

Préambule

Contexte



Objectif



Patients concernés



Professionnels concernés



Gradation des recommandations



Définition de l'apathie



Démarche diagnostique

Repérage



Évaluation médicale structurée
et enquête étiologique



Évaluation du retentissement



Synthèse et transmission
des informations



Techniques de soins et interventions non pharmacologiques

Techniques de soins



Interventions non pharmacologiques



Interventions pharmacologiques

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase
et la mémantine



Les psychotropes



Accompagnement des proches aidants et adaptation de l'environnement du patient

Soutien, informations et formation
pour les proches aidants



Environnement adapté au patient



Les outils



Pour en savoir plus



Contexte



L'élaboration de ces recommandations professionnelles entre dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012.

Les recommandations sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées publiées par la HAS en 2009 ont exclu les troubles du comportement déficitaires ou de retrait tels que l'apathie, également très fréquente au cours de ces maladies.

Objectif



L'objectif d'amélioration des pratiques de cette recommandation est de définir chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (MA et MA) :

- la démarche diagnostique de l'apathie, qui comprend le diagnostic différentiel avec la dépression ;
- la prise en charge de l'apathie, en précisant notamment les moyens thérapeutiques non médicamenteux.

Cette RBP est mise en perspective dans une stratégie globale de prise en charge et d'accompagnement du patient atteint de MA et MA.

Cette RBP vise à répondre aux questions suivantes :

- quelle est la définition de l'apathie ? Comment décrire ce syndrome ? Quels sont les outils d'identification et d'évaluation adaptés à chaque type de professionnels concernés ?
- quelle enquête étiologique mettre en œuvre ?
- quels sont les facteurs favorisants et préventifs de l'apathie ? Quelles mesures mettre en œuvre (actions collectives) ?
- au niveau organisationnel : qui recueille quelles informations et les transmet à quels professionnels ?
- quelles sont les interventions non médicamenteuses à visée individuelle ?
- quelles sont les interventions médicamenteuses ? Rapport bénéfice/risque des traitements médicamenteux possibles.

Patients concernés



Ces recommandations concernent les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (dont la dégénérescence lobaire fronto-temporale, la démence vasculaire, la démence compliquant la maladie de Parkinson et la démence à corps de Lewy).

Professionnels concernés



Ces recommandations sont destinées à être appliquées quel que soit le lieu où se trouve le patient : au domicile, en hospitalisation ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elles concernent tous les professionnels sanitaires et médico-sociaux ainsi que les proches aidants intervenant dans la prise en charge du patient.

Gradation des recommandations



Les données de la littérature identifiée dans le cadre de ce travail n'ont pas permis d'établir de niveaux de preuve pour les recommandations. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord d'experts au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture.





L'apathie est définie médicalement comme un déficit persistant acquis de la motivation rapporté par le sujet lui-même ou par l'entourage. Cet état contraste avec le niveau antérieur de fonctionnement du sujet ou les standards d'âge et de culture. On distingue 3 composantes dans l'apathie : des manifestations comportementales (diminution des comportements volontaires dirigés vers un but), cognitives et émotionnelles.

Ces manifestations ne doivent pas être attribuables à une diminution du niveau de conscience, à un déficit intellectuel ou à une détresse émotionnelle. L'apathie peut être la conséquence de pathologies variées : elle se rencontre non seulement au cours de la MA et MA mais aussi au cours de certains troubles psychiatriques ou neurologiques et au cours de certaines maladies générales (cf. [tableau 1](#)).

Tableau 1. Les pathologies associées à de l'apathie, adapté d'après Ishii et al. (2009) et Clarke et al. (2011)¹



Affections neurologiques	Affections psychiatriques	Affections générales
<ul style="list-style-type: none"> → Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées → Maladie de Parkinson → Traumatismes cranio-cérébraux → Pathologies cérébro-vasculaires → Hydrocéphalie → Hématome sous-dural chronique → Confusion mentale → Démence du VIH → Sclérose en plaques → Encéphalopathie anoxique → Tumeurs cérébrales → Encéphalopathie de Binswanger → Syndrome de Korsakoff → Encéphalite limbique → Maladie de Creutzfeldt-Jacob → Syndrome de Kluver Bucy 	<ul style="list-style-type: none"> → Épisodes dépressifs majeurs → Troubles psychotiques aigus et chroniques → Troubles de l'adaptation → Stress post-traumatique → Troubles bipolaires → Troubles dissociatifs 	<ul style="list-style-type: none"> → Hypothyroïdie et autres affections endocriniennes → Intoxications médicamenteuses → Sevrage médicamenteux → Carence en vitamine B12 → Insuffisance cardiaque → Insuffisance rénale → Cancer → Hypogonadisme

La prévalence de l'apathie varie selon le type de maladie et son stade : chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, elle est en moyenne de 60 %.

