

COMMUNICATIONS ORALES

EVOLUTION DES MAIA

J.-P. FLOUZAT

Gériatre, conseiller médical, Direction de l'Autonomie, Agence régionale de santé Ile de France, FRANCE

L'innovation du plan Alzheimer 2008-2012 a été de promouvoir non plus la coordination des acteurs mais leur intégration. Ainsi, le développement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA) a visé dans un premier temps à simplifier la vie quotidienne des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. L'objectif est de parvenir à mettre fin aux difficultés rencontrées par les malades et leurs familles face à une multitude de dispositifs présents sur les territoires mais insuffisamment articulés entre eux, trop cloisonnés, et n'aboutissant pas à une prise en charge satisfaisante. Sur son territoire, la MAIA organise un réel travail en commun de tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur la base de partenariats. Sans créer de nouvelle structure, la MAIA permet ainsi aux professionnels d'avoir une action pertinente, efficace et adaptée sur la base d'une évaluation partagée des besoins de la personne. La mise en œuvre de la MAIA est réalisée par un pilote. Pour les situations complexes, les MAIA disposent de professionnels aguerris, les « gestionnaires de cas », qui sont les interlocuteurs uniques, responsables du suivi sur le long terme de la coordination des différents intervenants. Le gestionnaire de cas est le correspondant unique du médecin traitant. Dans un premier temps, la MAIA a concerné seulement les malades d'Alzheimer. Elle s'adresse désormais à toutes les personnes âgées de plus de 60 ans ainsi qu'aux malades Alzheimer de moins de 60 ans. En Ile de France, le territoire est entièrement couvert avec 31 MAIA. Les MAIA sont devenues les territoires de référence du parcours de santé et de vie des personnes âgées et elles ont favorisé le décloisonnement des secteurs social, médico-social et sanitaire. Même si des freins subsistent, le concept d'intégration progresse. Ainsi, les lois de 2015 et de 2016 sur l'adaptation de la société au vieillissement et la modernisation de notre système de santé ont permis une avancée significative en permettant notamment l'échange de données de santé entre professionnels et en choisissant un outil unique d'évaluation multidimensionnelle, le RAI-HC (Resident Assessment Instrument-Home Care). La notion d'intégration a été reprise dans le champ du handicap (rapport de M. Denis Piveteau « Zéro sans solution », 2014) et 4 MAIA « autisme » ont été créées en Ile de France. Cependant, bien que, d'une façon générale, les médecins généralistes libéraux sont restés éloignés des MAIA, ils sont très intéressés pour faire appel aux gestionnaires de cas dans les situations complexes qu'ils peuvent rencontrer. La création récente des plateformes territoriales d'appui créées pour apporter un appui aux professionnels de santé, en priorité aux médecins traitants, pour l'organisation des parcours complexes, quel que soit l'âge et la pathologie du patient, devrait permettre de répondre à une attente. Ce nouveau dispositif est une opportunité. Il devrait permettre d'unifier tous les dispositifs de coordination qui répondent chacun à des besoins spécifiques et souvent complémentaires et de mettre en place une gouvernance équilibrée – sans multiplier les instances - dans des lieux de préférence regroupés favorisant ainsi une harmonisation et une mutualisation s'appuyant sur l'expérience et le savoir-faire de la méthode MAIA dans le champ des personnes âgées pour l'ouverture à d'autres publics. Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques rend nécessaire la poursuite du travail d'intégration lancé depuis 2010 à travers les MAIA. L'Agence régionale de santé Ile de France y contribue en lien avec tous les acteurs et les représentants des usagers pour améliorer la fluidité du parcours de santé des franciliens.

ANTICIPER LA PERTE D'AUTONOMIE ET LA PERTE DE POIDS

S. GUYONNET(1,2,3), G. SORIANO(1,3)

(1) INSERM UMR 1027, Toulouse, FRANCE; (2) Université Toulouse III, Toulouse, FRANCE; (3) Gérontopôle/ Service de Médecine Interne et Gériatrie Clinique, Cité de La Santé, CHU Toulouse, FRANCE

La prise en charge du patient atteint de maladie d'Alzheimer est complexe. L'évolution de la maladie ne se résume pas qu'à une perte de la mémoire ; elle retentit sur l'état somatique et l'autonomie du patient mais aussi sur l'état de santé de l'aidant informel. La finalité de la prise en charge est d'améliorer la qualité de vie du patient et de maintenir ses performances fonctionnelles en agissant sur la cognition, l'humeur, le comportement et l'état somatique. La nature de cette prise en charge dépend du stade de la maladie et varie avec le temps. Elle doit s'adresser au patient dans sa globalité tout en tenant compte de son entourage social et familial. Le suivi des fonctions cognitive est une étape importante mais il ne faut pas négliger les complications non cognitives de la maladie qui peuvent précipiter l'évolution. Parmi celles-ci, nous retrouvons la perte de poids et la survenue de troubles du comportement alimentaire. L'altération des fonctions cognitives est un facteur de risque de l'apparition d'incapacités pour les activités de base de la vie quotidienne. L'évaluation régulière de la dépendance (échelles ADL, IADL) permettra de déterminer les capacités préservées de l'individu dans la réalisation des activités de base et élaborées de la vie quotidienne et d'ajuster le plan de soin et d'aide. En cas d'une aggravation de la dépendance, il est important de rechercher de manière systématique une cause favorisante en éliminant une origine somatique autre que la maladie d'Alzheimer (infectieuse, sensorielle, rhumatologique, iatrogène...). Le statut nutritionnel ainsi que le poids doivent également être régulièrement évalués afin de dépister le plus précocement possible les personnes à risque d'altération nutritionnelle et d'éviter notamment les complications liées à la survenue d'une perte de poids (dénutrition avec déficit immunitaire, fonte de la masse musculaire, troubles de la marche, chutes, ...). Le poids doit être mesuré tous les mois (courbe de poids). Le Mini Nutritional Assessment

(MNA) est par ailleurs un outil qui permettra d'identifier des facteurs associés à la diminution des apports et de guider la prise en charge de manière personnalisée (par exemple, voir si l'ordonnance peut être allégée en fonction de la prise quotidienne de médicaments, prévoir un portage des repas à domicile et/ou les services d'une aide-ménagère, faire boire régulièrement dans la journée, enrichir les préparations). La perte d'autonomie alimentaire (préparation des aliments, choix des aliments, courses alimentaires) doit être évaluée afin de mettre en place les aides nécessaires. Au cours de l'évaluation nutritionnelle, il faudra également rechercher la présence de troubles bucco-dentaires, ou encore de troubles du comportement alimentaire (échelle de Blandford). Des solutions adaptées pourront alors être proposées en fonction des troubles du comportement alimentaire observés. La stabilisation du poids est un facteur pronostic de la maladie. Une mauvaise alimentation, des carences nutritionnelles, entretiennent ou accélèrent la dégradation des fonctions cognitives, et retentiront ainsi indirectement sur la qualité de vie, l'autonomie, et l'évolution de la maladie.

LA BANQUE NATIONALE ALZHEIMER (BNA), UN OUTIL POUR LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES DÉMENCES EN FRANCE ?

L. CARCAILLON-BENTATA(1)*, A. THURET(1), K. TIFRATÈNE(2), P. ROBERT(2), N. BELTZER(1)

(1) Santé publique France, Saint-Maurice, FRANCE; (2) CMRR et CoBTeK lab Université Côte d'Azur, Nice, FRANCE

But: Compte tenu de l'augmentation attendue du nombre de malades d'Alzheimer ou autre démence (MAAD) en France, la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique opérationnel est indispensable. En complémentarité des données de cohortes et des bases médico-administratives, la Banque Nationale Alzheimer (BNA) qui collecte de manière systématique les données des patients consultant un centre mémoire (CM) ou un centre de mémoire de ressources et de recherche (CMRR), présente un potentiel intéressant pour le suivi des MAAD. **Méthodes:** Nous avons analysé les forces et les faiblesses de la BNA pour la production de données pertinentes de surveillance de la MAAD. Nous avons analysé la qualité des données recueillies entre janvier 2010 et décembre 2014 puis évalué la possibilité de construire des indicateurs de fréquence et de pronostic de la maladie. **Résultats:** Si en théorie la BNA inclut tous les patients consultant un CM/CMRR, il n'a toutefois pas été possible de vérifier l'exhaustivité des cas présents (environ 560 000) dans la base. De plus, nous avons identifiés certains défauts dans le circuit des données ainsi que dans la qualité de celles-ci (valeurs manquantes, incohérences, erreurs de codage,...). S'ajoute à ces manques, l'absence d'information concernant la représentativité des patients consultant les CM/CMRR par rapport à la population générale et l'absence de suivi longitudinal pour tous les patients. Tous ces éléments constituent un frein à l'utilisation de la BNA, en sa forme actuelle, pour la production d'indicateurs de surveillance de la MAAD. Néanmoins, le nombre important de cas de MAAD identifiés à l'aide d'une définition de qualité et homogénéisée entre les centres et l'identification fine des différents sous-types de démence, rarement étudiés dans les cohortes, sont des arguments majeurs pour entreprendre son amélioration. **Discussion:** Plusieurs actions doivent être menées pour pouvoir envisager l'intégration de la BNA dans le système de surveillance des MAAD : 1- Evaluer la représentativité des cas de la BNA par rapport à ceux de la population générale ; 2- Assurer la remontée exhaustive des informations pour tous les patients consultant un CM/CMRR ; 3- Améliorer la qualité des données recueillies ; 4- Chainer la BNA aux bases médico-administratives pour permettre le suivi longitudinal de cas validés de démence. Ces points fondamentaux sont discutés dans le cadre de la mesure 16 « Pérenniser et améliorer la BNA » du plan gouvernemental « Maladies neurodégénératives 2014-2019 », auquel participe Santé publique France. Des actions sont d'ores et déjà engagées par la fédération des CM/CMRR en lien avec les équipes techniques de la BNA pour améliorer cette base de données.

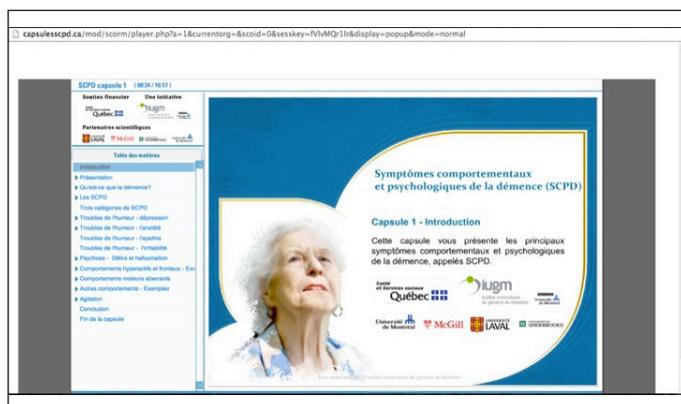
ÉVALUATION ET NOUVELLES CAPSULES DU PROGRAMME DE FORMATION EN E-LEARNING SUR LES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD) DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

M-A. BRUNEAU*, C. MÉNARD

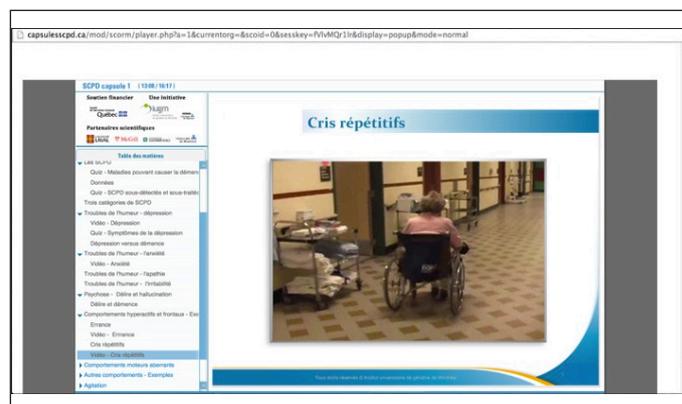
Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Montréal, CANADA

