



Association France - DFT

Dégénérescences Fronto-Temporales

Pour nous contacter

Nous écrire

Association France - DFT
41, rue de Richelieu
75001 Paris

Nous adresser un mail

Le site internet **www.dft-france.org**
Vous pouvez nous adresser vos emails à
francedft@gmail.com

Nous appeler

En attendant qu'une plateforme téléphonique soit mise en place, vous pouvez nous joindre au numéro suivant : **06.47.77.70.08**. En cas d'absence, nous vous invitons à nous laisser vos coordonnées afin que nous vous recontactions.



Gérer les défis de grande envergure liés aux DLFT est extrêmement stressant pour les familles et encore plus pour celui qui est l'aidant, le plus souvent le conjoint.

C'est principalement pour soutenir les familles par notre expérience que nous avons créé cette association. Un aidant informé et soutenu sera plus à même d'assurer la dignité et le confort du patient et de maintenir son propre équilibre.

Nota. Cette brochure a été relue par le Centre de Référence des Démences Rares (CREF).



Association France - DFT

Dégénérescences Fronto-Temporales

41, rue de Richelieu

75001 PARIS

DEGENERESCENCES LOBAIRES FRONTO TEMPORALES

INTRODUCTION

L'abréviation **DLFT (Dégénérescences Lobaires Fronto-Temporales** encore appelées **Démences Fronto-Temporales** ou **maladie de Pick**) désigne un groupe de maladies cérébrales dégénératives qui affectent les lobes frontaux et/ou temporaux du cerveau. Il s'agit de maladies rares qui font partie de la liste des maladies répertoriées par ORPHANET. On estime que ces maladies affectent environ 6 000 personnes en France et près de 250 000 aux Etats Unis et le milieu médical lui-même est très peu informé à ce sujet.

A l'instar d'un nombre grandissant d'autres associations, nous préférons utiliser le terme de *dégénérescence* ; considérant que le sens de *démence* dans le langage courant a une connotation péjorative qui porte préjudice aux patients. Des discussions sont en cours dans différents pays pour tenter de faire évoluer le langage médical dans ce sens. En France le milieu médical qui soutient cette nouvelle dénomination se heurte à la résistance de l'administration. Néanmoins il faut savoir que les progrès rapides de la recherche sur les dégénérescences frontotemporales font également évoluer la classification et les dénominations.

Sommaire

Pour nous contacter	1
LE DIAGNOSTIC.....	3
LES DIFFERENTS SYNDROMES	3
LA GENETIQUE.....	5
LA PATHOLOGIE	5
LES TYPES DE DEGENERESCENCES - <i>présentation clinique rapide</i>	6
LES SYMPTÔMES PRINCIPAUX	8
Symptômes comportementaux	8
Symptômes langagiers.....	8
Symptômes émotionnels	9
Symptômes locomoteurs	9
TRAITEMENT ET PRONOSTICS	9
<i>Centre de Référence</i>	11
SOURCES	12

Lors de la 7^e Conférence Internationale sur les Démences Frontotemporales qui s'est tenue à Indianapolis en octobre 2010, le Professeur Marsel Mesulam de la *Northwestern University* de Chicago (Illinois, Etats Unis) a rappelé que les différents aspects de l'organisation du cerveau humain aident à clarifier les manifestations cliniques complexes des DLFT.

Le cortex cérébral humain contient quarante billions de neurones. Chacun d'entre eux se contacte des milliers de fois avec les autres. A ces points de contacts, l'information d'un neurone à l'autre circule environ 1000 fois par seconde. Les différentes parties du cerveau ont des spécialisations bien particulières. Ainsi la mémoire dépend grandement d'une petite partie du lobe temporal interne : l'hippocampe. Nos facultés de jugement, d'empathie, de prises de décision dépendent eux du lobe frontal. Le langage dépend de façon importante du lobe temporal gauche.

