



Démence

La **démence** (du latin *dementia* signifiant « folie ») ou trouble neurocognitif majeur est une perte ou réduction des capacités cognitives suffisamment importante pour retentir sur la vie d'un individu et entraîner une perte d'autonomie. Les fonctions cérébrales particulièrement atteintes peuvent être la mémoire, l'attention, et le langage. Elle peut être temporaire, à la suite d'une lésion cérébrale majeure ou d'un déclin psychologique à long terme.

Le terme de démence, en médecine, est un terme technique qui ne doit pas être confondu avec la signification commune de ce terme dans le langage courant (folie furieuse). Les démences sont synonymes de neurodégénérescences. Elle est classiquement définie comme un affaiblissement psychique profond, global et progressif qui altère les fonctions intellectuelles fondamentales et désintègre les conduites sociales. Elle atteint la personnalité en ce qui concerne le fait d'« être raisonnable », c'est-à-dire dans le système de ses valeurs logiques, de connaissances, de jugement et d'adaptation au milieu social. La démence a d'abord été définie par son caractère de déchéance progressive, incurable. La démence contribue significativement à l'invalidité et à la dépendance chez les personnes âgées et était la septième cause de décès en 2023. Les progrès thérapeutiques depuis le début du xx^e siècle (par exemple avec traitement de la paralysie générale) ont permis de relativiser cette image. Au moins dans les pays occidentaux (où ce fait a été documenté en 2025), le risque de démence semble diminuer chez les générations les plus jeunes, même à âge égal. Il n'en reste pas moins que « spontanément » la démence évolue vers une aggravation progressive et la déchéance psychique terminale (Henri Ey, 1970) avec un risque augmentant avec l'âge. Aujourd'hui, le terme peut être

Démence



Traitement

Médicament

(RS)-citalopram, rispéridone, perphénazine, donépézil, galantamine, tacrine, rivastigmine, olanzapine, quétiapine, pimavansérine, aripiprazole, mémantine, dihydro- α -ergocryptine (en) et dihydroergocristine (en)

Spécialité

Psychiatrie et neurologie

Classification et ressources externes

CISP-2

P70

CIM-10

F00 (<https://icd.who.int/browses10/2008/fr#/F00>)-F07 (<https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F07>)

déconseillé pour des raisons de respect de la personne, et la réalité qu'il désigne être appelée trouble neurocognitif de façon plus pertinente.

Sémantique médicale

L'expression « trouble neurocognitif majeur »^{1,2} a officiellement remplacé³ le terme « démence » dans la classification médicale avec la publication du DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en mai 2013. Cette modification a été proposée par un groupe d'experts afin de mieux refléter la diversité des atteintes cognitives et d'éviter la connotation négative du mot « démence »³.

Le DSM-5 distingue désormais⁴ :

- le trouble neurocognitif majeur (anciennement démence) : altération cognitive significative entraînant une perte d'autonomie ;
- le trouble neurocognitif léger : altération cognitive mesurable mais sans perte d'autonomie pour le patient.

Cette évolution sémantique a été adoptée progressivement dans les pratiques médicales et les recommandations officielles, notamment en France, où la Haute Autorité de Santé (HAS) utilise cette terminologie dans ses guides depuis 2018.

Historique

À la fin du XIX^e siècle, la démence était un concept clinique plus étendu, qui impliquait maladie mentale et plusieurs incapacités psychosociales incluant les cas qui peuvent être réversibles⁵. La démence se réfère à un individu ayant perdu la « raison », et s'applique également à certaines maladies mentales, des maladies « organiques » comme la syphilis qui peuvent causer de graves séquelles cérébrales et la démence associée à l'âge gériatrique.

La démence chez les aînés, souvent appelée à tort **démence sénile**⁶ ou **sénilité**, montre que la plupart des démences, mais pas toutes, sont liées à l'âge, et peut aussi refléter l'idée, répandue mais fausse, que le grave déclin des facultés mentales serait lié au processus normal de vieillissement⁷. En 1907, une maladie organique connue sous le nom de maladie d'Alzheimer a été décrite. Elle a été associée à des changements cérébraux microscopiques.

Durant les périodes 1913-1920, la schizophrénie est définie, et le terme de démence précoce a été suggéré pour qualifier le développement de la démence de type sénile dès le plus jeune âge.

En 1976, le neurologue Robert Katzman indique qu'il y aurait une connexion entre la « démence sénile » et la maladie d'Alzheimer⁸. Katzman pense que la plupart des démences séniles qui surviennent (par définition) après 65 ans, sont pathologiquement identiques à la maladie d'Alzheimer avant l'âge de 65 ans et ne devraient néanmoins pas être traitées différemment. Il note le fait que la « démence sénile » n'était pas considérée

CIM-9	290 (http://www.icd9data.com/getICD9Code.ashx?icd9=290)-294 (http://www.icd9data.com/getICD9Code.ashx?icd9=294)
DiseasesDB	29283 (http://www.diseasesdatabase.com/ddb29283.htm)
MedlinePlus	000739 (https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000739.htm)
MeSH	D003704 (https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D003704)
Patient UK	Dementia-pro (https://patient.info/doctor/Dementia-pro)



Mise en garde médicale

comme une maladie, mais qu'elle fait plutôt partie de la vieillesse⁹. Katzman croit ainsi que la maladie d'Alzheimer, si celle-ci survient à l'âge de 65 ans, est répandue, et non rare, et la cinquième, voire quatrième, cause principale de mortalité.

Au ^{xxi}^e siècle, un nombre d'autres types de démence ont été différenciés de la maladie d'Alzheimer et des démences vasculaires (les deux formes les plus communes). Cette différence est basée sur l'examen anatomopathologique des tissus cérébraux et notamment de leur symptomatologie. Les différentes formes de démence ont un pronostic différent, et diffèrent également par leurs facteurs de risques épidémiologiques. Les causes étiologiques, incluant celles de la maladie d'Alzheimer, restent cependant inconnues.

Selon les recommandations de l'HAS, en 2018, le terme démence est remplacé par trouble neurocognitif majeur².

Signes et symptômes

La démence n'est pas seulement un problème de mémoire, mais aussi de désorientation, de perte de capacité à apprendre, à retenir ou à se rappeler les expériences passées. Elle cause également un trouble des pensées, des sensations et activités. Ces problèmes mentaux et comportementaux peuvent gravement diminuer la qualité de vie des patients et de l'entourage. Quand la démence empire, les individus peuvent se négliger eux-mêmes, crier, se lamenter, mettre leur santé en péril, devenir incontinents.

La dépression affecte 20–30 % des individus souffrant de démence, et environ 20 % d'entre eux souffrent d'anxiété¹⁰. La psychose (souvent, sentiments de persécution) et l'agitation/humeur agressive accompagnent souvent la démence. Ces troubles de l'humeur peuvent être traités indépendamment¹¹.

Dans les stades évolués de la démence, les individus sont généralement désorientés dans le temps (ignorant le jour, la semaine, le mois ou l'année) et dans l'espace (ignorant où ils se trouvent), ne reconnaissent plus des personnes familières, et ont des difficultés croissantes à communiquer, souvent avec des troubles du comportement. Certains troubles du comportement (rire sans raison apparente, parler tout seul, agitations, râles, cris et lamentations notamment) semblent combler un besoin, communiquer un besoin et/ou résulter d'une frustration ou d'autres affects négatifs tels qu'une intense douleur morale¹².