L'apathie peut être présente dès les stades prodromaux (déclins cognitifs légers) et sa prévalence tend à augmenter au fur et à mesure que le déclin cognitif se majore. Dans ce contexte certains auteurs ont avancé l'hypothèse d'un phénotype potentiellement plus sévère de la maladie d'Alzheimer chez les patients présentant une apathie en phase prodromale.

Dans les maladies apparentées, la prévalence de l'apathie est variable mais il s'agit également d'un syndrome fréquemment rencontré (cf. [tableau 2](#)).

1. Ishii S, Weintraub N, Mervis JR. Apathy: a common psychiatric syndrome in the elderly. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10(6):381-93; Clarke DE, Ko JY, Kuhl EA, van Reekum R, Salvador R, Marin RS. Are the available apathy measures reliable and valid? A review of the psychometric evidence. *J Psychosom Res* 2011;70(1):73-97.



Tableau 2. Prévalence de l'apathie dans différentes maladies neurocognitives, adapté d'après Ishii et al. (2009)²

	Prévalence
→ Trouble cognitif léger (MCI)	15 à 40 %
→ Maladie de Parkinson	17 à 46 %
→ Paralyse supranucléaire progressive	22 à 91 %
→ Maladie de Huntington	59 à 82 %
→ Dégénérescence cortico-basale	40 %
→ Dégénérescence lobaire fronto-temporale	89 à 100 %
→ Maladie à corps de Lewy	52 %
→ Démence vasculaire	23 à 94 %

Sur le plan neurobiologique, l'atteinte fonctionnelle de certaines structures cérébrales est fréquemment associée à la présence de l'apathie. Les résultats proviennent des données de l'imagerie morphologique, fonctionnelle, de perfusion et métabolique et des données anatomopathologiques *post-mortem* chez des patients atteints de maladies neurodégénératives.

Il peut s'agir entre autres des zones du cortex cingulaire antérieur, du cortex orbitofrontal et du cortex préfrontal ventrolatéral. Les interprétations neuropsychologiques liées à chacune de ces aires cérébrales, les neurotransmetteurs impliqués et les possibilités thérapeutiques théoriques qui y sont liées restent aujourd'hui du domaine de la recherche et n'ont pour le moment abouti à aucune thérapeutique spécifique. Aucune recommandation spécifique ne peut donc actuellement s'appuyer sur ces données.

2. Ishii S, Weintraub N, Mervis JR. Apathy: a common psychiatric syndrome in the elderly. J Am Med Dir Assoc 2009;10(6):381-93.




Signes d'appel
Place des échelles d'évaluation

→ La démarche diagnostique et de prise en charge globale et interprofessionnelle recommandée est récapitulée dans un **arbre décisionnel**

Signes d'appel



L'apathie est un syndrome qui peut passer longtemps inaperçu ou être relégué au second plan des préoccupations thérapeutiques des soignants, de l'entourage, ou du patient lui-même. La démarche d'évaluation et de diagnostic d'un syndrome apathique est complémentaire à celle décrite dans les recommandations de la HAS concernant la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs³. Il est recommandé qu'elle fasse partie d'une évaluation psycho-comportementale globale du sujet et de son environnement.

L'apathie comporte des dimensions comportementales, cognitives et émotionnelles. Il est recommandé de s'appuyer sur les signes d'appel suivants pour son repérage en pratique. Il peut s'agir de plaintes émanant du sujet lui-même ou d'observations de l'entourage.

- Le sujet apparaît démotivé, il ne prend pas d'initiatives, ne répond plus de manière habituelle et spontanée aux sollicitations de son environnement et de son entourage.
- Il semble se désintéresser des conversations sur des sujets qui habituellement retiennent son attention.
- Ses activités sociales s'appauvrissent sans autre raison évidente que la baisse de motivation ; il se désengage des activités quotidiennes.
- Il semble peu réactif à l'annonce d'événements nouveaux ou importants pour lui ou pour ses proches (perte d'empathie).
- Il exprime peu voire pas d'émotions concernant des événements positifs ou négatifs.
- Malgré la présence de ces signes, le sujet ne se reconnaît pas excessivement triste ou déprimé. Dans le cas contraire, il faut envisager la possibilité de l'évolution d'un état dépressif caractérisé associé ou non à l'apathie (cf. *infra*).

L'ensemble de ces signes constitue des changements notables avec l'état antérieur du sujet et persiste dans le temps plus de 4 semaines. Il est donc recommandé de s'enquérir auprès des proches de la personnalité prémorbide du patient et de ses comportements habituels afin de déterminer en quoi son comportement actuel correspond à de l'apathie.

En plus des hétéro-évaluations effectuées par un soignant et/ou un proche aidant, il est recommandé d'essayer de recueillir des évaluations par le patient lui-même, notamment pour mieux apprécier les symptômes émotionnels et cognitifs. Ces auto-évaluations reposent principalement sur l'entretien avec le patient lorsqu'il est encore possible et suffisamment informatif (détérioration cognitive modérée à légère, absence de trouble de langage trop important) à la recherche des signes d'appel qui le gênent.