Les DLFT se différencient de la maladie d'Alzheimer principalement en ce que :

- dans la maladie **d'Alzheimer**, la **perte de la mémoire ancienne** et la **difficulté à retenir une information nouvelle** sont prédominantes, et les difficultés à se situer dans l'espace sont importantes ;
- alors que dans les **DLFT**, ce sont les **comportements sociaux** ainsi que le **langage** qui sont affectés en premier. La mémoire est peu affectée dans les premiers temps de la maladie.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic des DLFT est difficile à poser. Il n'existe pas à ce jour d'examen spécifique permettant d'établir un diagnostic de DFT. Le recours aux techniques avancées d'imagerie cérébrale, IRM (Imagerie par Résonance Magnétique, elle permet d'obtenir des vues 2D et 3D du corps vivant) particulièrement et scintigraphie cérébrale, aident néanmoins à poser un diagnostic plus précis.

Les symptômes sont souvent mal interprétés car des troubles du comportement ou une certaine apathie peuvent être confondus avec une dépression, avec une maladie d'Alzheimer affectant des personnes jeunes, ou d'autres troubles neurologiques ou psychiatriques.

Malheureusement un diagnostic ne peut être formellement confirmé qu'après l'autopsie du cerveau du malade. C'est un sujet difficile à affronter émotionnellement, et c'est pourquoi il fait l'objet d'un document séparé.

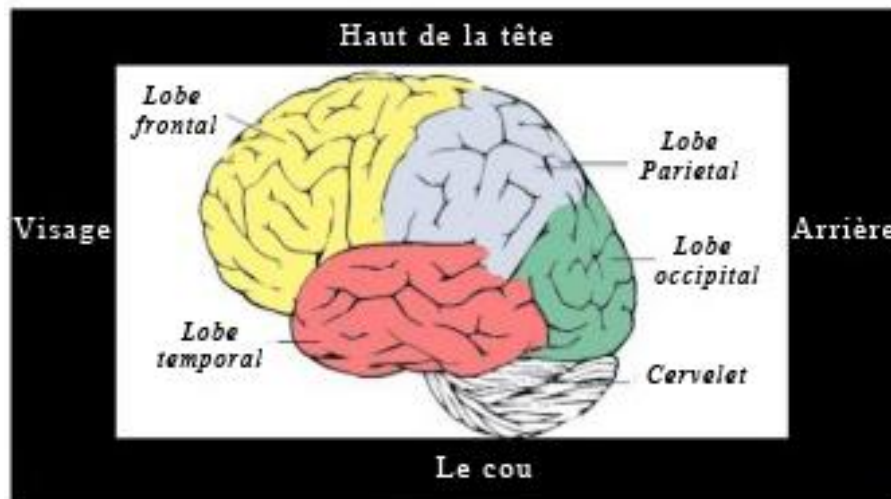
LES DIFFERENTS SYNDROMES

La recherche a fait de nombreux progrès dans l'étude des DLFT, mais la multiplication des syndromes (ensemble de signes cliniques et de symptômes qui caractérise une maladie) et de leurs abréviations parcellise encore ces maladies rares, mais permet de mieux les cerner et les analyser.

Ces maladies ont de nombreux points en commun:

- Elles **évoluent progressivement** et surviennent chez des personnes jeunes : le début des symptômes se produit généralement entre 50 et 60 ans. Mais on a vu aussi des cas chez des jeunes de 20 ans ou sur des personnes de 80 ans.
- Elles touchent **aussi bien les hommes que les femmes**.
- Dans un **petit pourcentage** de cas, la maladie peut se révéler **héréditaire**.
- Elles représentent entre **10 et 20% de tous les cas de dégénérescence**.
- Elles **résultent en des changements** de personnalité et/ou de comportement et/ou de langage et/ou de connaissance et/ou de fonctionnement moteur.

Les DLFT peuvent commencer dans les lobes frontaux, les lobes temporaux ou les deux à la fois.



Les lobes frontaux situés dans la partie la plus antérieure du cerveau (au-dessus des yeux et derrière le front) **contrôlent les « fonctions exécutives »** telles que **l'aptitude à planifier, à déterminer les priorités, à exécuter plusieurs tâches à la fois**. Les lobes frontaux participent également à la gestion des émotions, au contrôle du comportement social, et ils interviennent dans le langage -particulièrement dans la construction des phrases- et dans des fonctions motrices telles que les mouvements des bras, des jambes et de la bouche.