But: 80 à 97% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présenteront à un moment de leur maladie des SCPD. Les auteurs du rapport Alzheimer québécois déplorait l'absence ou la faiblesse de la formation offerte en ce qui a trait aux SCPD, ce qui conduit à une prise en charge sous-optimale de la problématique. Afin de répondre à ce besoin de formation, grâce au soutien du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'équipe SCPD de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), en collaboration avec des partenaires universitaires, a mis sur pied un programme de formation en e-learning dans le but d'améliorer les soins offerts aux personnes âgées avec SCPD, tout en contribuant au développement des connaissances, des compétences et des attitudes des intervenants. Le programme propose, à l'aide de capsules web interactives, des stratégies d'évaluation, de prévention et d'intervention efficaces et réalistes dans le contexte de travail des intervenants. Nous présentons ici les résultats de l'évaluation du programme ainsi que 4 nouvelles capsules qui seront en ligne en 2018. **Méthodes:** Un sondage d'évaluation a été effectué à partir de la cohorte inscrite à la formation en ligne à partir de juin 2016, à savoir 1 260 personnes qui proviennent de différentes régions du Québec et de l'Europe. De ceux-ci, 21% ont répondu au sondage. **Résultats:** 93% des 269 répondants sont des femmes et 46% ont moins de 50 ans. Plus de la moitié (52%) des répondants comptent plus de 15 ans de pratique clinique. Les infirmières et infirmières auxiliaires constituent 50% de la cohorte, mais différentes professions sont représentées. Les répondants travaillent à 46% en ressources d'hébergement et 19% dans les services externes ou à domicile. Les résultats montrent que la formation en e-learning a eu un impact positif sur leur pratique (88%). Les répondants notent avoir une meilleure compréhension des SCPD (94%), une amélioration de leurs connaissances (94%)

et de leur sentiment de compétence (91%). La majorité des intervenants prévoit mettre en place des moyens pour réduire l'usage de contentions dans leur milieu (60%) introduire des stratégies d'interventions non pharmacologiques (75%), utiliser les outils et questionnaires recommandés (65%), mettre en place des actions pour adapter l'environnement (64%) et éviter le recours aux urgences (54%). Une majorité (59%) prévoit aussi mettre en place des interventions pour augmenter la formation SCPD dans leur milieu. Selon les répondants, l'environnement numérique est facile à utiliser (86%) et les différentes fonctions sont bien intégrées (85%). La formation en e-learning visait bien les objectifs annoncés (97%), a répondu à leurs attentes (92%) et les informations sont claires (97%).



Interface web



Interface web 2

LE PÔLE D'ACTIVITÉ ET DE SOINS ADAPTÉS : UN AVENIR POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EN ÉTABLISSEMENT GÉRIATRIQUE

J. FOUILLOT*, H. BESSELIÈVRE

Hôpital Saint Nicolas, Angers, FRANCE

But: L'objectif est de montrer l'intérêt d'un PASA comme facteur d'innovation et de qualité de vie pour les résidents Alzheimer en EHPAD. Il s'agit d'un PASA, labélisé depuis janvier 2016, de 14 places avec une file active de 42 résidents, implanté à l'hôpital Saint Nicolas à Angers (établissement gériatrique de 410 places). L'accompagnement au sein de ce PASA se fonde sur 2 piliers : des activités thérapeutiques adaptées avec des médiations ciblées qui utilisent le lien social comme vecteur et une communication adaptée aux possibilités de chacun. Un objectif personnalisé est établi pour chaque personne. **Méthodes:** Dans l'année 2016, une évaluation de l'activité du PASA a été menée, avec 3636 évaluations individuelles. L'accompagnement était évalué par les agents du PASA, pour chaque résident lors de chaque atelier. Les critères évalués étaient : la présence et l'investissement (cotés 0-aucun, 1 : faible, 2 : modéré, 3 : important.), l'appréciation de l'activité (1- a apprécié l'activité, 2 : difficilement évaluable, 3 : n'a pas apprécié l'activité.) et le comportement (de 0 à 10 : 0 correspond à un comportement adapté, en cas de trouble du comportement, il est coté entre 1 et 10 selon le type de trouble.) A ces évaluations étaient associées des données comparatives des traitements psychotropes, avant et pendant la durée de l'accompagnement. Des informations qualitatives ont été recueillies auprès des résidents, des soignants et des aidants familiaux (extraits vidéo). **Résultats:** L'étude objective : Une diminution des troubles du comportement avec un retentissement dans les services : 95,5% des évaluations retracent un comportement adapté lors des activités proposées. Pour 41% des résidents, on constate une diminution ou un arrêt des traitements psychotropes. Le type de troubles du comportement a été analysé ainsi que les activités les plus efficaces. Tous les critères d'évaluations détaillées dans la méthode ont fait l'objet d'un traitement statistique et de graphiques. L'effet de l'accompagnement thérapeutique a montré son efficacité sur la lutte contre la dénutrition ainsi que son intérêt sur un plan plus global. Les données qualitatives des aidants familiaux : l'accueil de certains aidants familiaux au sein du PASA avec leur proche et les temps conviviaux partagés contribuent à un répit et une meilleure qualité de vie. Les témoignages des résidents et des soignants montrent un mieux-être général. **Discussion:** Le biais de cette étude réside dans la méthodologie de la cotation qui est dépendante de la perception subjective des agents du PASA. Des difficultés de financement subsistent: la qualité implique une coordination compétente et dédiée au PASA qui n'est pas financée. Désormais, les nouveaux PASA ne seront pas financés avec des financements dédiés, ce qui rend les nouvelles ouvertures difficiles. Les liens entre les services d'hébergement et le PASA restent à travailler et est le point le plus sensible de ce dispositif. Une réflexion est en cours sur la fréquence optimale d'accueil pour chaque résident. Le PASA est un dispositif adapté aux besoins de l'accompagnement des résidents Alzheimer: il représente une offre de soin inédite. Il est un compromis qui permet de maintenir une qualité de vie pour des résidents avec des troubles du comportement modérés, qui peuvent poursuivre leur vie dans leur service et ainsi éviter une rupture supplémentaire, tout en bénéficiant d'un accompagnement ajusté.

PRISE EN SOINS SPÉCIFIQUES DES PATIENTS ALZHEIMER JEUNES EN HÔPITAL DE JOUR SSR

F. DELPHIN-COMBE*, M-H. COSTE, R. BACHELET, K. D'EYSSAUTIER, C. GENTIL, A-C. NIER, P. KROLAK-SALMON
Hôpital des Charpennes, Institut du Vieillissement, CMRR de Lyon, Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne, FRANCE

But: La prise en soins en hôpital de jour des patients Alzheimer gériatriques ne paraît pas convenir aux besoins spécifiques des patients Alzheimer jeunes. En effet, les particularités de ces malades nécessitent une prise en soins

adaptée à leur contexte familial (aidant en activité, enfants jeunes), à leur présentation cognitive souvent atypique, aux conséquences psychologiques lourdes de la maladie (perte d'autonomie inacceptable, annonce diagnostique brutale, inentendable, car assimilée à la vieillesse), et aux démarches sociales particulières. Afin de répondre à ces enjeux, un groupe dédié à la prise en soins des malades Alzheimer jeunes (groupe MAJ) a été créé au sein de l'hôpital de jour de l'hôpital des Charpennes (Institut du Vieillissement, Hospices Civils de Lyon). **Méthodes:** Le groupe MAJ accueille 4 à 6 patients âgés de moins de 70 ans, présentant une maladie d'Alzheimer possible ou probable à un stade de Trouble Neuro-Cognitif Léger (TNCL) ou Majeur (TNCM) et vivant à domicile. La session de réadaptation comporte 20 demi-journées à raison de deux demi-journées par semaine. Chaque semaine, le groupe bénéficie d'un atelier de stimulation cognitive animé par un psychologue-neuropsychologue proposant des exercices individualisés en fonction des difficultés du patient et présentés sur des tablettes tactiles, d'un atelier de musicothérapie animé par une orthophoniste-musicothérapeute utilisant la musique comme vecteur d'expression individuelle et de communication interpersonnelle, un atelier d'expression animé par une psychologue afin d'aider les patients à mettre en mots leurs ressentis, faciliter l'élaboration autour des conséquences de la maladie et soutenir leur estime de soi ainsi qu'un atelier de relaxation/méditation animé par une psychologue-neuropsychologue visant une diminution du niveau d'anxiété et de stress. Un rendez-vous médical est organisé au début et à la fin de chaque session. Plusieurs rendez-vous avec une assistante sociale du service, formée à la problématique du handicap, sont programmés pour chaque patient afin de mettre en place un projet de vie adapté à chacun. **Résultats:** Un premier groupe MAJ a eu lieu entre novembre 2016 et mars 2017 (1 femme, 3 hommes, âgés de 52 à 69 ans, 2 patients avec un TNCL et 2 présentant un TNCM). Malgré des difficultés cognitives très différentes au sein du groupe, une très bonne dynamique groupale a été observée. Le choix d'un groupe de petite taille a permis un accompagnement cognitif et social individualisé. Le choix d'un groupe dédié aux patients jeunes a permis de travailler sur des problématiques plus spécifiques. Lors des ateliers d'expression, l'utilisation de média plus adapté à l'âge des patients comme les tablettes tactiles ainsi qu'une facilitation de l'adhésion aux techniques de relaxation, de méditation de pleine conscience et de musicothérapie ont permis d'observer une diminution de l'anxiété exprimée. **Discussion:** Une prise en soins spécifique en hôpital de jour des patients Alzheimer jeunes est nécessaire. La première expérience de ce groupe MAJ a permis de mettre en évidence un travail groupal possible et enrichissant malgré les différences cognitives, des problématiques relativement similaires dans le groupe d'âge des moins de 70 ans et la nécessité première de la prise en soins psychologique et sociale de ces patients. Plusieurs sessions sont d'ores et déjà prévues en 2017 afin de répondre à la demande des patients et des familles de la région lyonnaise.

ÉVALUATION DE L'ATELIER DE MUSICOTHÉRAPIE EN UCC EN UTILISANT LE NPIR ET L'ÉCHELLE D'ENGAGEMENT DE MEMORAH PARK

C. BIZET, E. TAGNON, S. THOMAS
Chu Montpellier, Montpellier, FRANCE

But: La musicothérapie est une thérapie non médicamenteuse qui stimule les capacités motrices, sensorielles et cognitives des patients. C'est un médium très utilisé par les soignants de l'UCC de Montpellier sous diverses formes, en groupe, en individuel, de façon réceptive ou active. Nous accueillons régulièrement des stagiaires musicothérapeute et une musicothérapeute bénévole réalise un atelier de groupe hebdomadaire dans l'unité. Elle l'anime avec un soignant de l'unité, le plus souvent l'Assistante de Soins en gériatrie; il commence et se termine par une phase réceptive, la phase active au centre de l'atelier comprend des chants et l'utilisation d'instruments. Nous constatons régulièrement les bénéfices de cette prise en charge sur les troubles du comportement productif, le bien être des patients exprimé pendant les séances; beaucoup de patients participent à cet atelier. Nous avons donc souhaité évaluer par des échelles l'atelier de musicothérapie pour confirmer la baisse des troubles du comportement après l'atelier, montrer l'engagement des personnes pendant l'activité et l'intérêt d'une musicothérapeute en UCC. **Méthodes:** Nous avons évalué les ateliers de musicothérapie de janvier à mai 2017; l'assistante de soins en gériatrie a rempli le NPIR avant l'atelier et après le goûter pour chaque patient qui était présent; avec la musicothérapeute, elles ont renseigné l'échelle d'engagement de Memorah Park. **Résultats:** Nous avons étudié 13 séances comprenant de 4 à 8 patients (l'unité compte 10 patients) d'une durée de 40 à 60 minutes chacune. 75 patients au total ont participé aux séances (de une et 8 séances par personne), soit 27 patients (moyenne d'âge 83 ans, ADL moyen 2,7/6, 12 patients avaient un MMS $\leq 10/30$, 9 compris entre 10 et 20 et 6 > 20/30). Le score moyen de gravité du NPIR avant l'atelier est de 6,17/33 (l'item trouble du sommeil étant non applicable) et 2,4/33 après, Le score moyen pour le retentissement est de 7,05 avant l'atelier à 1,9 après. Seulement 3 patients sur 76 (4%) ont vu leur score de gravité augmenter après l'atelier et pour 2 d'entre eux le score de retentissement également. En ce qui concerne l'échelle d'engagement de Memorah Park, 97% personnes (73) ont participé à l'activité (activement ou passivement); 7% (5) n'ont pas du tout commenté l'activité; 100% (75) ont écouté, regardé l'activité au moins la moitié du temps; 16% (12) ont essayé de faire autre chose plus de la moitié du temps; 7% (5) ont dormi plus de la moitié du temps; 96% (72) ont ressenti du plaisir au moins la moitié du temps durant l'observation. **Discussion:** Nous avons utilisé l'échelle d'engagement Memorah Park- Version courte 2. Camp, Judge et Orsulic-Jeras ont créé cette échelle en 2000 pour évaluer les programmes Montessori adaptés à la personne âgée dément; c'est un outil d'observation qui permet de mesurer, durant les activités, l'engagement des patients. Nos résultats confirment un engagement important des patients durant l'atelier de musicothérapie et pour quasiment tous les patients; on peut conclure à une activité adaptée. Beaucoup de patients participent à cet atelier (en moyenne 6 patients par séance pour notre unité de 10 patients), il dure longtemps en moyenne 50 minutes. Les scores du NPIR avant et près l'activité diminuent fortement. Nos résultats nous conforte dans nos prises en charge non médicamenteuses et notamment la musique. La musicothérapeute a donc toute sa place dans notre UCC.