3. Haute Autorité de Santé. **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.





L'ensemble de ces signes étant peu spécifique, il est recommandé en cas de doute de s'aider lors de la phase de repérage d'outils adaptés. Dans ce cadre, il est recommandé d'utiliser en priorité l'inventaire neuropsychiatrique (NPI pour *Neuropsychiatric Inventory*) qui a l'avantage de fournir une appréciation globale des troubles psycho-comportementaux en plus de l'apathie. Il est donc également recommandé de sensibiliser les différents acteurs de la filière de soin à son utilisation en pratique clinique.

Le **NPI** évalue la fréquence et la sévérité de 12 symptômes parmi les plus fréquemment rencontrés au cours de la MA et MA, parmi lesquels figure l'apathie. Les scores sont obtenus en multipliant la sévérité [1-3] par la fréquence [1-4] de chaque catégorie diagnostique. L'item évaluant l'apathie présente une bonne fiabilité vis-à-vis d'un avis d'expert.

Enfin, le NPI prend en compte le retentissement sur le fardeau ressenti par le proche aidant ou l'aidant professionnel. Il existe des versions destinées **aux proches aidants (NPI-R ou NPI réduit), au personnel soignant en établissement (NPI-ES)** et **aux médecins**. Le temps de passation est de 15 à 20 minutes pour la version standard du NPI. Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation systématique de cet outil, notamment en ville.

Selon le lieu de vie, les versions suivantes du NPI peuvent être utilisées :

- **à domicile : NPI ou NPI-R**, renseigné par le proche aidant ou un professionnel ;
- **en établissement : NPI-ES**, renseigné par les soignants.

En complément, l'inventaire apathie (IA) permet une auto et une hétéro-évaluation des composantes symptomatiques de l'apathie.

Ces évaluations doivent être répétées dans le temps afin d'une part de ne pas méconnaître l'installation des symptômes et d'autre part de surveiller leur évolution.

Il est recommandé de procéder de manière conjointe au repérage systématique de l'apathie et des autres troubles psycho-comportementaux chez les patients atteints de MA et MA en l'absence de signes d'appel (cf. *supra*). Cette évaluation doit se faire au moins au rythme recommandé⁴ de suivi standardisé de la MA et MA (soit une fois par an et/ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement).

4. Haute Autorité de Santé. **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.





Un avis médical systématique,
des examens complémentaires si nécessaire



Confirmation diagnostique



Évaluation des interactions du patient



Diagnostic différentiel

Un avis médical systématique, des examens complémentaires si nécessaire



L'apathie peut accompagner de nombreuses pathologies différentes dont certaines nécessitent une évaluation et une prise en charge urgente⁵. Elles peuvent être associées ou préexistantes à la maladie neurodégénérative. Un avis médical systématique est donc nécessaire dans les premiers temps de l'évaluation globale des patients apathiques et sera éventuellement à répéter en fonction de l'évolution. Le clinicien en charge du patient doit au terme de cette évaluation estimer si le syndrome apathique s'inclut dans l'évolution de la maladie neurodégénérative ou si une autre étiologie en est au moins partiellement la cause. Il conduit les explorations complémentaires nécessaires et adapte la conduite thérapeutique.

Il est recommandé, comme devant tout trouble du comportement non encore exploré, d'éliminer une urgence vitale potentielle telle que les conséquences d'un traumatisme crânien, une cause iatrogène (modification thérapeutique récente, intoxication ou sevrage) ou un épisode confusionnel et ses étiologies propres. Les examens complémentaires, non systématiques, sont à faire selon les éléments cliniques et en particulier sont impératifs en cas de modification de l'examen neurologique, à la recherche par exemple d'une hémorragie intracrânienne, d'une tumeur cérébrale, d'un accident vasculaire, d'une encéphalopathie métabolique ou médicamenteuse.

Il est recommandé au cours de l'évaluation clinique de rechercher le diagnostic précis concernant la pathologie démentielle sous-jacente : quand a été fait le diagnostic ? Par qui ? Quel plan d'aide et de soins a été décidé ? Si la démarche diagnostique semble incomplète ou non initiée, il convient de se rapporter aux recommandations de la HAS sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées⁶.

Confirmation diagnostique



Afin de confirmer le diagnostic de syndrome apathique et de mettre en œuvre la prise en charge, il est recommandé de s'entretenir avec le patient et d'observer son comportement (seul et en interaction avec les autres) chaque fois que cela est possible (en consultation, lors d'une visite au domicile, en établissement d'hébergement). L'entretien avec l'entourage, les proches aidants et aidants professionnels viendra compléter les premières informations recueillies.

La démarche diagnostique est réalisée par un médecin. Elle doit reposer sur la recherche des 4 critères diagnostiques actuels présentés dans le tableau suivant, afin de caractériser l'apathie.

5&6. Haute Autorité de Santé. **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.



Tableau 3. Les critères de Robert et al. (2009)⁷

Pour un diagnostic d'apathie, le patient doit remplir les critères A, B, C et D.