Les lobes temporaux situés au-dessous et sur les côtés des lobes frontaux du cerveau jouent un rôle majeur dans le langage et les connaissances sémantiques. Ils permettent de comprendre les mots, de parler, de lire, d'écrire, et ils connectent les mots avec leur sens. Les pôles temporaux (partie la plus antérieure des lobes temporaux) interviennent dans la reconnaissance des mots, des objets et des visages.

Le lobe ou la partie du lobe qui est affecté en premier détermine le symptôme qui apparaîtra en premier. Si la dégénérescence neuronale commence dans le lobe frontal, les premiers symptômes sont des troubles comportementaux. Si elle commence dans le lobe temporaux antérieur, le premier symptôme peut se traduire par l'incapacité de reconnaître un objet ou bien par des troubles de compréhension des mots.

LA GENETIQUE

Dans **70%** des cas l'apparition d'une DFT est **sporadique**. Cela signifie que la maladie survient par hasard, sans lien avec l'historique familial, de quelque sorte que ce soit, et qu'il est très peu probable que la cause soit génétique.

15 à 20% des patients présentent une histoire familiale montrant des antécédents familiaux de maladies dégénératives connexes (maladie d'Alzheimer, SLA, maladie de Parkinson) suggérant une transmission héréditaire. Cela signifie que les membres de la famille du patient atteint de DFT peuvent avoir une prédisposition familiale pour développer un trouble neurologique.

Seulement **5 à 10%** des cas sont définis comme des formes génétiques dites à « transmission autosomique dominante ». Cela signifie que la maladie peut être transmise d'une génération à la suivante, et qu'elle peut apparaître indépendamment du sexe du patient et du sexe du parent transmetteur. En d'autres termes, elle touche à la fois les hommes et les femmes, et peut être transmise indifféremment par les hommes ou les femmes. Dans ces cas les plus rares les enfants d'une personne porteuse d'une mutation génétique présentent un risque important d'être un jour eux-mêmes affectés par la maladie.

Il est important de préciser qu'en l'état actuel des connaissances scientifiques sur ces maladies, leurs causes ne sont pas connues dans les formes qui ne sont pas génétiques. Une consultation avec un généticien est généralement proposée aux patients et aux familles qui souhaitent se renseigner à ce sujet.

LA PATHOLOGIE

La **pathologie sous-jacente** des DLFT est **très complexe**. Il arrive que les diagnostics cliniques et pathologiques ne correspondent pas toujours. Les symptômes peuvent en effet apparaître dans un ordre différent de celui généralement observé et il arrive même que certains symptômes ne surviennent pas. Les moyens techniques se développant très vite, il arrive aussi que les pathologistes puissent être amenés à utiliser une terminologie différente en fonction de la technologie utilisée.

En général lorsqu'on examine au microscope les tissus des lobes frontaux et temporaux, ils montrent une perte de neurone ainsi qu'une gliose (tissu cicatriciel ou atteinte aux cellules nerveuses dans le cerveau ; la glie étant le tissu de soutien de système nerveux central). La plupart des neurones restants sont dégénérés ou de forme anormale et ils contiennent des agrégats de protéines anormaux.

Deux protéines différentes étaient encore récemment impliquées dans la pathologie DLFT. Une troisième protéine a été décelée comme pouvant également être impliquée dans certaines formes de DLFT.

Il s'agit principalement de :

- la **protéine Tau**,
- de la **protéine TDP-43**,
- et plus récemment de la **protéine FUS**.

Une **Tauopathie** (DLFT-TAU) est le terme utilisé lorsque la protéine TAU est retrouvée dans les neurones à l'examen du cerveau. Elle s'accumule sous forme d'agrégats. Une forme particulière de Tauopathie est la maladie de Pick (dans laquelle les agrégats de protéine Tau ont une forme et une localisation particulière). Les Tauopathies représentent à peu près 30% des DLFT. La protéine Tau a normalement pour rôle d'assurer la formation et la stabilité des microtubules qui constituent en quelque sorte le « squelette » des neurones.

