

COMMUNICATIONS ORALES

LE POINT SUR LE PLAN MALADIES NEURO-DÉGÉNÉRATIVES ET SON DÉPLOIEMENT EN RÉGION

M. CLANET(1), J. ANKRI(2)

(1) Toulouse; (2) Paris, FRANCE

Le PMND vient d'atteindre son deuxième anniversaire (lancement en novembre 2014). Beaucoup a déjà été fait et en deux ans, des fondations solides ont été posées : -la couverture du territoire en structures de prise en charge a été renforcée ; -le maillage du territoire par les centres experts pour les trois maladies sera finalisé en 2017 ; -l'organisation des acteurs de la recherche autour des centres d'excellence a démontré son potentiel ; -l'appropriation du plan et de son périmètre par les associations et les ARS est réelle et se reflète notamment dans la richesse des plans d'actions régionaux en cours de finalisation. Les conditions sont donc favorables -malgré des difficultés que nous n'occulterons pas- pour dessiner les perspectives des trois prochaines années ; il s'agira notamment : -de fluidifier les parcours de prise en charge ; -d'encourager l'effet de levier en matière de recherche en s'appuyant sur les centres d'excellence ; -d'ouvrir de nouveaux périmètres pour entretenir la dynamique créée. Ces divers points seront développés au cours de la présentation.

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES DES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER : QUELLES PERSPECTIVES ?

P. SAIDLITZ

CHU de Toulouse, FRANCE

Les troubles psycho-comportementaux représentent une complication fréquente de la maladie d'Alzheimer : de 7% pour l'euphorie, la fréquence augmente à 50% pour l'apathie (1). La prise en charge doit en priorité se faire par des mesures non médicamenteuses, les traitements psychotropes n'intervenant qu'en seconde intention d'après les recommandations Françaises et Internationales. Malgré un faisceau d'arguments faisant évoquer leur efficacité, peu d'études bien conduites permettent de l'établir clairement. En plus de l'écueil méthodologique, d'autres biais interviennent, notamment les difficultés à les reproduire à l'identique et pour tous les patients. Parmi les données récentes et à venir, on retrouve dans le littérature médicale 3 axes principaux de recherche : - Thérapies basées sur le malade par des approches cognitives, sensorielles, de musicothérapie... - Thérapies basées sur l'aidant (familial ou professionnel) , - Thérapies basées sur l'environnement. Certains travaux s'intéressent à l'apport des nouvelles technologies : robotisation, intérêt du suivi en télémédecine dans la gestion des symptômes psycho-comportementaux entre autre. Ceux-ci peuvent poser des questions éthiques, comme c'est le cas de la géolocalisation des personnes atteintes de maladie d'alzheimer (2). Enfin, au vue de la difficulté à mettre en place une approche systématique et protocolisée des mesures non pharmacologiques, nous discuterons de travaux de recherche pluridisciplinaires dans le cadre d'une réflexion globale, notamment l'approche « DICE ». Celle-ci se décompose en 4 temps : Décrire les troubles du comportement, Investiguer les causes possibles, Créer un plan de soin personnalisé, et Evaluer l'efficacité du plan (3). (1) Zhao QF, Tan L, Wang HF, Jiang T, Tan MS, Tan L, Xu W, Li JQ, Wang J, Lai TJ, Yu JT. The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016 Jan 15;190:264-71. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.069. Epub 2015 Oct 24. (2) Rialle V, Ollivet C, Brissonneau C, Sablier J. L'enquête ESTIMA sur la géolocalisation de malades d'Alzheimer et ses résultats concernant l'éthique. *cah. année gerontol.* 2012 ;4: 371. doi:10.1007/s12612-012-0312-8 (3) Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG; Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Apr;62(4):762-9. doi: 10.1111/jgs.12730. Epub 2014 Mar 17.

DESIGN ET CARACTÉRISTIQUES DE 2 ÉTUDES DE PHASE II PROOF- OF- CONCEPT POUR L'INHIBITEUR DE LA PDE-9 AU STADE PRÉCOCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

B. DUBOIS(1), C. DEBOVE(2), L. FROELICH(3), G. WUNDERLICH(4), C. THAMER(5), M. ROEHRLE(5), M. GARCIA(6)

(1) Institut de la Mémoire et de la Maladie d'Alzheimer (IM2A), UPMC, Paris, FRANCE; (2) Boehringer Ingelheim, Reims, FRANCE; (3) Zentrainstitut fuer Seelische Gesundheit, Mannheim, ALLEMAGNE; (4) Boehringer Ingelheim Canada Ltd, Burlington, On, CANADA; (5) Boehringer Ingelheim GmbH&Co.KG, Biberach An Der Riss, ALLEMAGNE; (6) Boehringer Ingelheim US, Ridgefield, Ct, ÉTATS-UNIS

But: BI 409306 est un inhibiteur de la phosphodiesterase-9 (PDE9i) actuellement développé comme traitement symptomatique dans la maladie d'Alzheimer (MAD). Deux études cliniques de Phase II pour « Proof-of-Concept » dont une au stade léger et l'autre au stade prodromal sont décrites. **Méthodes:** Etudes internationales randomisées, en double aveugle, contrôlées contre placebo, multicentriques. **Résultats:** Les deux études 1289.5 (stade prodromal) et 1289.7 (stade léger) ont été mises en place au début 2015 et sont en cours de recrutement. La durée de traitement est de 12 semaines avec environ 60 centres participants dans 2 pays en Amérique du Nord et 10 en Europe. L'objectif principal est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de 4 doses différentes, comparées au placebo. Le critère principal des 2 études est le changement du score total de l'échelle Neuropsychological Test Battery (NTB) après 12 semaines de traitement. Les autres critères d'efficacité sont la Clinical Dementia Rating (CDR), Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale (ADAS-cog) et l'Alzheimer's Disease Cooperative Study / Activities of Daily Living scale (ADCS-ADL; MCI version pour le stade prodromal). Il est prévu de randomiser environ 290 patients par étude (48 sous traitement et 96 sous placebo). Les scores

de MMSE (Mini-Mental-State-Examination) sont de 18 à 26 pour l'étude 1289.7 et ≥ 24 pour l'étude 1289.5. Initialement, l'étude 1289.7 incluait un bras contrôle (donepezil) en plus du placebo avec un recrutement restreint aux seuls patients naïfs de traitements antérieurs par inhibiteur de la cholinestérase (AChEI). Peu après la mise en place, le design de cette étude a changé en supprimant le bras comparateur et autorisant un traitement stable par AChEI. La fin du recrutement pour les 2 études est prévue au Q1 2017 avec une fin des études aux environs de mi 2017. **Discussion:** Les résultats de ces 2 études de Phase II prévus dans le deuxième semestre 2017 donneront une indication de la tolérance et l'efficacité sur 12 semaines du nouvel inhibiteur PDE9 (BI 409306) chez des patients en stade précoce de la MAD.

UNE EXPÉRIENCE COGNITIVO-ARTISTIQUE: «LA DÉMESURE DU POSSIBLE».

L. SICCARDI(1), C. CLAUDEL(1), L. BEHIR(2), V. GAVRILENKO(2), S. LOUCHARTE DE LA CHAPELLE(1), A. PESCE(1)
(1) Centre de Gériatrie Clinique Rainier III, MONACO, MONACO; (2) LAPCOS - Université de Nice Sophia Antipolis, Nice, FRANCE

But: La réalisation d'ateliers thérapeutiques de mobilisation cognitive en unité spécialisée peut se révéler réservée à certains patients en raison des difficultés d'intégration liées à l'hétérogénéité des profils et des niveaux d'atteinte. L'exposition à des oeuvres d'art peut effacer ces différences et élargir cette participation au delà des limites liées à la sévérité des déficits. L'oeuvre interactive «la démesure du possible» créée par Fred Périé que nous avons eu la joie d'accueillir au Centre Rainier III, nous a offert l'opportunité de construire un projet thérapeutique dans cette voie. En alliant intervention cognitive et démarche artistique dans les soins proposés à l'Unité Ravéra, en UCC et en long séjour Alzheimer, neuropsychologue et animatrice ont donc pensé et adapté un atelier dans cette dynamique. **Méthodes:** La «démesure du possible» étant une oeuvre vidéo qui évolue avec le temps en fonction des mouvements des patients, un atelier cognitif basé sur les mouvements volontaires semblait évident. Les séances ont donc été centrées sur la réalisation de praxies comme des pantomimes, des gestes symboliques et diverses configurations manuelles et digitales, uni et bimanuelles. Dans un premier temps en musique, puis en silence les mouvements sont réalisés en de façon isolée puis en séquences de deux ou trois. La mobilisation est «plurifonctionnelle» (attentionnelle, exécutive et instrumentale)



atelier praxique

et multimodale (visuelle, motrice, musicale voire verbale) grâce aux contemplations régulières des traces colorées laissées sur l'écran et à la réalisation en musique. La fréquence est en moyenne d'une séance d'1 heure par semaine. Les performances praxiques n'ont été évaluées avec précision qu'au début du projet, cependant l'éventail des gestes étant en constante évolution et voulu le plus varié possible, ces données n'ont finalement pas été retenues. Le niveau de rappel de l'oeuvre (rappel ou sentiment de familiarité ou absence de trace mnésique) a été régulièrement enregistré ainsi que l'état général ressenti par le patient avant et après les séances. **Résultats:** De juillet 2014 à octobre 2016, 103 séances ont été réalisées et proposées à plus de 50 patients atteints de troubles cognitifs et/ou psycho-comportementaux présentant des MMSE susceptibles de descendre jusqu'à 1/30 et dont la moyenne est de 17,5/30. De nombreux effets immédiats ont pu être observés sur l'humeur, l'anxiété, les troubles du comportement. Pour certains les

mouvements effectués se sont révélés être des déclencheurs de réminiscence. Pour d'autres, y compris atteints de maladie d'Alzheimer la répétition des mouvements notamment de l'alphabet des sourds et muets, a produit des apprentissages procéduraux et/ou sémantiques non attendus et très valorisants. En ce qui concerne les données enregistrées, nombre d'entre eux expriment garder une trace mnésique de l'oeuvre et se sentir mieux à l'issue des séances. **Discussion:** Si cela est possible il est intéressant de ne pas limiter l'approche neuropsychologique à la mobilisation en modalité verbale qui reste réservée à un petit nombre de par la nature et l'importance des difficultés cognitives observées dans ces unités. Les opportunités de réaliser des mobilisations cognitives multimodales sont à multiplier car les bénéfices directs et secondaires associés sont nombreux et ouvrent aux patients de plus larges possibilités de participation et de bénéfice.

QUELLES ÉVALUATIONS DES TROUBLES DU SOMMEIL EN EHPAD ET EN UNITÉ COMPORTEMENTALE (UCC, UHR) ?

L. VOLPE-GILLOT

Hôpital Léopold Bellan, Paris, FRANCE

Les troubles du sommeil et du comportement nocturne sont un motif fréquent de demande d'hospitalisation, notamment en UCC, de patients ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentées. Cette demande peut émaner de l'aidant principal ou de l'EHPAD, du fait non seulement de l'impact sur le patient mais aussi du retentissement sur l'entourage. Il s'agit donc d'un enjeu important dans la prise en charge, qui nécessite une évaluation précise des troubles pour mieux initier et adapter le traitement médicamenteux et non médicamenteux. A partir de ce constat, la commission UCC de la SFGG s'est donné comme objectif de construire une fiche d'évaluation nocturne, qui trace la typologie des troubles à différents moments de la nuit, mais aussi les réponses apportées par le personnel soignant. Avant de diffuser cette fiche établie à partir de l'étude de différents outils existant et sur une discussion de consensus, celle-ci a été utilisée dans différents services de France dans le cadre d'une étude pilote, pour juger notamment de son acceptation, de la faisabilité, des bénéfices et limites retenus par les utilisateurs de l'outil (médecins et personnel soignant). C'est cette grille et les

retours des différentes équipes qui font l'objet de cette présentation, ainsi qu'une enquête menée auprès de différentes EHPAD d'IDF, sur les manières d'évaluer les troubles du sommeil en institution et sur les attentes concernant cette évaluation.

TRAITEMENTS DES TROUBLES DU SOMMEIL ET MALADIE D'ALZHEIMER : PAS QUE LES HYPNOTIQUES ?

P. SAIDLITZ

CHU de Toulouse, FRANCE

Les troubles du sommeil sont fréquents dans les maladies neuro-dégénératives (maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés). Pour les troubles de type Insomnie, on peut différencier les difficultés d'endormissement, les réveils nocturnes, le réveil trop précoce et le sommeil non réparateur. Une « plainte de sommeil » (du patient ou de son entourage) est présente chez près de 50% des sujets atteints de maladie d'Alzheimer, et plus encore dans le cadre des maladies à corps de Lewy (65%) (1). Peu d'études permettent d'avoir une démarche diagnostique et thérapeutique claire, et les recommandations sur la prise en charge des troubles du sommeil chez le sujet âgé atteint de démence ne sont pas explicites. - Il est dans un premier temps nécessaire d'évaluer de manière précise la plainte et le trouble du sommeil, bien que cette étape centrale puisse être rendue difficile en raison du trouble cognitif. Une évaluation extérieure (intervenant familial ou professionnel en structure médicalisée), à l'aide d'une grille spécifique comme un agenda du sommeil, peut apporter plus de précision. Le retentissement du trouble du sommeil sur la personne (vigilance diurne, risques liés aux chutes, apports alimentaires) mais aussi sur l'environnement (déambulation, agitation nocturne) doit être relevé pour aider à la prise de décision. - Une prise en charge non pharmacologique globale doit être mise en place en première intention : rediscuter les mesures d'hygiène de sommeil, adapter l'environnement, proposer des mesures de rituels du coucher... - Les mesures thérapeutiques ne sont mises en place qu'en dernier recours. En effet, leur efficacité reste discutée dans la littérature. Aucune étude contrôlée randomisée n'a permis de mettre en évidence l'intérêt des hypnotiques (Benzodiazépines ou non) dans les troubles du sommeil de type insomnie chez les sujets déments (2). C'est ainsi que leur service rendu est défini par l'ARS comme « faible ». D'autres alternatives thérapeutiques existent, bien que prouver leur efficacité nécessite des études à grande échelle. La balance bénéfice risque, douteuse avec les hypnotiques habituels, pourrait être en faveur. (1) Guarnieri B, Adorni F, Musicco M, Appollonio I, Bonanni E, Caffarra P, et al. Prevalence of Sleep Disturbances in Mild Cognitive Impairment and Dementing Disorders: A Multicenter Italian Clinical Cross-Sectional Study on 431 Patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012;33(1): 50-58. (2) McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 21;(3):CD009178. doi: 10.1002/14651858.CD009178.pub2.

ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES GESTIONNAIRES DE CAS EXERÇANT DANS LES DISPOSITIFS MAIA

M.A. CASTEL-TALLET, H. VILLET, J.-P. AQUINO

Fondation Médéric Alzheimer

But: En partenariat avec la CNSA, la Fondation Médéric Alzheimer a mené, en 2016, une enquête nationale auprès des gestionnaires de cas exerçant dans les dispositifs MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) mis en place dans le cadre du 3ème Plan Alzheimer. Nouvelle compétence professionnelle, le gestionnaire de cas est entièrement dédié à la coordination des interventions nécessaires au suivi intensif des personnes dont la complexité de la situation compromet le maintien à domicile. **Méthode :** Un questionnaire a été diffusé par voie électronique aux 700 gestionnaires de cas exerçant en France fin janvier 2016. 78 % ont répondu à l'enquête. **Résultats :** Ils sont âgés de 37,6 ans en moyenne ; 93 % sont des femmes ; 48 % ont plus de 2 ans d'ancienneté dans la fonction. Par rapport à leur formation initiale, 52 % sont issus d'un cursus social et 48 % d'un cursus sanitaire. 74 % sont en CDI ou titulaires de la fonction publique. 55 % des gestionnaires de cas travaillent dans un territoire à prédominance rurale et 68 % ont un périmètre d'intervention supérieur à 35 km. 57 % de leur temps est consacré au travail de terrain. Les tâches qui requièrent le plus de temps sont les visites au domicile des personnes suivies, ainsi que les contacts avec ces personnes. Plus de la moitié des gestionnaires de cas (52 %) déclarent utiliser l'outil Plan de service individualisé (PSI) de manière systématique, 35 % parfois et 11 % jamais. Parmi les difficultés rencontrées avec les personnes suivies, leurs familles et les professionnels et services partenaires : 78 % sont souvent confrontés au déni des personnes suivies, 71 % à leur isolement social et familial, 61 % au refus des aides proposées, et 85 % rencontrent souvent des situations d'épuisement des familles. La principale valeur ajoutée de leur mission (pour 48 % des gestionnaires de cas) est l'amélioration globale de la qualité de vie des personnes accompagnées. La relation privilégiée avec la personne suivie s'inscrit dans la durée et prend en compte de tous les aspects de la vie de la personne, avec un temps spécifiquement dédié à la coordination intensive. En matière de besoins ressentis, 72 % des gestionnaires de cas souhaitent une meilleure intégration des services, 75 % une reconnaissance de leur identité professionnelle, 75 % des outils de travail mieux adaptés et harmonisés, 66 % une formation aux maladies psychiatriques et 62 % une formation au cadre juridique.

MALADIE D'ALZHEIMER ET DIMINUTION DES CAPACITÉS SENSORIELLES : UNE ENQUÊTE DANS LES EHPAD

M.A. CASTEL-TALLET, H. VILLET, J.-P. AQUINO

Fondation Médéric Alzheimer

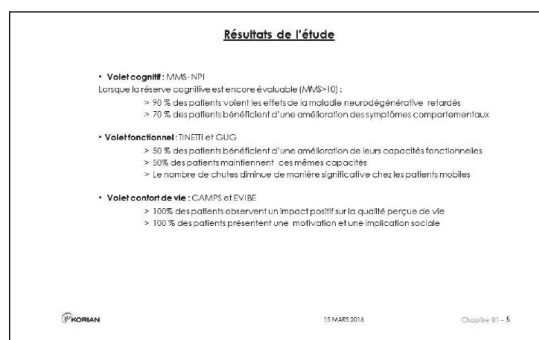
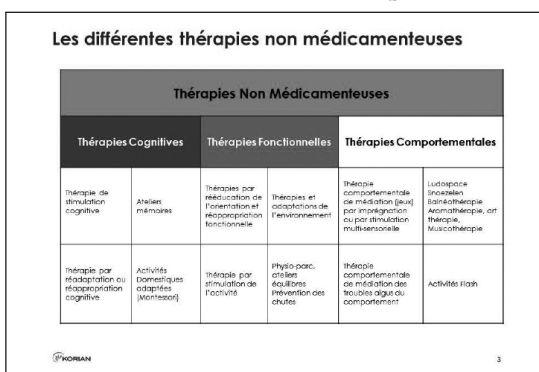
But: Plusieurs études récentes ont montré des interactions existant entre les déficits sensoriels et les troubles cognitifs. Par ailleurs, un grand nombre d'interventions non médicamenteuses, fondées sur une stimulation des sens sont pratiquées dans les EHPAD à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. C'est pourquoi, en 2015, la Fondation Médéric Alzheimer a mené, auprès des EHPAD, une enquête nationale dont elle a publié les résultats, en juin 2016, dans sa Lettre de l'Observatoire n°42. **Objectifs :** Cette enquête avait pour objectifs d'évaluer le repérage et la prise en charge des troubles sensoriels chez tous les résidents et chez ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ; de connaître les mesures collectives et individuelles prises par les EHPAD pour compenser les déficits visuels et auditifs, assurer le confort olfactif et favoriser une alimentation adaptée ; d'étudier les activités et les interventions thérapeutiques fondées sur les stimulations sensorielles destinées aux résidents atteints de maladie d'Alzheimer. **Méthode :** 2 200 EHPAD ont participé à cette enquête, soit un taux de participation de 30 %. **Résultats* :** Un tiers des EHPAD repèrent systématiquement les déficits visuels et auditifs lors de l'admission des résidents ; 6 % disposent de protocoles et de recommandations pour le repérage des troubles de la vision et de l'audition chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; seulement 4 % réalisent une évaluation des capacités olfactives de leurs résidents. 79 % des EHPAD se déclarent confrontés aux difficultés d'accompagnement des résidents vers les lieux de consultation et de soins ophtalmologiques, ORL et dentaires ; 78 % mentionnent les difficultés de réalisation des soins dentaires chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Lorsqu'une déficience visuelle ou auditive ou un trouble bucco-dentaire est détecté chez un résident atteint de la maladie d'Alzheimer 90 % des EHPAD alertent la famille ou le médecin, 42 % la personne elle-même. Si 44 % de l'ensemble des résidents des EHPAD atteints de déficits auditifs sont appareillés, 36 % seulement le sont parmi ceux atteints de la maladie d'Alzheimer. 55 % des EHPAD ont pris des mesures pour adapter l'éclairage aux déficiences visuelles des résidents, et 33 % pour adapter la signalétique ; 56 % ont un jardin utilisé pour des interventions thérapeutiques ; parmi les 41 % d'EHPAD qui proposent des activités de musicothérapie, un sur trois seulement dispose d'un musicothérapeute ; 52 % des EHPAD ont mis en place la pratique du « manger main » (à l'attention des personnes ne pouvant plus se servir de couverts) ; 76 % participent à la semaine du goût®. *en pourcentage des réponses des 2 200 EHPAD ayant participé à l'enquête.

POUR UNE ALTERNATIVE AUX PSYCHOTROPES PAR UNE COMBINAISON DE TNM

S. HEDONT, P.E. DR HAY

Direction Médicale et Qualité - Groupe KORIAN, Paris, FRANCE

But: Les bonnes pratiques professionnelles invitent à sortir d'une prise en charge centrée sur le médicament, notamment pour les patients souffrant de pathologies neurodégénératives. La gestion des troubles psycho-comportementaux est possible grâce au recours des thérapies non médicamenteuses en complément et alternative aux traitements médicamenteux. Le groupe Korian a souhaité structurer une stratégie de prise en soins afin de pouvoir la déployer au sein de ces établissements à partir de son état des lieux des expertises sur le terrain, en travaillant avec méthode



et en formalisant son cadre thérapeutique afin qu'il soit duplicable. La recherche appliquée et l'approche pragmatique du terrain nous ont permis de consolider une arborescence thérapeutique avec un cadre de bonnes pratiques et de protocoles et une méthode de d'intégration au sein des équipes pluridisciplinaires. **Méthodes:** Un cadre thérapeutique a pu se constituer à partir des publications et des travaux de recherche associés aboutissant à la formalisation d'une stratégie thérapeutique personnalisable à chaque profil de patient en fonction de son stade dans la maladie, pouvant permettre des prescriptions en particulier pour les paramédicaux, à partir des évaluations initiales standardisées. La grille des capacités préservées permet d'établir un bilan holistique selon une approche positive du schéma de Bouchon. La mise en oeuvre est possible par coordination des professionnels selon des séquences thérapeutiques dans lesquelles la fréquence et le contenu des ateliers sont établis, sur les volets cognitifs, comportementaux et fonctionnels. Un déploiement de 8 items sur 6 mois, avec une plage de 4 à 6 semaines entre chaque pour laisser le temps de l'appropriation des outils, des méthodes et la mise en oeuvre de formations destinées à la montée en compétences sur le sujet des démences et des SPCD associés. **Résultats:** Au bilan, ce sont 3 volets thérapeutiques qui ont été retenus offrant chacun 2 options en fonction du besoin du patient. Un déploiement dans 12 établissements du groupe avec des résultats d'ancrage des process mettant en évidence l'attendu des équipes et la motivation des équipes. Conjointement, près de une année de recherche appliquée confortant les choix pragmatiques des outils et des méthodes associées. Les conclusions indiquent une bonne

appropriation des professionnels et des résultats cliniques en ligne avec les objectifs. **Discussion:** Dans un contexte de mise en oeuvre des techniques et thérapies non médicamenteuses parcellaires, ce projet participe pleinement à la volonté de proposer une méthodologie scientifique pour asseoir les connaissances et une approche de terrain pragmatique «dans la vraie vie» pour convaincre nos experts métiers, les patients et leurs aidants. Il doit prendre en compte le constat de qualification de nos professionnels généralistes dans le cadre de la spécialité gériatrique mais aussi des spécificités des pathologies accompagnées et des symptômes à type troubles du comportement associés. Il participe à la fois à la sécurisation du parcours du patient mais aussi aux interventions des professionnels

LE GUICHET INTEGRE : UN MODE D'ORGANISATION POUR FACILITER LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES

L. LORCET(1), B. INFRAY(2), A. QUENTRIC(3), B. LORRAIN(4)

(1) MAIA Nord Isère, Bourgoin Jallieu, FRANCE; (2) MAIA Essonne Centre Est, Centre Est, FRANCE; (3) MAIA Essonne Nord Est, Nord Est, FRANCE; (4) MAIA région Mulhousienne, Mulhouse, FRANCE

But : Le guichet intégré est un processus d'intégration des guichets d'accueil et d'orientation, qui se construit entre les partenaires d'un territoire autour d'une méthode commune : mise en place d'outils partagés et de processus articulés. L'objectif est de faciliter la lisibilité du système d'aide et de soins, harmoniser les pratiques des professionnels en modifiant leurs modes d'interaction et in fine, aboutir à une simplification du parcours de santé des personnes âgées. **Méthodes:** La méthode MAIA repose sur trois mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas pour les personnes âgées en situations complexes. Ces trois axes sont organisés afin de développer un nouveau modèle d'organisation partagé entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation et de la coordination (appelé guichet intégré) et mettre en synergie les ressources du territoire des champs sanitaire, social et médico-social. Ce processus s'appuie sur la création d'outils répondant à plusieurs fonctions: connaissance des ressources, accueil de la demande, repérage multidimensionnelle des besoins, analyse de la situation, orientation de la personne, et observation des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus. Ces outils doivent être informatisés pour permettre un usage simplifié à tous les acteurs. Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates grâce à l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. **Résultats:** Ce processus permet un meilleur repérage des acteurs s'appuyant sur le partage d'outils communs et l'orientation vers les services adaptés aux besoins des personnes âgées. Il permet ainsi la simplification et la réduction des ruptures de parcours avec comme outils de mesure: le nombre de contacts nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées, le nombre d'hospitalisation aux urgences non souhaitée, le nombre d'entrée en EHPAD en urgence. Cette transformation des pratiques nécessite du temps et s'appuie sur la co-construction par l'ensemble des partenaires, la formation des acteurs (connaissance des ressources, utilisation des outils) et enfin, la prise en compte des besoins des utilisateurs pour mieux répondre à leurs attentes et pour faciliter l'appropriation des outils. **Discussion:** Faciliter les relations et la connaissance mutuelle entre les partenaires sont des atouts et des préalables dans la mise en place du guichet intégré. Pour certains, la méthode n'apporte rien de plus et bouleverse les pratiques en rajoutant une couche supplémentaire dans un millefeuille déjà existant. La pédagogie permet de dépasser ce frein et d'accompagner le changement de pratique notamment par la mise en place de la formation des acteurs. Enfin, le travail sur la sécurité des données transmises, en allégeant les contraintes des partenaires, permet de lever les résistances.

L'EXPERIENCE A UN AN DE L'HOPITAL DE JOUR PATIENTS ALZHEIMER JEUNES DE L'HOPITAL NEUROLOGIQUE DE LYON

H. MOLLION, K. COLLOMB, P. NOTTET, P. MARC, A. JULLIEN, D. KUZDZAL, A. VIGHETTO, B. CROISILE, M. FORMAGLIO

Hôpital neurologique, Bron, FRANCE

But : Nous présenterons dans cette communication les données issues de l'activité après un an de fonctionnement de l'Hôpital de Jour Patients Jeunes « HDJ PJ » de l'Hôpital Neurologique de Lyon : caractéristiques socio-démographiques, pathologies prises en charge, problématiques rencontrées, évaluation du bénéfice auprès patients et de leurs accompagnants. **Méthodes:** L' HDJ PJ a été mis en place en septembre 2015 pour répondre aux besoins spécifiques de la prise en charge des patients jeunes (moins de 65 ans) atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Il s'adresse à des patients avec diagnostic confirmé et annoncé ainsi qu'à leurs aidants familiaux ou professionnels. Il est proposé en post annonce immédiate ou plus à distance du diagnostic, sur une demi-journée. Il est coordonné par une infirmière coordinatrice-ARC et s'articule autour d'entretiens successifs permettant d'aborder les aspects médicaux (proposition et suivi de traitements, conseil génétique, proposition de recherche,...), psychologiques (accompagnement et conseils rééducatifs,...), sociaux (aide dans les démarches administratives et professionnelles, accompagnement pour les aides à domicile,...). L'ensemble des éléments recueillis auprès des patients et de leur entourage, sur le plan médical, socio-démographique, et par la réalisation d'échelles comportementales, thymiques, cognitives et de qualité de vie vient alimenter une base de données dédiée. **Résultats:** L'analyse préliminaire des données recueillies au cours des 8 premiers mois de fonctionnement, chez 65 patients, âgés en moyenne de 57 ans, a ainsi pu montrer que : • 70% sont atteints d'une maladie d'Alzheimer (contre 55 % sur l'ensemble des patients de la consultation mémoire de l'hôpital neurologique), 20 % d'une DLFT, • 30% des patients sont encore en activité professionnelle, et plus de 50% de leurs aidants, • la dépression concerne 25% des patients, l'anxiété 17%, et les troubles du comportement à l'échelle de la NPI sont retrouvés

chez plus de la moitié des patients, majoritairement (80%) sous forme d'une apathie, • le fardeau sur l'échelle de Zarit est important dès le stade léger (CDR à 0.5) de la maladie, • à l'issue de l'hôpital de jour, les patients sont orientés vers les ESAD (40%), la gestion de cas MAIA (16%), la MDPH (41%), les mesures de protection (14%), les accueils de jour (10%) et les EHPAD (7%). La prise en charge en HDJ PJ permet souvent une meilleure acceptation du diagnostic et la compréhension des difficultés. **Discussion:** Ces premiers éléments confirment bien l'impact précoce de la maladie chez les patients jeunes et leur entourage au niveau professionnel, social et familial, et la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire, spécifique et individualisé. Ils seront complétés par le suivi à 1 an de l'HDJ PJ, portant sur 80 patients dont 40 auront été vus au moins à 2 reprises. Nous proposons aussi de montrer l'intérêt de cet accompagnement dédié à travers la présentation de plusieurs suivis de patients (études de cas).