Les symptômes sont réversibles ou irréversibles, selon l'étiologie de la maladie. Moins de 10 % des cas ont des causes pouvant être soignées par traitement. Les formes les plus communes de démence incluent : maladie d'Alzheimer, leucoaraïose, dégénérescence lobaire frontotemporale, démence sémantique et maladie à corps de Lewy. Il est également possible qu'un patient puisse montrer d'autres caractéristiques de démence.

Épidémiologie, tendances

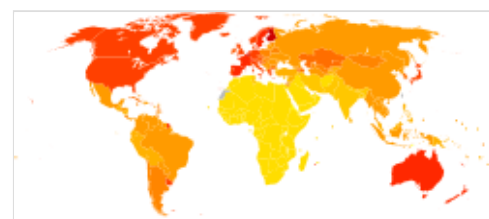
Analyser les différences régionales et temporelles dans les taux de démence selon l'âge, ainsi que leurs projections futures, est essentiel pour anticiper les besoins en santé. Les estimations varient selon les époques et les sources, certaines annonçant plutôt une baisse^{13, 14, 15, 16} ; d'autres au contraire annoncent une hausse de la prévalence^{17, 18} ; et d'autres encore une possible stabilité de la prévalence^{19, 20} ; selon Xiaoxue Dou *et al.* (2025)²¹, ces études sont limitées par un manque de données homogènes et récentes pour un grand nombre de pays, et un manque de suivi par cohorte^{22, 23}.

Une étude de 2005 estime la prévalence globale de la démence à 24,3 millions, avec 4,6 millions de nouveaux cas de démence par an. Le nombre d'individus affectés pourrait doubler à 81,1 millions d'ici 2040²⁴. La plupart se trouvent dans les pays développés. Par ailleurs, 60-70 % des individus atteints de démences souffriraient de la maladie d'Alzheimer. Vers 2005, les troubles cognitifs modérés atteindraient un peu moins du quart des personnes âgées de plus de 70 ans aux États-Unis.

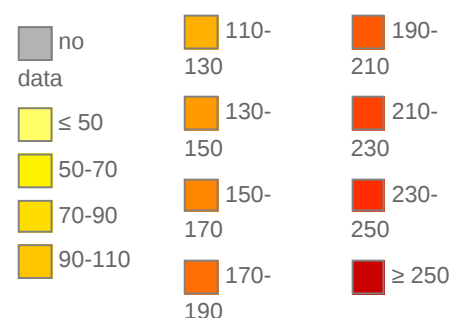
L'évolution vers un tableau démentiel concernerait 10 % de ces personnes par an²⁵. Au début des années 2020, elle était, selon l'OMS, la septième cause de décès (donnée 2023)²⁶.

La tendance générale est à une hausse du nombre de cas dans le monde, en raison de la démographie et de l'augmentation globale de l'espérance de vie : des épidémiologistes annoncent environ 152,8 millions (IC à 95 %, 130,8 millions à 175,9 millions) de cas de démence d'ici 2050 (avec près de 10 millions de nouveaux cas par an à prendre en charge)^{27,28}.

Plus on est âgé, plus le risque de démence augmente, mais des observateurs^[Lesquels ?] notent en 2025 que « les différences dans la prévalence globale de la démence au fil du temps ne peuvent pas être expliquées uniquement par l'âge »^{29,30} : à âge égal — au moins dans le monde occidental — pour des raisons encore incomplètement comprises, il augmente moins qu'autrefois. Les générations récentes sont en effet statistiquement moins touchées par le risque de démence en vieillissant²¹. C'est la conclusion d'une vaste étude transversale, basée sur trois enquêtes comparables qui ont inclus 99 420 personnes aux États-Unis, 21 069 personnes en Europe et 32 490 personnes en Angleterre, publiée en juin 2025 par la revue JAMA : les personnes de 71 ans et plus, issues de cohortes de naissance plus récentes sont moins touchées par la démence aux États-Unis (21,2 %), en Europe (38,9 %) et en Angleterre (28,3 %). Cette tendance était plus prononcée chez les femmes que chez les hommes et les taux et rythmes diffèrent selon les zones géographiques considérées, mais cette différence tend à se réduire, peut-être « en partie par l'augmentation du niveau de scolarité des femmes et des filles par rapport aux décennies précédentes²¹ », l'un des principaux « facteurs de risque modifiables » de la démence³¹. Ainsi, aux États-Unis, dans la cohorte des 81-5 ans, 25,1 % des gens nés entre 1890 et 1913 souffraient de démence, contre 15,5 % chez ceux nés après la Première Guerre mondiale, entre 1939 et 1943. Ceci confirme qu'il existe des facteurs environnementaux à la démence²¹.



Espérance de vie corrigée de l'incapacité concernant les démences sur 100 000 habitants en 2002.



**Prévalence de la démence chez les personnes âgées (81-85 ans)
selon la cohorte de naissance²¹**

Région/Pays	Cohorte ancienne	Taux (%)	Cohorte récente	Taux (%)
États-Unis	1890–1913	25,1	1939–1943	15,5
Europe	1934–1938	30,2	1939–1943	15,2
Royaume-Uni	1924–1928	15,9	1934–1938	14,9

Prévalence mondiale

En 2021, environ 57 millions de personnes dans le monde vivaient avec une démence, et la majorité de ces cas se trouvent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Chaque année, près de 10 millions de nouveaux cas sont diagnostiqués, soulignant l'ampleur croissante du problème de santé publique³².

Diagnostic

Diagnostic clinique

Le diagnostic repose sur les critères de démence du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). La recherche de ces critères impose une évaluation de plusieurs fonctions cognitives. Des outils simples pouvant être utilisés en médecine non spécialisée ont été mis au point pour aider le diagnostic de démence.

Les recommandations de la Haute Autorité de santé (France)³³ préconisent la réalisation du MMS pour évaluer l'état cognitif sans que cela ne préjuge du diagnostic. Toute personne présentant un trouble neurocognitif identifié par un médecin généraliste doit consulter un médecin spécialiste de la mémoire (consultation mémoire), celui-ci posera un diagnostic étiologique².

D'autres tests de repérage, simples, peuvent être réalisés en pratique quotidienne : Le test CODEX³⁴ est un test simple et rapide, réalisable en trois minutes qui permet d'approcher avec une très bonne fiabilité le diagnostic de démence. Sa sensibilité est de 92 % et sa spécificité de 85 % par rapport aux critères de référence du DSM-IV.

Le MoCA (« Montreal Cognitive Assessment »)³⁵ est une batterie de tests rapide (10 minutes) qui explore différentes fonctions cognitives et qui a l'avantage d'être validé dans de nombreuses langues.

Une évaluation neuropsychologique approfondie peut être réalisée par des psychologues spécialisés (neuropsychologues) permettant de caractériser précisément les fonctions psychologiques altérées et préservées (cognitions, affects, émotions, personnalité).

Il n'y a aucun examen complémentaire qui puisse aider au diagnostic de démence, qui reste un diagnostic posé sur la clinique. En particulier, ni la biologie, ni l'imagerie cérébrale n'apportent de contribution au diagnostic positif de démence.

Diagnostic différentiel

Une dépression de la personne âgée peut mimer un syndrome démentiel (on parle alors de « pseudo-démence du sujet âgé »), ou l'accompagner. Le taux de suicide est, au Danemark, trois à dix fois plus élevé chez les personnes âgées atteintes de démence, après que cette maladie a été diagnostiquée chez elles³⁶, probablement parce qu'elles connaissent l'évolution de la maladie. Ces sujets ne veulent pas devenir un poids pour leurs proches à la suite de la perte de leurs capacités cognitives. Celui qui passe à l'acte laisse généralement préalablement entendre qu'il pense qu'il serait meilleur pour ses proches qu'il soit mort, notent les chercheurs.