	OUI	NON	NA*
A. Perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du patient. Ce changement est rapporté par le patient lui-même ou son entourage.			
B. Présence la plupart du temps durant une période minimum de 4 semaines d'au moins 1 symptôme dans au moins 2 des 3 domaines suivants :			
B1. ACTION : perte ou réduction des comportements dirigés vers un but, mise en évidence par au moins un des symptômes suivant :			
→ Initiation : perte des comportements auto-initiés (p. ex., entamer une conversation, réaliser des activités de la vie quotidienne, initier une activité sociale, communiquer des choix)			
→ Réponse : perte des comportements en réponse aux sollicitations de l'environnement (p. ex. : répondre dans la conversation, participer à une activité sociale)			
B2. COGNITION : Perte ou réduction des activités cognitives orientées vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivant :			
→ Initiation : perte de spontanéité ou de curiosité pour les événements nouveaux ou habituels (p. ex., initier des tâches complexes, s'intéresser aux événements récents, répondre aux opportunités sociales, manifester un intérêt pour les affaires personnelles, familiales ou sociales)			
→ Réponse : perte de réactivité aux commentaires ou questions de l'entourage concernant les événements nouveaux ou habituels (p. ex., à propos de la résidence, du voisinage ou du quartier)			
B3. ÉMOTION : perte ou diminution des émotions mise en évidence par au moins un des symptômes suivants :			
→ Initiation : un manque de ressenti émotionnel (p.ex., sentiment subjectif d'un manque ou d'une absence d'émotion ou observation par autrui d'affects émoussés), rapporté par le sujet lui-même ou observé par les autres			
→ Réponse : perte de réactivité émotionnelle aux événements positifs ou négatifs de l'environnement (p. ex., l'entourage rapporte une absence ou une faible réactivité émotionnelle face à des événements agréables, une épreuve personnelle, une maladie grave, des nouvelles bouleversantes)			
C. Les critères (A et B) sont à l'origine d'une souffrance et/ou interfèrent avec la vie sociale et occupationnelle.			
D. Les critères (A et B) ne s'expliquent pas exclusivement par un handicap physique (p. ex. cécité, surdité, etc.) ou des troubles moteurs, par une réduction du niveau de conscience ou par les effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. abus de toxique, médicaments)**.			
* NA = non applicable. ** La réponse OUI = A & B ne sont pas liés à un handicap. La réponse NON = A & B sont liés à...			

La présence d'au moins un de ces critères justifie une évaluation clinique et environnementale, ainsi qu'une prise en charge adaptée. Si le patient ne remplit que partiellement ces critères, il devra tout de même être considéré à risque et les domaines pathologiques du critère B devront faire l'objet d'une prise en charge adaptée la plus précoce possible.

7. Robert P, Onyike CU, Leentjens AFG, Dujardin K, Aalten P, Starkstein S, et al. Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. Eur Psychiatry 2009;24(2):98-104.



Au cours de la démarche diagnostique, il est recommandé de recueillir :

- l'ancienneté des symptômes, le mode évolutif ;
- les troubles psycho-comportementaux associés : agitation, agressivité, comportements moteurs aberrants, cris, idées délirantes, hallucinations et désinhibition ;
- le terrain médical, avec comorbidités et antécédents notamment familiaux ;
- les traitements médicamenteux en cours et leurs indications,

et d'identifier :

- un événement inhabituel/une modification environnementale (mise en échec répétée, hyperactivité imposée, manque de renforcement positif, isolement excessif ou sous-stimulation) ;
- un autre facteur de déclenchement ou d'aggravation potentielle tel que certains médicaments qui ont été associés à des manifestations apathiques (antidépresseurs sérotoninergiques notamment) ;
- le degré de détérioration cognitive, l'apathie étant plus fréquente et plus marquée dans les stades évolués des maladies neurodégénératives ;
- le degré de reconnaissance des troubles par le patient lui-même, l'existence d'une anosognosie ;
- des troubles sensoriels (notamment l'audition et la vue) éventuellement associés ;
- des comorbidités qui peuvent révéler, aggraver ou être à l'origine de l'apathie (cf. [tableau 1](#)).

Évaluation des interactions du patient



Une apathie est influencée par les éléments propres à la personnalité du patient et par les conditions de son environnement : les interactions du patient paraissent essentielles tant dans le développement du syndrome lui-même que dans la recherche de son atténuation.

Il est recommandé de procéder à une évaluation des interactions du patient afin de préparer les interventions thérapeutiques non médicamenteuses à l'aide des 3 repères suivants :

- **Interactions avec des tiers** : avec qui le sujet est-il habituellement et régulièrement en lien ? (on entend ici en lien affectif réel, pas seulement un lien technique tel qu'un pansement quotidien ou une distribution de médicament). Existe-t-il pour le sujet un (ou des) tiers sécurisant(s) auprès duquel (ou desquels) les troubles se modifient (diminution de troubles perturbateurs ou levée de l'apathie) ? Ou au contraire identifie-t-on une attitude inadaptée des proches aidants ?
- **Interactions avec l'environnement** : dans quel environnement matériel et humain le sujet évolue-t-il ? Est-ce adapté à ses troubles ? Le tiers sécurisant, s'il existe, fait-il partie de l'environnement ou s'agit-il d'un intervenant extérieur ?
- **Degré de conscience des troubles par le sujet lui-même** : évaluer l'opinion que le sujet se fait de lui-même et de ses troubles. Évaluer des réactions affectives et rechercher une humeur dépressive ou des idéations dépressives (cf. *infra*).