UNE UCC EN MILIEU PSYCHIATRIQUE : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

C. SELLIER, V. BLETTERY

CH Saint Jean de Dieu, Lyon, FRANCE

But : Nous présentons les caractéristiques d'une UCC de 10 lits ouverte en 2009, au sein du pôle de gérontopsychiatrie du CH Saint-Jean-de-Dieu à Lyon. Les objectifs de cette UCC sont les mêmes que ceux des autres UCC généralement implantées en SSR : prise en charge des troubles psycho-comportementaux de patients souffrant de troubles cognitifs, venant du domicile ou d'EHPAD, afin de soigner la crise et de permettre à la personne de retrouver son milieu d'origine après une prise en charge de quelques semaines. La situation de cette UCC au sein d'un pôle de gérontopsychiatrie entraîne un certain nombre de spécificités, tant au niveau de la population accueillie et de la symptomatologie retrouvée qu'au niveau des outils de soins. **Méthodes:** Notre cadre de soins est celui d'une hospitalisation contractualisée, avec le principe du retour à domicile (propre ou EHPAD) avec une évaluation psychiatrique gériatrique et sociale. Nous présentons les chiffres d'activité de l'unité : file active, DMS, nombre de séjours, origine des patients, NPI à l'entrée et à la sortie, ainsi que les symptômes les plus souvent retrouvés (délire, hallucination, dépression, agressivité) ainsi que les pathologies cognitives rencontrées. Nous accueillons des patients déments troublés psychiquement • sur le plan individuel (symptomatologie psychiatrique décompensée ou révélée par le processus démentiel, épisodes psychiatriques antérieurs résolus, troubles de personnalité antérieurs), • sur le plan familial (psychopathologie familiale activée ou réactivée à l'occasion du processus démentiel, crise d'adaptation de la relation d'aide). **Résultats:** Nous présentons les outils de soins utilisés dans nos prises en charge : • fonction contenante de l'équipe soignante, • nursing comme soin relationnel, • traitements médicamenteux, • entretiens familiaux, • soins psychocorporels, • travail groupal médiatisé adapté au statut cognitif des patients, • chambre d'apaisement. **Discussion:** Par le moyen de vignettes cliniques, nous exposons la spécificité de nos prises en charge et l'adaptation au cas par cas des outils de soins utilisés ainsi que les perspectives offertes par de telles adaptations et les limites rencontrées.

APAISER LES TROUBLES DU COMPORTEMENT EN EHPAD « DU MOUVEMENT CORPOREL AU MOUVEMENT PSYCHIQUE ». P.A.S.A: INTÉRÊTS ET LIMITES

H. BRIAND, D. TRIBOUT, N. PEROT, L. BAFDIL

EHPAD Jean Rostand, Chatenay-Malabry, FRANCE

But : Depuis quelques années les PASA fleurissent au sein de nos EHPAD. Mais beaucoup d'entre eux ne fonctionnent pas de façon optimale, créant des espaces davantage occupationnels que thérapeutiques. L'équipe de la résidence Thémis J. Rostand du groupe Domusvi à Chatenay-Malabry (96 lits, PASA de 14 places) a cherché à répondre aux questions suivantes : Comment les PASA deviennent-ils thérapeutiques ? Que devons-nous comprendre de ces pôles intégrés aux résidences ? L'ouverture du pôle en 2012 nous a fait prendre rapidement conscience des limites, des obstacles et de l'intérêt d'une telle structure. C'est en les identifiant et les prenant en compte que nous avons pu les contourner et avancer. **Méthodes:** Questionnaire dédié aux AS de l'EHPAD/ échelle MBI (Maslach burnout inventory) dédié aux ASG du PASA / Questionnaire dédié aux familles/ Valeur des NPI/ Réunion d'équipes spécifiques/ Formations spécifiques. **Résultats:** En 4 ans, meilleure intégration du PASA au sein de la résidence, par les soignants les résidents et les familles. Cette ouverture s'est faite notamment grâce à l'absence de rigidités des espaces délimités PASA/EHPAD : il s'agit de contenir sans restreindre. 100% des AS déclarent que leur charge de travail n'augmente pas malgré l'organisation nécessaire le matin. Cela s'est considérablement amélioré en 2 ans (40% en 2014) grâce au sens et à l'intérêt du PASA porté par les soignants : goûter d'information dans les locaux / valorisation du travail d'équipe EHPAD/PASA La valorisation de l'espace a été nette et soutenue par les familles: Information et visite du PASA lors des visites de préadmission, contacts réguliers avec les familles, invitation à des soirées informations et rencontres. Les effets positifs constatés du PASA (80% des familles) permettent de renforcer l'idée d'un espace thérapeutique pour leur proche. L'épuisement professionnel des ASG a été pris en compte et plusieurs facteurs ont été identifiés : disponibilité omniprésente ; nombre de résidents élevé ; « sensation d'enfermement » ; manque de lien avec les autres professionnels ; manque de temps de préparation ; difficultés à proposer des activités adaptées. Chaque point a fait l'objet d'échanges, de temps de formation et d'adaptation des conditions de travail. Constat: amélioration des indices de l'échelle MBI et absence de turn over. Pour les résidents : impact positif sur les troubles du comportement avec amélioration des scores au NPI-ES. L'effet délétère du cocooning a été pris en compte : Adaptation des journées d'accueil des résidents/ réflexion sur la sortie du PASA. **Discussion:** Ce n'est donc pas d'emblée et malgré un cahier des charges rigoureux, que les PASA fonctionnent. C'est à force d'adaptations, de réflexions et de formations, que nous pouvons à ce jour dresser un portrait de ce pôle et faire avancer la réflexion sur ce que devrait être le PASA de demain. Le PASA : un outil à s'approprier quotidiennement,

à modéliser selon les différentes structures. Comme pour tout nouvel espace, toute nouvelle médiation thérapeutique nouveau concept, il doit être compris, investi, réfléchi, critiqué pour lui permettre de vivre au quotidien. L'aspect thérapeutique ne peut être maintenu qu'après un certain nombre d'adaptations, une relecture du cahier des charges et la nécessité de transgresser certains paramètres. C'est à ce prix que l'articulation PASA/EHPAD peut se mettre en place et permet de voir naître un outil de bien-être pour la personne âgée démentée en EHPAD.

QUELS SONT LES BESOINS PRIORITAIRES ET COMMUNS DES AIDANTS NATURELS DE PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS ? ANALYSE PAR MÉTHODOLOGIE DELPHI.

T. NOVAIS(1), C. MOUCHOUX(1), P. KROLAK-SALMON(2), V. DAUPHINOT(1)

(1) Hôpital Charpennes - Institut du vieillissement, Hospices Civils de Lyon, VILLEURBANNE, FRANCE; (2) Hôpital Charpennes - Institut du vieillissement, Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne, FRANCE

But : Les aidants naturels de patients atteints troubles neurocognitifs ont un rôle essentiel dans le maintien à domicile du patient. Cependant, l'augmentation du fardeau de l'aidant, lié au niveau de dépendance du patient, est un facteur de risque d'institutionnalisation ayant des conséquences majeures sur le patient et son aidant. Afin de réduire ce fardeau, des programmes de soutien ainsi que dispositifs communautaires ont été mis en œuvre, mais restent peu utilisés et avec une efficacité modérée. Le contenu de l'offre proposée aux aidants nécessite alors de répondre aux besoins et attentes spécifiques de ces aidants. L'objectif de notre étude était d'évaluer et de hiérarchiser les besoins de ces aidants en matière d'information, de compétences et d'accompagnement. **Méthodes:** Enquête Delphi monocentrique réalisée auprès d'un groupe d'experts en 4 étapes, dont 2 tours d'enquête : 1/ Réalisation du questionnaire d'enquête à partir d'une revue de la littérature et de la pratique clinique et validation par un groupe d'analystes multidisciplinaire (gériatres, pharmaciens, neuropsychologues, cadre socio-éducatif et méthodologiste); 2/ Constitution du groupe d'experts : aidants naturels de patients atteints de MAMA vivant au domicile et suivis en consultation mémoire ; 3/ Réalisation du 1er tour d'enquête : cotation de l'importance de chaque besoin proposé dans le questionnaire - analyse intermédiaire permettant la conception du second questionnaire d'enquête à partir des besoins évalués comme « importants et consensuels » par le groupe d'experts ; 4/ Réalisation du 2nd tour d'enquête : sélection des 10 besoins prioritaires par le groupe d'experts-analyse finale des résultats. **Résultats:** 1/ Questionnaire d'enquête pour le 1er tour constitué de 46 thèmes de besoin (19 besoins en information, 18 besoins en compétence et 9 besoins en accompagnement); 2/ Groupe d'experts constitué de 68 aidants pour le 1er tour (Age moyen = 69,1±12,0 ; 67,5% de femmes ; 63,0% de conjoints et 29,5% d'enfants) et de 57 aidants au second tour (taux de réponse : 84%); 3/ Au total, 21 besoins (9 besoins en information, 12 besoins en compétence et 0 besoin en accompagnement) ont été évalués comme « importants et consensuels » par les aidants (besoins retenus pour le questionnaire du 2nd tour); 4/ La liste des 10 besoins prioritaires est composée de 4 besoins en information et de 6 besoins en compétence. Les besoins en information concernent: la maladie et son évolution, les pistes de recherche et les traitements médicamenteux. Les besoins en compétence (coping skills) identifiés sont : Faire face aux troubles du comportement, aux situations de crise au domicile, aux difficultés de communication, aux troubles de la mémoire mais également Apporter un soutien émotionnel et affectif approprié et gérer l'évolution de la relation avec son proche. **Discussion:** Malgré la difficulté de mise en œuvre et d'adaptation de la méthode d'enquête Delphi au sein d'un groupe de personnes âgés et non professionnels, cette méthode a permis d'identifier les besoins prioritaires des aidants en matière d'information de type biomédicale et de compétences de psychoéducation (stratégies d'adaptation). Ces résultats ont permis de définir un tronc commun d'interventions multidisciplinaires relatif aux besoins communs des aidants. Cependant, une évaluation individualisée devra être menée de façon complémentaire afin d'identifier les besoins spécifiques de ces aidants.

FRAGILITÉ COGNITIVE : MÉCANISMES, OUTILS DE MESURE, PRÉVENTION ET CONTROVERSE

B. FOGÈRE, J. DELRIEU, N. DEL CAMPO, G. SORIANO, S. SOURDET, B. VELLAS

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, FRANCE

But : Le vieillissement peut s'accompagner de fragilités et de pathologies chroniques à l'origine du déclin fonctionnel physique, cognitif et sensoriel évoluant vers la dépendance. Plusieurs études ont suggéré que la fragilité et le déclin cognitif étaient deux conditions associées. Le déclin cognitif semble corrélé à la fragilité et les personnes fragiles semblent avoir des performances cognitives diminuées. Un panel d'experts a soutenu que la fragilité physique est souvent associée à une altération des fonctions cognitives, probablement en raison de mécanismes physiopathologiques sous-jacents communs. Pour stimuler la recherche dans ce domaine, il a été proposé le concept de « fragilité cognitive », soulignant le rôle important du vieillissement cérébral. La fragilité cognitive a été définie comme la présence d'une altération des fonctions cognitives sans démence chez des personnes âgées physiquement fragiles. On considère ce sous-type de fragilité importante car il peut représenter une phase prodromale des maladies neurodégénératives et peut être une cible appropriée à des interventions ciblées. Le but de ce travail est de présenter le concept de fragilité cognitive, ses mécanismes (facteurs de risque cardio-vasculaires, malnutrition et carences, déséquilibre hormonal, inflammation, accumulation de protéine β -amyloïdeau niveau cérébrale, ...) et des outils de dépistage (marqueurs cliniques et biologiques, imagerie). De plus, nous explorons la prévention possible de la progression de fragilité cognitive (activité, nutrition et stimulation cognitive). Enfin, nous discuterons des controverses (réversibilité, manque d'études longitudinales, ...) qu'il existe dans le domaine de la fragilité cognitive. Nous illustrerons nos propos avec les récentes études publiées sur le sujet. **Méthodes:** N/A. **Résultats:** N/A. **Discussion:** N/A.

CHANGER LE REGARD SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER : L'ENQUÊTE STIG-MA (2010-2015)

L. CARTZ PIVER(1), B. CALVET(2), J.P. CLEMENT(2), P. COURATIER(1)

(1) CMRR Limoges, Limoges, FRANCE; (2) CH Esquirol, Limoges, FRANCE

But : Selon l'enquête d'opinion de l'INPES (Pin-Lecorre, 2008), la maladie d'Alzheimer MA est une affection stigmatisante. Le stigma influence le comportement des personnes, qui tardent à consulter et à chercher de l'aide. Ainsi l'image négative de la maladie explique en partie le sous-diagnostic et le retard à la prise en charge. Le 3e plan Alzheimer et le plan maladies neurodégénératives MND comportent des mesures qui préconisent de « changer le regard » de la société sur ces maladies. Dans le cadre de campagnes de sensibilisation « Regards sur Alzheimer », l'enquête STIG-MA a permis d'explorer le stigma de la MA et de suivre son évolution dans le temps. **Méthodes:** Les campagnes de sensibilisation « Regards sur Alzheimer » ont été menées en Limousin de 2010 à 2015. Les participants furent invités à remplir le questionnaire STIG-MA anonymement. Sept questions extraites de l'EMIC (Explanatory Model Interview Catalogue, Weiss et al. 1992) permettaient de calculer un score destigma global et d'explorer quatre de ses composantes: le retentissement émotionnel, la crainte de l'exclusion, la peur d'un stigma familial, et la crainte de perdre le soutien des proches. **Résultats:** Parmi plus de 9000 participants, 4043 questionnaires furent recueillis. Le public répondeur était en majorité féminin (83%). L'âge moyen était 51 ans, et 14% du public avait plus de 75 ans. 45% étaient retraités, 26% étudiants, 18% en activité dans les secteurs de santé ou médico-social, et 11% avaient une autre activité professionnelle. Le stigma global était 7,8 +/- 3,8 : ce score était comparable entre hommes et femmes, mais les femmes exprimaient plus de retentissement émotionnel et les hommes plus de crainte d'exclusion. Les participants les plus âgés exprimaient moins de stigma ($p < 0,001$), avec moins de retentissement émotionnel et plus de peur de stigma vis-à-vis de la famille. Entre 2010 et 2013, le stigma de la MA a eu tendance à diminuer, puis à augmenter de nouveau. **Discussion:** L'enquête STIG-MA confirme le caractère stigmatisant de la MA, se traduisant par un sentiment de honte et de perte d'estime de soi ainsi que la crainte de l'exclusion. Les personnes âgées, les plus à risque de développer la MA, expriment moins de stigma, moins de retentissement émotionnel et plus de peur d'un stigma vis-à-vis de la famille. Pour « changer le regard », les campagnes de sensibilisation doivent être répétées et s'intégrer dans le cadre d'une mobilisation élargie.