« AIDANT EN EHPAD : QUELLE EST MA PLACE ? » PROGRAMME DESTINÉ AUX AIDANTS D'UN PROCHE EN INSTITUTION - BILAN APRÈS 18 MOIS DE FONCTIONNEMENT

C. BAYLE(1)*, S. DAMNÉE(1), E. MASANET(2), J. PIOT(2), H. KERHERVE(2), R. LASSERRE(3), J-M. NGUYEN(4), C. MONNET(2), A- S. RIGAUD(1)

(1) Hôpital Broca, Paris, FRANCE; (2) EA 4468, Living Lab LUSAGE, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Paris, FRANCE; (3) Acppa, EHPAD Péan, Paris, FRANCE; (4) Association monsieur Vincent, EHPAD Antoine Portail, Paris, FRANCE

But: L'Equipe Mobile Gériatrique Externe (EMGE) de l'hôpital Broca intervient en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) depuis 2008. L'EMGE, appelée pour les résidents, rencontre la souffrance des familles qui ont beaucoup de difficultés à comprendre ce nouvel environnement. Leur rôle est complètement bouleversé. Ils se culpabilisent et ressentent un sentiment d'échec. Ils sont confrontés à la pathologie des autres résidents. La conception de ce programme est issue de leur réflexion et expérience autour des aidants et de l'institution. Il est destiné aux proches aidants d'un résident d'EHPAD atteint pour la grande majorité de maladie d'Alzheimer. Mise en place du parcours «Aidant en EHPAD» et mesurer son impact sur les aidants. **Méthodes:** La construction de ce programme a été possible grâce à plusieurs focus group (un avec des professionnels d'EHPAD, trois avec des familles dont le proche est en institution). Conçu autour d'un parcours composé de 7 ateliers de 2 heures, il s'articule autour de 5 thèmes : l'organisation de l'EHPAD tant sur le plan des soins qu'administratif ; les maladies d'Alzheimer et maladies Apparentées ; l'alimentation ; la fin de vie abordée autour de la loi Léonetti et des directives anticipées ; les enjeux psychologiques de l'aidant lorsque son proche entre en institution. Le parcours est proposé à un groupe de 8 à 12 aidants provenant de différentes EHPAD de Paris. Il a lieu dans un EHPAD qui s'est proposé d'accueillir le parcours. Il permet aux aidants de cheminer psychologiquement grâce à la dimension de groupe de parole, aux informations délivrées par des professionnels des EHPAD (psychologue, infirmière, directeur) et des professionnels de l'EMGE (gériatre, psychologue, orthophoniste). Une évaluation de chaque aidant avant et après le parcours permet de voir l'impact de ce programme sur l'anxiété, la dépression, la charge de l'aidant, les stratégies de gestion de la situation, et la satisfaction. **Résultats:** Sept parcours ont été réalisés en 18 mois concernant 60 aidants. Plus de 15 professionnels ont participé à l'animation et au développement de ce parcours. 18 Ehpads ont participé au projet en mettant à disposition une salle, un professionnel, en adressant les familles de leurs résidents. L'analyse des évaluations est en cours et sera finalisée en Juillet 2017 mais montre déjà une grande satisfaction et un apaisement des aidants. Plusieurs sites en France souhaitent développer ce programme répondant ainsi à un besoin. **Discussion:** Ce programme permet de leur reconnaître le rôle d'aidant au sein de l'institution, de leur offrir un espace de cheminement et faire évoluer leur regard sur la maladie et sur la relation d'aide. Il les aide à redéfinir leur rôle et trouver leur place au sein de l'institution.

ÉPILEPSIE MYOCLONIQUE SÉNILE AU COURS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

A. KADI*, D. MORCAMP, M. BERARD, V. TANTARDINI, M. TOUFLET

Hôpital de Oissel -CHU de Rouen, Rouen, FRANCE

But: Décrite initialement par GENTON et PAGLIA (Epilepsie 1994;1:5-11) chez des patients atteints de trisomie 21 et souffrant d'un trouble neurocognitif type maladie d'Alzheimer, l'épilepsie myoclonique sénile (EMS) peut aussi s'observer chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer (MA) sans Trisomie 21. **Méthodes:** Nous avons rapporté en 2011 aux 14èmes Journées Françaises de l'Epilepsie à BORDEAUX, 5 observations d'EMS dont 4 patients atteints de Trisomie 21 et souffrant d'une MA, et un patient non trisomique, atteint d'une maladie d'Alzheimer. Depuis, nous avons recensé plusieurs cas d'EMS chez des patients atteints de MA et non trisomiques, confirmant la fréquence de cette association tant dans la trisomie 21 que dans la maladie d'Alzheimer. **Résultats:** La survenue des myclonies était connue dans la maladie d'Alzheimer, pouvant conduire à envisager un diagnostic différentiel avec la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Mais l'existence de décharges paroxystiques typiques à l'EEG type poly pointes-ondes, la survenue éventuelle de crises généralisées tonico-cloniques et l'absence d'autre étiologie, conduisent à envisager un lien direct entre myoclonies et maladie d'Alzheimer. **Discussion:** Plusieurs questions importantes peuvent être soulevées à partir de ces observations : Faut-il traiter avec un antiépileptique les patients présentant des myoclonies isolées ? A quel moment faut-il introduire le traitement antiépileptique ? L'observation dramatique de crises généralisées subintrantes menaçant le pronostic vital dans une de nos observations, chez un patient trisomique présentant initialement des myoclonies isolées depuis plusieurs mois, incite à traiter précocement les myoclonies. En outre, les myoclonies peuvent devenir invalidantes du fait de leur fréquence, la gêne engendrée lors de l'alimentation et les chutes induites. Concernant le choix thérapeutique, le Valproate peut être mal toléré chez les patients âgés présentant un trouble neuro-cognitif, tant sur le plan de la vigilance que sur le plan cognitif, la Lamotrigine pourrait constituer une alternative.

LA MUSICOTHÉRAPIE ET LA BIOGRAPHIE MUSICALE « MA VIE EN MÉLODIES », UNE STIMULATION DE LA MÉMOIRE ET LA PRISE EN CHARGE DES PROCHEs

Q. GONTRAN

Cognacq-Jay, La Garenne Colombes, FRANCE

But: Au sein de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Cognacq-Jay (Paris), un projet de musicothérapie a été mis en place par la musicothérapeute Quy Gontran. Le projet s'intitule « Ma vie en Mélodies ». Il s'agit de créer une biographie musicale (histoire sonore du patient) ensuite matérialisée par un Cd remis au patient lui-même et à sa famille. Pour le patient, elle est possibilité de stimuler la mémoire. Le lien entre histoire de vie et histoire musicale est pertinent car

il permet une remémoration moins frontale voire moins brutale que la biographie thérapeutique. Suite à un premier temps de verbalisation, l'écoute du Cd pendant la deuxième séance donne lieu à d'autres réminiscences. Le patient est alors stimulé et replongé dans un temps en sommeil. L'écoute du Cd pendant les temps de repos est un lien affectif qui apaise les souffrances. Il en est de même pendant les temps de toilettes, elles détournent l'attention des soins qui sont parfois vécus comme intrusifs. **Méthodes:** Cette compilation musicale personnalisée utilisée pendant les toilettes, les moments de détente, la levée du corps ou encore les rites funéraires peut faire l'objet de conversation avec les proches, invités à participer dans certains cas à la constitution du Cd. Le rôle du musicothérapeute dans l'accompagnement thérapeutique en fin de vie passe par la prise en charge des proches et de la famille. Il se doit de faire le lien entre les différents membres du dispositif. La biographie musicale peut permettre de mutualiser les souvenirs et de se remémorer les temps forts partagés ensemble. Mais, elle peut également ouvrir le dialogue sur la préparation des rites funéraires et l'évocation de la mort en soins palliatifs. Le cadre thérapeutique doit être assez flexible pour accueillir ces variations du dispositif. Il s'agit de briser un sujet tabou : l'évocation de la mort et l'inhumation, faire une compilation de souvenirs heureux autant qu'une compilation musicale. **Résultats:** Le projet a gagné les Trophées de l'Innovation 2016 de la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne). L'équipe médicale, soignante et les patients et les proches ont loué les bienfaits de la démarche. Depuis Novembre 2016, les études de cas révèlent une majorité très large de souvenirs joyeux associés à la musique dans le projet comme les premiers morceaux joués par les musiciens, les premières berceuses, les concerts en famille, les flirts adolescents, etc. **Discussion:** En guise de discussion, il est possible de réfléchir aux conditions matérielles et ce qu'elles impliquent dans les services. Au sein de l'hôpital Cognacq-Jay, la mise en place de lecteurs de Cds dans chaque chambre a été évoquée. Toutefois, suite à une décision collégiale entre les médecins et la musicothérapeute, il a été décidé de conserver l'écoute via des lecteurs Cds. L'intrusion du sonore dans les chambres et un envahissement possible de la musique par les proches a été fortement discuté. Il s'agit de réguler les temps de musique et de silence afin de préserver la sérénité et le repos des patients.