Même sans diagnostic médical de démence préalable, le déclin lent des fonctions cognitives (d'origine démentielle ou non) d'un patient peut entraîner une dépression.

Causes

Elles sont multiples et pour partie encore mal comprises.

Selon la littérature scientifique disponible en 2023³⁷, « les 12 principaux facteurs de risque actuels et potentiellement modifiables de démence (identifiés par la « Commission Lancet 2020 sur la prévention et la prise en charge de la démence »,) ne peuvent expliquer que 40 % de la prévalence de la démence »²¹ (incluant notamment une faible scolarité, l'hypertension, les troubles auditifs, le tabagisme, l'obésité, la dépression, l'inactivité physique, le diabète, le manque de contact social, la consommation excessive d'alcool, le traumatisme crânien et la pollution de l'air. Des modélisations laissent penser qu'agir en amont sur ces facteurs par la prévention en santé, le sevrage tabagique, le traitement de l'hypertension, l'accès généralisé aux aides auditives, pourrait réduire l'incidence de la démence tout en générant des économies dans les systèmes de santé. Ces résultats reposaient surtout sur des données observationnelles sans évaluation complète des conséquences épidémiologiques des variations de prévalence de ces risques, ce pourquoi une étude de cohortes populationnelles suivies dans le temps, avec des méthodes constantes d'évaluation, afin d'examiner les changements dans la prévalence et l'incidence de la démence, ainsi que l'évolution des facteurs de risque établis à travers le calcul de fractions attribuables à la population (ou PAFs pour *Population Attributable Fraction*) a été lancée, dont les conclusions pourront servir à mieux orienter les politiques publiques de santé.

Les chercheurs s'accordent à dire que la démence est toujours — au moins en partie — liée à une dégradation du système nerveux central, généralement dans un contexte de pathologies systémiques (lupus, maladie de Gougerot-Sjögren)³⁸, de syndromes bien définis³⁸ (maladies d'Alzheimer, démence frontotemporale³⁹, maladie de Parkinson⁴⁰, démence striatale ou maladie de Creutzfeldt-Jakob/maladie de la vache folle le plus souvent) ; 10 % des cas étaient des « démences vasculaires »⁴¹ (2^e cause de démence après la maladie d'Alzheimer)⁴² (qui présentent des similitudes avec la maladie d'Alzheimer)⁴³ et parfois en lien avec une ou plusieurs causes environnementales, dont :

- la pollution de l'air : une méta-analyse publiée en juillet 2025 dans *The Lancet Planetary Health*, basée sur 51 études ayant porté sur près de 30 millions de personnes vivant principalement dans des pays à revenu élevé, confirme les résultats de nombreuses études, revues de la littérature et méta-analyses antérieures^{44, 45, 46, 47, 48} : une exposition prolongée à certains polluants de l'air expose bien à un risque accru de démence (démence vasculaire notamment). Trois polluants (particules fines (PM2.5) ; dioxyde d'azote (NO₂) ; suies) sont

plus fortement associés au déclin cognitif, probablement *via* l'inflammation cérébrale et le stress oxydatif qui dégradent les neurones. Ces études se basent généralement sur l'adresse de résidence, ce qui induit des limites méthodologiques (en manquant l'exposition au travail, dans les transports)... La Fédération Alzheimer Monde, afin de mieux protéger la santé cognitive des populations vieillissantes. Habiter près d'une route fréquentée expose aussi à d'autres pathologies du système nerveux⁴⁹ et cardiovasculaires⁵⁰ ;

- la pollution sonore : selon une étude récente (2020) de l'université du Michigan, qui confirme de précédents travaux⁵¹, vivre longtemps dans un environnement bruyant (souvent également pollué, le bruit étant souvent généré par la circulation ou un environnement industriel) est associé à un risque accru de développer une démence de type maladie d'Alzheimer⁵². Une hausse du bruit ambiant moyen de 10 décibels augmenterait de 36 % le risque de déficience cognitive légère, et de 29 % le risque de maladie d'Alzheimer. La performance cognitive globale des personnes de l'étude exposées au bruit était inférieure, cette infériorité étant principalement associée à la diminution de leur vitesse de perception mais pas toujours à un déclin cognitif⁵².

Les symptômes peuvent cacher divers types de problème sous-jacent, génétiques, neuronaux, microbiens, alimentaires, sociopsychologiques (douleur, dépression, anxiété, ennui/isolément social, personnalité instable ou prémorbide, stress post-traumatique, déshydratation) dont certaines peuvent trouver des solutions non pharmacologiques⁵³... Les causes peuvent être explorées *via* des marqueurs biologiques (comme les marqueurs du LCR), ou par l'imagerie cérébrale (IRM ou imagerie métabolique)³⁸. Les causes sont parfois infectieuses (ex : neurosyphilis⁵⁴), notamment chez le sujet jeune Selon Paulin & Pasquier (2012) « Plus l'âge de début est précoce, plus les causes génétiques et métaboliques, potentiellement traitables, sont fréquentes »⁵⁵.

Prévention

Une vie saine, caractérisée par une alimentation saine, l'absence de tabagisme et d'alcoolisme, la pratique d'activités physiques, avec absence de diabète, d'isolement social et de dépression diminue le risque de démence, mais une étude publiée en 2019, basée sur l'incidence de la démence chez 6 352 Néerlandais de 55 ans et plus, a montré que ce bénéfice disparaît « chez les personnes présentant une prédisposition génétique élevée à la maladie »⁵⁶.

Quelques études ont estimé qu'une consommation modérée d'alcool (bière, vin, ou autres boissons alcoolisées) pourrait peut-être réduire les risques de démence^{57, 58, 59} mais leurs résultats sont controversés (pouvant être biaisés par d'autres facteurs tels que le niveau d'éducation, de vie sociale, d'alimentation, etc.), et cette prise d'alcool, même à faible dose, induit alors un risque accru de cancer. Les recommandations officielles récentes (comme celles du NHS) conseillent de ne pas commencer à boire d'alcool, pour mieux prévenir la démence, car les preuves qu'une faible quantité d'alcool diminue le risque de démence sont insuffisantes, et les risques associés pour la santé dépassent les bénéfices potentiels⁶⁰.

Une alimentation humaine de type régime méditerranéen peut possiblement réduire les risques⁶¹, notamment dans le déclin cognitif lié à l'âge chez des Espagnols à forts risques cardiovasculaires où le régime méditerranéen non seulement aboutit à de meilleurs résultats cognitifs comparé à un simple régime pauvre en graisse mais aussi améliore les performances cognitives après 6 ans de régime riche en huile d'olive et noix⁶². L'effet semble être dû à la richesse en antioxydants qui réduisent les radicaux oxydatifs et contrent ainsi le stress oxydatif qui est toxique pour le cerveau, que ce soit pour les vaisseaux nourriciers des neurones ou pour les neurones directement^{63, 64}.

Une étude a démontré un lien entre la pression artérielle sanguine élevée et le développement de la démence. L'étude, publiée dans le journal *Lancet Neurology* de juillet 2008, affirme que les médicaments baissant la pression du sang réduisaient la démence de 13 %^{65, 66, 67}.

Des activités cognitives pratiquées régulièrement peuvent réduire le risque de démence vasculaire ou d'Alzheimer⁶⁸ : apprentissage d'une nouvelle langue⁶⁹, pratique de jeux de société^{70, 71} ou d'un instrument de musique. En 2012, une étude a montré que les personnes âgées utilisant des ordinateurs semblent avoir un risque réduit de démence⁷².