LA MORT DU SUJET ATTEINT D'UNE MALADIE NEURODÉGÉNÉRATIVE : ACCOMPAGNER LA FIN D'UNE VIE

C. LE BIVIC(1), N. ALARCON(2)

(1) APHP Saint Louis, Paris, FRANCE; (2) GCSMS Bien vieillir en Ile de France, Saint Maur des Fossées, FRANCE

But : Les maladies neuro dégénératives et leurs évolutions singulières et propres à chaque individu font souffrir les malades ainsi que leur famille. De plus elles peuvent bousculer les soignants dans leurs pratiques. L'accompagnement d'un sujet malade (par les familles et/ou par les soignants) peut se faire sur de nombreuses années. Pendant la phase palliative et/ou dans les derniers instants d'une vie : Comment accompagner un sujet malade qui présente de nombreux troubles cognitifs ? Comment accompagner les familles dans un contexte de remaniement des relations familiales ? Comment soutenir les professionnels ? **Méthodes:** Réflexions issues de nos pratiques de psychologues cliniciennes et présentations de cas cliniques : accompagner l'agonie d'une dame ; accompagner les difficultés d'une famille qui pensaient avoir fait leur « deuil blanc » ; accompagner les soignants par des actions variées (groupes de parole, entretiens individuels, rencontre avec le malade en binôme...). **Résultats:** Permettre de mieux comprendre les évolutions, les difficultés et les singularités de chaque sujet malade. Proposer aux malades et aux familles des ressources externes (rencontre avec des professionnels) et essayer d'étayer leurs ressources internes. Travailler sur les possibilités de trouver de nouvelles manières d'entrer en relation avec cette personne en fin de vie. **Discussion:** S'il est possible d'être en relation et de développer de nouveaux liens jusqu'au bout avec cet autre malade... selon le contexte du lieu de cette fin d'une vie (hôpital, Ehpad, domicile,...) quel accès aux malades, à leurs familles et aux professionnels dans une telle période de vie est-il possible pour les personnes ressources (psychologues, infirmières cliniciennes, médecins spécialistes, bénévoles...)

RÉHABILITATION DES PERSONNES ALZHEIMER VIVANT À LEUR DOMICILE - FAISABILITÉ

A. GRISEZ(1), M. CLAUZADE-VORON(1), J. BELMIN(2), W. JARZEBOWSKI(2), F. PITTE(1)

(1) AIRPM, Boulogne Billancourt, FRANCE; (2) AP-HP, Iry Sur Seine, FRANCE

But : EREPAD-F est une étude de faisabilité pour préparer une étude de mesure d'impact du programme de « Réhabilitation des Personnes Alzheimer vivant à leur Domicile ». L'objectif principal du programme REPAD est le maintien de l'autonomie et de l'indépendance à domicile. Les professionnels participants sont des psychomotriciens et des ergothérapeutes, volontaires, travaillant dans des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) en Ile de France. L'intervention vise à atteindre des objectifs ciblés pour des activités choisies avec la dyade patient-aidant. Population: personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée diagnostiquée, $18 < MMSE < 24$, vivant à domicile, aidant familial intervenant à domicile au moins deux fois par semaine. **Méthodes:** Etude longitudinale, prospective, multicentrique, observationnelle. **Résultats:** 15 expérimentateurs sur 13 ESA ; 305 appels reçus ; 149 dyades incluses à l'entretien téléphonique ; 32 dyades incluses à S0 ; 21 dyades bénéficient des séances REPAD et ont des fichiers analysables ; 14 dyades bénéficient de 15 séances REPAD. · 33% des professionnels sur 75% attendu ont réalisé 15 séances REPAD pour toutes les dyades qu'ils ont recrutées. · 32 dyades sur 50 attendues ont été recrutées par l'ensemble des professionnels; · 79 à 93 % des professionnels (selon les fichiers) sur 75% attendu renseignent toutes les étapes du protocole; · 79% des professionnels renseignent au moins 60% de tous les onglets du fichier d'inclusion ; 30% sur 75% attendu pour le fichier d'évaluation fonctionnelle;

· Sur les 32 dyades recrutées à S0, 27 bénéficient de 15 séances de réhabilitation soit 90% sur 75% attendu; · 14 dyades sur 32 bénéficient de REPAD jusqu'à son terme, soit 44 % sur 75% attendu **Discussion:** Le groupe de patients constitué par les dyades dont les dossiers sont analysables se caractérise par une répartition équilibrée entre les hommes et les femmes, ce qui est inhabituel. Il faut noter la progression de la moyenne du score au MMSE en fonction des étapes de sélection, puisqu'il passe de 17,54 à 21,38. Cette moyenne (21,73) progresse encore pour les patients qui bénéficient des 15 séances du programme. Les scores aux ADL, IADL et SADL entre S1 et S14 sont stables ; 11 patients présentent au moins une évaluation stabilisée ; 9 patients présentent au moins une amélioration en gagnant 1 à 7 points sur les scores; 7 patients sont stabilisés ou s'améliorent sans aucun déclin ; aucun patient ne décline pour toutes les évaluations. Le niveau de satisfaction des personnes malades, des aidants et des professionnels est très bon. **Conclusion:** Les difficultés rencontrées sont liées aux caractéristiques des dyades formées par des personnes atteintes de démences type Alzheimer ou apparentées, et leurs aidants familiaux ou chacun présente des fragilités spécifiques. L'autre difficulté est d'appliquer un protocole de recherche auprès d'une population d'expérimentateurs novices qui a besoin de s'approprier la culture de la recherche. Toutefois, l'outil de réhabilitation est bien compris, et utilisable. Les expérimentateurs sont intéressés. Les premiers appels aux ESA ne correspondent pas toujours à leur public cible. L'étude entraîne des modifications de l'organisation du travail, et les directeurs d'ESA doivent intégrer l'intérêt de faire participer leurs équipes à la recherche. Certains problèmes techniques seront facilement réglables. Nous pouvons réaliser une étude d'impact du protocole REPAD.

CAREGIVERSPRO-MMD: DÉVELOPPEMENT D'UNE PLATEFORME DIGITALE INTELLIGENTE POUR SOUTENIR LES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE D'ALZHEIMER ET LEURS AIDANTS

I. LANDRIN(1), M. BÉRARD(2), L. MALHERBE(1), T. SIMON(3), M. TOUFLET(2), A. BOUNACER(4), N. KADRI(1)
(1) CHU Rouen, Le Petit Quevilly, FRANCE; (2) CHU de Rouen - Hôpital de Oissel, Oissel, FRANCE; (3) Centre hospitalier Elbeuf-Louviers, Elbeuf, FRANCE; (4) CHU de Rouen, Rouen, FRANCE

La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées est à l'origine d'isolement social et conduit souvent à l'épuisement de l'aidant. L'objectif de ce travail multidisciplinaire et européen consiste à développer une plateforme informatique adaptée aux patients et à leur aidants avec des contenus personnalisés au stade de la maladie et aux symptômes présentés. **Méthodes:** Ce projet européen d'une durée de 3 ans réunit des spécialistes en informatique et intelligence artificielle, des médecins et des travailleurs sociaux. Le projet consiste à développer une plateforme informatique, adaptée aux malades et aux aidants afin d'apporter tout au long de l'évolution de la maladie un soutien personnalisé sous forme 1- évaluation et suivi des symptômes cliniques de la maladie, de l'adhérence aux traitements, dépistage des troubles psycho-comportementaux des patients et du burn-out de l'aidant, 2- apport d'informations et formations en e-learning des aidants adaptés aux symptômes présentés et au stade de la maladie, 3- accès à un réseau social spécifique dans le but de permettre aux aidants de rompre leur isolement par le partage d'expériences, 4- recueil d'informations ciblées à destination de l'équipe médico-sociale. Une étude cas-témoins incluant 600 dyades est prévue dans 4 pays européens (France, Espagne, Italie, Royaume-Uni) afin d'évaluer l'apport et l'impact médicaux, sociaux et économique de l'utilisation des nouvelles technologies dans le plan de soins des patients et de leurs aidants. **Résultats:** Le processus de développement de cette plateforme sera présenté. **Discussion:** Le développement des nouvelles technologies dans la prise en charge des maladies chroniques est en pleine croissance, cependant la particularité et la variabilité des troubles présentés par les patients atteints de troubles neuro-cognitifs imposent de trouver des solutions intelligentes pour s'adapter à cette population et aux aidants. Les solutions qui ont été proposées montrent une diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs chez les aidants mais sont souvent jugées par les aidants comme peu adaptées à leur situation personnelle. This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation program under grant agreemnet N° 690211

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES : PRÉDICTIBILITÉ D'UNE RÉUSSITE DE TÉLÉCONSULTATION BUCCO-DENTAIRE

N. MICHEL(1), N. GIRAudeau(2), B. MICHEL(1)
(1) Clinique Les Jardins de Sophia, Castelnau-Le-Lez, FRANCE; (2) CHRU - Faculté d'Odontologie, Montpellier, FRANCE

But : Aux stades avancés de la maladie d'Alzheimer, la communication avec le patient et sa coopération sont profondément altérées. La prise en charge bucco-dentaire des patients en Unité de Soins Longue Durée s'avère difficile dans l'unité d'hospitalisation, voire impossible en cabinet dentaire de ville ainsi qu'à l'hôpital. Par ailleurs, tout déplacement constitue une perturbation pour le patient et il est très compliqué de trouver des chirurgiens dentistes prêts à intervenir dans l'établissement. Pour répondre à ces problèmes nous nous orientons vers une consultation à distance dans le cadre du Projet e-DENT (télé médecine bucco-dentaire). Ces téléconsultations bucco-dentaires permettent de connaître l'état oral du patient, de prioriser les soins à réaliser et de programmer les prises en charge. L'objectif de notre étude est d'évaluer la prédictibilité de la réussite d'une téléconsultation bucco-dentaire chez un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. **Méthodes:** Des téléconsultations bucco-dentaires asynchrones seront réalisées à l'ensemble des patients de notre établissement qui le consentiront. Ces examens seront réalisés grâce à un dispositif de télé médecine bucco-dentaire (caméra intra-buccale, logiciel spécifique et système d'information permettant le transfert et la sauvegarde des données). Une IDE recueille les informations nécessaires au diagnostic à distance par un chirurgien-dentiste (dossier médical + 4 vidéos de la bouche du patient). Le chirurgien-dentiste analyse les informations, pose un diagnostic et propose un plan

de traitement ainsi qu'une prise en charge adaptée. En fonction du stade démence, du degré de coopération, du profil psycho-comportemental, du niveau cognitif (MMSE), des pathologies associées, du degré d'autonomie (GIR), de la charge en soins médicaux et techniques (PATHOS), du score et du retentissement des troubles du comportement (NPI), de la mesure l'état de santé bucco-dentaire (OHAT), du score de coopération du patient (test de Niessen), de l'index de comportement vis à vis des soins bucco-dentaires (test de Nordenram), de la médication, du nombre de dents, du temps d'enregistrement, nous évaluerons la prédictibilité de l'acceptation d'une téléconsultation par un patient. **Résultats:** Nous espérons pouvoir trouver des protocoles de réalisation d'une téléconsultation bucco-dentaire en fonction de l'état cognitif (sans difficulté, avec prémédication, ou avec utilisation du MeOPa). **Discussion:** L'objectif de soin principal est de maintenir un bon état de santé orale pour permettre une alimentation dans les meilleures conditions et éviter le développement de pathologies inflammatoires, infectieuses, et/ou douloureuses. L'utilisation de la télé-médecine bucco-dentaire semble pouvoir faciliter le parcours de soins des patients en priorisant les actes à réaliser et en organisant la prise en charge personnalisée en fonction de l'état cognitif, de l'état général et de l'état bucco-dentaire. En connaissant le taux d'acceptation des téléconsultations en fonction du stade de la maladie d'Alzheimer et de la sévérité des troubles du comportement, nous améliorons l'efficacité de cet examen et optimisons le temps des différents acteurs impliqués ainsi que la qualité de la prise en charge de cette population spécifique. La pratique de soins doit s'adapter aux stades d'évolution de la maladie d'Alzheimer et aux troubles du comportement associés. Les soins bucco-dentaires participent à une vision intégrée et pluridisciplinaire du projet de soins personnalisé.

UNE UCC DANS L'ESPRIT CARPE DIEM, C'EST POSSIBLE.

C. GOUEGOUX, E. ASSEMAT, G. LAVERNHE, M. ARNOULD

CHICAS, Gap, FRANCE

But : Les unités cognitivo comportementales (UCC), voulues par le plan Alzheimer 2007-2012 ont considérablement modifié le parcours de personnes en difficulté. Dispositif innovant soumis à un cahier des charges, une grande latitude est laissée aux établissements pour imaginer l'accompagnement qu'ils souhaitent, qui est le plus conforme à leurs valeurs comme aux attentes des patients et de leur entourage, donnant ainsi aux UCC une valeur expérimentale dont de nombreuses équipes se sont saisies. Dans ce cadre favorable à la créativité, nous avons souhaité nous inspirer de l'esprit Carpe Diem développé au Québec auprès de personnes en résidence et voir s'il était possible de se l'approprier dans un environnement de soins où s'appliquent d'autres contraintes et normes, auxquelles s'ajoutent les habitudes soignantes apprises depuis la formation initiale et entretenues par la pratique en services. **Méthodes:** Le service de neuro psycho gériatrie comportait déjà une unité aigue et un centre mémoire multisite, inscrit dans une filière ville-hopital. L'UCC a une capacité d'accueil de 10 personnes. Nous avons constitué une équipe de professionnels volontaires, choisis pour leur appétence relationnelle et leur envie de porter un projet, coordonnée par un médecin, une neuropsychologue et un cadre infirmier. La valeur essentielle en a été l'accueil et l'accompagnement de la personne et de son entourage dans un esprit d'acceptation inconditionnelle, sans jugement, empathique et bienveillante, ici et maintenant. La formation initiale et continue de l'équipe a été un temps fort de cohésion et de partage. L'organisation de la vie dans l'UCC se fait au rythme de chaque individu avec le moins de contrainte et d'artifice possible. Les activités sont celles de la vie naturelle, sans utiliser de technique particulière : confection et prise des repas en commun entre personnes accueillies, équipe et familles lorsqu'elles le souhaitent, lessive, diverses tâches ménagères, jardinage, bricolage, confection d'objets, comme à la maison. Dans l'esprit Carpe Diem, les soins courants n'organisent pas la vie du service et sont individualisés à l'extrême. **Résultats:** Après un an de fonctionnement, le bilan montre un total de 90 personnes accueillies, et une DMS de 37 jours. On constate chez 7 personnes sur 10 une amélioration nette, permettant un retour dans le lieu de vie antérieur. Ces retours ont été de plus en plus organisés et anticipés. En effet, le transfert des acquis fut pour nous une priorité, ouvrant ainsi des modalités d'accompagnements telles que des visites à domicile, ou des visites de professionnels extérieurs au sein du service et aux côtés du patient. Nous avons constaté que les outils d'évaluations neuropsychologiques sont devenus des supports annexes, laissant place aux entretiens libres avec les patients lors des activités de la vie quotidienne. L'accompagnement des aidants, y compris professionnels, a lui aussi évolué, pour favoriser la relation et les changements via des thérapies cognitives et comportementales. **Discussion:** Il est enthousiasmant qu'un état d'esprit tel que Carpe diem suscite chez les soignants comme chez les personnes accueillies et leurs proches une adhésion aussi importante, et si les freins que peuvent constituer le cadre d'exercice et la culture professionnelle traditionnelle peuvent être dépassés, cela nous demande un engagement de tous les instants. Nous souhaitons ici susciter la discussion et le partage autour de Carpe Diem en UCC.