LES STRATÉGIES DE RECRUTEMENT DANS LES ESSAIS DE PRÉVENTION DES TROUBLES DE LA MÉMOIRE ET DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

S. GUYONNET(1,2,3)

1. INSERM UMR 1027, Toulouse, France; 2. Université Toulouse III, Toulouse, France; 3. Gérontopôle/ Service de Médecine Interne et Gérontologie Clinique, Cité de La Santé, CHU Toulouse, France

La survenue d'une démence aux âges avancés pourrait être la conséquence de l'exposition cumulée à différents facteurs de risque tout au long de la vie. La recherche des facteurs de risque modifiables est un des enjeux majeurs de la recherche épidémiologique étiologique de la maladie d'Alzheimer (MA). Elle est actuellement dominée par des travaux de recherche sur les facteurs liés au mode de vie et sur les facteurs de risque vasculaires. Plusieurs études épidémiologiques ont montré que l'alimentation (consommation régulière de poissons, de légumes verts et de fruits), l'exercice physique, l'exercice cognitif et le maintien des activités sociales, jouaient un rôle significatif dans le maintien des facultés intellectuelles supérieures. L'identification de tels facteurs ouvre des perspectives pour la prévention. Les études récentes suggèrent par ailleurs qu'une intervention précoce et une prévention avant l'apparition des symptômes peuvent être une manière efficace de s'attaquer à la MA. Certaines modifications du cerveau peuvent être détectées des décennies avant l'apparition des symptômes de la MA. Les avancées sur les biomarqueurs tels que le PET amyloïde réalisées ces dernières années ont permis d'élargir la recherche sur la MA, ciblant les individus asymptomatiques à haut risque de MA dans les essais de prévention interventionnels. Ces essais intègrent désormais régulièrement des biomarqueurs (imagerie TEP amyloïde, liquide céphalorachidien, génotypage de l'apolipoprotéine E (APOE)) qui permettent d'évaluer les participants à un stade préclinique qui « tireraient » le plus de bénéfice d'un traitement préventif. L'un de nos enjeux actuels est donc de « modifier » notre cible de recrutement actuel dans les essais thérapeutiques (population clinique présentant un MCI ou une démence associée à la MA) et d'évoluer vers le recrutement d'individus cognitivement normaux à haut risque en population. Dans ce contexte, nous devons accroître la sensibilisation du public afin d'engager, éduquer et identifier les personnes potentiellement à haut risque pour la participation aux essais de prévention de la MA. Nous devons également innover dans les stratégies de recrutement. L'objectif de notre présentation est de faire le point des stratégies de recrutement utilisées dans les essais de prévention à partir d'exemples d'essais en cours et de discuter les obstacles auxquels nous pouvons être confrontés. Nous présenterons en particulier les données de l'étude MAPT et de l'étude NOLAN. L'étude MAPT (Multidomain Alzheimer Preventive Trial) a testé l'efficacité d'un programme d'intervention « multidomaine » associant des recommandations nutritionnelles, des exercices cognitifs, des exercices physiques, le dépistage des troubles sensoriels et la prise en charge des maladies cardiovasculaires, dans la prévention de la perte de certaines fonctions cognitives. Le programme d'intervention était testé « seul » ou en association avec une supplémentation en acides gras oméga-3. L'étude NOLAN a pour objectif d'évaluer l'effet préventif d'un complément nutritionnel spécifique sur le vieillissement du cerveau. Cette étude est actuellement en cours de recrutement.

VERS UNE STRATÉGIE NATIONALE DE DIAGNOSTIC DES TROUBLES COGNITIFS APPROCHE COMMUNE DU COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET DES SPÉCIALISTES DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

P. KROLAK-SALMON(1)*, L. LETRILLIART(2), M. CECCALDI(3), S. ANDRIEU(4), O. GUÉRIN(5), B. BROCHET(6), P. VANDEL(7), C. JEANDEL(8), A. LEPERRE-DESPLANQUES(9), M. CLANET(3), P-L. DRUAIS(10)

(1) Fédération des CMRR, Lyon, FRANCE; (2) Université Claubernard Lyon 1, Lyon, FRANCE; (3) Fédération des CMRR, Marseille, FRANCE; (4) SFGG, Toulouse, FRANCE; (5) SFGG, Nice, FRANCE; (6) Fédération Française de Neurologie, Bordeaux, FRANCE; (7) Société de Psychogériatrie de langue Française, Besançon, FRANCE; (8) Collège Professionnel des Gériatres Français, Montpellier, FRANCE; (9) CHU de Lyon, Lyon-Villeurbanne, FRANCE; (10) Collège de Médecine Générale, Paris, FRANCE

But: Les troubles neurocognitifs conduisant vers un déficit cognitif, fonctionnel et comportemental sont repérés tardivement et sous-diagnostiqués dans les pays occidentaux. **Méthodes:** Or de nombreuses mesures s'inscrivant dans une démarche d'accompagnement et de prévention secondaire et tertiaire visent à préserver une qualité de vie honorable, prévenir les complications et crises comportementales en anticipant les stades avancés des maladies. Le diagnostic de certaines pathologies doit en outre conduire vers des soins spécifiques et une information sur la recherche. **Résultats:** Pour la première fois, les représentants du Collège de Médecine Générale, de la Fédération des Centres Mémoire Ressources Recherche, de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, de la Fédération Française de Neurologie, de la Société de Psychogériatrie de Langue Française et la gouvernance du Plan « Maladies Neuro-Dégénératives » proposent une stratégie graduée et personnalisée de diagnostic des troubles neurocognitifs impliquant la médecine générale et les spécialistes des troubles cognitifs. **Discussion:** Cette stratégie émane d'un travail s'inscrivant dans le cadre de la mesure 1 du plan « Maladies Neuro-Dégénératives » et de la nouvelle action conjointe européenne «Act on dementia», puis d'un séminaire tenu au Collège de Médecine Générale conduit en mars 2017.

EFFET CONJUGUÉ DE L'ACTION ET DE L'ÉMOTION SUR LA MÉMOIRE À LONG TERME DANS LE VIEILLISSEMENT NORMAL ET LA MALADIE D'ALZHEIMER

C. BORG(1), H. CHAINAY(2), J-C. GETENET(1), M. GODEAU(1)

(1) CHU Hôpital Nord, Saint-Priest-en-Jarez, FRANCE; (2) Université Lyon 2, Laboratoire EMC (EA 3082), Bron, FRANCE

But: L'enactment effect, aussi nommé l'effet de la réalisation de l'action, se traduit par un meilleur rappel des actions réalisées comparativement à celle lues au moment de l'encodage. Il a été observé que cet effet permettait d'améliorer les performances mnésiques de personnes âgées en bonne santé. Des recherches menées sur les liens entre la mémoire et les émotions ont relevé un biais de positivité chez les personnes âgées : elles rappellent davantage d'items émotionnellement positifs que d'items neutres ou négatifs. Le but de notre étude se porte sur l'effet conjugué de ces effets sur les performances mnésiques de personnes âgées ainsi que de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA). **Méthodes:** L'étude menée par Förster et Strack (1996) a relevé un meilleur rappel d'items émotionnels quand les participants ont eu à réaliser une action congruente à cette valence émotionnelle lors de l'encodage. Nos groupes de participants étaient constitués de 17 personnes âgées et de 21 patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les stimuli étaient constitués de 60 dessins représentant un même personnage réalisant différentes actions, ces actions étant dotées d'une valence émotionnelle soit positive, soit négative, soit neutre. Pour l'expérience, l'encodage était intentionnel et ces 60 dessins ont été distribués en 4 listes, 2 ont servi à l'encodage, 2 autres ont été conservées pour une tâche de reconnaissance. Les 2 conditions d'encodage ont été contrebalancées d'un participant à un autre : les participants devaient soit réaliser les actions qu'ils voyaient représentées soit les dénommer. Après un premier encodage, les participants rappelaient le maximum d'actions possible, puis le second encodage avait lieu et se terminait à son tour par un rappel libre. Suite à une tâche distractive, les participants devaient reconnaître les 30 dessins d'actions qu'ils avaient encodés parmi les 60 dessins. **Résultats:** Nos résultats indiquent un effet significatif de la modalité d'encodage : les participants ont rappelé davantage d'actions lorsqu'ils ont eu à réaliser l'action que lorsqu'ils l'ont simplement dénommée. De même, un effet significatif de la valence des actions a été relevé ainsi qu'une interaction entre la valence des actions et le groupe. Les personnes âgées ont rappelé davantage d'actions neutres et négatives que d'actions positives. Le groupe atteint de la maladie d'Alzheimer, quant à lui, a rappelé davantage d'actions négatives. La tâche de reconnaissance n'a permis d'observer qu'un effet de groupe, le groupe témoin ayant eu des performances plafonds. **Discussion:** Notre étude a ainsi permis d'observer un effet de la réalisation de l'action permettant aux personnes âgées en bonne santé ainsi que celles atteintes de la Maladie d'Alzheimer d'améliorer leurs performances de rappel. De plus, les actions dotées de valence négative ont été davantage rappelées et ce, pour nos 2 groupes, ce qui va à l'encontre du biais de positivité habituellement observé chez les personnes âgées. Une des explications qui peut être apportée est que la réalisation d'un acte négatif consiste à agir à l'encontre des normes de la société, ce qui renforce l'encodage de ces actions. Il serait intéressant de s'inspirer de cette étude afin de proposer des méthodes de rééducation ou des moyens de compensation s'appuyant sur ces effets, pour permettre aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de préserver au mieux leur autonomie.

UNE RÉORGANISATION DU QUOTIDIEN DES RÉSIDENTS ALZHEIMER EN SECTEUR PROTÉGÉ D'EHPAD

V. BEAUMIER*

Résidence du Petit Bois, Pradines, FRANCE

But: Depuis deux ans, nous avons mis en place dans notre secteur protégé, une organisation permettant aux soignants de prendre en charge les résidents avec moins de contraintes liées au fonctionnement de l'Ehpad. Nous parvenons à

concilier le paradoxe des protocoles et obligations de la vie en collectivité avec des prises en charge souples. **Méthodes:** Toutes les actions doivent être choisies et réfléchies pour être au plus proche de ce que l'on aurait fait si on était



Une «nouvelle passion»

«chez soi». Par exemple, les soignants mangent avec les résidents. Les repas sont le plus souvent possible préparés ensemble avec des spécialités culinaires locales (un tourain, une mique) et l'aide de la cuisinière. La soupe est faite «maison». Les goûters sont festifs, les familles sont présentes, participent ou sont invitées. Nous avons une cuisine et un lave vaisselle ce qui permet de manger plus tard ou plus longtemps sans gêner les horaires de la cuisine. La décoration des espaces a évolué. Nous n'avons plus de lino au sol mais avons choisi un simili parquet plus chaleureux. Les appliques lumineuses tamisent la lumière, les objets du quotidien sont d'époque, cosy et familiers. Les sorties se font dans la même logique: au marché pour les légumes de la soupe, au café, à la ferme et aux soldes!! **Résultats:**

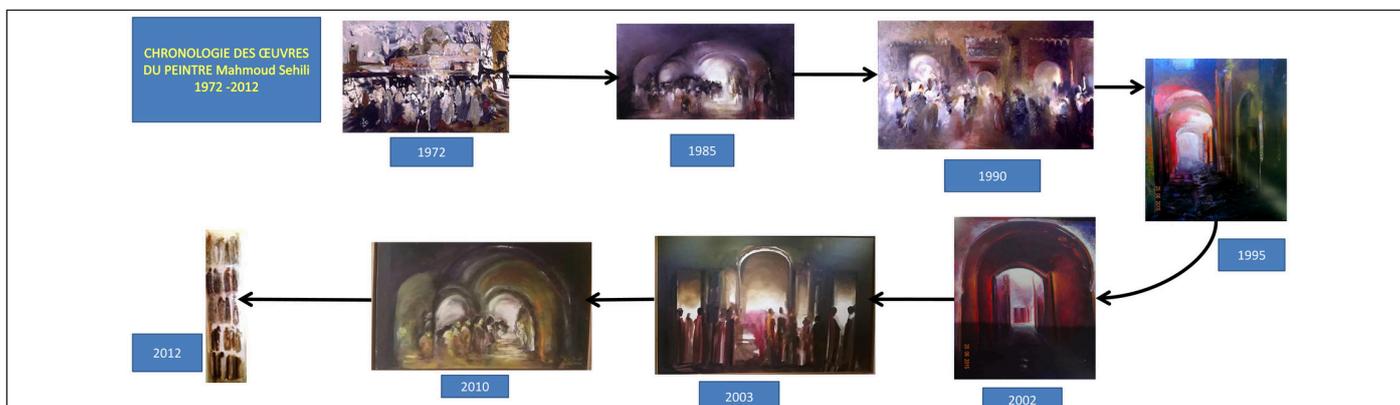
Parmi nos résultats, certains étaient attendus: une sérénité vespérale, un rythme nyctéméral retrouvé, le plaisir d'humer, de déguster, de partager. Certains résidents ont retrouvé un statut, d'autres ont simplement retrouvé le sourire. Des résidents se sont «réveillés» au sens propre. Ils retrouvent une envie. **Discussion:** Un résultat semble à approfondir. Nos résidents se passionnent pour des choses qui n'étaient pas (voire pas du tout) leur intérêt. Nous recueillons comme il se doit l'histoire, les événements de vie, les goûts de la personne mais il s'avère que le tableau change du tout au tout...au grand «dam» des proches...Nous avons donc convenu de ne plus nous focaliser sur ces connaissances qui peuvent «parasiter» et nous induire «en erreur» mais sur cette question: «Quelle est la nouvelle vie pour cette personne?»