Lorsque les agrégats de protéine TDP-43 sont identifiés dans les neurones, on parle de protéinopathie **TDP-43**. Cette protéine a été identifiée dans les DLFT en 2006. Les protéinopathies TDP-43 représentent la forme histologique* principale (environ 60% des DLFT).

Plus récemment, des chercheurs ont décelé une troisième protéine. Dans environ 10% des cas, les DLFT ne présentent ni protéine Tau ni protéine TDP-43 mais ils ont mis en cause une troisième protéine : **FUS**.

Les scientifiques espèrent que la recherche sur ces protéines fournira de nouvelles pistes permettant de trouver des traitements contre les DLFT.

LES TYPES DE DEGENERESCENCES - *présentation clinique rapide*

On distingue trois types de dégénérescences :

- Le **déclin progressif du comportement et de la personnalité**
- Le **déclin progressif du langage**
- Le **déclin progressif des facultés motrices**

Il peut s'avérer très difficile de savoir laquelle de ces dégénérescences a atteint une personne car les symptômes, ainsi que leur ordre d'apparition, peuvent varier d'une personne à l'autre.

De plus les mêmes symptômes peuvent apparaître dans différentes dégénérescences. Vous trouverez dans le tableau qui suit une explication segmentée par symptôme selon différents diagnostics.

Les types de Dégénérescences FrontoTemporales	
Diagnostic	Premiers Symptômes Principaux
Déclin progressif de la Personnalité/du comportement	
DFT variante comportementale	<ul style="list-style-type: none"> • Apathie, initiatives réduites • Comportements inappropriés et impulsifs • Absence émotionnelle ou émotions excessives (manque d'empathie) • Mémoire généralement intacte
Déclin Progressif du Langage	
<p>Aphasie Progressive Primaire (APP)</p> <p>Démence sémantique <i>Aphasie progressive non fluente</i></p> <p>Aphasie logopénique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • APP sémantique (aussi appelé démence sémantique) : ne peut pas comprendre certains mots ou reconnaître des personnes et objets familiers • APP agrammaticale (aussi appelé aphasie progressive non fluente) : oubli des mots qui lie les noms aux verbes (comme : de, pour, avec) • APP logopénique: difficulté à trouver les bons mots quand il parle, hésitation, et/ou pauses durant la prise de parole (les aphasies progressives logopéniques sont en général des maladies d'Alzheimer au plan histologique)
Déclin Progressif de la motricité	
Dégénérescence Cortico-Basale (DCB)	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à réaliser des gestes simples (fermer les boutons, manipuler de l'électroménager simple) • Dystonie (postures anormale des mains ou des pieds) • Problèmes dans les mouvements similaires à la maladie de Parkinson, tels que mouvements ralentis et rigidité.
Paralysie supranucléaire progressive (PSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes progressifs d'équilibre et de marche • Mouvement lent, chute, rigidité du corps • Mouvement des yeux restreints
DFT avec Parkinsonisme	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes dans les mouvements similaires à la maladie de Parkinson, tels que mouvements ralentis et rigidité <p>Associés à une forme comportementale de DLFT</p>
DFT avec sclérose latérale amyotrophique (SLA)	<ul style="list-style-type: none"> • Combinaison de DFT et SLA (ou maladie de Lou Gehrig/Charcot) • Changement dans le comportement et/ou le langage • Faiblesse musculaire, amyotrophie (diminution du volume musculaire), troubles de la déglutition.

DLFT ou DFT : Abréviation du terme général qui regroupe les différentes maladies dégénérantes: *Dégénérescences Lobaires Fronto-Temporales* - **APP** : aphasie progressive primaire - **PSP** : paralysie supranucléaire progressive - **DCB** : dégénérescence cortico-basale

LES SYMPTÔMES PRINCIPAUX

Les **symptômes**, ou phénomènes liés à l'apparition d'une maladie, des dégénérescences fronto-temporales sont **nombreux** et **varient d'une personne à une autre** suivant les différents stades de l'évolution de la maladie, selon qu'un seul lobe ou plusieurs sont affectés.