EVOLUTION A UN AN DES PATIENTS HOSPITALISES EN UCC

I. ROUCH(1), E. PONGAN(2), B. TROMBERT(2), P. KROLAK-SALMON(3), F. FABRE(2), N. AUGUSTE(2), C. SELLIER(4), M. FREULON(5), S. JACQUELINE(2), A. WAISSI(3), D. FEDERICO(3), C. MOUCHOUX(3), G. MARTIN-GAUJARD(3), B. LAURENT(2), J-M. DOREY(6)

(1) CHU de Saint Etienne, Saint Etienne, FRANCE; (2) CHU de Saint Etienne, Saint Etienne, FRANCE; (3) Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE; (4) Hôpital Saint Jean de Dieu, Lyon, FRANCE; (5) CHU d'Angers, Angers, FRANCE; (6) Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron, FRANCE

But : Les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) sont destinées à prendre en charge des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (MAMA) avec troubles psycho-comportementaux productifs. Ces unités sont des structures nouvelles, et il est important de connaître l'évolution à court et à long terme des patients

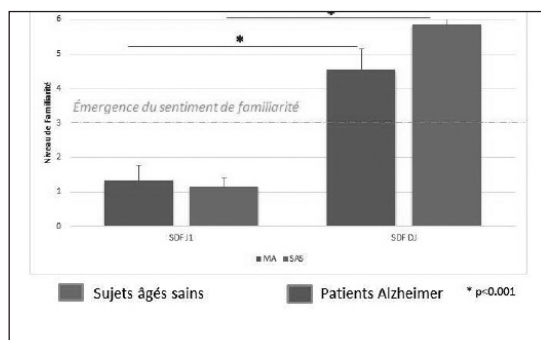
pris en charge. L'étude EVITAL a pour objectif principal de mieux connaître l'évolution à long terme des SCPD chez les patients durant l'année suivant leur hospitalisation en UCC, et de déterminer les facteurs pouvant influencer cette évolution. **Méthodes:** Population étudiée : Patients hospitalisés dans les UCC du CHU de Saint-Etienne, de l'hôpital des Charpennes (CHU de Lyon) et de l'hôpital de Saint Jean de Dieu (Lyon). Déroulement : L'évaluation à l'inclusion dans l'UCC a comporté le recueil des antécédents et comorbidités, des données socio-démographiques, du diagnostic, des traitements et des SCPD à l'aide de la NPI. Les patients ont été suivis 3, 6 et 12 mois après leur hospitalisation. Analyses : L'évolution du NPI entre l'inclusion, le suivi à 3, 6 et 12 mois a été analysée avec un modèle linéaire à effet mixte. Les cofacteurs significativement associés au NPI en analyses univariées ont été introduits dans le modèle mixte. Les items du NPI ont ensuite été regroupés en 4 sous-scores : trouble du contrôle comportemental, symptômes psychotiques, troubles de l'humeur et agitation et les mêmes analyses ont été réalisées. **Résultats:** Sur les 221 patients inclus dans l'étude, 148 ont été suivis pendant 12 mois et ont participé à chaque visite. Le score global au NPI était de 48.5 (21,7) à l'inclusion, 28.8 (18.7) à 3 mois, 23.2 (16.4) à 6 mois et 20.9 (15.9) à 12 mois. Il diminuait significativement entre l'inclusion et le suivi à 12 mois ($F=119.5$, $p<0.0001$). De plus, la diminution a également été observée pour chacun des sous scores au NPI. Par ailleurs, la CDR était significativement liée au NPI à l'inclusion ($p=0.0006$), mais elle n'influait pas son évolution ($F=0.03$, $p=0.68$). **Discussion:** Cette étude confirme les résultats des études précédentes, à savoir la diminution des SCPD entre le début et la fin de l'hospitalisation en UCC. De plus, EVITAL est la première étude montrant la persistance de la diminution des SCPD durant l'année suivant l'hospitalisation en UCC. Cette diminution est également observée pour chaque sous-score du NPI. Le niveau initial de sévérité des SCPD dépend de la sévérité de la démence (CDR), cependant une diminution est observée pour chaque stade de la maladie. Limites : l'absence de groupe de comparaison ne permet pas une évaluation d'impact de l'UCC sur la prise en charge des patients. Cependant il aurait été difficile d'inclure des patients comparables issus de services de SSR non spécialisé. Dans le futur il sera intéressant d'identifier de nouveaux facteurs liés à l'évolution des SCPD. Par ailleurs, une analyse plus fine des relations entre l'évolution des SCPD et celle des traitements psychotropes, ainsi que des prises en charge non médicamenteuses, pourr être réalisée.

LA MUSIQUE COMME RÉVÉLATEUR DE CAPACITÉS D'APPRENTISSAGE PRÉSERVÉES CHEZ DES PATIENTS ALZHEIMER : ÉTUDE COMPORTEMENTALE ET EN IRM FONCTIONNELLE

M. GROUSSARD(1), C. MAUGER(1), M. HOMMET(1), O. LETORTU(2), M. GAUBERT(1), P. CANTOU(1), A. QUILLARD(1), A. PÉLERIN(1), V. DE LA SAYETTE(1), F. EUSTACHE(1), B. DESGRANGES(1), H. PLATEL(1)

(1) Normandie Univ, UNICAEN, EPHE Paris, INSERM, U1077, CHU de Caen, Neuropsychologie et imagerie de la mémoire humaine, 14000 Caen, France, Caen, FRANCE; (2) Groupe Hom'Age, Caen, France, Caen, FRANCE

But : Plusieurs cas cliniques présentés dans la littérature ont démontré la préservation de remarquables capacités musicales chez des patients Alzheimer. En dépit de leurs difficultés mnésiques et langagières, ces patients, même à un stade modéré à sévère de la maladie, restent capables de mémoriser de nouvelles informations musicales. Cet apprentissage, mesuré au cours de séances d'exposition répétées, se révèle par l'émergence d'un sentiment de



Représentation graphique de l'évolution du sentiment de familiarité (SDF) entre la première séance d'exposition (J1) au matériel musical et le dernier jour (DJ) de présentation, sur une

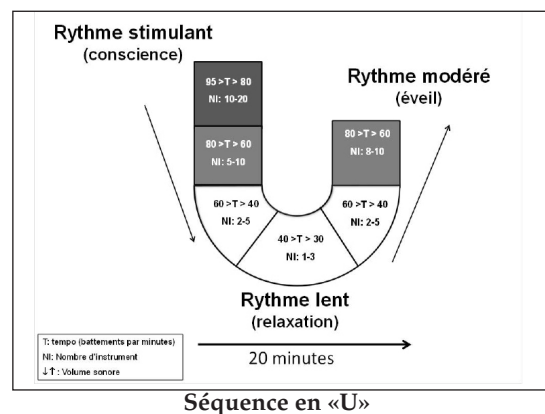
chaque d'apprentissage, chez les patients Alzheimer, qui se traduisent par une augmentation significative du sentiment de familiarité pour les nouvelles chansons présentées quotidiennement au cours des séances (Figure 1). Lors d'une séance test, les patients ont des performances similaires aux contrôles dans la distinction entre les stimuli musicaux familiers (anciens ou nouvellement appris) et inconnus. – au niveau cérébral nous observons, chez les patients, une diminution globale de l'activité cérébrale par rapport aux sujets contrôles, avec une activation plus restreinte du réseau cérébral classiquement impliqué dans la récupération des informations en mémoire à long terme lors de la comparaison de l'activité cérébrale pour les stimuli nouvellement appris par rapport à des stimuli inconnus. Ainsi, chez les patients Alzheimer à un stade modéré à sévère, l'absence de mémorisation du contexte et de la source des nouveaux apprentissages semble impliquer un encodage et un stockage de nouvelles informations au sein de la mémoire sémantique. **Discussion:** Ce travail de recherche, s'appuyant sur la proposition d'interventions non médicamenteuses, souligne particulièrement la possibilité de construire, grâce aux capacités résiduelles d'apprentissage à long-terme de ces patients que nous avons démontré, des programmes d'accompagnements originaux permettant de valoriser leurs capacités encore préservées.

LE SOIN PAR LA MUSIQUE (MUSIC CARE®) : ÉTUDE MULTICENTRIQUE DE FAISABILITÉ EN EHPAD ET EN CLINIQUE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

J. TOUCHON(1), S. GUÉTIN(2), J. DE STOUTZ(2), A. LETTY(3), Y. MESSAOUDI(3), P. DENORMANDIE(3), D. ARMAINGAUD(3)

(1) Inserm U1061, CHU Montpellier, Montpellier, FRANCE; (2) MUSIC CARE, Paris, FRANCE; (3) Institut du Bien Vieillir (IBV), Groupe Korian, Paris, FRANCE

But : Démontrer la faisabilité et évaluer l'efficacité de l'intervention musicale MUSIC CARE® dans la lutte contre l'anxiété et la douleur chez des personnes institutionnalisées en maisons de retraite (EHPAD) et en cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR). **Méthodes:** Etude de faisabilité multicentrique réalisée dans 23 établissements du groupe Korian (20 EHPAD et 3 cliniques SSR). Plusieurs formations à la méthode MUSIC CARE® ont permis au personnel soignant d'optimiser son utilisation et d'adapter son évaluation aux personnes âgées dont certaines atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de déficits cognitifs importants. Des séances individuelles et des séances de groupe ont été menées pendant 2 ans, entre janvier 2014 et décembre 2015. Les séances individuelles ont été réalisées



en position allongée avec une musique diffusée par casque. La technique de musicothérapie validée de la séquence en « U » a été utilisée [1]. **Résultats:** L'expérimentation en séances individuelles a été réalisée auprès de 145 personnes âgées (moyenne d'âge 83 ans dont 19% d'hommes et 81% de femmes), la plupart pouvant s'exprimer verbalement (94%). 94% d'entre eux ont déclaré aimer la musique et 28% avaient pratiqué un instrument de musique dans leur vie. Les ressentis et les observations cliniques ont permis de montrer qu'après la séance individuelle la majorité des résidents étaient détendus et sereins (71,7%). Le niveau d'anxiété a baissé chez 25,7% d'entre eux et le niveau de douleur chez 25,3%. Lors des séances de groupe le principal effet de cette « musicothérapie » a été d'engendrer un sentiment de détente et de bien-être (52,6%), un sentiment de plaisir (51,2%), l'évocation de souvenirs (15%) et l'évocation de voyages (12%). **Discussion:** Cette

étude a permis de démontrer la faisabilité et l'efficacité de l'outil MUSIC CARE® en EHPAD et en SSR. La détente, le bien-être et le plaisir ont été rapportés comme des bénéfices directement appréciables par les résidents ayant participé aux séances individuelles ou de groupe. L'outil MUSIC CARE® permettrait aussi de réduire le niveau d'anxiété et de douleur. Cependant la réalisation des séances individuelles s'est révélée difficile à mettre en place en EHPAD et leur caractère chronophage ne permet pas forcément de les intégrer au planning des soignants, d'où le développement des séances de groupe. Des séances individuelles ont été mises en place dans 13 établissements de façon occasionnelle pour la gestion d'un trouble de comportement aigu. [1] Guétin S, Lecourt E, Touchon J, et al. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's dementia types: randomized, controlled study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009; 28:36-46.

POSTERS

Le parcours de soin du patient Alzheimer

P-01 AMÉLIORER LA PERCEPTION DU PATIENT QUITTANT UN SERVICE D'UCC PAR LE PERSONNEL SOIGNANT DE SON FUTUR LIEU DE VIE, L' EHPAD : ELABORATION D'UNE FICHE «RESSOURCES DE LA PERSONNE»

S. RODRIGUEZ, L. SALVAN, M-P. DUPONT, M. VICQ
CHAC hôpital de saint girons, Saint Girons, FRANCE

But : L'UCC de St Girons située en zone montagne, a accueilli en 2015 122 personnes âgées souffrant de troubles du comportement pour une durée moyenne de séjour de 60 jours. Sur l'ensemble de cette population, 80% des patients entrent ou retournent en EHPAD. Dans le cadre de l'amélioration du suivi du patient, nous nous sommes

The image shows a form titled 'FICHE RESSOURCES DE LA PERSONNE'. At the top, there are fields for 'Nom : naissance :', 'Prénom :', and 'Date de :'. Below these are five main sections: 'COGNITIF ET COMPORTEMENT', 'SENSORIEL', 'SOCIAL', 'GOUTS', and 'MOTRICITE'. Each section has a corresponding empty box for notes. At the bottom center of the form is a circular logo featuring a stylized tree with human figures as branches.

fiche Ressources de la personne

confrontés au problème de l'optimisation de son parcours de soin et d'accompagnement après sa sortie de l'UCC, lors de son entrée ou son retour en EHPAD. En effet, à partir des visites d'une infirmière de l'unité mobile de gerontopsychiatrie, de l'assistante sociale, des échanges téléphoniques passés à partir du service, il nous est apparu nécessaire de tenter d'orienter le regard des accompagnants et des aidants sur les capacités restantes voire émergentes de la personne plutôt que sur ses déficits. Soit d'inciter à porter un regard nouveau non plus sur un individu porteur de manques, mais sur une personne qui, non seulement possède des besoins en termes d'accompagnement, de relation, et de communication, mais aussi de réelles ressources. **Méthodes:** Pour opérer ce changement, nous avons élaboré un document fiche « Ressources de la Personne », inspiré de la méthode Montessori. Il se distingue des autres documents de sortie (courriers médicaux et fiches de liaison IDE), en faisant apparaître les capacités préservées ou émergentes du patient telles que nous les avons perçues en équipe pluridisciplinaire (médecin, soignants, psychologue et psychomotricien), lors de son hospitalisation à l'UCC. Cette fiche comporte 5 dimensions: «Cognitif et comportement», «Sensoriel», «Motricité»,«Goûts», et en position centrale «Social», qui lie toutes les dimensions. **Résultats:** Ce travail pluridisciplinaire liant hôpital et EHPAD, permet de considérer la personne dans sa globalité et non plus comme un patient stigmatisé par les représentations de sa maladie. Il favorise son intégration au sein de l'EHPAD, son lieu de vie. **Discussion:** D'ores et déjà, les EHPAD, sont demandeuses de cette fiche, qui améliore un document préexistant, ce dernier ayant déjà reçu l'adhésion des équipes. Le retour est déjà positif quant à l'accompagnement des résidents. A terme nous espérons une diminution des ré-hospitalisations liées aux troubles du comportement, en donnant aux EHPAD un outil aidant à les prévenir. Nous prévoyons d'utiliser ultérieurement cette fiche «ressources» également lors des retours à domicile, elle serait alors à destination des aidants.