LES COULEURS : UN MOYEN DE REPÈRE SPATIAL POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

G. KHADHAR*

Santé public, sidi bou said, TUNISIE

But: La maladie d'Alzheimer provoque une déficience visuelle (pas en affectant l'œil, mais le cerveau). Les patients ont des difficultés à percevoir ce qu'ils voient en termes de mouvement, de profondeur de vision des couleurs. Mahmoud Sehili (1931-2015) est un peintre Tunisien dont la maladie fut diagnostiquée à l'âge de 71 ans. Il se montrait passionné par la Médina -Tunis qu'il peignit plusieurs fois dans sa vie, un recueil chronologique de ses œuvres nous permet de suivre l'évolution de son art en même temps que celle de sa maladie. **Méthodes:** La première œuvre réalisée en 1972 est riche en couleurs complexes, les personnages sont présents et en mouvements dans une ambiance festive. En 2002: Les erreurs de perspective apparaissent, les personnages ont disparu, des traits de peinture sont rigides dans un espace qui se referme, les couleurs s'assombrissent. A un stade avancé de la maladie le dessin ressemble un peu à de l'art « naïf » : Des figures fixes répétitives sombres et irréalistes prendront place. Les dernières œuvres réalisées en 2012 ne représentent que des traits de peinture s'ombres parallèles. **Résultats:** Le mouvement, la perspective, les couleurs ne sont plus perçus comme les sujets âgés normaux. On remarque une perte dans le bleu -violet, faisant bleus, bleus -verts et bleus -violets se ressemblent. La couleur rouge se démarque le plus. le mouvement fluide est perçus dans le monde comme une série d'images fixes :l'akinetopsie ce qui provoque la désorientation des patients, même dans un cadre familial. La perception de la profondeur n'est plus respectée les objets en trois dimensions apparaissent plat comme des dessins. Cela peut rendre les ombres comme des trous, ce qui provoque angoisse et confusion. L'étude des couleurs, des symboles, peuvent être une aide au repérage spatial chez les patients désorientés en utilisant des couleurs adaptées à leurs atteintes neurologique afin d'attirer l'attention des patients vers des points stratégiques ou, au contraire, essayer de les détourner de certains endroits au sein de leurs environnement. **Discussion:** La couleur peut représenter une aide, un moyen de facilitation pour une meilleure orientation et guidance visuelle chez les patients désorientés. Elles pourraient être proposées à une population témoin afin d'observer si les résultats obtenus concordent ou non, et si les couleurs peuvent être un réel moyen d'indice chez ces patients pour une meilleure autonomie dans leurs vie quotidienne.



Chronologie de l'artiste (1972-2012)

LES ASSISTANTES DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE: ENQUÊTE SUR LES APPORTS DE LA FORMATION EN HAUTE-NORMANDIE

M. BERARD(1)*, M-E. DUVAL-ARNOUD(2), V. GUERIN(2), A. KADI(1), M. TOUFLET(1)

(1) *Chu de Rouen, Rouen, FRANCE*; (2) *IRFSS Normandie, Bois-Guillaume, FRANCE*

But: La mesure 20 du plan Alzheimer 2008-2012 intitulée « un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer » a permis de créer la formation d'Assistante de Soins en Gérontologie (ASG). Cette formation de 140 heures s'adresse principalement aux Aides-Soignantes (As) et aux Auxiliaires Médico-Psychologiques (AMP), travaillant au domicile (Services de Soins Infirmiers à Domicile, Equipes Spécialisées Alzheimer...) ou en institution (Hôpital, EHPAD, unités d'hébergement spécialisées...) et leur permet, en suivant un référentiel de compétences, d'acquérir de nombreuses connaissances et d'individualiser les soins prodigués au quotidien aux personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée. Ainsi, elles peuvent mieux appréhender la maladie, comprendre les symptômes, identifier les capacités restantes pour mieux les mobiliser, communiquer plus facilement avec le patient mais aussi accompagner sa famille et diffuser leurs savoirs au sein de l'équipe pluriprofessionnelle dans laquelle elles évoluent. **Méthodes:** Depuis 2009, l'Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale (Croix-Rouge) de Normandie de Seine-Maritime a formé plus de 400 professionnels. Nous avons souhaité étudier cette population pour identifier le public concerné, savoir quels bénéfices les professionnels en ont tiré, comment ils appliquent les acquis de leur formation au quotidien, déterminer les freins à l'application de leurs compétences et également les questionner sur une éventuelle formation complémentaire. Nous allons envoyer un questionnaire cet été à tous ces professionnels pour les interroger sur les différents thèmes sus-cités et nous proposons de vous en rapporter les réponses après les avoir analysées. **Résultats:** Ces professionnels étant peu souvent interrogés sur leur exercice, nous espérons un nombre de retours suffisant pour nous permettre de vous présenter des résultats représentatifs de leurs fonctions et des apports de la formation suivie. **Discussion:** Maillons indispensables dans la prise en soins des malades Alzheimer ou apparentés, les ASG exercent à différents niveaux de la prise en soins des malades Alzheimer ou apparentés, mais toujours au plus près, pour les accompagner au mieux ainsi que leurs familles. Ils sont des interlocuteurs privilégiés grâce à leurs connaissances et compétences au sein des équipes pluriprofessionnelles. Il est donc important de connaître les apports de leur formation, de déterminer ce qu'ils ont appris et compris et d'identifier d'éventuelles formations complémentaires pour qu'ils poursuivent l'amélioration de leurs pratiques.

CO-CONCEPTION D'UNE INTERVENTION NON-MÉDICAMENTEUSE INNOVANTE À L'AIDE DU ROBOT PARO POUR PRÉVENIR LA DOULEUR AIGUË CHEZ DES PATIENTS PRÉSENTANT DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS

M. DEMANGE*, M. PINO, H. KERHERVÉ, A-S. RIGAUD, I. CANTEGREIL-KALLEN

EA 4468 Université Paris Descartes, Paris, FRANCE

But: Nous La douleur concerne 43 à 89 % des personnes âgées en institution. Les professionnels de santé manquent actuellement d'outils pour prendre en charge la douleur aiguë qui apparaît notamment lors des soins chez les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs. La présente étude a pour but de déterminer la faisabilité d'une intervention innovante visant à utiliser le robot social Paro pour la prise en charge de la douleur induite par les soins. Nous émettons l'hypothèse qu'une utilisation individuelle d'un outil de médiation tel que le robot Paro permettrait une activité susceptible d'apporter de la détente au patient, une distraction vis-à-vis de la situation aversive de soin, et de prévenir ainsi les manifestations de douleur dans cette population. **Méthodes:** Une étude de faisabilité a été mise en place dans 4 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Premièrement, une méthodologie mixte combinant une approche quantitative (enquête par questionnaire) et qualitative (focus groups) a été utilisée afin d'intégrer les perspectives de 51 professionnels de santé dans la définition d'un cadre d'utilisation du robot Paro dans des situations de soins. Deuxièmement, la faisabilité a été explorée en validant la procédure établie dans la phase précédente auprès de patients présentant des troubles neurocognitifs majeurs. **Résultats:** Quatre principaux thèmes sont ressortis de l'analyse : (1) l'existence de situations de soins quotidiens qui induisent de la douleur (e.g. toilettes, habillages, transferts / mobilisations) et qui sont actuellement considérés comme inefficacement pris en charge par les soignants, (2) l'importance de la mise en place d'une méthodologie d'évaluation de la douleur systématique et appropriée pour cette population (e.g. hétéro-évaluation avant et après le soin), (3) les besoins de formation des professionnels à l'utilisation du robot (e.g. plus de 50% des soignants ont une demande pressante d'obtenir une formation quant à la manière de présenter et d'utiliser le robot auprès des patients) et, (4) une bonne utilité perçue de l'intervention à médiation robotique pour la prise en charge de la douleur dans le contexte de troubles neurocognitifs majeurs. Enfin, la phase de faisabilité suggère que le cadre d'intervention prédéfini était applicable et acceptable pour la majorité des professionnels et des patients. **Discussion:** Cette étude a permis de co-concevoir une intervention non-médicamenteuse innovante pouvant répondre au mieux aux besoins des patients et des soignants. Ainsi, un cadre pour l'intervention à médiation robotique a pu être défini de manière consensuelle. La compréhension des besoins, des opinions et des obstacles perçus des professionnels a été nécessaire afin de s'assurer du bon déroulement de l'étude clinique, randomisée et contrôlée qui débutera en septembre 2017.

LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE À L'UCC DE DINAN

C. DUHAMEL, E. LERICHE

Centre Hospitalier « René Pléven », Dinan, FRANCE

But: Depuis que l'UCC de Dinan a été créée en décembre 2010, l'accompagnement des personnes accueillies a indéniablement évolué avec l'exigence de toujours se centrer sur la « personne aidée » en lui proposant des alternatives non médicamenteuses pouvant contribuer à un mieux être et à une limitation des troubles du comportement. C'est ainsi que notre réflexion a progressivement évolué vers des méthodes alternatives d'accompagnement via diverses formations (toucher massage, ASG...). Elle a amené 4 d'entre nous à s'inclure dans la formation d'hypnose médicale. Le but étant clairement de rechercher tout d'abord une action anxiolytique mais pas seulement. L'idée est également de permettre de limiter l'appréhension, la douleur lors de certains soins ou en préparation à un examen pouvant générer une angoisse certaine. **Méthodes:** La formation permet d'acquérir un panel d'outils utilisables et adaptables dans différentes situations. Ces outils peuvent permettre d'accompagner la personne vers une transe totale mais peuvent aussi être utilisés en hypnose conversationnelle; ce qui à ce jour est le plus adapté semble t'il à l'UCC puisque les patients éprouvent des difficultés à lâcher prise. **Résultats:** Cette formation permet clairement de questionner les pratiques, l'approche à la personne et recentre notre mode relationnel sur une communication uniquement positive. Il est à ce jour un peu prématuré de retirer des résultats chiffrés de cette pratique. Cependant, cette approche novatrice, de plus en plus utilisée dans de nombreux secteurs de soins, a permis à certains de nos patients de diminuer leur niveau d'anxiété et permet la réalisation de soins en limitant le retour aux psychotropes. **Discussion:** Depuis quelques années, de nombreux professionnels s'ouvrent à des approches moins traditionnelles afin d'élargir les possibilités d'accompagnement des patients. C'est ainsi que l'hypnose s'inscrit désormais régulièrement dans nos pratiques. Nos prises en soins gagneront en efficacité si les équipes se forment à des approches alternatives non médicamenteuses multiples et complémentaires pour le confort et le bien être des patients.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ATTEINT DE MALADIE D'ALZHEIMER OU D'UNE AFFECTION APPARENTÉES : EXPÉRIENCE DU CMRR LIMOGES