Il est important de souligner que cette évaluation de la position relationnelle du patient permet d'identifier rapidement les secteurs déficitaires susceptibles de correction thérapeutique : introduction d'un tiers sécurisant, modification du contexte matériel ou humain, intervention individuelle psychothérapeutique...

Diagnostic différentiel



Il est recommandé lors de l'évaluation médicale initiale de rechercher la présence de signes pouvant faire évoquer l'existence d'un état dépressif. En effet, l'apathie et l'état dépressif comprennent des symptômes similaires : diminution ou perte d'intérêt, ralentissement psychomoteur apparent, asthénie, apparente diminution des capacités introspectives, sentiment de manque d'énergie. Ce sont également des comorbidités fréquentes d'une MA et MA qui doivent faire chacune l'objet d'une prise en charge adaptée.

Certains signes orientent plus spécifiquement vers une dépression : il s'agit de l'humeur triste pathologique (car persistante ou particulièrement intense) ou des ruminations dépressives en elles-mêmes (pessimisme, surgénéralisation morbide, autodévalorisation, culpabilité, sentiment de désespoir, sentiment d'incurabilité, idéations suicidaires, insomnie matinale). Ceux-ci ne se retrouvent normalement pas chez le sujet apathique non déprimé et doivent orienter vers l'existence d'un état dépressif.



Devant une suspicion d'épisode dépressif majeur, il est recommandé d'en rechercher les signes caractéristiques en utilisant les critères du **DSM-IV**⁸, et en commençant par évaluer ceux qui sont propres à la dépression cités ci-dessus. Les antécédents personnels et familiaux d'épisodes dépressifs majeurs sont également à prendre en compte dans la réflexion diagnostique.

Il est cependant parfois difficile de bien distinguer ces deux entités et l'expérience clinique montre que les situations intriquées sont fréquentes. L'utilisation d'échelles spécifiques à l'évaluation de la dépression est recommandée en pratique courante mais n'est pas suffisamment informative pour ce diagnostic différentiel car des manifestations semblables à celles de l'apathie y sont intégrées. La présence d'un syndrome apathique est en effet associée à des scores élevés obtenus par des échelles évaluant spécifiquement la dépression.

Dans les situations complexes, et en raison des complications potentiellement graves des états dépressifs majeurs, le recours à un avis et/ou à une prise en charge spécialisée par un psychiatre, idéalement expérimenté en gérontopsychiatrie, doit être proposé.

Évaluation du retentissement



En parallèle des étapes de repérage et d'évaluation du syndrome apathique, il est recommandé de procéder à une évaluation de son retentissement sur le patient et son entourage (proches aidants et aidants professionnels).

Chez le patient, il est recommandé de rechercher :

- **l'intrication potentielle de l'apathie avec d'autres manifestations psychologiques et comportementales** (par exemple un patient apathique que l'on « oublie » progressivement en institution et qui de manière apparemment paradoxale s'agite et crie pour faire face à un sentiment latent d'abandon jusqu'alors non exprimé, peut-être également moins ressenti du fait de l'éroussement émotionnel de l'apathie) ;
- **le degré d'éroussement affectif**, voire le risque de méconnaître un danger par désintérêt (par exemple un désintérêt pour la gestion de ses biens, un risque subséquent d'escroquerie ou d'achats non investis émotionnellement, etc.) ;
- **le retentissement somatique de l'apathie** avec en particulier l'état nutritionnel, les soins corporels d'hygiène ou de plaies éventuelles (escarres, ulcères), l'observance médicamenteuse ;
- **les conséquences fonctionnelles** sur l'autonomie de la personne, **sociales et sur la qualité de vie**, en s'aidant notamment des grilles ADL⁹ et IADL¹⁰, avec la persistance ou non de relations amicales ou sociales en dehors du cercle familial, la poursuite ou non d'activités en dehors du domicile.

Chez les proches aidants et les aidants professionnels, il est recommandé de rechercher :

- **les conséquences psychologiques** telles que l'anxiété, le stress, l'irritabilité, l'humeur dépressive, l'altération de la qualité du sommeil, l'altération de l'appétit, le sentiment d'impuissance, le découragement voire le sentiment de désespoir. Il peut être utile d'orienter le proche aidant vers une prise en charge spécifique dans certains cas ;
- **le sentiment de fardeau** qui peut être apprécié au moyen du score de retentissement du NPI ou à l'aide de l'échelle de fardeau de Zarit (ou sa version courte¹¹) ;
- **le retentissement physique**¹² ;
- **l'évolution de l'aptitude du proche aidant ou de l'aidant professionnel** à adapter ses capacités de communication, les risques de négligence ou de maltraitance ;
- **un épuisement** à pallier l'inactivité du patient en cherchant continuellement à le stimuler.

