

Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer?

Les troubles cognitifs sont un syndrome dont les symptômes comptent, entre autres, l'amoindrissement de la capacité à effectuer des tâches usuelles, la perte de la mémoire, la diminution de la faculté de juger et de raisonner, et des changements d'humeur et de comportement. Certains troubles cognitifs sont causés par des maladies traitables comme la dépression, les maladies thyroïdiennes, les infections ou les interactions médicamenteuses. Cependant il n'existe pas encore de traitement pour guérir les troubles cognitifs irréversibles qui surviennent lorsque les cellules cérébrales sont attaquées et meurent.

Selon une étude commandée par la Société Alzheimer du Canada en 2016, le nombre de Canadiens qui vivent avec une maladie neurodégénérative dont la maladie d'Alzheimer s'établit actuellement à 564 000¹. Les autres formes de maladie cognitive ressemblent à la maladie d'Alzheimer en ce qu'elles entraînent également une dégénérescence progressive et irréversible des cellules cérébrales. Elles incluent la maladie cardio-vasculaire, la maladie à corps de Lewy, la dégénérescence fronto-temporale et la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Les anomalies cérébrales qui accompagnent la maladie d'Alzheimer peuvent commencer dès la trentaine ou quarantaine; cependant, la manifestation graduelle des premiers symptômes débutent généralement dans la soixantaine ou a septantaine. Jusque-là, les mécanismes de réparation du cerveau semblent compenser les attaques de plus en plus nombreuses faites aux cellules nerveuses. Le fait qu'on dispose de meilleures techniques d'évaluation, et que les gens soient davantage disposés à consulter le médecin dès les premiers signes de difficultés au niveau du comportement et de la mémoire, signifie qu'on peut maintenant diagnostiquer la maladie d'Alzheimer bien plus tôt que par le passé.

Qu'est-ce que le syndrome de Down (ou trisomie 21)?

Le syndrome de Down (SD) est une anomalie congénitale qui est due à la présence d'un chromosome supplémentaire dans la 21^e paire de chromosomes de la personne. Au Canada, l'incidence du syndrome de Down est d'environ 1 cas sur 750 naissances vivantes². La maladie n'a rien à voir avec le sexe, la race, la nationalité ou la situation socio-économique, et sa cause exacte demeure inconnue.

Le syndrome de Down est l'anomalie congénitale qui cause le plus de troubles d'apprentissage graves chez les enfants³, ses conséquences se manifestant par des retards du développement, des difficultés d'apprentissage, des problèmes de santé et des anomalies physiques. Les capacités des personnes atteintes du syndrome de Down varient, de sorte qu'il est important de reconnaître que chaque personne a ses propres particularités et difficultés.

Grâce à l'amélioration des soins de santé et à la réduction de la mortalité infantile, l'espérance de vie des personnes atteintes du syndrome de Down est maintenant plus longue. Ces personnes peuvent maintenant s'attendre à vivre jusqu'à la soixantaine. Elles peuvent aussi être prédisposées à développer certaines maladies ou problèmes médicaux, mais le syndrome de Down ne se traduit pas nécessairement par le développement de ces maladies ou problèmes car ces derniers se manifestent également au sein de la population en général⁴

1 La Société Alzheimer du Canada. (2016)

2 Les anomalies congénitales au Canada : Rapport de surveillance sur la santé périnatale, de l'Agence de la santé publique du Canada (2013).

3 MayoClinic.org (2014).

4 Société canadienne du syndrome de Down (2009).

Quels sont les signes avant-coureurs d'Alzheimer ou de maladie apparentée chez la personne atteinte du syndrome de Down?

Les changements de comportement et de personnalité sont le premier signe d'Alzheimer ou de maladie apparentée chez la personne atteinte du syndrome de Down (Ball et al, 2006), ce qui diffère un tant soit peu des signes d'Alzheimer surtout pour ce qui est des problèmes de mémoire et de langage. Lorsqu'il s'agit d'une personne ayant le syndrome de Down, il faut donc être à l'affût de changements de comportements tels une empathie amoindrie, un repli sur soi-même, une instabilité émotionnelle ou de l'apathie (Ball et al, 2006). Les chercheurs ont découvert que ces changements viennent souvent à ressembler aux caractéristiques de la dégénérescence fronto-temporale (Ball et al, 2006). Les personnes atteintes du syndrome de Down chez qui on diagnostique une dégénérescence fronto-temporale sont 1,5 fois plus enclines à développer la maladie d'Alzheimer (Ball et al, 2006). Un autre signe avant-coureur de trouble cognitif est le début de crises épileptiques chez une personne qui n'en a jamais eues auparavant (British Psychological Society, 2015).