En général, les symptômes comportementaux sont associés aux atteintes des lobes frontaux alors que c'est la dégénérescence des lobes temporaux qui entraîne des problèmes de langage et des désordres émotionnels.

Symptômes comportementaux

- **Difficultés dans l'exécution de tâches** : difficulté à planifier ou à exécuter dans l'ordre des tâches habituelles pour élaborer des stratégies; problèmes dans la gestion des priorités ; difficulté à passer d'une tâche à l'autre.
- **Obsessions** : idées fixes, tendance à répéter sans cesse une même activité ou à répéter le même mot alors même que cela n'a plus de sens.
- **Désinhibition sociale** : difficulté grandissante à contrôler son comportement se manifestant par la perte des convenances sociales. Le malade agit de façon impulsive sans se rendre compte de la façon dont les autres le perçoivent : il chantonne durant une réunion de travail, ri pendant une cérémonie d'enterrement, urine en public, fait des réflexions déplacées ou dit des grossièretés à des inconnus, etc.
- **Gloutonnerie** : vouloir manger systématiquement les mêmes choses en grande quantité, particulièrement des mets sucrés ; se servir à même le plat ou dans l'assiette de son voisin, etc.
- **Modification du rapport à l'objet** : toujours taper sur les notes d'un piano à chaque fois que l'on passe à côté ; se saisir du téléphone qui ne sonne pas et ne pas téléphoner, avoir envie d'un fruit à l'étal d'un magasin le prendre et s'en aller, etc.

Ces symptômes se caractérisent par l'**intolérance à la frustration**.

Symptômes langagiers

- **Aphasie** : trouble du langage qui consiste à perdre l'usage ou la compréhension des mots tout en conservant la possibilité physique de parler.
- **Dysarthrie** : trouble du langage qui affecte la capacité physique de parler (mauvaise articulation) alors que la composition du message est correcte.

Les personnes atteintes d'Aphasie Progressive Primaire peuvent présenter des problèmes d'aphasie seule ou bien d'aphasie et de dysarthrie réunies. Les personnes présentant les deux symptômes ont ainsi de graves troubles du langage et de l'écriture et peuvent petit à petit cesser de parler.

Symptômes émotionnels

- **Apathie** : perte d'intérêt, perte d'initiative. L'apathie est souvent confondue avec la dépression, mais les malades atteints d'apathie ne sont pas tristes.
- **Modification émotionnelle** : les émotions deviennent inexistantes, exagérées ou inappropriées. Elles peuvent sembler totalement déconnectées d'une situation ou sont exprimées à un mauvais moment.
- **Modification des sentiments vis-à-vis des autres** : perte de la faculté de « lire » les signaux sociaux, tels que les expressions de visages ; difficultés à comprendre les rapports sociaux. La perte d'empathie donne à penser que les malades deviennent indifférents aux autres, égoïstes -par exemple le manque de réaction à un accident arrivant à un membre proche de la famille.
- **Perte de conscience de soi** : incapacité à se rendre compte des modifications de ses comportements et de l'impact qu'ils ont sur les proches. Cette perte de conscience est très difficile à gérer par les aidants car il arrive souvent que les malades refusent les efforts faits pour les aider puisqu'ils ne les comprennent pas.

Symptômes locomoteurs

- **Dystonie** : posture anormale des mains ou des pieds.
- **Syndrome parkinsonien** : symptômes similaires à certains symptômes de la maladie de Parkinson qui peuvent être associés à une DLFT : tremblement, rigidité, lenteur des mouvements, marche en traînant les pieds ou chutes fréquentes.
- **Apraxie** : difficulté à programmer et réaliser des gestes.

TRAITEMENT ET PRONOSTICS

Malheureusement à ce jour il n'existe **pas de traitement curatif pour les DLFT, ni même de traitement susceptible de ralentir la progression de la maladie.**

Les médecins peuvent en revanche prescrire des traitements de type antidépresseurs ou thymorégulateurs afin d'améliorer les symptômes comportementaux de certains types de DLFT et le confort du patient.