L. CARTZ PIVER(1), B. CALVET(2), C. DIEBOLT(1), M. CHOULY(1), C. POLIN(1), P. COURATIER(1), J.P. CLEMENT(2)

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

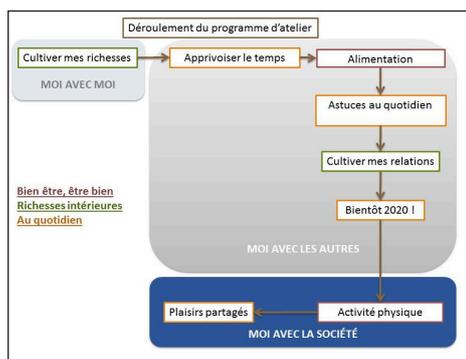
But: Depuis 2011, le CMRR Limoges propose des programmes ETP aux patients atteints de maladie d'Alzheimer à début précoce et aux maladies démentielles rares. D'après cette expérience, nous proposons de décrire le déroulé de l'ETP dédié à la maladie d'Alzheimer et les affections apparentées, identifier les besoins exprimés par les malades et les comparer à ceux de leurs proches aidants et évaluer l'impact de l'ETP sur la malade et sur les aidants proches. **Méthodes:** Depuis 2011, 87 participants (43 patients et 44 proches aidants) ont bénéficié d'un programme ETP dédié à leur maladie : maladie Alzheimer à début précoce MAJ ou aphasie primaire progressive APP ou démence frontotemporale DFT. Les besoins des malades et de leurs proches aidants sont identifiés lors d'entretiens individuels qui servent à déterminer les objectifs éducatifs. Des échelles de dépression et de fardeau sont remplies avant et après. D'autres échelles portant sur la connaissance de la maladie et l'existence de pensées dysfonctionnelles ont été utilisées. **Résultats:** Les besoins les plus cités par les malades étaient de comprendre la maladie et de maintenir les relations avec leurs proches. Bien que les aidants soient aussi demandeurs de comprendre la maladie, leurs principales demandes concernent l'adaptation à la maladie et le maintien des relations avec leur proche. A la fin du programme, malades et aidants rapportent une meilleure connaissance de la maladie. Les échanges avec d'autres malades et aidants sont très appréciés. Les aidants progressent sur les objectifs initiaux et expriment aussi un meilleur repérage des dispositifs d'aide. Les échelles de dépression et de fardeau ne montrent pas de modification significative. L'état clinique des malades s'aggrave notablement pendant la durée de l'ETP. **Discussion:** Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient ETP vise à aider les personnes à acquérir les compétences pour gérer leur vie avec une maladie chronique. Le plan maladies neurodégénératives recommande l'ETP dans la maladie d'Alzheimer et les affections apparentées. L'ETP dédiée à la maladie d'Alzheimer et les affections apparentées est destinée aux malades et leur aidant proche. Ce programme permet d'améliorer le vécu de la maladie par les malades et les aidants. L'ETP n'agit pas sur le sentiment de fardeau ou la dépression, qui sont très intriqués à l'évolution de la maladie.

CONCEPTION D'UN PROGRAMME ETP DESTINÉ UNIQUEMENT AUX PATIENTS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER À UN STADE PRODROMAL

J. BELLET(1), P. CASSAGNAUD(1), I. CAPEL(1), M. BOURGOIN(1), N. BERTIN(1), A. BRABANT(2), A. COLLOT(3), B. DALLE(4), C. FLAHAUW(1), N. FRANCK(1), L. LAURIER-GRIMONPREZ(1), J. LESUEUR(1), J. MOLLARD-PALACIOS(5), E. WAWRZICZNY(6), M. EL HAJ(6), C. KORDEK(3), F. LEBERT(1), P. ANTOINE(6), F. PASQUIER(1)
(1) CHRU Lille, Lille, FRANCE; (2) Groupe Associatif Siel Bleu, Lille, FRANCE; (3) Association France Alzheimer Nord, Douai, FRANCE; (4) Institut Pasteur de Lille, Lille, FRANCE; (5) Association France Alzheimer, Paris, FRANCE; (6) Université Lille 3, Lille, FRANCE

But: Dans le parcours de soins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, malgré la nature des troubles qui pourraient limiter à première vue une approche éducative, nous avons élaboré au CMRR de Lille le premier programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) destiné uniquement aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade prodromal. Ce programme s'intègre dans la mesure 5 du Plan Maladies NeuroDégénératives et répond aux critères

de l'ETP selon les recommandations de HAS de 2011. La finalité de ce programme vise à maintenir leur autonomie dans la prise de décisions, dans la gestion de leur quotidien pour participer au maintien d'une meilleure qualité de vie. Afin



Déroulé des ateliers

de garantir la place centrale du patient dans cette démarche, nous ne convions pas leurs aidants qui peuvent déjà bénéficier de divers accompagnements. Ce programme a été soumis à l'ARS Hauts de France en juin 2017. **Méthodes:** Pour concevoir ce programme, nous avons réalisé 8 entretiens (1 en présentiel, 7 téléphoniques) de patients sélectionnés par les médecins du CMRR comme candidats potentiels en évaluant leurs préoccupations. Il s'agissait de 5 femmes et 3 hommes âgés de 54 à 83 ans. L'entretien a porté sur des thématiques de vie quotidienne (déplacements, mémoire, finances, cadre de vie, entourage, vie sentimentale, autonomie, activités professionnelles, de loisirs, domestiques, avenir, nouvelles technologies, vécu de la maladie) et de santé (thymie, douleurs, état général, autres maladies, capacités sensorielles, mobilité, équilibre et sommeil). Ces entretiens ont fait émerger trois principales attentes: le bien-être physique, psychologique et les astuces au quotidien pour faire face aux troubles liés à la maladie. Des groupes de travail ont été créés associant différentes structures partenaires telles que l'Institut Pasteur de Lille, l'Association France Alzheimer, le Groupe Associatif Siel Bleu et le CHRU de Lille. Ils regroupaient des gériatres, neuropsychologues, psychologues cliniciennes, diététicienne, professeur d'Activité Physique Adapté et Attachée de Recherche Clinique pour créer le déroulé du programme. **Résultats:** La démarche ETP est classique (bilan éducatif partagé, proposition d'ateliers, évaluation per et post programme). Le programme s'adresse à 8 patients auxquels nous proposons la participation à 8 ateliers sur une base hebdomadaire hors vacances scolaires. Nous avons retenu comme thèmes de travail l'estime personnelle, la maîtrise du temps, une cuisine simple et équilibrée, proposition d'astuces au quotidien, maintien ou reprise d'activité physique et de loisirs et l'apport des nouvelles technologies dans le quotidien. Le premier groupe de patient, pilote, commence en octobre 2017 pour une durée de programme de 2 mois. **Discussion:** Nous souhaitons vous faire part de la mise en place de ce projet dans le parcours de soin des patients et vous transmettre les premières données. Compte-tenu du caractère innovant de ce programme des réajustements seront probablement nécessaires à l'issue de cette première session.

LES RISQUES POUR LE RETOUR À DOMICILE À LA SUITE D'UN CONGÉ DE L'HÔPITAL : PERCEPTION DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER, DE LEUR PROCHE-AIDANT ET DE LEURS ERGOTHÉRAPEUTES

V. PROVENCHER(1)*, C. VISCOGLIOSI(1), I. CARPENTIER(2), L. GAGNON(1)

(1) Centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke, CANADA; (2) CHU de Québec, Québec, CANADA

But: Au terme de l'hospitalisation d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (MA), les intervenants se questionnent souvent sur les risques que comporte son retour à domicile. Pour contribuer à l'orientation de la personne, les ergothérapeutes sont appelés à évaluer ses capacités en prenant en compte son environnement physique et social. Par contre, les résultats de l'évaluation ne fournissent pas toujours un portrait clair permettant de faire des recommandations adaptées aux risques spécifiques de la personne. Le but de cette étude est de mieux comprendre dans quelle mesure les risques identifiés et l'assistance recommandée par les ergothérapeutes avant et après le congé hospitalier correspondent aux risques et aux besoins d'assistance à domicile identifiés par la personne ayant la MA et son proche-aidant principal. **Méthodes:** Cette étude de cas multiples multicentrique utilise un devis qualitatif. Douze quatuors composés d'une personne atteinte de la MA (ou une maladie apparentée) au stade léger, son principal proche-aidant, l'ergothérapeute l'ayant évaluée à l'hôpital et l'ergothérapeute l'ayant évaluée à domicile sont rencontrés pour des entretiens semi-structurés d'environ 60 minutes. La personne atteinte de la MA est rencontrée juste avant son congé de l'hôpital, puis 6 semaines et 4 mois suivant son retour à domicile. L'ergothérapeute de l'hôpital est rencontré juste avant le congé et l'ergothérapeute du soutien à domicile 6 semaines suivant le retour à domicile. **Résultats:** Quatre quatuors ont été rencontrés à ce jour. L'âge des personnes atteintes de la MA (ou maladies apparentées) varie entre 81 et 86 ans pour une moyenne de 84 ans. Il s'agit de trois femmes et un homme récemment diagnostiqués. Les proches aidants (une conjointe, deux fils et un membre du personnel de la résidence pour aînés) vivaient (n=2) ou non (n=2) avec la personne à risque. Outre les risques très connus touchant notamment les chutes, l'errance, les incendies et la médication, d'autres risques tel que l'isolement sont identifiés. Des perceptions différentes des risques, de leur gravité, de leur fréquence, de leur niveau d'acceptabilité, des besoins d'assistance ainsi que des avantages et inconvénients potentiels de ceux-ci sont identifiés en fonction du type de répondant, des activités réalisées par celui-ci et d'éléments de son contexte de vie. De plus, la perception du processus optimal d'évaluation varie également en fonction de ces mêmes paramètres. Enfin, bien que les personnes atteintes de la MA perçoivent peu de risques pour eux-mêmes, lorsqu'on les questionne sur les risques en référant à une personne ayant pourtant des déficits cognitifs semblables aux leurs, ils peuvent en expliquer les raisons, hiérarchiser la gravité des risques potentiels et faire des recommandations pertinentes. **Discussion:** La compréhension des différences de perception entre les personnes impliquées contribuera au développement d'un guide d'aide à la décision clinique visant à soutenir les intervenants dans le processus d'évaluation des risques auxquels sont exposées les personnes âgées atteintes de la MA à domicile. Ce guide permettra d'obtenir un portrait le plus représentatif possible des risques encourus à domicile au congé de l'hôpital et tiendra compte des différences en termes d'acceptabilité des risques. Enfin, il permettra de présenter les recommandations en intégrant les avantages et inconvénients perçus de l'assistance pouvant être offerte.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE RANDOMISÉE NOLAN: UNE APPROCHE OPTIMISÉE POUR DÉMONTRER L'EFFICACITÉ D'UN MÉLANGE NUTRITIONNEL SPÉCIFIQUE SUR LE VIEILLISSEMENT COGNITIF ET POUR ACCROÎTRE LES CONNAISSANCES DES MÉCANISMES ASSOCIÉS

J. HUDRY(1)*, C. BOSCHAT(1), S. GUYONNET(2), S. ANDRIEU(2), B. VELLAS(2), J. SCHMITT(1)

(1) Nestlé Research Centre, Lausanne 26, SUISSE; (2) CHU Toulouse, Toulouse, FRANCE