Comment le syndrome de Down est-il lié à la maladie d'Alzheimer⁵?

La présence de plaques et d'enchevêtrements dans le cerveau sont les éléments révélateurs de la maladie d'Alzheimer. La principale composante des plaques est une protéine β -amyloïde (peptide A β) qui s'est scindée d'une protéine parente beaucoup plus grande appelée précurseur de la protéine β -amyloïde (APP : Amyloid Precursor Protein). Les enchevêtrements se trouvent à l'intérieur des cellules nerveuses, et il se peut que l'accumulation de peptide A β les pousse à se développer à l'extérieur des cellules. Ces enchevêtrements et la protéine β -amyloïde concourent à rendre la cellule malade, puis à la faire mourir. La maladie qui débute dans certaines parties du cerveau a tendance à s'étendre, ce qui explique l'altération de diverses capacités au fil de son évolution.

Les chercheurs ont découvert un lien entre la production de protéine amyloïde et le chromosome 21. Étant donné que les personnes atteintes du syndrome de Down possèdent un chromosome 21 de plus, elles sont plus sujettes à une surproduction d'APP. Tel qu'indiqué ci-dessus, le fait d'avoir davantage d'APP risque de mener à une production plus grande de protéine β -amyloïde, de sorte que ces personnes développent effectivement les plaques et enchevêtrements caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. Cependant, elles ne présenteront pas toutes les symptômes de la maladie⁶. On croit que d'autres facteurs contribuent à son développement, comme des antécédents d'Alzheimer dans la famille, un vieillissement prématuré, des facteurs environnementaux et le rôle de gènes inconnus.

Le taux de prévalence de la maladie chez les adultes atteints du syndrome de Down varie selon l'âge. Quelque 25 % de ceux qui ont plus de 35 ans témoignent de symptômes associés à la maladie d'Alzheimer (NDSS, 2009), tandis qu'on estime que l'incidence globale d'Alzheimer au sein de la population atteinte du syndrome de Down est de trois à cinq fois plus élevée que chez la population générale (NDSS, 2009). Enfin, le risque de développer les plaques et enchevêtrements caractéristiques de la maladie augmente avec l'âge, tant pour les personnes qui ont le syndrome de Down que pour les personnes qui ne l'ont pas.

5 Prasher, V., *Alzheimer and Dementia in Down Syndrome and intellectual disabilities*. Radcliffe Publishing (2005).

6 Société Alzheimer du R.-U. (2010).

Base de référence de dépistage et de suivi⁷

Idéalement, on devrait évaluer les capacités cognitives et fonctionnelles de toute personne qui a le syndrome de Down à l'âge de 30 ans. Cette base de référence peut servir à évaluer la personne lorsqu'elle a l'impression que ses capacités cognitives ou fonctionnelles ont diminué. Il y aurait peut-être lieu de faire en outre des tests réguliers de dépistage de problèmes cardiovasculaires et de diabète, et de différencier les symptômes de la personne de ceux d'autres maladies qui ressemblent à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée.

Parmi les tests utiles, mentionnons :

- Test annuel de la fonction thyroïdienne
- Test annuel de glycémie et des lipides à jeun (y compris le cholestérol et les triglycérides)
- Examen de la vue tous les ans
- Examen de l'ouïe tous les deux ans
- Taux de B12 et d'acide folique
- Urée et électrolytes
- Épreuve de fonction hépatique

Comment fait-on pour déceler une maladie neurodégénérative chez une personne atteinte du syndrome de Down?

