

question cruciale de savoir si la poursuite du traitement est susceptible de retarder l'institutionnalisation du patient. L'ajout de mémantine au traitement par donépézil n'est pas utile; le passage du donépézil à la mémantine a donné des résultats légèrement meilleurs que l'arrêt du traitement, mais le bénéfice par rapport au placebo était limité^{44,45}.

- Les inhibiteurs des cholinestérasas sont plus efficaces qu'un placebo sur les critères d'évaluation du fonctionnement cognitif, des activités de la vie quotidienne (ADL), ainsi que sur l'évaluation globale par le soignant, chez les patients atteints d'une démence liée à la maladie de Parkinson. Par ailleurs, ils sont plus souvent responsables de l'arrêt du traitement en raison d'effets indésirables. Concernant leur utilité dans la démence à corps de Lewy, on ne dispose que de peu d'études et les résultats ne sont pas univoques⁴⁶⁻⁴⁸.

- De nouvelles preuves confirment que les antipsychotiques n'ont qu'un effet limité sur les troubles de comportement liés à la démence, et sont associés à un risque accru de décès. La prudence reste de mise lors de la prescription d'un antipsychotique, quel qu'il soit^{7,8,49,50}.

- En ce qui concerne l'efficacité des antidépresseurs chez les patients dépressifs atteints de démence, les preuves restent insuffisantes^{51,52}.

Prise en charge des **dermatomycoses** et de la **leucorrhée**: aucune nouvelle donnée justifiant une mise à jour n'est parue sur ce sujet au cours de cette dernière année.

Note

La liste des références et la version détaillée de cette mise à jour peuvent être consultées sur www.cbip.be

En bref

- Depuis le 1^{er} juillet 2012, les **modalités de remboursement de l'oxygénothérapie** ont été modifiées (plus d'informations sur www.inami.be/drug/fr/other-pharmaceutical-supplies/oxygen/index.htm). Ces modifications font suite aux recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé concernant « L'oxygénothérapie à domicile » (KCE reports 156B, sur www.kce.fgov.be). L'une des modifications concerne la distinction entre l'oxygénothérapie à court terme et l'oxygénothérapie à long terme. Le pharmacien d'officine n'intervient plus que dans l'*oxygénothérapie à court terme*, qui peut être prescrite par un généraliste ou un spécialiste dans les indications suivantes: hypoxémie aiguë (p.ex. suite à une BPCO ou une insuffisance cardiaque chronique), hypoxémie chez les patients en soins palliatifs et algies vasculaires

de la face (*cluster headache*). Le pharmacien peut délivrer, en fonction de l'indication, de l'oxygène gazeux ou un oxyconcentrateur; l'oxygène liquide, une forme plus coûteuse, est réservé à l'oxygénothérapie à long terme. Le remboursement de l'oxygénothérapie à court terme est limité à 3 mois par an, et une autorisation du médecin-conseil de l'organisme assureur est nécessaire, sauf pour les patients qui sont enregistrés en tant que patient en soins palliatifs auprès de leur organisme-assureur pour lesquels il suffit d'indiquer la mention « tiers payant applicable » sur la prescription. Pour l'*oxygénothérapie à long terme*, le patient est systématiquement renvoyé à un service de pneumologie ou de pédiatrie hospitalier; le remboursement se fait dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle entre l'INAMI et ces services.