Les recherches et test cliniques en cours concernent certaines molécules en vue d'apporter des traitements à l'avenir, mais ces recherches sont évidemment très coûteuses. Elles sont menées dans différents pays et s'enrichissent de nombreux échanges internationaux entre chercheurs. Bien que les symptômes varient d'un patient et d'un type de DLFT à l'autre, l'évolution de la **maladie se traduit par une inéluctable et progressive détérioration du cerveau du**

malade. La progression de la maladie varie de 3 à 17 ans avec une durée moyenne d'environ 8 ans à compter du moment du diagnostic. Elle dépend de nombreux facteurs tels que l'âge du patient, le type de DLFT diagnostiqué à l'origine et son évolution simple ou complexe associant d'autres types.

Les patients au stade avancé de la maladie décèdent généralement de complications graves comme la pneumonie, des infections, les blessures dues à une chute ; la cause la plus fréquente de décès semblant être la pneumonie.

Il est vraiment important pour les familles et les aidants de réfléchir très tôt aux questions de gestion de la maladie à long terme, surtout lorsqu'un aidant est seul ou que ses enfants ou la famille sont physiquement éloignés. Il est impératif que le patient soit suivi par un neurologue, mais également par d'autres spécialistes : neuropsychologue, orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute, généticien, infirmière (pour les soins à domicile en particulier).

Des centres de référence et des centres de compétence régionaux pour les patients de province ont été labellisés dans le cadre du plan national des maladies rares en 2007 (www.cref-demrares.fr). Les travailleurs sociaux peuvent également aider les familles à identifier les différentes ressources à leur disposition.

Il est également important d'accepter de tenir compte des options de soins pour les stades avancés de la maladie. **L'anticipation** peut permettre à la famille une transition plus harmonieuse et ainsi permettre au patient d'être impliqué dans le processus de prise de décision s'il en est capable.

Gérer les défis de grande envergure liés aux DLFT est extrêmement stressant pour les familles et encore plus pour celui qui est l'aidant, le plus souvent le conjoint.

C'est principalement pour soutenir les familles par notre expérience que nous avons créé cette association. Un aidant informé et soutenu sera plus à même d'assurer la dignité et le confort du patient et de maintenir son propre équilibre.

Centre de Référence

Centre de Référence des Démences Rares

www.cref.demrares.fr

01 42 16 75 06

IM2A - Fédération des maladies du système nerveux
Bâtiment Lhermitte-Chaslin
Hôpital de la Pitié Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
75651 Paris cedex 13

N'hésitez pas à contacter les centres de compétence de votre région :

Ville	Nom du médecin	Téléphone
Angers	Dr. Frédérique ETCHARRY-BOUYX	02 41 35 46 14
Bordeaux	Dr. Wassilios MEISSER (PSP/DCB)	05 57 65 64 20
	Dr. Sophie AURIACOMBE (DFT/ APP)	06 08 33 58 50
Dijon	Dr. Isabelle BENATRU (PSP/DCB)	03 80 29 30 89
	Dr. Olivier ROUAUD (DFT/APP)	03 80 29 30 89
Lille	Pr. Alain DESTEE (PSP/DCB)	03 20 44 67 52
	Pr. Florence PASQUIER (DFT/APP/PSP/DCB)	03 20 44 60 21
Limoges	Pr. Philippe COURATIER (DFT/APP)	05 55 05 65 60
	Dr. Frédéric TORNAY (PSP/DCB)	05 55 05 65 60
Lyon/St Etienne/Grenoble	Dr. Catherine THOMAS-ANTERION	04 77 12 78 05
Marseille	Pr. Mathieu CECCALDI (DFT/APP)	04 91 38 59 28
	Pr. Jean-Philippe AZULAY (PSP/DCB)	04 91 38 43 38
Montpellier	Pr. Florence PORTET	04 67 33 02 81
Poitiers	Pr. Jean-Luc HOUETO	05 49 44 44 46
Rouen	Pr. Didier HANNEQUIN	02 32 88 80 32
Strasbourg	Pr. Christine TRANCHANT (PSP/DCB)	03 88 11 53 66
	Dr. Frédéric Blanc (DFT/APP)	03 88 11 68 92
Toulouse	Dr. Jérémie PARIENTE (DFT/APP)	05 61 77 76 86
	Dr. Christine BREFEL (PSP/DCB)	05 61 77 76 86