Comme on le fait pour diagnostiquer toute personne chez qui on soupçonne un trouble cognitif, il est crucial d'écarter d'abord toute autre maladie ou explication possible. Certains des changements pourraient être causés par de la dépression, des problèmes thyroïdiens, un traumatisme ou des mauvais traitements, des problèmes sensoriels ou quelque autre événement (Dodd, 2009). La difficulté d'établir un diagnostic chez les personnes atteintes du syndrome de Down résulte du fait que nombre d'outils utilisés pour diagnostiquer la population générale ne se prêtent pas nécessairement à l'évaluation de ces personnes. Ces outils ne tiennent pas compte des capacités et des besoins intellectuels des gens qui ont le syndrome de Down et pourraient donner une fausse représentation de la situation. Le médecin de la personne devrait administrer les tests conçus expressément pour les personnes ayant le syndrome de Down.

Voici certains de ces tests :

- Échelle d'évaluation de la démence pour le syndrome de Down (DSDS)
- Test for Severe Impairment (TSI)
- Down syndrome Mental State Exam (DSMSE).
- Dementia Questionnaire for People with Learning Disabilities (DLD)

Quel que soit l'outil utilisé pour faire l'évaluation, il demeure important que les membres de la famille de la personne ainsi que les fournisseurs des soins de santé documentent tout changement de comportement, d'habitudes et d'humeur. Ces observations aideront le médecin à évaluer la personne et à poser son diagnostic. Il faut aussi demander à la personne de décrire les changements qu'elle vit (DSA, 2004). Ces comptes rendus et les observations de la famille, jumelés à l'examen médical, faciliteront le processus de diagnostic. Il est important de noter qu'aucun de ces tests ne peut déterminer de façon concluante si une personne ayant le syndrome de Down

⁷ *Dementia and People with Intellectual Disabilities*, The British Psychological Society (Avril 2015).

est atteinte ou non d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Mais ajoutés aux commentaires et observations des aidants, ils constituent néanmoins la base sur laquelle pourra reposer un diagnostic probable.

Comment la maladie d'Alzheimer évolue-t-elle chez la personne atteinte du syndrome de Down⁸?

L'évolution de la maladie d'Alzheimer chez les personnes ayant le syndrome de Down se fait en passant par les mêmes stades que toute autre personne atteinte de la même maladie⁹. Cependant, il est important de noter certaines différences chez les personnes atteintes du syndrome de Down.

Dépression :

La présence d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée se traduit par des symptômes de dépression plus prononcés chez les personnes ayant le syndrome de Down.

Crises épileptiques :

La combinaison de l'Alzheimer et du syndrome de Down a pour effet de rendre la personne qui en est atteinte de plus en plus vulnérable aux chutes. Ce phénomène peut résulter d'antécédents de crises épileptiques, de déficiences cognitives ou même de l'utilisation de somnifères. Au stade avancé de la maladie d'Alzheimer (parmi les personnes qui n'ont pas le SD), 15 à 25 % risquent de faire des crises épileptiques. Cependant, chez les personnes atteintes à la fois du syndrome de Down et de la maladie d'Alzheimer, le pourcentage s'élève à 90 %. D'ailleurs, la survenue de ces crises est souvent le premier indicateur de trouble cognitif chez une personne ayant le syndrome de Down (Prasher, 2005). Par conséquent, il faut solliciter les conseils d'un médecin lorsqu'une personne atteinte du syndrome de Down est victime de crises épileptiques.

Existe-t-il un traitement possible?

La majorité des études sur les possibilités de traitement de la maladie d'Alzheimer ont porté essentiellement sur leur administration à des personnes qui n'avaient pas le syndrome de Down. En outre, la plupart des études sur l'administration de médicaments à des sujets ayant le syndrome de Down se sont concentrées sur le donépézil (aussi connu sous le nom d'Aricept).

L'impact des autres médicaments (rivastigmine, galantamine, mémantine) sur ces personnes n'a pas été suffisamment étudié (Prasher, 2005). Les rapports de recherche indiquent qu'il faut tenir compte des problèmes de santé fréquemment associés au syndrome de Down, comme les maladies thyroïdiennes et le diabète. Les personnes atteintes du syndrome de Down ont tendance à manifester des symptômes de maladie d'Alzheimer à un plus jeune âge que le reste de la population (Cochrane Library, 2009). On croit en outre que leur taille, leur métabolisme et leur fréquence cardiaque pourraient influencer la façon dont les médicaments usuels leur sont administrés lorsqu'elles ont la maladie d'Alzheimer (Cochrane Library, 2009). La Société Alzheimer du Canada a publié de l'information sur les médicaments communément prescrits aux personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ces feuillets décrivent comment les traitements peuvent aider les gens, renseignent sur la posologie et expliquent des éléments à prendre en considération avant de prendre chacun des médicaments. Ces renseignements s'avèreraient peut-être utiles dans l'évaluation des traitements possibles pour les personnes ayant le syndrome de Down et la maladie d'Alzheimer.