8. Le **DSM-V** est publié mais pas encore traduit en français à la date de publication de ces recommandations.

9. Shelkey M, Wallace M. **Katz index of independence in Activities of Daily Living (ADL). Try This:** Best Prac Nurs Care Old Adults 2012;(2).

10. Graf C. **The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. Try This:** Best Prac Nurs Care Old Adults 2013;(23).

11. **The Zarit Burden Interview.**

12. Haute Autorité de Santé. **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels.** Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.





Recueil écrit des informations



Respect du secret professionnel



À domicile



En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Recueil écrit des informations



La communication des informations est un point clé de la réussite de l'accompagnement et de la prise en charge du patient. La nécessité d'un recueil écrit des informations anamnestiques et actuelles concernant le patient fait partie intégrante de la démarche diagnostique et du bilan pré-thérapeutique. Il est recommandé de favoriser la transmission des informations, pour faciliter la prise en charge du patient. L'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux doit avoir la possibilité de participer à ce recueil écrit d'informations, avec la participation des proches aidants.

Il est recommandé d'appliquer les principes suivants, quel que soit le lieu de vie :

- un recueil écrit des informations qui doivent être rassemblées dans des fiches ou un dossier pour faciliter leur traçabilité et leur transmission ;
- il est utile qu'un interlocuteur désigné, éventuellement une personne référente, rassemble ces informations afin de faciliter leur transmission ;
- les différents professionnels en charge du patient doivent échanger et/ou se rencontrer et participer ensemble à l'adaptation de la prise en charge.

Respect du secret professionnel



La transmission des informations relatives au patient est une étape nécessaire de la démarche de soins. La transmission doit se faire entre personnes qui œuvrent en concertation à la prise en charge de ces symptômes. Il s'agit d'informations à caractère privé et leur partage nécessite le respect de certaines règles :

- le patient doit être informé et ne pas s'opposer au partage des informations le concernant avec les professionnels impliqués dans sa prise en charge (ou sa famille ou la personne de confiance si son état ne lui permet pas de manifester sa volonté) ;
- seules les informations utiles à la prise en charge ou à la continuité des soins dans l'intérêt du malade doivent être transmises ;
- la transmission ne doit se faire qu'à des personnes participant à la prise en charge ou à la continuité des soins.





À domicile, y compris quand le patient bénéficie d'un hébergement ou d'une hospitalisation temporaire, le médecin traitant est le coordonnateur de la prise en charge¹³.

Il est recommandé que les informations écrites sur le comportement du patient, sur ses plaintes, sur les événements passés soient rassemblées dans un cahier de liaison. Ce cahier peut être ainsi à la disposition des proches aidants et des différents professionnels habilités à y apporter des éléments utiles et à en prendre connaissance.



En EHPAD, le médecin coordonnateur et/ou le soignant référent doivent jouer un rôle important de centralisation et de circulation de l'information.

Il est recommandé que le médecin coordonnateur renseigne le dossier du résident en EHPAD qui comporte, entre autres, trois types d'informations :

- les antécédents somatiques et psychiatriques du patient, les éléments de sa biographie pertinents à connaître (goûts et activités), ses relations et liens en dehors de l'institution ;
- les troubles psychiques et comportementaux rencontrés dans le cadre de la MA et MA et les réponses qui y ont été apportées ;
- son parcours de soins depuis le diagnostic de ses maladies actuelles (dont la MA et MA), et les traitements médicamenteux en cours.

Dans le cadre des bonnes pratiques de soins en EHPAD en France, des fiches ont été proposées qui peuvent être adaptées à chaque situation^{14,15}.

13. Haute Autorité de Santé. **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

14. Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société française de gériatrie et gérontologie. **Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007

15. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. **L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles**. Saint-Denis: ANESM; 2009.





Il est recommandé d'utiliser en première intention des techniques de soins appropriées aux comportements apathiques. Ces techniques ont montré une efficacité sur certaines dimensions de l'apathie (émoussement émotionnel, capacités fonctionnelles dans les activités quotidiennes).

Elles reposent sur les attitudes suivantes :

- attitude bienveillante et non stigmatisante envers le patient (« *il est apathique et non fainéant* ») ;
- recherche des potentialités préservées à solliciter et à valoriser afin d'éviter de le mettre en échec ;
- stimulations adaptées aux centres d'intérêt et aux capacités du patient ;
- choix préférentiels d'environnements familiers et rassurants.

Il est important d'inscrire ces techniques dans un contexte d'activités naturelles, avec un aspect ludique, en évitant qu'elles soient perçues comme des exercices d'apprentissage.

La formation des aidants professionnels aux techniques de soins dans les EHPAD diminue significativement l'apathie. Face à un patient apathique, il est recommandé de mettre en œuvre systématiquement la formation des professionnels, exerçant en établissement ou à domicile, aux techniques de soins appropriées, ainsi que les recommandations de « **savoir être** » et de « **savoir faire** ».