Types de démences connues

- Démence de la maladie d'Alzheimer
- Démence à corps de Lewy
- Démences liées à des syndromes Parkinsoniens
- Démence vasculaire
- Démence frontotemporale
- Démence sémantique
- Démence liée à l'atrophie corticale postérieure
- Démence de l'encéphalopathie TDP-43 à prédominance limbique liée à l'âge
- Démence de la chorée de Huntington, maladie autosomique dominante accompagnée d'un déclin auditif

La « démence sénile », terme désormais peu employé par les professionnels et rejeté par certains d'entre eux^{73, 74}, désigne toute forme de démence survenant chez une personne âgée, quelle qu'en soit la cause⁷³.

Démences curables

Certaines démences sont évitables (*démence alcoolique* par exemple). Peu de démences sont curables une fois installées (1,5 % environ à ce jour) ;

Les traitements les plus fréquents sont alors :

- neurochirurgicaux ; en cas de tumeurs bénignes, hydrocéphalie chronique de l'adulte (dite « à pression normale »), hématome sous-dural, causes qui sont aisément révélées par l'imagerie cérébrale ;
- antibiotiques ou médicamenteuses ; en cas de démence infectieuse (syphilis, VIH, neuroborréliose de Lyme, maladie de Whipple) ;
- endocriniens ou carentiels (rarement efficaces mais permettant de rendre certaines démences réversibles).

La guérison du malade n'est cependant pas toujours complète ou durable. Il est parfois au moins possible de traiter des affections concomitantes réversibles (qui selon Michel & Sellal en 2011, aggraveraient la démence dans près d'un quart des cas)⁷⁵.

Coûts sociétaux

En 2019, le fardeau économique mondial de cet état pathologique atteignait 1,3 trillion de dollars américains (USD) et, selon l'OMS devrait atteindre 2,8 trillions de dollars américains d'ici 2030^{26,76}.

Divers

Depuis juillet 2007, dans le cadre du Plan national Maladies rares⁷⁷ (PNMR), un centre de référence a été labellisé pour la prise en charge des personnes atteintes des démences rares suivantes : démence ou dégénérescence fronto-temporale (DFT), paralysie supranucléaire progressive (PSP), dégénérescence cortico-basale (DCB) et aphasie primaire progressive (APP). Ce centre de référence des Démences Rares⁷⁸, est localisé à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris et travaille en collaboration avec 12 centres de compétence régionaux, pour améliorer la prise en charge des patients et des familles sur toute la France.

Notes et références

- Collectif HAS, Piotr Bandosz, George Stoye et Yuyang Liu, « Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée », *Les parcours de soins*, vol. 8, n° 11, mai 2018, p. 1 (PMID 37898518 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37898518>), PMID 10958989 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/10958989>), DOI 10.1016/S2468-2667(23)00214-1 (<https://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667%2823%2900214-1>), lire en ligne (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf), consulté le 13 juin 2025) :

« Un trouble neurocognitif (TNC) : une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité. Un TNC majeur (anciennement démence) : une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour ne plus être capable d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne (perte d'autonomie) : gérer son budget, ses traitements, faire ses courses, utiliser les transports, le téléphone. Ce trouble diffère d'un syndrome confusionnel. »

2. Collectif, « Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée », *Les parcours de soins - HAS*, mai 2018 (lire en ligne (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf)) :

« Le terme de démence est remplacé aujourd'hui par trouble neurocognitif majeur. Dans un trouble neurocognitif majeur, les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien, ce qui signifie qu'une aide est nécessaire pour accomplir les activités instrumentales de la vie quotidienne, comme payer ses factures ou gérer ses médicaments. »

3. « Trouble neurocognitif majeur : la future dénomination de la démence (https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/documentary_base/trouble-neurocognitif-majeur-la-future-denomination-de-la-demence/) », sur www.fondation-mederic-alzheimer.org (consulté le 14 juin 2025).
4. HAS Santé (2028) Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée ; mai 2028 ; Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs ([url=https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf))
5. (en) Berrios GE, *Dementia during the seventeenth and eighteenth centuries: a conceptual history*, vol. 17, novembre 1987 (PMID 3324141 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3324141>), DOI 10.1017/S0033291700000623 (<https://dx.doi.org/10.1017/S0033291700000623>)), p. 829–837.
6. « Démence sénile (http://www.santeweb.ch/santeweb/Maladies/khb.php?Demence_senile&khb_lng_id=2&khb_content_id=2127) », sur *Santeweb* (consulté le 1^{er} septembre 2011).
7. Association Alzheimer France, « Alzheimer et la démence, ressources (<https://www.alz.org/fr/qu-est-ce-que-la-demence.asp>) », sur alz.org/fr (consulté le 3 janvier 2020).
8. (en) Gina Kolata, *Drug Trials Test Bold Plan to Slow Alzheimer's*, 17 juin 2010 (lire en ligne (<http://www.nytimes.com/2010/07/17/health/research/17drug.html>)).
9. (en) [1] (<http://archneur.ama-assn.org/cgi/content/summary/33/4/217>).
10. (en) Calleo J, Stanley M, *Anxiety Disorders in Later Life Differentiated Diagnosis and Treatment Strategies*, vol. 25, 2008 (lire en ligne (<http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/1166976>)).
11. (en) Denis Shub et Kunik Mark E, *Psychiatric Comorbidity in Persons With Dementia: Assessment and Treatment Strategies*, vol. 26, 16 avril 2009 (lire en ligne (<http://www.psychiatristimes.com/alzheimer-dementia/article/10168/1403050>)).
12. Groulx B (2005) Les cris et les lamentations des patients atteints de démence (https://www.stacommunications.com/customcomm/back-issue_pages/ad_review/adpdfs/2005/january2005f/07.pdf) (deuxième partie). La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer, 7-11.
13. (en) Claudia L. Satizabal, Alexa S. Beiser, Vincent Chouraki et Geneviève Chêne, « Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study », *New England Journal of Medicine*, vol. 374, n° 6, 11 février 2016, p. 523–532 (ISSN 0028-4793 (<https://portal.issn.org/resource/issn/0028-4793>) et 1533-4406 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1533-4406>), PMID 26863354 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26863354>), PMCID 4943081 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/4943081>), DOI 10.1056/NEJMoa1504327 (<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1504327>), lire en ligne (<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1504327>), consulté le 13 juin 2025).
14. James M. Noble, Nicole Schupf, Jennifer J. Manly et Howard Andrews, « Secular Trends in the Incidence of Dementia in a Multi-Ethnic Community », *Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 60, n° 3, 3 octobre 2017, p. 1065–1075 (PMID 28984588 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28984588>), PMCID 6084436 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/6084436>), DOI 10.3233/JAD-170300 (<https://dx.doi.org/10.3233/JAD-170300>), lire en ligne (<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.3233/JAD-170300>), consulté le 13 juin 2025).