⁸ Prasher, V., *Alzheimer and Dementia in Down Syndrome and intellectual disabilities*, Radcliffe Publishing (2005).

⁹ La Société Alzheimer du Canada a rédigé une série de cinq feuillets sur les stades de l'évolution de la maladie d'Alzheimer qui s'adresse à la personne atteinte de la maladie, à sa famille et aux aidants. La série se trouve à www.alzheimer.ca/stades

Les principes d'Édimbourg¹⁰

Les principes suivants ont été élaborés par des organisations et des chercheurs internationaux qui font la prestation de services aux personnes atteintes du syndrome de Down et de la maladie d'Alzheimer. On recommande aux familles, aux aidants et aux professionnels de la santé de s'y conformer. Par ailleurs, on peut les appliquer aux personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui n'ont pas le syndrome de Down.

1. Adopter une philosophie opérationnelle qui favorise la plus grande qualité de vie possible des personnes ayant une déficience intellectuelle qui sont atteintes de trouble cognitif, ainsi que, dans la mesure du possible, des services de base et des pratiques de soutien selon une approche centrée sur la personne.
2. Affirmer que les forces, les capacités, les compétences et les désirs individuels devraient prévaloir sur toute autre considération dans les décisions prises par et pour les personnes ayant une déficience intellectuelle qui sont atteintes de trouble cognitif.
3. Impliquer la personne, sa famille et tout autre proche aidant dans toutes les étapes d'évaluation et de planification des services, et de leur prestation auprès de la personne ayant une déficience intellectuelle qui est atteinte de trouble cognitif.
4. Veiller à ce que des ressources et des services de diagnostic, d'évaluation et d'intervention pertinents soient disponibles pour répondre aux besoins individuels et favoriser le sain vieillissement des personnes ayant une déficience intellectuelle et atteintes de trouble cognitif.
5. Planifier et fournir des soutiens et des services qui incitent les adultes ayant une déficience intellectuelle qui sont atteintes de trouble cognitif à vouloir demeurer au foyer ou dans la communauté qu'ils habitent.
6. Voir à ce que les personnes ayant une déficience intellectuelle qui sont atteintes de trouble cognitif aient le même accès aux services et soutien que la population générale atteinte de trouble cognitif.
7. S'assurer que la planification stratégique générique, coopérative et proactive de toutes les politiques pertinentes, des fournisseurs et des groupes de défense se fasse en tenant compte des besoins actuels et futurs des adultes ayant une déficience intellectuelle qui sont atteints de trouble cognitif.

Mesures de soutien¹¹

Les suggestions suivantes sont utiles auprès de toutes les personnes atteintes de trouble cognitif et peuvent être adoptées dans les rapports avec ceux et celles qui ont aussi le syndrome de Down.

- Aider à créer pour la personne autant d'occasions que possible de faire des choix et d'avoir le contrôle de sa vie.
- Établir une routine structurée et sécurisante pour la personne.
- Des indices visuels sur les portes aident certaines personnes à trouver leur chemin dans la maison.
- Se servir du langage corporel comme moyen d'aide à la communication.
- Incorporer les massages et l'aromathérapie pour favoriser la détente.
- Examiner l'environnement de la personne et faire les modifications nécessaires, le cas échéant. Les distractions et bruits environnants risquent d'accroître le degré d'agitation de la personne atteinte d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Il est important de minimiser ces nuisances afin de l'aider à rester calme.
- Utiliser les histoires ou les albums souvenir pour évoquer des intérêts de la personne et des moments de sa vie.

¹⁰ Wilkinson, H. et al., *The Edinburgh Principles with Accompanying Guidelines and Recommendations* (2001). Pour consulter ce document, se rendre à <https://www.iassidd.org/uploads/legacy/pdf/edinburg-principles.pdf>

¹¹ Société Alzheimer du R.-U. (2010).