Les interventions non pharmacologiques s'inscrivent comme des stratégies thérapeutiques intéressantes dans la prise en charge globale de la personne souffrant d'apathie. Dans ce cadre, ces interventions n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité du fait de limites méthodologiques. Néanmoins, elles sont, tant en ambulatoire (accueil de jour, équipe spécialisée Alzheimer - ESA) qu'en institution (EHPAD, pôle d'activités et de soins adaptés - PASA), un élément de la prise en charge thérapeutique globale. Elles peuvent être proposées à titre individuel ou collectif et doivent être pratiquées par un personnel formé.

Il s'agit de thérapies de stimulations cognitives, de réhabilitation psycho-socio-cognitive écologique, d'interventions par évocation du passé, d'activités de groupe liées à la vie quotidienne.

D'autres initiatives socioculturelles locales peuvent être proposées pour le patient et/ou son proche aidant : sorties accompagnées à l'extérieur (séjour de vacances, sorties culturelles...).





La première étape de l'approche pharmacologique de l'apathie consiste à diminuer et à arrêter, dans la mesure du possible, les médicaments à risque d'effets secondaires favorisant l'apathie.

Les résultats évaluant l'effet des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et de la mémantine sur l'apathie restent très hétérogènes et n'ont montré qu'une efficacité modeste, sans preuve suffisante.

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine) et la mémantine ne sont pas recommandés chez des patients apathiques atteints de MA et MA. Néanmoins, ils peuvent être prescrits dans le cadre de la prise en charge globale d'une maladie d'Alzheimer conformément aux recommandations de la HAS¹⁶.

Les psychotropes



La première étape de l'approche pharmacologique de l'apathie consiste à diminuer et à arrêter, dans la mesure du possible, les médicaments à risque d'effets secondaires favorisant l'apathie.

Les antipsychotiques n'ont pas d'efficacité sur l'apathie de la MA et MA. Aucun psychotrope n'est recommandé dans l'indication apathie de la MA et MA.

En particulier, les antidépresseurs doivent être utilisés avec précaution, car ils sont à risque d'effets secondaires favorisant l'apathie. Les anxiolytiques/hypnotiques et thymorégulateurs n'ont pas d'efficacité sur l'apathie de la MA et MA et leur prescription reste à évaluer quant au risque d'apathie induite.

En cas de doute sur l'existence d'un état dépressif, il est recommandé d'avoir recours à un médecin spécialisé pour aider à la décision thérapeutique. En cas de prescription d'antidépresseur, il est recommandé d'évaluer sa pertinence, notamment 6 à 8 semaines après son instauration.

Dans le cas particulier des patients atteints de maladie de Parkinson, les quelques données disponibles sont insuffisantes pour recommander l'utilisation d'agonistes dopaminergiques dans l'indication apathie.

16. Haute Autorité de Santé. **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.





L'apathie n'est pas une cause habituelle de demande de prise en charge, alors qu'elle est l'un des troubles psycho-comportementaux le plus fréquent et très invalidante dans la MA et MA. Elle est lourdement ressentie par les proches aidants et affecte la relation patient-aidant. La sensibilisation des proches aidants à l'identification et à l'évaluation de l'apathie est un enjeu essentiel dans l'amélioration de la prise en charge des patients apathiques.

Il est recommandé de promouvoir l'information et la formation des proches aidants au repérage et à la prise en charge de l'apathie. Des études suggèrent qu'une prise en charge adaptée peut être bénéfique lorsqu'elle s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire et globale, centrée sur le patient, en synergie avec les proches aidants, les différents intervenants spécialisés et un environnement adapté.

Les proches aidants ne doivent pas rester seuls face aux troubles de la MA et MA. L'aide, l'information et la formation pour les proches aidants se déclinent autour de deux axes :

- **soutien au proche aidant, par :**
 - le réseau amical et social,
 - les entretiens familiaux,
 - les groupes de parole,
 - les associations de familles ;
- **diminution de la charge de travail du proche aidant, en développant le recours à :**
 - un service d'aides à domicile (intérêt d'un accompagnement social),
 - un service de soins infirmiers à domicile,
 - une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) à domicile,
 - un accueil de jour ou de nuit,
 - un accueil temporaire.

Il est recommandé de les informer sur la MA et MA et ses conséquences, sur l'importance de distinguer l'apathie de la dépression, sur l'importance de ne pas stigmatiser le patient apathique (« *il n'est pas fainéant* ») et de continuer à le considérer en tant que personne capable de ressentir et d'émotions, sur les attitudes à privilégier (en particulier, l'importance de favoriser et valoriser son autonomie), sur l'importance de rechercher un équilibre entre stimulations excessives et isolement.

Il est recommandé de proposer un programme d'éducation thérapeutique.