15. (en) Linda Lang, Angela Clifford, Li Wei et Dongmei Zhang, « Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis », *BMJ Open*, vol. 7, n° 2, février 2017, e011146 (ISSN 2044-6055 (<https://portal.issn.org/resource/issn/2044-6055>) et 2044-6055 (<https://portal.issn.org/resource/issn/2044-6055>), PMID 28159845 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159845>), PMCID 5293981 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/5293981>), DOI 10.1136/bmjopen-2016-011146 (<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011146>), lire en ligne (<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-011146>), consulté le 13 juin 2025).
16. (en) Susanne Roehr, Alexander Pabst, Tobias Luck et Steffi G. Riedel-Heller, « Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis », *Clinical Epidemiology*, vol. 10, 18 septembre 2018, p. 1233–1247 (PMID 30271219 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30271219>), PMCID 6149863 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/6149863>), DOI 10.2147/CLEP.S163649 (<https://dx.doi.org/10.2147/CLEP.S163649>), lire en ligne (<https://www.dovepress.com/is-dementia-incidence-declining-in-high-income-countries-a-systematic-peer-reviewed-fulltext-article-CLEP>), consulté le 13 juin 2025).
17. (en) Tomoyuki Ohara, Jun Hata, Daigo Yoshida et Naoko Mukai, « Trends in dementia prevalence, incidence, and survival rate in a Japanese community », *Neurology*, vol. 88, n° 20, 16 mai 2017, p. 1925–1932 (ISSN 0028-3878 (<https://portal.issn.org/resource/issn/0028-3878>) et 1526-632X (<https://portal.issn.org/resource/issn/1526-632X>), DOI 10.1212/WNL.0000000000003932 (<https://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000003932>), lire en ligne (<https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.0000000000003932>), consulté le 13 juin 2025).
18. (en) Tessa N van den Kommer, Dorly J H Deeg, Wiesje M van der Flier et Hannie C Comijs, « Time Trend in Persistent Cognitive Decline: Results From the Longitudinal Aging Study Amsterdam », *The Journals of Gerontology: Series B*, vol. 73, n° suppl_1, 16 avril 2018, S57–S64 (ISSN 1079-5014 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1079-5014>) et 1758-5368 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1758-5368>), PMID 29669101 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29669101>), PMCID 6283313 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/6283313>), DOI 10.1093/geronb/gbx151 (<https://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbx151>), lire en ligne (https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/73/suppl_1/S57/4971568), consulté le 13 juin 2025).
19. (en) Walter A. Rocca, Ronald C. Petersen, David S. Knopman et Liesi E. Hebert, « Trends in the incidence and prevalence of Alzheimer's disease, dementia, and cognitive impairment in the United States », *Alzheimer's & Dementia*, vol. 7, n° 1, janvier 2011, p. 80–93 (ISSN 1552-5260 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1552-5260>) et 1552-5279 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1552-5279>), PMID 21255746 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21255746>), PMCID 3026476 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/3026476>), DOI 10.1016/j.jalz.2010.11.002 (<https://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2010.11.002>), lire en ligne (<https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jalz.2010.11.002>), consulté le 13 juin 2025).
20. (en) Chih-Ching Liu, Chung-Yi Li, Yu Sun et Susan C. Hu, « Gender and Age Differences and the Trend in the Incidence and Prevalence of Dementia and Alzheimer's Disease in Taiwan: A 7-Year National Population-Based Study », *BioMed Research International*, vol. 2019, 11 novembre 2019, p. 1–12 (ISSN 2314-6133 (<https://portal.issn.org/resource/issn/2314-6133>) et 2314-6141 (<https://portal.issn.org/resource/issn/2314-6141>), PMID 31815145 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31815145>), PMCID 6878786 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/6878786>), DOI 10.1155/2019/5378540 (<https://dx.doi.org/10.1155/2019/5378540>), lire en ligne (<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/5378540/>), consulté le 13 juin 2025).

21. (en) Xiaoxue Dou, Sabrina Lenzen, Luke B. Connelly et Ruozhou Lin, « Generational Differences in Age-Specific Dementia Prevalence Rates », *JAMA Network Open*, vol. 8, n° 6, 2 juin 2025, e2513384 (ISSN 2574-3805 (<https://portal.issn.org/resource/issn/2574-3805>), DOI 10.1001/jamanetworkopen.2025.13384 (<https://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.13384>), lire en ligne (<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2834750>), consulté le 13 juin 2025).
22. (en) Yuntao Chen, Piotr Bandosz, George Stoye et Yuyang Liu, « Dementia incidence trend in England and Wales, 2002–19, and projection for dementia burden to 2040: analysis of data from the English Longitudinal Study of Ageing », *The Lancet Public Health*, vol. 8, n° 11, novembre 2023, e859–e867 (PMID 37898518 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37898518>), PMCID 10958989 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/10958989>), DOI 10.1016/S2468-2667(23)00214-1 (<https://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667%2823%2900214-1>), lire en ligne (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266723002141>), consulté le 13 juin 2025).
23. (en) Frank J. Wolters, Lori B. Chibnik, Reem Waziry et Roy Anderson, « Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium », *Neurology*, vol. 95, n° 5, 4 août 2020 (ISSN 0028-3878 (<https://portal.issn.org/resource/issn/0028-3878>) et 1526-632X (<https://portal.issn.org/resource/issn/1526-632X>), PMID 32611641 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32611641>), PMCID 7455342 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/7455342>), DOI 10.1212/WNL.0000000000010022 (<https://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000010022>), lire en ligne (<https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.0000000000010022>), consulté le 13 juin 2025).
24. (en) Ferri CP, Prince, M, Brayne, C, Brodaty, H, Fratiglioni, L, Ganguli, M, Hall, K, Hasegawa, K, Hendrie, H, Huang, Y, Jorm, A, Mathers, C, Menezes, PR, Rimmer, E, Scazufca, M, Alzheimer's Disease, International, *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*, vol. 366, 17 décembre 2005 (PMID 16360788 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16360788>), PMCID 2850264 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/2850264>), DOI 10.1016/S0140-6736(05)67889-0 (<https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736%2805%2967889-0>), p. 2112–2117.
25. (en) Plassman BL, Langa KM, Fisher GG et al. *Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States* (<http://www.annals.org/cgi/content/abstract/148/6/427>), *Annals of Internal Medicine*, 2008;148;427-434.
26. (en) « Dementia (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>) », sur www.who.int (consulté le 13 juin 2025).
27. (en) « ADI - Dementia statistics (<https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>) », sur www.alzint.org (consulté le 13 juin 2025).
28. (en) Emma Nichols et Jaimie D Steinmetz, « Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266721002498>) », sur *The Lancet Public Health*, février 2022 (PMID 34998485 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34998485>), PMCID 8810394 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/8810394>), DOI 10.1016/S2468-2667(21)00249-8 (<https://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667%2821%2900249-8>), consulté le 13 juin 2025), e105–e125.