But: Les facteurs nutritionnels suscitent un intérêt grandissant dans la prévention du déclin cognitif chez les personnes âgées et de la compréhension des mécanismes associés. Ces derniers apparaissent comme des facteurs de risque modifiables du vieillissement cognitif sur la base de données in-vitro, précliniques et épidémiologiques. Le rôle de l'alimentation dans la prévention du déclin cognitif n'est cependant pas aisément confirmé par les essais cliniques randomisés. La diversité des résultats peut en partie s'expliquer par des limitations méthodologiques (ex. sensibilité de la population et/ou de la mesure primaire, durée de l'intervention) ainsi que par l'insuffisance des interventions ciblant principalement un facteur de risque unique (ex. vitamine B liées à l'homocystéine, acides gras polyinsaturés oméga 3 et neuro-inflammation). L'étude NOLAN a pour objectif de démontrer l'efficacité d'un composé nutritionnel spécifique 'multi-cible' du déclin cognitif chez des sujets âgés (70+) non-déments présentant des troubles subjectifs de la mémoire. **Méthodes:** En considération de l'étiologie complexe du vieillissement cognitif, le composé nutritionnel a été élaboré pour cibler de multiples mécanismes associés au vieillissement cognitif. Il contient un mélange de vitamines B, acides gras polyinsaturés oméga 3, antioxydants, vitamine D, choline et citrulline. L'étude NOLAN est randomisée, contrôlée (placebo), multicentrique et double-aveugle d'une durée de 4 ans. Elle comporte un grand nombre d'évaluations cliniques et biologiques à l'inclusion puis à 1, 6, 12, 24, 36 et 48 mois. L'effet de l'intervention sur le déclin cognitif sera évalué par le changement d'un score composite d'évaluations cognitives - le MAPT Preclinical Alzheimer Cognitive Composite (MAPT-PACC) - obtenu entre l'inclusion et le mois 48. La taille de la population, 2080 participants, a été établie afin d'accorder la puissance statistique suffisante pour 3 mesures co-primaires: l'effet de l'intervention sur le déclin cognitif de la population globale ainsi que dans 2 sous-groupes de participants vulnérables définis a priori sur la base de leur statut nutritionnel et cognitif. Les mesures secondaires incluent des évaluations neuropsychologiques, de la qualité de vie, de la fonction physique et ainsi que de dosage plasmatique de nutriments du composé et autres biomarqueurs. Une sous-population (N=1000) bénéficie d'examens d'imagerie cérébrale afin d'évaluer l'impact de l'intervention sur la connectivité cérébrale, l'atrophie cérébrale, l'intégrité de la matière blanche et le flux sanguin cérébral. **Résultats:** L'étude NOLAN est actuellement en phase de recrutement. **Discussion:** L'étude représente à ce jour la plus vaste étude visant à démontrer l'effet à long-terme de la consommation d'un composé nutritionnel spécifique sur le maintien de la fonction cognitive chez les personnes âgées. Une telle démonstration aura un impact significatif sur la compréhension du rôle de la nutrition dans la prévention du vieillissement cognitif. L'étude va de plus générer une multitude de données qui permettra de mieux comprendre les déterminants et la biologie du vieillissement cognitif. Il s'agit par exemple de l'identification de facteurs modulant la fréquence et l'amplitude du déclin cognitif, de connaissances approfondies sur les mécanismes du déclin neurobiologique, ainsi que du développement de nouvelles méthodes prédictives pour diagnostiquer et examiner des populations à risque.

ANALYSE DESCRIPTIVE DES PROFILS ET CONTEXTES DE PRATIQUE DES MÉDECINS TRAVAILLANT EN CONSULTATION MÉMOIRE EN FRANCE

A. CHARTIER(1), A. TOURRE(2), C. ALLIX-BEGUEC(3), B. GIUSIANO(4), M. CECCALDI(4)*

(1) Centre Hospitalier de Rochefort, Rochefort, FRANCE; (2) Centre Hospitalier de Toulon, Toulon, FRANCE; (3) Groupe Hospitalier de La Rochelle - Ré - Aunis, La Rochelle, FRANCE; (4) APHM AMU, Marseille, FRANCE

But: Il s'agit d'une enquête destinée à caractériser le profil et le contexte des pratiques des médecins travaillant en consultation mémoire en France. **Méthodes:** 306 questionnaires en ligne, renseignés par des praticiens issus de consultations mémoire (CM) hospitalières et libérales réparties sur l'ensemble du territoire français, ont été analysés. **Résultats:** L'âge médian des praticiens ayant répondu au questionnaire est de 50 ans (28-70 ans). La majorité d'entre eux sont des femmes (60,1%). Plus des 2/3 des praticiens répondants sont des gériatres (71,4%), les neurologues représentant 24,3% de l'effectif et les psychiatres seulement 3%. La très grande majorité des praticiens (90,8%) travaillent en milieu hospitalier et 46,2% d'entre eux déclarent participer personnellement à des travaux de recherche. Les effectifs des consultations dans lesquelles travaillent ces praticiens sont de plus d'un Equivalent Temps Plein (ETP) médical dans seulement 39,7 % des cas. Seulement 39,4 % des consultations concernées compte plus d'un ETP de neuropsychologue et la majorité d'entre elles (65,4%) dispose au plus de 0,7 ETP de secrétariat. Concernant leur pratique, on relève que 85,7% d'entre eux consacrent plus de 40 mn à la consultation initiale et 67,6% y consacrent plus de 50 mn. La quasi-totalité des spécialistes de CM (98,7%) adressent un courrier au médecin traitant, transmis pour plus des 2/3 d'entre eux (71,8%) dans les 8 jours suivant la consultation. La grande majorité des praticiens déclarent avoir accès à un Hôpital de Jour (81%) et la quasi-totalité (96,1%) dispose de la possibilité d'accéder à une analyse des biomarqueurs du LCR pour leurs patients. La majorité (76,8%) déclarent disposer de temps d'échanges avec les autres intervenants de la CM. 59,7 % d'entre eux participent à des formations de personnels impliqués dans la prise en charge des malades. **Discussion:** Cette enquête confirme le profil majoritaire des praticiens de CM : femme, gériatre, exerçant en milieu hospitalier. Elle confirme également que les CM sont majoritairement constituées d'équipes de petite taille, mais les résultats indiquent que les praticiens s'efforcent d'assurer un service de qualité, tant en terme de durée des consultations, que de communications avec les autres intervenants et le médecin traitant. Enfin, il est intéressant de noter que la plupart des CM disposent d'un accès à un Hôpital de Jour et à un plateau technique de haut niveau, intégrant la possibilité de procéder à une

analyse des biomarqueurs du LCR. Ces résultats témoignent d'une certaine homogénéité des environnements et des pratiques des praticiens médicaux de consultation mémoire et doivent être discutés dans la perspective de l'évolution épidémiologique future de la MA dans les années à venir et de l'importance croissante que prendra la mise en œuvre des programmes de prévention primaire et secondaire dans le domaine des troubles neuro-cognitifs.

LES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES ALZHEIMER: DISPOSITIFS DE COORDINATION INTÉGRÉS?

D. LOWINSKI LETINOIS*

ADIAM / UPMC, Libourne, FRANCE

But: Neuf ans après le début du « Plan Alzheimer 2008-2012 », le parcours de santé pensé pour les personnes atteintes de MAMA, dont les différents dispositifs se sont superposés aux dispositifs préexistants, révèle une fragmentation de la prise en charge, tant pour l'accessibilité aux soins et aux aides, que pour le fonctionnement des structures et des services, selon un récent rapport de la CNSA. C'est dans ce contexte qu'évoluent aujourd'hui les ESA, dispositif de soins écologique pluridisciplinaire et médico-social pour le maintien à domicile des personnes souffrant de stades légers à modérés de MAMA. Alors qu'il existe une grande hétérogénéité de fonctionnement de ces équipes et que la littérature reste balbutiante à leur sujet, aucune étude ne s'était encore intéressée à l'évaluation de l'efficacité de leurs dimensions de coordination et d'intégration. Par ses missions de soins de réhabilitation et de mise en place de « relais » médico-sociaux, sociaux ou culturels des soins, l'ESA peut-elle être un dispositif de coordination intégré ? L'objet de l'étude présentée porte sur l'évaluation de l'efficacité des séances dédiées à la mise en place des relais, dans le programme de réhabilitation dispensé par les ESA parisiennes de l'association ADIAM. **Méthodes:** La méthode de l'étude repose sur le traitement statistique des données de notre file active 2016 et l'analyse de questionnaires remis aux partenaires prescripteurs et « relais ». Le critère d'évaluation principal repose sur la pérennité des interventions des structures relais au moins trois mois après la fin de l'intervention de l'ESA, définie par leur maintien, trois mois au moins après la fin de soins. 4 critères d'inclusion des patients sont retenus : appartenance à la file active 2016 de l'ESA ADIAM, début de l'intervention en 2016, MMS supérieur ou égal à 18 et au moins une séance du programme dédiée à l'accompagnement physique vers un service d'aide à domicile ou un centre d'accueil de jour. **Résultats:** Trente-sept patients sont inclus dans l'étude. Les résultats et analyses de l'étude attestent d'un important taux de maintien des dispositifs relais, soit 59,4% de l'échantillon étudié. L'analyse des questionnaires révèle un important taux de participation des partenaires (64% des prescripteurs sollicités et 62,8% des dispositifs relais), ainsi qu'une grande satisfaction de ces derniers quant à la pertinence des informations transmises par l'ESA et des actions menées pour fluidifier le parcours de soins. Autant d'arguments qui présentent l'ESA comme une force potentielle pour favoriser l'intégration des dispositifs de l'accompagnement des personnes atteintes de MAMA. **Discussion:** L'étude pourrait être réalisée à une échelle plus vaste, pour compléter les recherches en cours sur l'efficacité des ESA et vérifier la corrélation éventuelle entre niveau d'intégration de l'ESA sur son territoire et maintien de l'indépendance au domicile de la personne malade après la réalisation du programme. Cette étude pourrait être multicentrique et envisagée dans les conditions réelles d'exercice de différentes ESA. La participation à cette étude d'une pluralité de professionnels, à la fois chercheurs, cliniciens d'ESA et décideurs serait intéressante pour établir un protocole de recherche qui puisse intégrer le plus possible, toute la complexité systémique du fonctionnement des ESA.

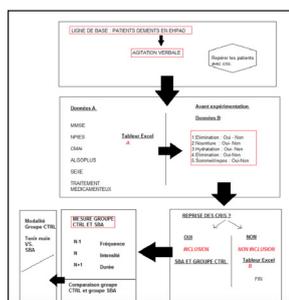
LES STIMULATIONS BILATÉRALES ALTERNÉES COMME THÉRAPEUTIQUE D'APAISEMENT DE LA SYMPTOMATOLOGIE PSYCHOLOGIQUE ET COMPORTEMENTALE DE LA PERSONNE ÂGÉE AVEC TROUBLE COGNITIF MAJEUR

A-J. VAILLANT-CISZEWICZ*

Centre TCC de Mougins, Mougins, FRANCE

But: Les La thérapie EMDR(1) fait preuve de résultats cliniques probants dans le cadre du stress post-traumatique(2) (OMS (3), 2013). A ce jour, plus de 24 études randomisées et contrôlées évaluent l'efficacité de la méthode avec des patients traumatisés. Toutefois, l'EMDR ne dispose pas encore de suffisamment de données expérimentales en ce qui concerne

les pathologies neurocognitives. Le présent travail de recherche a pour objectif de tisser un lien entre la symptomatologie du traumatisme et la symptomatologie comportementale de la démence. Il s'agit de proposer une approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer à un stade évolué permettant de réduire les troubles du comportement de type « agitation verbale » (1). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (2). TSPT : Trouble de Stress Post-traumatique (3). Organisation Mondiale de la Santé. **Méthodes:** Adapter le protocole EMDR à la population âgée en EHPAD avec troubles cognitifs majeurs (CMAI, NPIES, PITTSBURG). Ligne de base avec inclusion des sujets avec MMSE < 10 et critères de troubles cognitifs majeurs (DSMV). Exclusion des sujets présentant un trouble psychiatrique avéré. Dans un premier temps nous évaluons les besoins primaires des résidents, ensuite, si ces derniers présentent toujours un tableau clinique d'agitation verbale ils seront inclus dans l'un



Méthode

des deux groupes après randomisation : a). stimulations bilatérales alternées (4) (EMDR) b). Groupe contrôle (tenir la main). Nous utilisons des décibels-mètres afin de mesurer l'intensité, la fréquence et la durée des cris dans les deux groupes. Le nombre de sujets est équivalent à N=14. Nous utiliserons les comparaisons de moyennes afin d'analyser nos résultats (4). Stimulations d'attention double ou bilatérales alternées utilisées en EMDR, abréviation : SBA. **Résultats:** Les premiers cas cliniques attestent d'une réduction de l'agitation verbale pour le groupe stimulations bilatérales alternées

(EMDR). Les effets semblent se produire à court terme et moyen terme lorsque tous les besoins primaires sont satisfaits. En ce qui concerne le groupe stimulation multi-sensorielle que nous avons utilisé pour nos premiers essais cliniques, les effets sont bénéfiques pour mais ne perdurent pas dans le temps. Les résultats actuels ne sont pas représentatifs de la population. L'étude pilote débute dès janvier 2018. **Discussion:** D'après nos premiers résultats, nous pouvons dire que les SBA chez le sujet dément n'induisent pas un phénomène de guérison comme dans le TSPT mais bien un apaisement du système limbique et donc de l'agitation verbale.