Les objectifs des actions menées auprès d'eux ont pour but :

- d'encourager leurs attitudes positives ;
- d'augmenter leur sentiment d'efficacité et de compétence ;
- de diminuer leur sentiment de fardeau et améliorer leur qualité de vie ;
- d'accompagner la souffrance liée à la perte du comportement émotionnel du patient ;
- d'accompagner leur éventuel sentiment de culpabilité ;
- de les aider à mieux utiliser les ressources humaines et matérielles accessibles ;
- de les aider à adapter leur propre communication aux difficultés du patient ;
- de leur apprendre à identifier leurs symptômes d'épuisement ;
- de les encourager à prendre en charge leur santé physique et psychologique¹⁷.

Il est recommandé d'encourager le maintien de bonnes relations interpersonnelles entre le proche aidant et le patient. Certaines interventions peuvent être communes à domicile et en établissements de soins ou médico-sociaux. L'aide à la résolution de problèmes, à la gestion des conflits interpersonnels, est applicable autant aux proches aidants qu'aux professionnels.

17. Haute Autorité de Santé. **Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels**. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.





Le meilleur environnement pour un patient apathique est celui qu'il perçoit comme sécurisant et rassurant, où les facteurs de stress sont limités, où il peut investir des relations interpersonnelles porteuses d'affects positifs, et où il reçoit une stimulation positive raisonnable. Son autonomie dans les actes de la vie quotidienne doit être favorisée dans la mesure du possible et un équilibre entre stimulations excessives et isolement doit être recherché.

Les sources de stimulations positives pour le patient sont à déterminer individuellement, avec lui et avec ses proches aidants. Il est nécessaire d'adapter ces stimulations en termes de fréquence, de durée et d'engagement psychomoteur.





Outil 1



Arbre décisionnel sur le diagnostic et la prise en charge globale et interprofessionnelle de l'apathie chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées



Outil 2



Inventaire neuropsychiatrique – NPI



Outil 3



Inventaire neuropsychiatrique réduit (NPI-R)



Outil 4



Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)



Outil 5



Critères DSM-IV épisode dépressif majeur



Outil 6



Fiche STIM-EHPAD. « À FAIRE ou À NE PAS FAIRE » dans toutes les situations. « SAVOIR ÊTRE et SAVOIR FAIRE »





Abréviations



Méthode de travail



Recherche documentaire



Gestion des conflits d'intérêts



Participants



Fiche descriptive

Abréviations



EADC :	<i>European Alzheimer's Disease Consortium</i>
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESA :	Équipe spécialisée Alzheimer
IA :	Inventaire apathie
MA et MA :	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
MCI :	<i>Mild Cognitive Impairment</i>
MMSE :	<i>Mini Mental State Examination</i>
NPI :	<i>Neuropsychiatric Inventory</i>
PASA :	Pôle d'activités et de soins adaptés
SPCD :	Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

Méthode de travail



Les recommandations de bonne pratique sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode « Recommandations pour la pratique clinique (RPC) » est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.



Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la RBP (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toute RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP (RPC) et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

→ Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes :

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.



Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.. Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le [site de la HAS](#)) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité, et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent aussi donner leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au comité de validation des recommandations de bonne pratique pour avis et au Collège de la HAS pour validation. Ce dernier autorise par sa validation leur diffusion. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide diffusé en décembre 2010 : « **Élaboration de recommandations de bonne pratique - Méthode Recommandations pour la pratique clinique** ».

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Recherche documentaire



→ Voir « argumentaire ».

Gestion des conflits d'intérêts



Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs **déclarations d'intérêts à la HAS**. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du « **guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts** » et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Participants



Pr Fati Nourhashemi, gériatre, présidente du groupe de travail, Toulouse
Dr Thomas Desmidt, psychiatre, chargé de projet, Tours
Dr Adrien Lorette, psychiatre, chargé de projet, Tours
Mme Karine Petitprez, chef de projet HAS, Saint-Denis

→ Voir « argumentaire » pour le groupe de travail et lecture.





Titre	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Objectifs	Définir la démarche diagnostique et la prise en charge de l'apathie
Patients ou usagers concernés	Patients atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée
Professionnels concernés	Tous les professionnels de santé et autres acteurs (proches aidants, travailleurs sociaux) intervenant dans la prise en charge du patient
Demandeur	Saisine DGS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Mme Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Sladana Praizovic
Recherche documentaire	De janvier 2003 à mars 2014 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique) Réalisée par M. Aurélien Dancoisne, avec l'aide de Mme Renée Cardoso (chef du service documentation – information des publics : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs de l'argumentaire	Dr Adrien Lorette (psychiatre, CHU de Tours) et Dr Thomas Desmidt (psychiatre, CHU de Tours)
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (présidente : Pr Fati Nourhashémi, gériatre, CHU de Toulouse). → Voir « argumentaire » pour le groupe de travail et lecture.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail
Validation	Avis de la Commission des recommandations de bonne pratique Adoption par le Collège de la HAS en juin 2014
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr



L'argumentaire scientifique de cette recommandation
et les outils associés sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