29. (en) Gill Livingston, Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad et David Ames, « Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission », *The Lancet*, vol. 396, n° 10248, août 2020, p. 413–446
(PMID 32738937 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32738937>),
PMCID 7392084 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/7392084>),
DOI
10.1016/S0140-6736(20)30367-6 (<https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736%2820%2930367-6>),
lire en ligne (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620303676>), consulté le
13 juin 2025).
30. (en) Thomas Mason, Matt Sutton, William Whittaker et Stephen Birch, « Exploring the limitations of age-based models for health care planning », *Social Science & Medicine*, vol. 132, mai 2015, p. 11–19
(DOI 10.1016/j.socscimed.2015.03.005 (<https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.005>),
lire en ligne (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953615001410>), consulté le
13 juin 2025).
31. (en) Global Gender Gap Report 2023 (Full report) ; Benchmarking gender gaps, 2023, 20 juin 2023 [lire en ligne (<https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2023/in-full/benchmarking-gender-gaps-2023/>)].
32. « Dementia fact sheet (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>) », World Health Organization (consulté le 28 septembre 2025)
33. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Version soumise à la validation du collège de la HAS le 25/04/07 diagnostic et prise en charge* (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf), HAS, novembre 2011
34. Site Web (<http://www.testcodex.org/>) du test CODEX.
35. *Montreal cognitive assessment* (<http://www.mocatest.org/>)
36. Étude danoise coordonnée par Annette Erlangsen, Université d'Aarhus, avec le P^r Yeates Conwell (psychiatrie gériatrique, Centre Médical de l'Université de Rochester) et le P^r Steven H. Zarit (Gérontologie, Université de Pennsylvanie, États-Unis), ayant porté sur plus de 2 millions de personnes âgées de 50 ans et plus, suivies de 1990 à 2000, publiée le 29 février 2008 dans la revue *American Journal of Geriatric Psychiatry*. Remarque : ces chiffres proviennent de données hospitalières et ne prennent pas en compte les suicides qui concerneraient des patients soignés que par des médecins généralistes.
37. (en) Naaheed Mukadam, Frank J Wolters, Sebastian Walsh et Lindsay Wallace, « Changes in prevalence and incidence of dementia and risk factors for dementia: an analysis from cohort studies », *The Lancet Public Health*, vol. 9, n° 7, juillet 2024, e443–e460
(DOI
10.1016/S2468-2667(24)00120-8 (<https://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667%2824%2900120-8>),
lire en ligne (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266724001208>), consulté le
13 juin 2025).
38. Serge Bakchine et Marie-Odile Habert, « Classification des démences : aspects nosologiques », *Médecine Nucléaire*, vol. 31, n° 6, juin 2007, p. 278–293
(DOI 10.1016/j.mednuc.2007.04.005 (<https://dx.doi.org/10.1016/j.mednuc.2007.04.005>), lire en
ligne (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0928125807001325>), consulté le
19 novembre 2020).
39. (en) Christian Derouesné, Lucette Lacomblez, Nicole Fiori et Marie-Christine Gély-Nargeot, « Apathy in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: are there distinct profiles? », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, vol. 10, n° 1, mars 2012, p. 107–115 (ISSN 1760-1703 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1760-1703>) et 1950-6988 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1950-6988>),
DOI 10.1684/pnv.2012.0315 (<https://dx.doi.org/10.1684/pnv.2012.0315>), lire en ligne (<http://www.john-libbey-eurotext.fr/medline.md?doi=10.1684/pnv.2012.0315>), consulté le
19 novembre 2020).

40. Claire Meyniel et Philippe Damier, « Démence à corps de Lewy et démence associée à la maladie de Parkinson », *La Presse Médicale*, vol. 36, n° 10, octobre 2007, p. 1485–1490 (DOI [10.1016/j.lpm.2007.04.025](https://doi.org/10.1016/j.lpm.2007.04.025) (<https://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2007.04.025>), lire en ligne (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498207003958>), consulté le 19 novembre 2020).
41. Claudine Berr, Tasnime Nassime Akbaraly, Fati Nourashemi et Sandrine Andrieu, « Épidémiologie des démences », *La Presse Médicale*, vol. 36, n° 10, octobre 2007, p. 1431–1441 (DOI [10.1016/j.lpm.2007.04.022](https://doi.org/10.1016/j.lpm.2007.04.022) (<https://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2007.04.022>), lire en ligne (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498207003910>), consulté le 19 novembre 2020).
42. Marie-Anne Mackowiak, « Démences vasculaires », *La Presse Médicale*, vol. 39, n°s 7-8, juillet 2010, p. 799–806 (DOI [10.1016/j.lpm.2009.03.022](https://doi.org/10.1016/j.lpm.2009.03.022) (<https://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2009.03.022>), lire en ligne (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498210002137>), consulté le 19 novembre 2020).
43. (en) Raj Kalara, « Similarities between Alzheimer's disease and vascular dementia », *Journal of the Neurological Sciences*, vol. 203-204, novembre 2002, p. 29–34 (ISSN [0022-510X](https://portal.issn.org/resource/issn/0022-510X) (<https://portal.issn.org/resource/issn/0022-510X>), DOI [10.1016/s0022-510x\(02\)00256-3](https://doi.org/10.1016/s0022-510x(02)00256-3) ([https://dx.doi.org/10.1016/s0022-510x\(02\)00256-3](https://dx.doi.org/10.1016/s0022-510x(02)00256-3)), lire en ligne ([https://doi.org/10.1016/s0022-510x\(02\)00256-3](https://doi.org/10.1016/s0022-510x(02)00256-3)), consulté le 28 juillet 2025).
44. (en) Tsung-Lin Tsai, Yu-Ting Lin, Bing-Fang Hwang et Shoji F. Nakayama, « Fine particulate matter is a potential determinant of Alzheimer's disease: A systemic review and meta-analysis », *Environmental Research*, vol. 177, octobre 2019, p. 108638 (ISSN [0013-9351](https://portal.issn.org/resource/issn/0013-9351) (<https://portal.issn.org/resource/issn/0013-9351>), DOI [10.1016/j.envres.2019.108638](https://doi.org/10.1016/j.envres.2019.108638) (<https://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2019.108638>), lire en ligne (<https://doi.org/10.1016/j.envres.2019.108638>), consulté le 28 juillet 2025).
45. (en) Elissa H Wilker, Marwa Osman et Marc G Weisskopf, « Ambient air pollution and clinical dementia: systematic review and meta-analysis », *BMJ*, 5 avril 2023, e071620 (ISSN [1756-1833](https://portal.issn.org/resource/issn/1756-1833) (<https://portal.issn.org/resource/issn/1756-1833>), DOI [10.1136/bmj-2022-071620](https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071620) (<https://dx.doi.org/10.1136/bmj-2022-071620>), lire en ligne (<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071620>), consulté le 28 juillet 2025).
46. (en) Haneen Khreis, Christiaan Bredell, Kwan Wai Fung et Lucy Hong, « Impact of long-term air pollution exposure on incidence of neurodegenerative diseases: A protocol for a systematic review and exposure-response meta-analysis », *Environment International*, vol. 170, décembre 2022, p. 107596 (ISSN [0160-4120](https://portal.issn.org/resource/issn/0160-4120) (<https://portal.issn.org/resource/issn/0160-4120>), DOI [10.1016/j.envint.2022.107596](https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107596) (<https://dx.doi.org/10.1016/j.envint.2022.107596>), lire en ligne (<https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107596>), consulté le 28 juillet 2025).
47. (en) S. Cheng, Y. Jin, Y. Dou et Y. Zhao, « Long-term particulate matter 2.5 exposure and dementia: a systematic review and meta-analysis », *Public Health*, vol. 212, novembre 2022, p. 33–41 (ISSN [0033-3506](https://portal.issn.org/resource/issn/0033-3506) (<https://portal.issn.org/resource/issn/0033-3506>), DOI [10.1016/j.puhe.2022.08.006](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.006) (<https://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.006>), lire en ligne (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.006>), consulté le 28 juillet 2025).
48. (en) Jie Tang, Anthony Chen, Fan He et Martin Shipley, « Association of air pollution with dementia: a systematic review with meta-analysis including new cohort data from China », *Environmental Research*, vol. 223, avril 2023, p. 115048 (ISSN [0013-9351](https://portal.issn.org/resource/issn/0013-9351) (<https://portal.issn.org/resource/issn/0013-9351>), DOI [10.1016/j.envres.2022.115048](https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.115048) (<https://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2022.115048>), lire en ligne (<https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.115048>), consulté le 28 juillet 2025).
49. (en) Hong Chen, Jeffrey C Kwong, Ray Copes et Karen Tu, « Living near major roads and the incidence of dementia, Parkinson's disease, and multiple sclerosis: a population-based cohort study », *The Lancet*, vol. 389, n° 10070, février 2017, p. 718–726 (ISSN [0140-6736](https://portal.issn.org/resource/issn/0140-6736) (<https://portal.issn.org/resource/issn/0140-6736>), DOI [10.1016/s0140-6736\(16\)32399-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32399-6) ([https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32399-6](https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32399-6)), lire en ligne ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32399-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32399-6)), consulté le 28 juillet 2025).