SOURCES

Sur Internet

En français

- Centre de Référence des Démences Rares (Hôpital de la Pitié-Salpêtrière Paris)
www.cref-demrares.fr
- Interventions des spécialistes à la 7^e Conférence Internationale sur les DFT à Indianapolis en octobre 2010. Les résumés des interventions sont consultables sur le site : www.karger.com/dem_30_s1_2010

En anglais

- Site de l'Association américaine *The Association for Frontotemporal Degeneration*
www.theaftd.org
- Brochure du *National Institute of Aging* (NIA) américain, l'Institut National du Vieillessement : « Frontotemporal Disorders Information for Patients, Families and Caregivers » (www.nia.nih.gov/Frontotemporal)

Bibliographie et Informations

En français

- Plaquette informative éditée par le Centre de Référence des Démences Rares ; bâtiment Paul Castaigne ; Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, 47, Boulevard de l'Hôpital 75651 Paris cedex 13 et le site internet : www.cref-demrares.fr
- Informations sur le site et documents édités par l'*Association pour le Développement des Neurosciences Appliquées* (ADNA), Flandres Alzheimer, Centre médical des Monts de Flandre, rue de Neuve Eglise, 59270 Bailleul. Il est possible de consulter sur le site les bulletins Pick info concernant les DLFT : www.alzheimer-adna.com
- *Le cerveau pour les nuls* par le Dr. Frédéric Sedel et le Pr. Olivier Lyon-Caen, neurologues à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ; préfacé par le Pr. Gérard Saillant, Président de l'Institut du Cerveau et de la Moelle Epinière.
- *Vivre avec un malade jeune* (accompagner une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avant 65 ans). Ce guide a été réalisé par l'*Union nationale des associations Alzheimer*.

En anglais

- *What If It's Not Alzheimer's: A Caregiver's Guide To Dementia*, édité par Lisa Radin et Gary Radin, Prometheus Books.
- *Frontotemporal Dementia Syndromes*, John R. Hodges, Cambridge University Press

Notes



Association France DFT

Dégénérescences Fronto-Temporales

41, rue de Richelieu

75001 PARIS

ADHESION et DON

L'Association France DFT (Dégénérescences Fronto-Temporales)

est une association loi 1901 à but non lucratif déclarée à la préfecture de police de Paris le 23 mars 2010 et publiée au journal officiel le 10 avril 2010.

Les objectifs

L'association FRANCE DFT a pour but de réunir les familles concernés par les Dégénérescences Fronto-Temporales afin :

- D'apporter aux familles information et soutien.
- Sensibiliser les corps médical et administratif.
- Faciliter les échanges entre les professionnels intervenant auprès des malades.
- Entreprendre des démarches auprès des pouvoirs publics.
- Participer à la hauteur de ses moyens au progrès des recherches médicales.
- Diffuser des informations.

France-DFT ne bénéficie d'aucune subvention et ne peut rien faire sans le soutien de ses adhérents.

Adhérer c'est

- Participer aux missions que souhaite mener l'association.
- Aider les familles et les malades par de meilleurs soutiens et de meilleures prises en charge.
- Aider la recherche.
- Donner des moyens de diffusion.

Faire un don

C'est donner à l'association les moyens de se développer et pérenniser ses actions.
Ce don donne droit à une réduction fiscale que vous soyez particuliers ou entreprises.



Adhésion & Don - Association FRANCE DFT

(Règlement par chèque libellé à l'ordre de « Association France DFT »)

41 rue de Richelieu 75001 Paris ~ francedft@gmail.com

- Je souhaite devenir membre de France-DFT : 30 euros
- Souscription comme membre Bienfaiteur : 50 euros
- Je souhaite faire un don de : euros

Nom, prénom : Email :

Adresse : Tél :

Un reçu pour la déduction fiscale vous sera envoyé au nom et adresse indiqués ci-dessus à la réception de tout règlement.

Je souhaite apporter mon aide comme : Bénévole
 Contact de proximité Délégué de région