P-02 RÉSULTATS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER CHEZ AFA CENTER

A. HAMMAMI
AFA Center, TUNIS, TUNISIE

But : Nous estimons que 46,8 millions de personnes dans le monde vivent avec une démence en 2015 (1). La maladie d'Alzheimer en est la principale cause. En Tunisie la prévalence est de 3,2% et on estime que 10% de la population âgée de plus que 60 ans est atteinte (2). Après l'annonce du diagnostic, les patients et leurs familles sont confrontés à l'incompréhension devant l'incurabilité de cette pathologie, de son évolutivité et aggravation rendant le quotidien du patient et son aidant pénible et engendrant de lourdes conséquences physiques psychiques, sociales et économiques. La prise en charge chez AFA CENTER est la réponse à cette problématique en suivant les recommandations européennes (3) et américaines (4). Les objectifs de cette prise en charge sont de préserver l'autonomie du patient, stimuler ses fonctions cognitives par des activités et des exercices spécifiques, favoriser sa sociabilité, suivre l'évolution de son comportement et enfin améliorer la qualité de vie des malades et des aidants. **Méthodes:** En effet 30 patients sont suivis pendant 8 mois chez AFA CENTER. L'âge moyen est de 72±4,5 ans, un bon niveau socio économique est retrouvé chez 90% des patients, une durée moyenne de la maladie de 6±2,4 ans, un MMSE moyen de 16±3,5, une dépression est retrouvée chez 95% des patients, 40% des patients sont dans le déni de la maladie. Le bilan nutritionnel montre un risque de malnutrition chez 30% des cas. Le bilan d'autonomie montre un ADL de 2,5±0,7, IADL= 3,66±0,34, des troubles de comportements retrouvés chez 100% des patients avec un NPI de gravité moyenne de 30/36 avec un retentissement de 50/60. Tous les patients ont bénéficié d'un projet de vie personnalisé. **Résultats:** Cette prise en charge multi domaines (5) fait combiner outre le suivi médical, une prise en charge psychologique, de la stimulation cognitive, la musicothérapie, l'art-thérapie,

l'aromathérapie, l'intervention par évocation du passé, le jardinage thérapeutique, l'estime de soi et l'exercice physique. **Discussion:** L'évolution chez AFA CENTER est marquée par une préservation de l'autonomie chez 100% des patients, réduction de 90% des troubles du comportement, Une augmentation moyenne du score MMSE de 1,5. La qualité de vie est améliorée chez 95% des patients dès le premier mois de prise en charge.

Le patient Alzheimer jeune

P-03 PRISE EN CHARGE DES MALADES ALZHEIMER JEUNES ET SYNDROMES APPARENTÉS EN HÔPITAL DE JOUR (HDJ)

C. DIEBOLT, M-F. BERTHIER, M. AYMARD, G. DUCOURTIEUX, C. ESCAMILLA, V. HOUTMAN, C. RAMPNOUX
CH Esquirol Limoges, Limoges, FRANCE

But : Dans la volonté d'établir des diagnostics de plus en plus précoces des maladies neurodégénératives, et notamment depuis la mise en place des différents plans Alzheimer, nous faisons face à une recrudescence de ces diagnostics chez les patients jeunes. L'absence de structure adaptée à cette population se révèle donc un réel problème. Aussi, depuis 2012, nous proposons une journée dédiée à la prise en charge des malades jeunes au sein de l'Hôpital De Jour (HDJ) Psycho-Gériatrique. **Méthodes:** Afin de répondre à l'accueil des malades jeunes, nous avons dû former l'équipe soignante et repenser nos techniques de prise en charge afin de les adapter à cette nouvelle population et à leurs besoins spécifiques. En effet, les patients jeunes présentent une très bonne mobilité physique, ont souvent une bonne conscience de leurs troubles, sont souvent en arrêt de travail/invalidité suite au diagnostic, ont des enfants en bas âge, des conjoints en activités, ... De plus, de par leur bonne conscience des troubles, nous retrouvons une grande prévalence des troubles neuro-psychiatriques (anxiété, dépression, ...). **Résultats:** Depuis 4 ans, nous avons accueilli 47 patients, âgés en moyenne de 59,1 ans [45-79]. Les principaux diagnostics représentés sont la Maladie d'Alzheimer (43%) et les Dégénérescence Fronto-Temporale (37%). Nous avons dû adapter la prise en charge et proposons des activités spécifiques : - Activités physiques / sport : thérapie par le cheval, sorties extérieures, ... - Activités d'accompagnement au quotidien : culinothérapie, utilisation des moyens de transports de la ville, ... - Activités manuelles : jardinage, activités créatives et artistiques, ... - Activités de stimulations cognitives : atelier mémoire, réminiscence, blind test, groupe de réflexion, ... - Accompagnements : groupe de parole, entretiens individuels, photo-langage, ... **Discussion:** Il est nécessaire de proposer des prises en charge et des structures d'accueil spécifiquement liées aux jeunes populations. En effet, la stimulation cognitive et sociale est indispensable dans les maladies neurodégénératives, et nous savons qu'une structure non adaptée peut être dévastatrice pour le patient et sa vision de lui-même. Aussi, il convient de multiplier nos efforts afin de faire naître de nouvelles structures adaptées aux Malades Alzheimer Jeunes et apparentés.

Les grands problèmes de la prise en charge du patient Alzheimer

P-04 LES REPRÉSENTATIONS DE L'AIDANT PRINCIPAL D'UN MALADE ALZHEIMER PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

L. BEZ(1), A-L. DUPONT(1), H. VILLARS(2), A. STILLMUNKÉS(1)
(1) DUMG, Toulouse, FRANCE; (2) CHU, Toulouse, FRANCE

But : Etudier les représentations que les médecins généralistes (MG) ont de l'aidant principal d'un malade Alzheimer. **Méthodes:** Une recherche qualitative est réalisée entre 2014 et 2015, par focus groups, auprès de MG de Midi-Pyrénées, et analysée par analyse thématique. **Résultats:** Quatre focus groups ont été réalisés, regroupant 19 MG au total. L'image de la santé de l'aidant est trouble pour les MG, à la fois robuste et fragile. L'aidant lui-même participe à ce trouble en mettant sa santé de côté, faisant passer le malade au premier plan. « Ils sont rarement dans la plainte, ça va toujours » M9. Les MG ont conscience de ne pas s'occuper suffisamment de la santé des aidants, et ont des difficultés à mettre en place une consultation entièrement dédiée à l'aidant. Concernant les aides proposées pour le malade Alzheimer, l'aidant a parfois une attitude ambivalente : « aidez-moi mais je veux pas qu'il y ait trop de monde qui vienne à la maison, je veux qu'il soit pris en charge mais je veux pas qu'il quitte la maison » M6. Ils sont souvent réticents à la mise en place des aides au départ et lorsqu'ils expriment une demande d'aide, elle se fait le plus souvent en urgence. La perception par les MG des aidants secondaires est ambivalente : parfois négative, perçu comme des intrus, parfois bénéfique, sortant les MG de la relation de routine instaurée avec l'aidant principal. **Discussion:** L'image de la santé de l'aidant est trouble pour le médecin, en partie à cause de la négligence de l'aidant vis à vis de sa propre santé. Le trouble est d'autant plus grand concernant l'aidant enfant. La possibilité d'avoir un médecin différent pour l'aidant et le malade permet de «décomplexifier » l'aidant, en séparant son rôle d'aidant et sa santé. Par ailleurs, l'aidant est ambivalent vis à vis des aides proposées et les médecins ont du mal à faire accepter les aides.

Intervention non médicamenteuse et Alzheimer

P-05 EXTENSION DES MISSIONS DE L'ESA DU GCSMS MOYENNE GARONNE (47) : « JOURNÉES ESA »; SÉJOUR VACANCES SÉNIORS; APRÈS-MIDIS DÉTENTE

A. FAJARNES, V. LEBERON

CASTELsanté, Casteljaloux, FRANCE

Objectives: Contexte d'émergence des projets. La prise en charge d'une personne par une Equipe Spécialisée Alzheimer est limitée à 15 séances annuelles. Un constat a été réalisé : ces 15 séances semblent insuffisantes en réponse à un item de notre questionnaire de satisfaction destiné aux aidants et aux usagers eux-mêmes, ainsi qu'au regard des professionnels de l'équipe. Les buts de cette « extension de mission » étant de maintenir le lien entre la personne et l'ESA, maintenir ou créer un lien social entre les bénéficiaires afin de rompre l'isolement induit par la maladie. Le fait de créer un groupe avec des personnes suivies dans le même service enlève aux patients les appréhensions d'un éventuel contact avec la société ordinaire. Souvent c'est cet obstacle qui semble nous brider pour arriver à mener les gens vers l'extérieur au cours des séances individuelles (le regard des gens, la peur de mal répondre aux questions, la perte des repères etc.). **Méthodes:** Après plusieurs journées trimestrielles organisées ou « Journées ESA », (journées qui ont permis de connaître les réactions et comportements des personnes intégrant le dispositif afin de déterminer leurs capacités à poursuivre ce genre de manifestations), nous avons envisagé un autre dispositif plus conséquent : une semaine de répit pour les aidants / une semaine de vacance pour les usagers de cinq jours. D'un point de vue organisationnel et financier, reconduire un tel séjour plusieurs fois dans la même année n'étant pas possible, nous avons pensé à une formule plus courte mais régulière : une après-midi détente hebdomadaire : accueillir dans nos locaux durant trois heures des personnes malades isolées ou aidées par un proche épuisé. A ce jour, une année d'activité est rythmée par tous ces événements. A l'intérieur de ceux-ci nous pouvons organiser des visites, des sorties restaurants, des animations cognitives, des ateliers manuels... **Résultats:** Après quatre ans d'expérience au sein de l'Equipe Spécialisée Alzheimer, les résultats sont : faire valoir la dynamique de groupe (et l'entraide qui en découle), avec une population de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées, dynamiser l'équipe spécialisée elle-même et travailler à proprement parlé en équipe sur le terrain. Nous avons su tirer les bénéfices de ces rencontres en groupe : joie, émotions, reprise de confiance en soi. Ces séjours ont entraîné des changements dans le comportement des usagers : rôle social, entraide, estime de soi, indépendance etc... De la même façon les bénéfices pour les aidants ont été relevés : le répit est un temps pour retrouver un second souffle nécessaire à l'accompagnement du proche de façon durable. Ces trois types d'évènements ont pu permettre de soulager, relayer les familles vivant quotidiennement la maladie de leur proche, avec l'épuisement que cela entraîne. **Discussion:** Le ciment de ces actions se résume à la confiance instaurée au préalable entre l'ASG et l'utilisateur lors des séances individuelles. A la suite du premier séjour vacances, le bilan général était très positif : en effet le groupe de vacanciers a émis le souhait de se retrouver régulièrement afin de garder contact et pourquoi pas, renouveler l'expérience. Tous ces témoignages sont des déclencheurs de notre remise en question. Malgré la perte de repères forcée, le ressenti lors du séjour dans un environnement parfois inconnu ne provoque pas d'angoisse (la dépression et l'isolement du à la maladie sont occultés), le côté humain, rassurant, prime et ressort avant tout.

P-06 DANSE À CONTRE TEMPS : HISTOIRE D'UNE RENCONTRE EN EHPAD ENTRE PETITS ET GRANDS DANSEURS

E. BONALDI, A. JANIN, F. JACQUINOT, A. MANZAT

CH Chalon-sur-Saône William Morey, Chalon sur Saône, FRANCE

But : La maladie d'Alzheimer est souvent vécue comme une atteinte au ciment des relations humaines (liens familiaux) entraînant une dépendance relationnelle et corporelle. Partant de là, l'équipe soignante de l'EHPAD souhaite mener un projet qui change ces représentations grâce à une activité intergénérationnelle permettant d'aller à la rencontre de l'autre, à la recherche d'une humanité commune. L'objectif principal est de valoriser les capacités relationnelles et physiques préservées des résidents. Les autres objectifs sont de maintenir les capacités locomotrices et d'équilibre, de diminuer les troubles psychocomportementaux, d'évaluer l'impact sur l'évolution des troubles cognitifs et sur la qualité de vie des résidents, et d'ouvrir l'EHPAD sur l'extérieur. **Méthodes:** Constitution d'un groupe d'une dizaine de résidents atteints de maladie d'Alzheimer et indépendants pour les déplacements et les transferts. Constitution d'un groupe d'une dizaine d'enfants âgés de 6 à 10 ans inscrits dans 2 centres de loisirs municipaux proches de l'EHPAD. Les séances de danse contemporaine sont hebdomadaires, durent entre 1h et 1h30 et sont animées par 2 danseurs professionnels, le Duo Umaï, du 7 octobre 2015 au 25 mai 2016 soit 22 séances dont 15 avec les enfants. Une captation vidéo est faite durant les ateliers pour produire un film, support de notre objectif premier de changement des représentations de la maladie. Par ailleurs, des évaluations régulières des affects et des troubles psychocomportementaux (NPI-ES) sont faites, ainsi que des évaluations des fonctions cognitives et d'équilibre. Un questionnaire de qualité de vie (D-QoL) est proposé en début et en fin de projet. **Résultats:** 11 résidents ont été inclus, 2 sont sortis du fait d'une dépendance locomotrice ; les résultats suivants portent sur les 9 résidents restants. Les 2 affects les plus observés sont le plaisir et l'état d'alerte. L'affect prépondérant est le plaisir. Parallèlement, on observe une diminution des troubles de l'humeur (dépression, irritabilité, instabilité) et des troubles du sommeil et de l'appétit. On note aussi une diminution des troubles productifs de type hallucinations et idées délirantes. Par contre, l'anxiété, l'agitation et l'agressivité sont stables. On constate une relative stabilité des tests cognitifs et notamment du MMS avec un score moyen passant de 11.9 à 10.9 soit une perte moyenne de 1 point en 10 mois. Les tests locomoteurs montrent une diminution de la vitesse de marche mais une amélioration du test

moteur minimum après les 12 premières séances puis une stabilisation jusqu'à la fin ; l'appui unipodal et le test Up and Go sont stables. Enfin, l'auto-évaluation de la qualité de vie par les résidents retrouve une tendance à l'amélioration dans tous les domaines et notamment en termes d'estime de soi. **Discussion:** Ce projet met en avant les capacités préservées des résidents atteints de maladie d'Alzheimer à nouer des relations et à partager des émotions. Malgré la faiblesse de l'échantillon, les résultats issus de l'hétéro et de l'auto-évaluation sont cohérents et montrent une augmentation des affects positifs et une diminution des affects négatifs et des troubles de l'humeur, eux-mêmes potentiellement liés à la diminution des troubles du sommeil et de l'appétit. La relative stabilité des tests cognitifs et locomoteurs est à confirmer par d'autres études. Le plaisir d'être ensemble éprouvé par tous, soignants compris, est le résultat le plus manifeste.