Suggestions supplémentaires¹² :

- Encourager l'entretien d'un dialogue avec la personne afin de déterminer si elle comprend les changements qui se passent. Vérifier auprès d'elle pour voir comment ces changements l'affectent.
- Aider la personne à continuer à faire partie de son cercle social et à entretenir ses amitiés.
- Étudier les capacités actuelles de la personne et adapter ses activités habituelles en conséquence.

À prendre en considération dans l'organisation du quotidien

La Société Alzheimer a publié des renseignements sur la modification des activités quotidiennes en fonction des habiletés de la personne. Des chercheurs ont retenu les problèmes suivants comme étant ceux des personnes ayant le syndrome de Down qui sont atteintes d'Alzheimer ou de maladie apparentée.

Ouïe¹³ :

Étant donné la nature évolutive des troubles cognitifs, la personne qui en est atteinte ressent de plus en plus de difficulté à s'exprimer ou à comprendre ce que lui disent ses aidants. Cette réalité liée à la perte d'ouïe peut rendre la communication de plus en plus difficile avec les personnes atteintes du syndrome de Down, car ces dernières développent fréquemment des problèmes d'audition. Et en vieillissant, elles risquent d'entendre encore moins bien et d'avoir de la difficulté à distinguer certains sons ou fréquences. Il y a donc lieu d'effectuer des examens réguliers de l'ouïe pour déterminer la cause de la perte auditive, régler les problèmes d'excès de cérumen et traiter les infections possibles. Au fil de l'évolution de la maladie, il se peut que les personnes qui portent des appareils auditifs aient besoin d'aide ou d'un signal leur indiquant de les utiliser. Parmi les stratégies d'amélioration de la communication, mentionnons les indices visuels, la minimisation des distractions, la réduction des bruits de fond et un éclairage adéquat. Veillez à faire face à la personne lorsque vous lui parlez de manière à ce que la communication soit la meilleure possible.

Soins dentaires¹⁴ :

De bons soins dentaires sont essentiels pour prévenir la perte de dents. Le fait de mastiquer avec les dents du fond aide en fait à prévenir l'accumulation de cire dans l'oreille de la personne ayant le syndrome de Down. Au fil de l'évolution de la maladie d'Alzheimer, il se peut que la personne ait de la difficulté à communiquer qu'elle a mal aux dents, ce qui risque de retarder le traitement du problème et de lui causer des difficultés à manger.

Mobilité¹⁵ :

Les personnes atteintes du syndrome de Down ont souvent du mal à trouver des chaussures qui leur conviennent parce que la majorité a les pieds courts et larges. Cela peut aggraver leurs problèmes de mobilité à un stade plus avancé de la maladie. Un autre problème est celui d'adapter les chaises et fauteuils en raison de leur petite taille. Si on ne le fait pas, elles risquent davantage d'avoir des accidents quand elles se déplacent. Les infections de l'oreille moyenne ajoutent à la probabilité de problèmes de mobilité. On recommande aux professionnels des soins de santé tels les ergothérapeutes, les podiatres et les physiothérapeutes de travailler activement à minimiser les risques de blessures des femmes et des hommes qui ont le syndrome de Down ainsi que l'Alzheimer ou une maladie apparentée.

¹² Dodd, K. et al., *Down's syndrome and dementia*, BILD (2009).

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

Douleur¹⁶ :

Les soins sont souvent insuffisants pour traiter la douleur des personnes qui ont la maladie d'Alzheimer ainsi que des troubles d'apprentissage. Au fur et à mesure qu'évolue la maladie, la capacité de communiquer de la personne atteinte de trouble cognitif se fait de plus en plus difficile. Lorsque la personne a aussi le syndrome de Down, il se peut que son vocabulaire soit plus restreint, de sorte que la perte d'autres mots pourrait compromettre davantage sa communication avec les gens. Les comportements antérieurs de la personne peuvent en outre empêcher les aidants et les professionnels de la santé de reconnaître qu'elle ressent de la douleur. Et puis, lorsqu'une personne atteinte du syndrome de Down et de l'Alzheimer a des problèmes d'insomnie, il se peut qu'ils résultent non pas de trouble cognitif, mais de la douleur qu'elle éprouve. Un autre problème est celui des médicaments tels les antipsychotiques qui peuvent masquer la douleur. Les chercheurs dans ce domaine insistent sur l'importance d'en apprendre autant que possible sur les antécédents de la personne et sur sa façon de communiquer. Ces renseignements peuvent aider les aidants et le personnel à déceler les problèmes de communication ou la présence de douleur. Les causes fréquentes de douleur chez les personnes atteintes du syndrome de Down et de l'Alzheimer sont les maux de dents, l'arthrite, les bouchons de cérumen, les infections oculaires, les infections urinaires et la constipation.