50. (en) Jeroen de Bont, Suganthi Jaganathan, Marcus Dahlquist et Åsa Persson, « Ambient air pollution and cardiovascular diseases: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses », *Journal of Internal Medicine*, vol. 291, n° 6, 8 mars 2022, p. 779–800 (ISSN 0954-6820 (<https://portal.issn.org/resource/issn/0954-6820>) et 1365-2796 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1365-2796>), DOI 10.1111/joim.13467 (<https://dx.doi.org/10.1111/joim.13467>), lire en ligne (<https://doi.org/10.1111/joim.13467>), consulté le 28 juillet 2025).
51. Luc Ruidant, « Trop de bruit augmente les risques de développer la maladie d'Alzheimer (<https://www.lejournalmedecin.com/jm-update-specialiste/trop-de-bruit-augmente-les-risques-de-developper-la-maladie-d-alzheimer/article-normal-52265.html>) », sur *Site-UpdateSpecialiste-FR*, 18 novembre 2020 (consulté le 19 novembre 2020).
52. (en) Jennifer Weuve, Jennifer D'Souza, Todd Beck et Denis A. Evans, « Long-term community noise exposure in relation to dementia, cognition, and cognitive decline in older adults », *Alzheimer's & Dementia*, 20 octobre 2020, alz.12191 (ISSN 1552-5260 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1552-5260>) et 1552-5279 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1552-5279>), DOI 10.1002/alz.12191 (<https://dx.doi.org/10.1002/alz.12191>), lire en ligne (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/alz.12191>), consulté le 19 novembre 2020).
53. Lalla Mariam Haïdara, « Les causes biopsychologiques des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence », *thèse*, 2019 (lire en ligne (<https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/37089>), consulté le 19 novembre 2020).
54. Mahmoudi, R., Maheut-Bosser, A., Hanesse, B., et Paille, F. (2006). La Neurosyphilis: une cause rare de démence. *La Revue de médecine interne*, 27(12), 976-978 (résumé (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866306003079>)).
55. M. Paulin et F. Pasquier, « Les démences du sujet jeune », *Pratique Neurologique - FMC*, vol. 3, n° 3, 1^{er} septembre 2012, p. 185–195 (ISSN 1878-7762 (<https://portal.issn.org/resource/issn/1878-7762>), DOI 10.1016/j.praneu.2012.07.001 (<https://dx.doi.org/10.1016/j.praneu.2012.07.001>), lire en ligne (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187877621200060X>), consulté le 19 novembre 2020).
56. (en) Licher S, Ahmad S, Karamujić-Čomić H, Voortman T, Leening MJG, Ikram MA, Ikram MK, « Genetic predisposition, modifiable-risk-factor profile and long-term dementia risk in the general population », *Nat Med*, vol. 25, n° 9, 2019, p. 1364-9. (PMID 31451782 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31451782>), PMID 31451782 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6739225>), DOI 10.1038/s41591-019-0547-7 (<https://dx.doi.org/10.1038/s41591-019-0547-7>), lire en ligne (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6739225/>) [html], consulté le 7 avril 2020).
57. (en) Mukamal KJ, Kuller LH, Fitzpatrick AL, Longstreth WT, Mittleman MA, Siscovick DS, *Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults*, vol. 289, mars 2003 (PMID 12636463 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12636463>), DOI 10.1001/jama.289.11.1405 (<https://dx.doi.org/10.1001/jama.289.11.1405>)), p. 1405-1413.
58. (en) Ganguli M, Vander Bilt J, Saxton JA, Shen C, Dodge HH, « Alcohol consumption and cognitive function in late life: a longitudinal community study », *Neurology*, vol. 65, n° 8, octobre 2005, p. 1210–1217 (PMID 16247047 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16247047>), DOI 10.1212/01.wnl.0000180520.35181.24 (<https://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000180520.35181.24>)).
59. (en) Huang W, Qiu C, Winblad B, Fratiglioni L, « Alcohol consumption and incidence of dementia in a community sample aged 75 years and older », *J Clin Epidemiol*, vol. 55, octobre 2002, p. 959–964 (PMID 12464371 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12464371>), DOI 10.1016/S0895-4356(02)00462-6 ([https://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00462-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00462-6))).
60. (en) « Alcohol and the risk of dementia (<https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/managing-the-risk-of-dementia/reduce-your-risk-of-dementia/alcohol>) », sur *www.alzheimers.org.uk*, août 2024 (consulté le 13 juin 2025).

61. (en) Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A, « Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis », *BMJ*, vol. 337, 2008, a1344 (PMID 18786971 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18786971>), PMID 2533524 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/2533524>), DOI 10.1136/bmj.a1344 (<https://dx.doi.org/10.1136/bmj.a1344>)).
62. (en) Valls-Pedret C, Sala-Vila A, Serra-Mir M, Corella D, Ros E *et al.*, « Mediterranean diet and age-related cognitive decline: A randomized clinical trial », *JAMA Internal Medicine*, 11 mai 2015 (ISSN 2168-6106 (<https://portal.issn.org/resource/issn/2168-6106>), PMID 25961184 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25961184>), DOI 10.1001/jamainternmed.2015.1668 (<https://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1668>), lire en ligne (<https://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1668>), consulté le 18 mai 2015).
63. (en) Albarracin SL, Stab B, Casas Z, Sutachan JJ, Barreto GE *et al.*, « Effects of natural antioxidants in neurodegenerative disease », *Nutr Neurosci*, vol. 15, n° 1, 2012, p. 1-9. (PMID 22305647 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22305647>), DOI 10.1179/1476830511Y.0000000028 (<https://dx.doi.org/10.1179/1476830511Y.0000000028>), lire en ligne (https://www.researchgate.net/profile/George_Barreto/publication/233414921_Effects_of_natural_antioxidants_in_neurodegenerative_disease/links/0fcfd50b00644b81ba000000.pdf) [PDF]).
64. (en) Saura-Calixto, Fulgencio, et Isabel Goñi, « Antioxidant capacity of the Spanish Mediterranean diet », *Food Chemistry*, vol. 94, n° 3, 2006, p. 442-447 (lire en ligne (https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Goni/publication/222569836_Antioxidant_capacity_of_the_Spanish_Mediterranean_diet/links/00b4952b00f3333b8e000000.pdf) [PDF], consulté le 18 mai 2015).
65. (en) Fillit H, Nash DT, Rundek T, Zuckerman A, « Cardiovascular risk factors and dementia », *Am J Geriatr Pharmacother*, vol. 6, juin 2008, p. 100-18 (PMID 18675769 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18675769>), DOI 10.1016/j.amjopharm.2008.06.004 (<https://dx.doi.org/10.1016/j.amjopharm.2008.06.004>)).
66. (en) Peters R, Beckett N, Forette F, *et al.*, « Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a double-blind, placebo controlled trial », *Lancet Neurol*, vol. 7, août 2008, p. 683-689 (PMID 18614402 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18614402>), DOI 10.1016/S1474-4422(08)70143-1 (<https://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422%2808%2970143-1>)).
67. Bernard Waeber, François Feihl, « Hypertension artérielle et démence » (<http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2010/2010-03/2010-03-074.pdf>) *Forum Med Suisse*, 2010;10(3):43-5.
68. (en) Joe Verghese, Richard B. Lipton, Mindy J. Katz et Charles B. Hall, « Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 25, 19 juin 2003, p. 2508-2516 (ISSN 0028-4793 (<https://portal.issn.org/resource/issn/0028-4793>), PMID 12815136 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12815136>), DOI 10.1056/NEJMoa022252 (<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa022252>), lire en ligne (<https://doi.org/10.1056/NEJMoa022252>), consulté le 22 janvier 2020).
69. (en) S. Alladi, T. H. Bak, V. Duggirala et B. Surampudi, « Bilingualism delays age at onset of dementia, independent of education and immigration status », *Neurology*, vol. 81, n° 22, 6 novembre 2013, p. 1938-1944 (ISSN 0028-3878 (<https://portal.issn.org/resource/issn/0028-3878>) et 1526-632X (<https://portal.issn.org/resource/issn/1526-632X>), DOI 10.1212/01.wnl.0000436620.33155.a4 (<https://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000436620.33155.a4>), lire en ligne (<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000436620.33155.a4>), consulté le 22 janvier 2020).
70. (en) Drew M. Altschul et Ian J. Deary, « Playing Analog Games Is Associated With Reduced Declines in Cognitive Function: A 68-Year Longitudinal Cohort Study », *The Journals of Gerontology: Series B*, 2019 (DOI 10.1093/geronb/gbz149 (<https://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbz149>), lire en ligne (<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/advance-article/doi/10.1093/geronb/gbz149/5628188>), consulté le 22 janvier 2020).