P-07 L'EXPRESSION PICTURALE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

G. KHADHAR

Santé public, Tunis, TUNISIE

But : Dépistage et évolution de la maladie d'Alzheimer à partir de l'analyse des toiles d'un artiste peintre tunisien Mahmoud Sehili. **Méthodes:** A partir de ses œuvres picturales allant des années 80 jusqu'à 2011, il s'agit de l'étude de son impact sur la désorientation temporo-spatiale, l'apraxie constructive et l'agnosie visuelle au cours de l'évolution



Sidi Mehrez - 1978



Medina - 1985



Médina - 1998



Médina - 2002



Médina - 2011

de la maladie d'Alzheimer. On constate 3 périodes bien distinctes: 1- Une période enchantée ou lumière et son se répondent, les formes s'estompent à travers la lumière. 2- L' apparition des formes rigides et d'un espace qui se referme, les couleurs s'assombrissent. 3- Des tâches fixes répétitives sombres en 2 dimensions. **Résultats:** On constate 3 périodes bien distinctes: 1- Une période enchantée ou lumière et son se répondent, les formes s'estompent à travers la lumière.

2- L' apparition des formes rigides et d'un espace qui se referme, les couleurs s'assombrissent. 3- Des tâches fixes répétitives sombres en 2 dimensions. **Discussion:**

Il ressort de l'analyse que : le mouvement devient une

série d'image fixes, la perception de la profondeur apparaît plate comme des dessins, la perception des couleurs présente une plus grande perte dans le bleu-violet et le bleu-vert qui se ressemblent. L'apraxie constructive consiste en un trouble de la production et de la copie de dessins (en trois puis en deux dimensions). A un stade tardif l'apraxie constructive apparaît dans la reproduction de figures en deux dimensions et s'exprime par une déstructuration complète du dessin avec un éclatement de l'espace. Cette étude nous permet d'étudier l'évolution de la maladie d'Alzheimer à travers l'art pictural.

P-08 APPROCHES PSYCHOCORPORELLES EN GÉRONTOPSYCHIATRIE

V. BLETTERY, S. BARRET, V. MARTINEZ

CHS Saint Jean de Dieu, Lyon, FRANCE

But : En géronto-psychiatrie, les soignants sont confrontés aux limites d'une approche strictement verbale. Les approches psychocorporelles concernent des patients présentant une pathologie neurodégénérative hospitalisés pour des troubles du comportement d'allure psychiatrique associés à une altération du lien à l'autre. Il s'agit de développer des outils thérapeutiques non médicamenteux avec comme axes thérapeutiques : • Le rétablissement d'un lien relationnel, • L'apaisement des tensions internes (anxiété, vécu dépressif, régression des troubles du comportement), • L'apport d'un bien être physique et psychique. **Méthodes:** Les patients, lorsque une indication (médicale) de soins psychocorporels est posée, bénéficient de trois séances d'une heure (reconductible). Les soignants, formés aux médiations sensorielles type Snoezelen, au toucher massage, à la relaxinésie et à la réflexologie plantaire choisissent une technique ajustée aux potentialités restantes du sujet. **Résultats:** Les prises en charges psychocorporelles conduites auprès des patients de notre pôle de psychiatrie du sujet âgé permettent de dégager plusieurs types d'indications, à tous les stades de la maladie. Nous décrivons également les limites d'un tel soin, pour le patient comme pour le soignant. Nous envisagerons l'évolution possible de ce type d'approche d'un soin individuel à des prises en charge groupales (petit groupe). **Discussion:** Les soins à médiations corporelles permettent une remobilisation des ressources et ont un effet renarcissant, avec rétablissement, pour le patient, de la capacité à éprouver du plaisir. Il s'agit d'un soin innovant et sécurisant, nécessitant pour le pôle de géronto-psychiatrie un investissement important dans la formation des personnels. Ce type d'approche médiatisée pourrait s'élargir à des prises en charge groupales.

P-09 ZOOTHÉRAPIE AVEC LES LAMAS

N. BROCANDEL

CHITS, La Garde, FRANCE

But : La zoothérapie présente des effets apaisants sur les pathologies dégénératives. Nous cherchons à observer l'action de l'animal sur la communication verbale et non verbale, les troubles du comportement et la motricité. **Méthodes:** Nous avons réalisé une observation lors de sorties thérapeutiques au sein d'un élevage de lama sur trois groupes de trois patients tous atteints de maladies dégénératives. Ces ateliers ont été programmés sur un an, chacun d'une durée deux heures. **Résultats:** Nous avons observé que la relation patient-animal procure un effet apaisant et calmant. Les séances ont amélioré l'estime de soi, apporté un bien-être physique et favorisé la réminiscence d'expériences passées auprès des animaux, moments agréables pour ces patients. **Discussion:** Ces sorties thérapeutiques, grâce à la médiation animale, ont eu un effet très positif sur les patients. Après une courte phase d'appréhension, il s'avère que le patient présente une relation affectueuse et chaleureuse avec le lama. Les patients atteints de maladies dégénératives semblent se libérer et parviennent à exprimer leurs émotions.

P-10 RELATION DE SOIN ET PROGRAMMATION NEURO LINGUISTIQUE, LA COMMUNICATION VERBALE ET NON-VERBALE, AVEC SOI ET L'AUTRE, COMME OUTIL DE SOIN

C. BOYE

Care'O Lyne, Digny, FRANCE

But : Nous avons présenté lors du précédent colloque l'approche de « la tendresse soignante ». Un point essentiel de cette approche réside dans les capacités des soignants à savoir communiquer avec eux-mêmes, entre eux et enfin avec les patients et leur famille. La Programmation Neuro Linguistique (P.N.L.) est l'un des piliers de l'approche «la tendresse soignante » et a également sa propre logique. La P.N.L. est l'approche qui a permis de comprendre et décoder la structure de la subjectivité de l'être humain. Savoir comment l'utiliser pour communiquer avec efficacité, accompagner le changement de façon très rapide et enfin modéliser l'excellence d'une personne pour la transférer à d'autres est un enjeu essentiel, notamment dans les situations où la qualité de la relation humaine est au cœur du soin. Le but est d'en faire la démonstration au travers d'une brève expérience. **Méthodes:** La subjectivité étant par essence difficilement généralisable, nous proposons d'initier très rapidement les participants à la méthode de communication que développe la P.N.L. au travers d'une expérience et d'en broser les avantages dans la relation de soin afin de donner envie d'en savoir plus. Préférant l'expérience aux données chiffrées difficiles à collecter dans un domaine où la subjectivité règne, nous proposons de communiquer le fruit de nos observations en lien avec l'expérience proposée. **Résultats:** Des études de cas rapportés par des auxiliaires de soin en gérontologie et des aides soignantes qui interviennent à domicile ayant « travaillé » la relation avec les patients et les familles à domicile pourront servir de supports et d'illustrations de notre propos. Notamment, le cas d'une patiente qui ne parlait pas et gardait un mutisme agressif réactionnel à la présence d'une intruse qui lui était imposée chez elle par sa propre famille. La formation de la professionnelle à des outils de base de la communication associée à la possibilité de « travailler » sur elle, ses propres attitudes, croyances, craintes, soutenue par le groupe en formation, a permis de faire évoluer la situation et de construire une relation bienveillante entre la professionnelle et la patiente. A l'instar de cette professionnelle, il sera proposé aux participants d'envisager la formation aux outils de base de la communication de la P.N.L., non comme un coût, mais comme un gain en professionnalisme, en bientraitance, en humanité, pour tous les acteurs concernés. **Discussion:** Ces données, observations et études de cas posent la question de la formation professionnelle continue au sein des établissements recevant des publics vulnérables ou gérant leur maintien à domicile. Si la bientraitance des patients est une évidence au centre des textes de lois, celle des personnels qui s'en occupent doit être à l'ordre du jour. Par ignorance ou absence d'accompagnement, la maltraitance est parfois la seule réponse donnée. Travailler la communication à soi-même et aux autres est l'un des enjeux majeurs de la bientraitance quelque soit le domaine et en particulier face à des personnes vulnérables. La discussion portera sur l'importance du travail sur soi en tant que soignant.

P-11 IMPACT DE LA MUSICOTHÉRAPIE SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT À PROPOS DE 2 CAS

A. HAMMAMI

AFA Center, TUNIS, TUNISIE

But : 1-Mr B est âgé de 89 ans, adressé par son gériatre ayant comme ATCD une HTA, hypovitaminose D et ayant la maladie d'Alzheimer depuis 15 ans, est admis chez AFA CENTER pour troubles sévères du comportement: Agressivité, déambulation, opposition, délire, hallucinations. Le patient était sous Blopress 1cp/j, Physiotens 1cp/J Tardyféron B9 2cp/j, Vit D 1amp / mois et Dopézil 10 mg /j. Suite à une hépatite médicamenteuse aucun traitement n'est gardé. Le score MMSE est évalué à 5/30, ADL =3/6, IADL =3/4, le MNA révèle un risque de malnutrition de 17/30 et le NPI est de gravité 30/36 avec un retentissement de 55/60. Mr M présente des troubles du langage avec une aphasie et manque de mots, et dissociation sémantique le discours est incohérent, non informatif avec une logorrhée. Le patient est d'abord admis en accueil de jour pendant 3 mois puis jour et nuit pendant 5 mois. Une séance de musicothérapie avec la technique réceptive de 30 à 45 mn lui est prodigué tous les jours de 16H-17H. Son humeur, les épisodes de déambulations, la survenue d'épisodes agressifs pendant et après la séance, son langage et la qualité de son sommeil sont évalués. Aucun épisode agressif n'est noté, le discours est plus informatif, moins d'hallucinations et de délires, un meilleur sommeil retrouvé. 2-Mme M âgée de 72 ans, ayant pour ATCD une dépression suite au décès de son fils et sous

Dopézil 5mg /j, effexor 2cp/j, Hexomil 1/2 cp/j, VitE 2cp/j est adressée par son neurologue pour une prise en charge de ses troubles du comportement à type d'agressivité. L'évaluation montre un MMSE de 28/30, l'ADL=5,5/6, IADL= 1/4, son état nutritionnel est normal, le NPI est de gravité 21/36 avec un retentissement de 24/60, les troubles mnésiques touchant la mémoire à court terme (MCT) sont au premier plan. Le GDS(30 items) révèle une dépression sévère 25/30. Mme M est prise en charge chez AFA CENTER 2j/ semaine pendant 2 mois puis 3 fois/ semaine pendant 6 mois. Une séance de musicothérapie avec la technique active de durée 1H lui est prodiguée de 15H-16H, son humeur, son attention, sa capacité d'apprentissage et la survenue d'épisodes agressifs pendant et après la séance sont évalués. Aucun épisode agressif n'est noté, la patiente est motivée, l'attention et la concentration sont plus soutenues et elle est de bonne humeur et se rappelle de l'horaire des séances. Son sommeil est de meilleure qualité.

P-12 UTILITÉ DE L'INTERVENTION MUSICALE MUSIC CARE® ASSOCIÉE AU SOIN DE LA TOILETTE BASÉE SUR LES BONNES PRATIQUES D'AIDES-SOIGNANTES EN EHPAD : ÉTUDE CONTRÔLÉE, RANDOMISÉE

A. LOKO(1), S. GUETIN(2), J. DE STOUTZ(2), J. TOUCHON(3), S. GOURGEON(4), A. LETTY(5), P. DENORMANDIE(5)
(1) UPMC, Université Pierre & Marie-Curie Paris 6 Sorbonne, Paris, FRANCE; (2) MUSIC CARE, Paris, FRANCE; (3) Inserm U1061, CHU Montpellier, Montpellier, FRANCE; (4) EHPAD Jardins d'Alésia, Groupe Korian, PARIS, FRANCE; (5) Institut du Bien Vieillir (IBV), Groupe Korian, Paris, FRANCE

But : Comparer l'évolution de la douleur durant un soin de toilette en EHPAD associée à : - une intervention musicale validée MUSIC CARE® utilisant la séquence en « U » ; - un temps d'écoute de la radio (radio Nostalgie) ; - une condition « sans musique ». Les objectifs secondaires concernent son impact sur le refus, l'agressivité, la satisfaction et la durée du soin. **Méthodes:** Etude contrôlée, randomisée en « cross-over ». Sont inclus les patients (GIR 3 à 6) ne présentant pas de déficience auditive et acceptant de signer le consentement. La totalité des patients sont cohérents et ont une communication verbale possible. Le critère d'évaluation principal est l'Echelle Visuelle Analogique de la douleur (EVA) remplie par le patient après chaque soin. Les critères d'évaluation secondaires concernent le refus, l'agressivité et la durée du soin renseignés par l'équipe soignante. Les tests appariés entre séances ont été réalisés entre les soins avec « MUSIC CARE® » comparé aux autres interventions : « radio Nostalgie » et soin « sans musique ». Tous les patients inclus répondant aux critères d'éligibilité ont été pris en compte dans la population analysée en Intention de Traiter (ITT). **Résultats:** Notre échantillon est constitué de 21 patients, avec un âge moyen de 86,6 ans. La majorité des patients sont des femmes (66,7%). La pathologie diagnostiquée est la démence pour 57% des patients et Parkinson pour 19% des patients. Des réductions significatives de la douleur, du refus, de l'agressivité et de la durée du soin sont apparues entre les 3 interventions en faveur du soin MUSIC CARE® ($p < 0,01$). De plus une différence significative a été observée sur la satisfaction du patient. **Discussion:** Dans la limite de cette étude, MUSIC CARE® permettrait principalement de réduire de façon significative la douleur liée au soin par rapport à un soin « sans musique » ou « radio Nostalgie ». Elle agirait aussi sur la baisse du refus du soin, de la violence et de l'agressivité. De plus, une différence significative a été observée sur la durée du soin en réduisant le temps soignant de 30% grâce à l'utilisation de MUSIC CARE® VS radio Nostalgie. Le soin MUSIC CARE® s'adapte parfaitement aux fonctions principales de l'aide-soignant. Cette technique modifie le vécu douloureux à travers des effets sensoriels, cognitifs, affectifs et comportementaux.

Ethique et Alzheimer

P-13 L'ÉTHIQUE À L'ÉPREUVE DU TERRAIN : QUAND LES PRATIQUES EN EHPAD DEVIENNENT ÉTHIQUES

N. ALARCON

GCSMS Bien vieillir en Ile de France, Saint Maur des Fossées, FRANCE

But : Partager une démarche professionnelle qui se veut éthique. Entre réflexions, pratiques de terrain et contraintes institutionnelles, il est possible de repenser et d'adapter les pratiques soignantes. **Méthodes:** Analyse des transmissions écrites (via le logiciel), des transmissions orales, des échanges lors des réunions, lors des Projets de Vie Individualisés et des échanges avec les résidents et leurs familles. Présentations de cas cliniques : réveiller ou non un résident qui dort car il est souillé ? Laisser un résident manger avec ses mains ou lui donner à manger ? Laisser un résident en pyjama jusqu'à l'après midi ou le changer le matin ? Laisser déambuler un résident pendant la nuit ou lui mettre une contention ? etc. **Résultats:** Nous montrerons qu'il est possible de penser autrement les pratiques et de proposer des accompagnements qui tiennent compte des besoins des résidents, de leurs envies, des contraintes institutionnelles, des possibilités des soignants tout en incluant les familles. **Discussion:** Comment rendre possible les recommandations de bonnes pratiques, mettre à profit les formations et intégrer la réflexion éthique au sein des Ehpads ?

