodone : 50 à 300 mg
	Aucune indication dans les déambulations		

Symptômes psychotiques	Idées délirantes en alternative aux antipsychotiques (niveau de preuve faible)	Citalopram : 10 à 20 mg/j ; Escitalopram : 5 à 10 mg/j ; Sertraline : 25 à 150 mg/j	-----
Trouble du sommeil	Niveau de preuve faible	Mirtazapine : 15 à 30 mg/j (Si symptômes dépressifs associés)	Trazodone : 50 à 300 mg
Trouble anxieux	Aucune publication n'a validé l'usage des IRS dans les troubles anxieux associés aux TNC. Dans la pratique, utilisation possible dans cette indication, notamment pour éviter un recours inapproprié aux benzodiazépines.		
Apathie	Aucune indication des IRS dans le traitement de l'apathie		

4. Conclusion

La prise en charge des maladies neurodégénératives suscite un intérêt majeur de la part des spécialistes, tant pour l'analyse des signes cliniques que pour la mise en œuvre de soins adaptés aux différents stades évolutifs de la maladie. Il est actuellement admis qu'aucun traitement pharmacologique ne se distingue par une efficacité et une tolérance optimale. La prise en charge doit impérativement inclure les interventions non médicamenteuses (INM), des approches dénuées d'effets secondaires, qui permettent de consolider les fonctions cognitives grâce au principe de la neuroplasticité persistante. Les INM sont systématiquement combinées au traitement pharmacologique afin d'en renforcer l'efficacité et d'optimiser le bénéfice global pour le patient.

Dans la prise en charge des troubles neurodégénératifs, la stratégie privilégiée repose sur une approche personnalisée, tenant compte d'une évaluation individualisée du rapport bénéfice/risque et des éventuels avantages attendus pour le patient. Ainsi, le choix de la molécule dépend de plusieurs facteurs [20] : l'évidence scientifique disponible, le profil d'effets indésirables et de tolérance, les propriétés pharmacologiques (sédatives, antiproductives, etc.), la forme galénique (comprimé, solution buvable, libération prolongée), le nombre de prises quotidiennes, le degré d'urgence et le pic d'action courte ou plus prolongée, ainsi que la demi-vie d'élimination, qui varie considérablement selon la molécule. Enfin, les comorbidités somatiques et psychiatriques, les traitements concomitants et les caractéristiques individuelles du patient doivent également être pris en compte pour optimiser la prescription.

Bibliographie

- OMS, World Health Organisation. 2020. Les 10 principales causes de mortalité (who.int)
- OMS Rapport, World Health Organization, Rapport Mondial de situation sur l'action de santé publique contre la démence. Résumé d'orientation. 9789240038721-fre.pdf (who.int). 2021.
- S. S. Benharrats. Quoi de neuf dans la prise en charge des maladies neurodégénératives. Journée d'étude sur les maladies neurodégénératives : Approche pluridisciplinaire du constat à l'accompagnement. Faculté de médecine d'Oran. 22 janvier 2026.
- Gonfrier S, Andrieu S, Renaud D, Vellas B, Robert PH. Course of neuropsychiatric symptoms during a 4-year followup in the REAL-FR cohort. J Nutr Health Aging. 2012;16(2):134-7.
- Ismail Z., Smith E.E., Geda Y., Sultzer D., Brodaty H., Smith G. Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. Alzheimers Dement. 2016;12:195-202.
- Zhang W, Wang X, Lü Y, Yu W. Relations of neuropsychiatric symptoms with disease stage, sex, and daily function in mild cognitive impairment and dementia due to Alzheimer's disease: A cross-sectional study. J Psychosom Res. 1 oct 2022;161:110994.

- Spalletta G, Musicco M, Padovani A, Perri R, Fadda L, Canonico V, et al. Neuropsychiatric Symptoms and Syndromes. i. n a Large Cohort of Newly Diagnosed, Untreated Patients With Alzheimer Disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1 nov2010;18(11):1026-35.
- Zhao QG, Tan L, Wang HF, Jiang T, Tan MS, Tan L, Xu W, Li JQ , Wang J, Lai TJ, Yu JT. The prevalence or neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 190: 264-271.
- Taragano FE, Allegri RF, Krupitzki H, Sarasola DR, Serrano CM, Lon L, Lyketsos CG. Mild behavioral impairment and risk of dementia: a prospective cohort study of 358 patients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;70(4):584-592.
- Rabins PV, Schwartz S, Black BS, et al. Predictors of progression to severe Alzheimer's disease in an incidence sample. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of Alzheimer's Association*. 2013;9(2):204-7.
- Peters ME, Schwartz S, Han D, et al. Neuropsychiatric symptoms as predictors of progression to severe Alzheimer's dementia and death: the Cache County Dementia Progression Study. *American Journal of Psychiatry*. 2015;172(5):460-5.
- Taragano FE, Allegri RF, Heisecke SL, Martelli MI, Feldman ML, Sánchez V, et al. Risk of Conversion to Dementia in a Mild Behavioral Impairment Group Compared to a Psychiatric Group and to a Mild Cognitive Impairment Group. *J Alzheimers Dis JAD*. 2018;62(1):227-38.
- Leoutsakos JMS, Forrester SN, Lyketsos CG, Smith GS. Latent Classes of Neuropsychiatric Symptoms in NACC Controls and Conversion to Mild Cognitive Impairment or Dementia. *J Alzheimers Dis JAD*. 2015;48(2):483-93.
- Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, Fédération des Centres Mémoires, Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Agée. Nouvelles recommandations pour la prise en soins des symptômes psychologiques et comportementaux (SPC) dans les maladies neurodégénératives. 21 septembre 2024.
- HAS. Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la MA ou à une maladie apparentée. 2018.
- Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al, CATIE-AD Study Group. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2006; 355:1525-1538.
- Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: metaanalysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:191-210.
- Maher AR, Maglione M, Bagley S, Suttorp M, Hu JH, Ewing B, et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2011; 306:1359-9.
- Yunusa I, Alsumali A, Garba AE, Regestein QR, Eguale T. Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2019;2:e190828. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0828>.
- Dorey JM, M. Herrmann, T. Desmidt, M. Soto-Martin. Symptômes neuropsychiatriques des maladies neurodégénératives : quand et comment prescrire les psychotropes ? Correspondances en Médecine Cognition & Vieillesse - Vol. IV - n°3 - juillet-septembre 2021.