71. (en) Jean François Dartigues, Alexandra Foubert-Samier, Mélanie Le Goff et Mélanie Viltard, « Playing board games, cognitive decline and dementia: a French population-based cohort study », *BMJ Open*, vol. 3, n° 8, 1^{er} août 2013 (ISSN 2044-6055 (<https://portal.issn.org/resource/issn/2044-6055>) et 2044-6055 (<https://portal.issn.org/resource/issn/2044-6055>), PMID 23988362 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23988362>), PMCID PMC3758967 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3758967>), DOI 10.1136/bmjopen-2013-002998 (<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002998>), lire en ligne (<https://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e002998>), consulté le 22 janvier 2020).
72. (en) Almeida OP, Yeap BB, Alfonso H, Hankey GJ, Flicker L, Norman PE, « Older men who use computers have lower risk of dementia », *PLoS One*, vol. 7, n° 8, 2012, e44239. (PMID 22937167 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22937167>), PMCID PMC3429429 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3429429>), DOI 10.1371/journal.pone.0044239 (<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0044239>), lire en ligne (<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0044239>) [html]).
73. Prescrire, « Reconnaître les personnes âgées atteintes de démence (http://www.bichat-larib.com/bichat_bibliotheque_articles/492_reconnaître_les_personnes_agees_atteintes_de_demence._Evaluer_les_repercussions_et_reperer_les_affections_curables.pdf?numero_etudiant=) », sur *bichat-larib.com*, juin 2014.
74. Fondation GSF, « Définition de la démence (<https://www.accueil-alzheimer.fr/la-maladie/alzheimer-definition-de-la-demence/>) », sur *accueil-alzheimer.fr* (consulté le 17 mars 2021).
75. Michel, J. M., & Sellal, F. (2011). Les démences «curables» en 2011 (https://www.researchgate.net/profile/Francois_Sellal/publication/262567035_sellal-demencescurables2011/links/0f3175382216663d1b000000/sellal-demencescurables2011.pdf). *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 9(2), 211-225.
76. (en) « Global status report on the public health response to dementia (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>) », sur *www.who.int* (consulté le 13 juin 2025).
77. Plan National Maladies Rares [PDF] (http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/dpmaladiesrares2005.pdf).
78. Cref-demarres (<http://www.cref-demreres.fr>).

Voir aussi

Bibliographie

- Gilbert Ferrey, Gérard Le Gouès, *Psychopathologie du sujet âgé*, éd. Masson, coll. « Les Âges de la vie », 6^e édition, 2008 (ISBN 978-2-294-02010-0)
- Michèle Grosclaude,
 - *Le Statut de l'affect dans la psychothérapie des démences. Psychothérapie des démences*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 1997.
 - « Les déments parlent donc ? », *Gérontologie et société*, vol. vol. 26 / 106, no. 3, 2003, p. 129-145 [lire en ligne (<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2003-3-page-129.htm?contenu=article>)].
 - « Entendre le sujet dans la démence », *Topique*, vol. 150, no. 3, 2020, p. 97-104 [lire en ligne (<https://www.cairn.info/revue-topique-2020-3-page-97.htm?contenu=article>)].
- Richard Uhl, « démence », dans Alain de Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse 1. A/L.*, Paris, Hachette Littératures, 2005, p. 441-442.

Articles connexes

- Imputabilité et irresponsabilité pénale

- Folie
- Psychose

Liens externes

- Notices d'autorité : BnF (<https://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb12231893p>) (données (<https://data.bnf.fr/ark:/12148/cb12231893p>)) • LCCN (<http://id.loc.gov/authorities/sh85036638>) • GND (<http://d-nb.info/gnd/4011404-1>) • Japon (<https://id.ndl.go.jp/auth/ndlna/00954862>) • Espagne (<https://datos.bne.es/resource/XX528691>) • Israël (<https://www.nli.org.il/en/authorities/987007545754205171>) • Tchèque (https://aleph.nkp.cz/F/?func=find-c&local_base=aut&ccl_term=ica=ph119366)
 - Notices dans des dictionnaires ou encyclopédies généralistes : *Britannica* (<https://www.britannica.com/science/senile-dementia>) • *Den Store Danske Encyklopædi* (<https://denstoredanske.lex.dk/demens/>) • *Treccani* (<http://www.treccani.it/enciclopedia/demenza>) • *Universalis* (<http://www.universalis.fr/encyclopedie/demence/>)
 - Ressources relatives à la santé : Classification internationale des soins primaires (https://www.hetop.eu/hetop/3CGP/fr/?rr=CIP_D_P70) • Diseases Ontology (<http://www.disease-ontology.org/?id=DOID%3A1307>) • DiseasesDB (<http://www.diseasesdatabase.com/ddb29283.htm>) • Genetic and Rare Diseases Information Center (<https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/11946/index>) • ICD-10 Version:2016 (<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F00>) • ICD9Data.com (<http://www.icd9data.com/getICD9Code.ashx?icd9=290290%E2%80%9494294294>) • Medical Dictionary for Regulatory Activities Terminology (<http://bioportal.bioontology.org/ontologies/MEDDRA?p=classes&conceptid=10012271>) • Medical Subject Headings (<https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D003704>) • MedlinePlus (<https://medlineplus.gov/ency/article/000739.htm>) • NCI Thesaurus (<https://ncit.nci.nih.gov/ncitbrowser/ConceptReport.jsp?dictionary=NCI%20Thesaurus&code=C4786>) • Orphanet (https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=89043) • Store medisinske leksikon (<https://sml.snl.no/aldersdemens>) • WikiSkripta (<https://www.wikiskripta.eu/index.php?curid=6425>)
 - (en) Didacticiel sur la démence pour les praticiens britanniques par la « *Alzheimer's Society* » (<http://www.ehr.chime.ucl.ac.uk/demcare/index.html>)
 - (en) *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*, Cleusa P Ferri, Martin Prince, Carol Brayne *et al.* Lancet 2005; 366:2112-2117 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673605678890/fulltext>)
-