Les consultations mémoires

P-14 LES MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES RARES : UN DIAGNOSTIC DIFFICILE EN CONSULTATION MÉMOIRE DE PROXIMITÉ

M. BESNIER, I. SORS-MIREUX, E. TISSIER, M. POPA

Centre hospitalier agglomération montargoise, Amilly, FRANCE

But : L'objet de ce travail est de présenter comment une équipe de consultation mémoire procède pour établir un diagnostic de maladie neuro-dégénérative rare avec l'exemple de deux cas de patients atteints de dégénérescence cortico-basale (DCB) reçus à Montargis. La DCB est une tauopathie appartenant aux syndromes parkinsoniens dégénératifs atypiques. Le diagnostic précoce est difficile à établir compte tenu de la variabilité des tableaux cliniques. Sa prévalence est estimée entre 4,9 à 7,3 pour 100000 personnes. **Méthodes:** Notre consultation de proximité regroupe quatre sites de consultations sur quatre hôpitaux distincts de l'Est du Loiret. Elle est rattachée au CMRR de Tours, et composée de médecins gériatres et de psychologues spécialisés en neuropsychologie. La file active de notre consultation mémoire étant d'environ 800 patients par année, nous rencontrons peu de patients ayant cette pathologie. De plus les médecins généralistes adressent en première intention aux neurologues les patients présentant un syndrome parkinsonien, or dans un cas sur deux, les signes moteurs sont inauguraux (l'autre moitié amorcent la maladie par des troubles cognitifs). **Résultats:** Nous présenterons donc le parcours et la réflexion diagnostique pour deux de nos patients chez qui nous avons suspecté une DCB: symptomatologie, bilan neuro-psychologique détaillé, imagerie structurale et fonctionnelle, avis de recours. **Discussion:** L'objectif est de mettre en évidence le nécessaire travail pluridisciplinaire intra consultation mémoire. Nous souhaitons aussi insister sur l'importance des avis de recours aux centres de plus grande envergure afin d'établir un diagnostic probable au plus proche de la réalité et de proposer une prise en charge adaptée au patient.

Les troubles du comportement

P-15 DE LA DÉPRESSION À L'APATHIE : LES CORRÉLATS DE LA CONSCIENCE DES TROUBLES DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LE TROUBLE LÉGER DE LA COGNITION.

J.P. JACUS(1), S. BAYARD(2), S. RAFFARD(3), M-C. GELY- NARGEOT(3)

(1) CH du val d'Ariège, FOIX, FRANCE; (2) MCU, Laboratoire Epsilon, EA4556, Université Paul-Valéry Montpellier III, Montpellier, FRANCE; (3) PU, Laboratoire Epsilon, EA4556, Université Paul-Valéry Montpellier III, Montpellier, FRANCE

But : La conscience des troubles dans la maladie d'Alzheimer (MA) et le trouble léger de la cognition (TLC) reste une symptomatologie hétérogène, à la prévalence éparse et dont l'étiopathogénie prête toujours à controverses (Clare et al., 2004 ; Jacus et al., 2014). Notre étude souhaitait évaluer les corrélats exécutifs et psycho-affectifs de la conscience des troubles. **Méthodes:** Nous avons comparé 20 sujets contrôles (CT), 20 patients répondant aux critères de TLC amnésique (TLCa) (Petersen, 2004) et 20 patients souffrant de MA (critères DSM IV-TR, NINCDS-ADRDA). Tous ont été évalués avec la Patient Competency Rating Scale (PCRS) pour la conscience des troubles, les Apathy Evaluation Scale (AES) et la Lille Apathy Rating Scale (Lars) pour l'apathie, l'échelle de dépression Beck Depression Inventory II (BDI-II) et la State Trait Anxiety Inventory pour l'anxiété état et trait. Ils ont aussi réalisé un bilan exécutif selon le modèle de Miyake (Trail- Making-Test -TMT, Hayling test et Empans 6, 8, 10 et 12). En raison du nombre de variables dépendantes, les corrélations étaient considérées comme significatives à 0.01. **Résultats:** Les groupes différaient par l'âge et le niveau socio-culturel (NSC) (respectivement $F=10.24$, $p<0.001$; $F=4.13$, $p=0.02$), Ils ne différaient pas quant à la PCRS ($p=0.13$), quant à la dépression ($p=0.56$) et quant à l'anxiété trait et état (respectivement : $p=0.83$ et $p=0.31$). Le groupe CT était moins apathique que le groupe TLCa (respectivement : AES versions proche et clinicien, et Lars : $p<0.001$, $p<0.001$; $p<0.001$)*et que le groupe MA (respectivement : $p<0.001$, $p<0.001$; $p<0.001$)*. Les groupes cliniques étaient comparables pour l'apathie (respectivement : $p=0.68$, $p=0.29$; $p=0.76$)*. Aux épreuves exécutives, le groupe CT était toujours supérieur aux groupes cliniques ($p's < 0.05$), qui étaient comparables entre eux ($p's > 0.05$), hormis le nombre d'erreurs au TMT qui ne différençait pas les groupes ($p>0.05$)*. L'âge et le NSC ne corrélaient pas avec la PCRS (respectivement : $p=0.16$ et $p=0.76$). La PCRS corrélait avec les échelles de dépression ($r=0.37$, $p=0.003$) et d'anxiété trait ($r=0.35$, $p=0.005$), ainsi qu'avec l'AES version proche ($r=0.53$, $p<0.001$). La PCRS ne corrélait pas avec la Lars ($p=0.53$), ni avec aucune des mesures exécutives ($p's > 0.01$). L'AES version proche ne corrélait ni avec l'échelle de dépression ($p=0.87$) ni avec celle d'anxiété trait ($p=0.67$). La Lars corrélait avec l'échelle de dépression ($r=0.38$, $p=0.003$). **Discussion:** Dépression-anxiété et apathie semblent être les principaux corrélats de la conscience des troubles au détriment des variables exécutives. Meilleure est cette conscience et plus grande est la dépression et l'anxiété, alors que moins bonne est cette première et plus grande est l'apathie. Ceci pourrait être corroboré par l'absence de corrélation entre PCRS et Lars, cette dernière corrélant avec la dépression qu'elle distingue peut-être insuffisamment de l'apathie, à la différence de l'AES. L'hypothèse d'un continuum dépression – apathie dans la conscience des troubles est congruente avec les résultats rapportés par Horning et al., 2014. L'apathie serait alors possiblement le processus inverse de la dépression tant du point de vue neurobiologique (sous activation cingulaire antérieure dans l'apathie versus sur-activation dans la dépression), que du point de vue psychologique (désinvestissement versus surinvestissement). *Post-hoc de Tukey

Autres

P-17 ADÉQUATION DES TRAITEMENTS ANTI-HTA EN EHPAD

X. DE LA COCHETIERE

Ferrari, Clamart, FRANCE

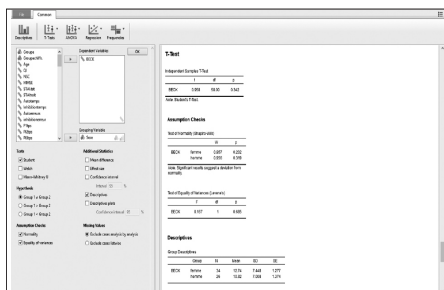
But : Les missions 5 et 6 du médecin coordonnateur s'inscrivent dans l'amélioration des pratiques médicales et du suivi des résidents. C'est à ce titre que j'ai souhaité faire un audit des résidents suivis pour une HTA ou recevant des traitements potentiellement hypotenseurs de l'EHPAD Ferrari dont je suis le médecin coordonnateur. **Méthodes:** Sur la base des dernières recommandations de la HAS, analyse de tous les traitements anti-HTA soit 81 résidents sur 158 présents avec: • prise de TA par l'équipe d'infirmière durant une semaine; • analyse de la différence entre prises des MT et moyenne des prises par IDE; • étude du taux de résidents diagnostiqués hypertendus dans le passé et ne prenant plus de traitement; • étude du taux de résidents ayant des TA en dessous du chiffre minimal conseillé (128); • étude du taux des résidents ayant des TA au-dessus du chiffre maximal souhaité (150); • taux de recommandation de changements; • taux de recommandations acceptées par les médecins traitants : baisses, hausses, changements. **Résultats:** 34 recommandations de changements (traitement trop efficace, pas assez efficace, hors normes) soit 42% dont 30 (88%) acceptées par les médecins traitants avec 57% de baisses de traitement, 20% de hausse et 23% de changement. **Discussion:** L'HTA est fluctuante avec l'âge et peut être diminuée par la poly-médication ou l'évolution cardiaque. Il est donc essentiel de bien suivre la tension artérielle et de ne pas hésiter à diminuer et même stopper les traitements. Cette attention doit toucher particulièrement les personnes atteintes de troubles cognitifs chez lesquels l'hypotension ne fera qu'aggraver les symptômes.

P-18 ELÉMENTS DE STATISTIQUES POUR LES DOCTORANTS ET APPRENTIS - CHERCHEURS : UTILISATION DU LOGICIEL JASP.

J.P. JACUS(1), C. CHAZELAS(2), M-C. GELY-NARGEOT(3)

(1) CH du val d'Ariège, FOIX, FRANCE; (2) Centre hospitalier de Castres, Castres, FRANCE; (3) Laboratoire Epsilon, EA4556, Université Paul-Valéry, Montpellier III, Montpellier, FRANCE

But : La recherche nous confronte inévitablement aux statistiques. Longtemps réservées aux mathématiciens aguerris, ces dernières ont été rendues largement accessibles à tous avec l'essor de l'informatique. Pour autant, les logiciels statistiques les plus simples de maniement n'exonèrent pas d'un minimum de savoir quant aux méthodes statistiques. **Méthodes:** Nous présentons ici le logiciel JASP, téléchargeable gratuitement à partir du lien suivant : <https://jasp-stats.org/>. Il présente l'avantage d'un maniement simple, en lisant, comme son homologue R au langage plus complexe, des jeux de données depuis un fichier enregistré sous format csv (Excel), et en fonctionnant, comme son homologue Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), à l'aide de boîtes de dialogues.



Logiciel JASP

Résultats: Outre les statistiques descriptives paramétriques (moyenne, variance, etc.) et non-paramétriques (médiane, mode, centiles, etc.), ce logiciel est à même d'opérer les principaux tests statistiques de base. Sous l'appellation T-Tests, nous retrouverons les principaux tests relatifs à l'association entre une variable qualitative à deux modalités et une (ou plusieurs) variable(s) quantitative(s) (tests de Student et de Welch pour les statistiques paramétriques, test de Wilcoxon pour celles non-paramétriques), et ce pour échantillons indépendants ou appariés. De même, nous retrouverons la comparaison d'une moyenne observée à une moyenne théorique, que ce soit sous l'angle paramétrique ou non-paramétrique (tests pour échantillon unique). Sous la dénomination

ANOVA, nous retrouverons les principaux tests relatifs à l'association entre une variable qualitative à k*modalités et une variable quantitative : analyse de variance à un facteur (ou ANOVA), ANOVA avec mesures répétées, ANCOVA (ou ANOVA avec covariable[s]). L'onglet Regression s'applique aux liens entre deux variables quantitatives (régressions linéaires simple et multiple, corrélations paramétriques et non-paramétriques, etc.). L'onglet Frequencies concerne les liens entre deux variables qualitatives (Khi-deux avec ou sans corrections de Yates, test exact de Fisher, etc.). **Discussion:** Il ne s'agit ici que de l'un des aspects les plus élémentaires de ce logiciel incluant également des modèles bayésiens. Cet exposé sera surtout matière à rappeler les conditions de validité et les objectifs de ces tests couramment utilisés, de même que les valeurs critiques (p-value) en fonction des hypothèses formulées et les conclusions possibles. Si JASP ne permet pas, comme d'autres logiciels plus complexes, de gérer des données, il s'adresse d'abord aux doctorants et cliniciens-chercheurs parfois en froid avec le complexe langage mathématique qui peut alors constituer un frein à leur recherche. * > 2

P-19 LA PRÉVENTION EN GÉRONTOLOGIE : DES ATELIERS POUR PRENDRE SOIN DE SOI DANS L'AVANCÉE EN ÂGE

N. ALARCON, S. WIDELMAN

GCSMS Bien vieillir en Ile de France, Saint Maur des Fossées, FRANCE

But : Le GCSMS Bien vieillir en Ile de France a mis en place des ateliers de prévention à l'attention des personnes âgées. Sont proposés pour cette première année des ateliers diététiques (par un diététicien), des ateliers mémoire (par

une psychologue), des ateliers prévention des chutes (par un psychomotricien). Suivront des ateliers « rencontre entre les aidants » (par une psychologue) et des ateliers sophrologie (par une sophrologue). Ces ateliers sont proposés à toute personne souhaitant prendre soin de leur vieillissement. Nous souhaitons ici partager l'expérience du premier cycle de 20 séances d'atelier mémoire. **Méthodes:** Présentations des ateliers, du profil varié des participants (AVC / Maladie d'Alzheimer / aucun trouble ...), du contenu des séances et des difficultés et bénéfices de ces actions de prévention. **Résultats:** Meilleure adaptation des participants face à leur vie au quotidien. Mise en place d'un lien avec des professionnels, relance d'un mouvement psychique chez les participants et augmentation de leur sociabilisations. **Discussion:** Les difficultés seront discutées : organisationnelles (trajet / lieu de la salle / financement du psychologue...) et/ou liées aux participants (état de santé / vacances / oublis...).

P-20 ETUDE CLINIQUE RANDOMISÉE D'UN MÉLANGE NUTRITIONNEL EN VUE DE LA PRÉVENTION DU DÉCLIN COGNITIF CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

J. SCHMITT(1), S. GUYONNET(2), C. BOSCHAT(1), P. PAYOUX(2), P.J. OUSSET(2), B. SILBER(1), J. HUDRY(1), S. ANDRIEU(2), B. VELLAS(2)

(1) NESTLÉ; (2) CHU-Toulouse, FRANCE

Compte tenu de l'origine multifactorielle du déclin cognitif survenant avec l'âge, Nestlé a développé un mélange nutritionnel spécifique visant à cibler et potentiellement diminuer les facteurs de risque associés à la survenue du déclin cognitif avec l'âge et au risque de développer une maladie d'Alzheimer. Le principal objectif de l'étude est de déterminer si la prise sur le long terme (4 ans) de ce mélange nutritionnel est associée à une diminution du déclin cognitif chez des personnes âgées (70 ans et +) non démentes présentant une plainte de la mémoire subjective dans le cadre d'un essai clinique randomisé contrôlé. Au total, 2 080 participants seront inclus et bénéficieront d'évaluations cognitives, de questionnaires d'évaluation de leur qualité de vie, et de dosages de biomarqueurs plasmatiques. Des examens d'imagerie (IRM, TEP) seront proposés à un sous-échantillon de 1000 participants.