Planifier à long terme¹⁷

Le caractère évolutif du trouble cognitif nécessite que les personnes qui en sont atteintes et leur famille fassent des plans bien avant que les changements ne se produisent. Dans cette planification figurent les soins que privilégient la personne et ses souhaits quant à ceux qui lui seront administrés en fin de vie.

Un élément important de cette planification est d'apprendre à connaître la personne atteinte du syndrome de Down, ce qui comprend se renseigner sur ses intérêts, sa façon de communiquer et sur les choses qui lui procurent joie et réconfort. Ces connaissances s'avèrent encore plus utiles lorsque l'évolution du trouble cognitif rend la communication de plus en plus difficile. Les aidants peuvent se servir de ces renseignements pour planifier des sorties ou activités qui correspondent davantage aux préférences de la personne. Munis de ces renseignements, les aidants sont à même de comprendre ce qui peut être la cause de l'agitation de la personne ou de la consoler si elle est contrariée.

Il faut absolument découvrir ce que la personne sait au sujet de la maladie et des divers soins qui s'offrent à elle. Ces renseignements aident le professionnel de la santé ou l'aidant à décider des sujets à aborder lorsqu'il s'entretient avec la personne. Ces conversations peuvent s'avérer difficiles, mais le fait de savoir que les soins à son égard seront guidés par ses préférences et ses souhaits devrait la rassurer.

Pour plus de renseignements :

Veuillez communiquer avec le bureau de la Société Alzheimer de votre région pour obtenir de l'information et du soutien. Consultez notre site Web à www.alzheimer.ca.

Les organisations suivantes pourront vous fournir des renseignements supplémentaires :

1. La Société canadienne du syndrome de Down : <http://www.cdss.ca/fr/>
2. La Fondation pour la recherche sur le syndrome de Down : <http://dsrf.org>

¹⁶ Kerr, D. et al., *Responding to the pain experiences of people with a learning difficulty and dementia*, Joseph Rowntree Foundation (2006).

¹⁷ Leigh Ann Creaney Kingsbury, *Planning Ahead: a Guide to Communicating Health Care and End of Life Wishes*, American Association on Intellectual & developmental Disabilities (2009).

Remerciements:

La Société Alzheimer tient à remercier tout particulièrement les personnes suivantes qui ont contribué à l'élaboration de ce feuillet d'information intitulé Le syndrome de Down et la maladie d'Alzheimer :

- Naznin Virji-Babul, PhD, directrice de recherche, Fondation de recherche sur le syndrome de Down;
- Roy Brown, Rhonda Faragher, Penny Robertson, Balbir Singh, Vanessa Dos Santos, Janet Carr, Kristin Van Burm et Monica Cuskelly représentant Down Syndrome International;
- Matthew P Janicki, Ph.D., Department of Disability and Human Development, University of Illinois;
- Matthew Chow, M.D., University of British Columbia;
- Diana Kerr, University of Edinburgh; et
- Nancy Jokinen, MSW, PhD professeure adjointe, UNBC School of Social Work.

Ce document a été préparé à des fins d'information seulement. Il ne constitue en aucun cas un conseil, une approbation ou une recommandation de la Société Alzheimer à l'égard d'aucun produit, service ou entreprise, ni une déclaration ou description de caractéristiques à leur sujet. Ce document ne vise aucunement à remplacer le diagnostic clinique posé par un professionnel de la santé.

Société Alzheimer

Société Alzheimer du Canada

20, avenue Eglinton Ouest, 16^e étage, Toronto (Ontario) M4R 1K8

Tél. : 416-488-8772 • 1-800-616-8816 • Téléc. : 416-488-3778

Courriel : info@alzheimer.ca • Site Internet : www.alzheimer.ca

Facebook : www.facebook.com/AlzheimerSociety • Twitter : www.twitter.com/AlzSociety