POSTERS

Le parcours de soin du patient Alzheimer

P-01 OCTOA - MA OUTIL CLINIQUE TRANSDISCIPLINAIRE D'ORIENTATION ET D'AIDE À LA PRISE EN SOINS DES PERSONNES ATTEINTES DES MALADIES ALZHEIMER ET APPARENTÉES

G. AIMÉ*, D. ANDRIANASOLO, P. ABEL, M-L. BRUNSTEIN, F. CATRO, H. HANS, C. LE CORROLLER, S. MATTER, M. MEYER, T. MICHEL, P. RUCK, A. PLUMERE-SCHMITT, J. MARCHAL

Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller, Bischwiller, FRANCE

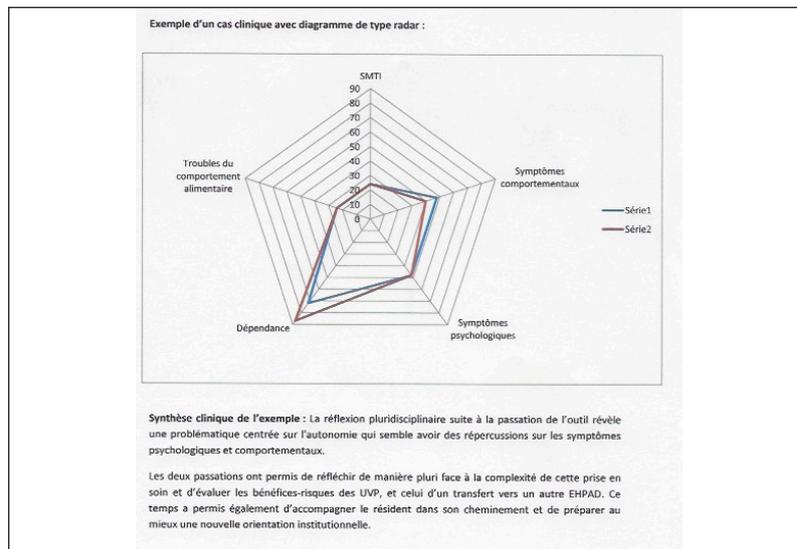
But: La complexité humaine ajoutée aux retentissements des maladies neurodégénérative nous impose de confronter nos regards et nos connaissances. Afin de conserver le recul nécessaire et d'optimiser la prise en soin des résidents, il devenait essentiel, dans nos unités de soins, de proposer une méthode d'analyse clinique, holistique et plus objectivable. Cette demande transdisciplinaire (médecin, cadre de santé, infirmiers, aides-soignants, aide-médecino-psychologiques, ergothérapeute, psychomotricien, psychologues et diététiciens) a abouti à la création d'un outil collectif : l'OCTOA-MA (Outil Clinique Transdisciplinaire d'Orientation et d'Aide à la prise en soins des personnes atteintes de Maladie d'Alzheimer). **Méthodes:** L'équipe pluridisciplinaire se compose de : cadre de santé, diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeute, médecins, psychologues et psychomotriciens. L'outil est composé de cinq items principaux : - Soins Médico-Techniques et Infirmiers, - Symptômes comportementaux, - Symptômes psychologiques, - Dépendance, - Trouble du comportement alimentaire. Chacune de ces composantes contient des sous-items gradués par échelle d'intensité de 1 à 4. Une cotation est effectuée en équipe pluridisciplinaire. Un diagramme en radar illustre la situation du résident à un temps T. **Résultats:** Au cours des deux dernières années, 35 passations de l'OCTOA-MA ont été réalisées au sein de l'unité de vie protégée du Centre hospitalier départemental de Bischwiller. Il nous guide dans la formulation d'hypothèses pouvant expliquer les différentes manifestations cliniques du résident. Cette évaluation permet de réajuster et/ou de pérenniser les stratégies de prises en soins (médications, soins relationnels, activités, réorientation, etc.). Le diagramme permet d'évaluer et/ou de réévaluer les difficultés et les changements observés chez le résident dans le temps. Une synthèse écrite est tracée dans le Dossier Patient Informatisé. **Discussion:** Nous en avons constaté les intérêts et les limites. L'outil est à visée thérapeutique, médicamenteuse et non médicamenteuse. La pratique de l'outil et sa pertinence ont permis une plus grande cohésion et synergie entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Cependant, cet outil présente des limites : il est non exhaustif et ne peut être complété sans échanges pluridisciplinaires. Le temps de passation, dépendant de la complexité de la situation, est non négligeable (entre 20 et 45 min). L'OCTOA-MA présente un réel intérêt clinique d'aide à la prise de décisions pluridisciplinaires auprès des professionnels qui s'occupent de personnes atteintes des Maladies d'Alzheimer et apparentées.

OCTOA-MA	
SOINS MEDICO-TECHNIQUES ET INFIRMIERS	
Soins médico-techniques et infirmiers	Surveillance médicale et présence infirmière habituelle; T*, Poid, PA, SPO, glycémie, FiO2 Passage régulier du médecin Surveillance médicale et présence infirmière plus importante (double des soins infirmiers inférieurs ou égal à 2) en cas d'un état pathologique, mais le pronostic vital n'est pas en jeu dans l'imédiat, Passage médecins plus hebdomadaire Surveillance médicale rapprochée en raison d'une décompensation d'un organe ou d'un état pathologique aigü Passage médecin quotidien ou soins infirmiers (pansement, etc.) durée des soins entre 01 et 02 min Surveillance médicale intense en raison d'un état pathologique aigü et le pronostic vital est en jeu, le transfert d'un transfert en court séjour gériatrique, en unité de soins de longue durée ou la mise en place d'un soin par l'équipe Mobile Soins Palliatifs et Gériatrique se pose Passage médecin plus court ou soins infirmiers durée supérieure à 20 min
SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX	
Cris/sollicitations excessives de l'équipe	1 2 3 4 Cotation:
Erreurs pathologiques	1 2 3 4
Agitation, agressivité verbale et/ou physique	1 2 3 4
Comportement anormal aberrant	1 2 3 4
Troubles du sommeil	1 2 3 4
TOTAL	
SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES	
Ictes délirants et/ou hallucinations	1 2 3 4 Cotation:
Apathie	1 2 3 4
Trouble de l'humeur	1 2 3 4
Anxiété	1 2 3 4
TOTAL	

L'outil d'évaluation page 1

DEPENDANCE	
Repas	1 2 3 4 Cotation:
Toilette	1 2 3 4
Transferts	1 2 3 4
Locomotion	1 2 3 4
TOTAL	
TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	
Refus alimentaire (apports quasi nuls)	1 2 3 4 Cotation:
Risque d'absorption d'éléments nocifs (apports inadéquats)	1 2 3 4
Rythme et cadre des repas perturbés (apports réduits/irréguliers)	1 2 3 4
Boulimie, glotonnerie (apports excessifs)	1 2 3 4
Troubles de la déglutition (apports à risque)	1 2 3 4
TOTAL	

L'outil d'évaluation page 2



Cas clinique (Diagramme type radar)

P-02 PARCOURS MALADIES D'ALZHEIMER ET APPARENTÉES JEUNES - PARMAAJ

B. LEPRINCE, A. ROLLIN-SILLAIRE, L. BREUILH*, C. ADNET, F. PASQUIER
CHRU Lille, Lille, FRANCE

But : La Maladie d'Alzheimer (MA) et les Maladies Apparentées (MAMA) du sujet jeune (début des symptômes avant l'âge de 60 ans) sont des pathologies beaucoup moins fréquentes que chez les patients âgés mais elles représentent un véritable défi en terme de prise en charge médicale et médico-sociale. Le parcours depuis le premier symptôme des malades jeunes est mal connu, alors que le retard diagnostique a de lourdes conséquences à la fois sur la prise en charge thérapeutique et la mise en place des aides médicosociales, impactant le pronostic global. Une meilleure connaissance de ce parcours et des facteurs associés au délai diagnostique, des freins et des aides dont peuvent bénéficier les patients jeunes, permettrait d'améliorer la prise en charge des malades et d'éviter les conséquences délétères d'un retard diagnostique. De plus, selon le lieu de suivi, il existe également d'importantes disparités dans l'utilisation et l'accès à l'offre de soin et de prise en charge notamment novatrice (programme de recherche). La connaissance du parcours médicosocial des malades jeunes ne doit donc pas se limiter aux patients suivis en Centre Mémoire de Ressources et de Recherche Centre National de Référence Malades Alzheimer Jeunes (CMRR-CNR-MAJ) mais également aux patients suivis dans des consultations mémoire hospitalières ou en neurologie libérale. L'objectif principal du projet ParMAAJ (Parcours Malade Alzheimer et Apparentées Jeunes) est d'identifier les facteurs médicosociaux associés au délai diagnostique chez les patients jeunes (premiers symptômes avant 60 ans) présentant une MAMA afin d'améliorer leur prise en charge et leur accompagnement. **Méthodes :** Pour ce faire, une enquête médicosociale basée sur un questionnaire sera réalisée auprès de patients jeunes et de leurs aidants suivis dans des consultations mémoire hospitalières ou en neurologie libérale et résidant dans les départements du Nord et du Pas-de Calais. Les patients et leur aidant recevront une note d'information concernant l'enquête. S'ils acceptent de participer, l'IDE du réseau Méotis 3RC leur proposera un entretien d'une heure à leur domicile ou sur le lieu de leur consultation habituelle. Les données recueillies seront ensuite comparées aux données déjà recueillies au CMRR-CNR-MAJ de Lille, dans le cadre de la cohorte COMAJ (suivi multimodal de patients présentant une MA ayant débuté avant l'âge de 60 ans) et dans le cadre du soin courant chez les patients jeunes présentant une démence dégénérative ne participant pas à COMAJ. Les analyses statistiques seront réalisées par l'équipe du Pr Duhamel, à la Maison Régionale de la Recherche Clinique du CHRU de Lille. Ce projet est soutenu par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et son évaluation sera assurée par la cellule méthodologique de la Fondation Plan Alzheimer. **Résultats :** Le projet a été soumis aux autorités compétentes et l'accord est imminent. La dissémination des résultats à l'échelle nationale favorisera l'amélioration des pratiques des professionnels. Les résultats de cette étude pourraient également servir de base pour une enquête nationale qui pourra être diffusée à tous les CMRR de France. **Discussion :** La dissémination des résultats à l'échelle nationale favorisera l'amélioration des pratiques des professionnels. Les résultats de cette étude pourraient également servir de base pour une enquête nationale qui pourra être diffusée à tous les CMRR de France.

P-03 INITIATIVE MINISTÉRIELLE QUÉBÉCOISE SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER; ÉVOLUTION DE L'IMPLANTATION EN ESTRIE

G. LACOMBE, C. GIGUÈRE, S. GOSSELIN, A.M. SIMARD, C. BOCTI, M. DES ROCHES
CIUSS de l'Estrie CHUS, Sherbrooke, Québec, CANADA

But : Décrire l'implantation en Estrie du Plan Alzheimer québécois puis le déploiement de l'initiative ministérielle pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées dans la région de l'Estrie. **Méthodes :** En 2009, le rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MSSS) propose un plan d'action québécois couvrant de la prévention jusqu'à la fin de vie, en passant par la recherche. De 2013 à 2015, première phase, MSSS finance 19 projets à travers le Québec puis une seconde phase de déploiement de 2016 à 2019, initiative ministérielle MA-TNCM sous

la responsabilité régionale des CISSS et des CIUSSS et touchant le plus grand nombre possible de GMF- Clinique de mémoire. Pour l'Estrie, nous relient deux grandes études québécoises d'implantation en relation avec les indicateurs régionaux de processus et les données sur la formation, prise en charge et le lien avec la recherche dans les GMF, notre clinique de mémoire et centre de recherche sur le vieillissement. **Résultats:** En Estrie, sont développés pour les médecins et les infirmières 4 GMF participants à la première phase des outils cliniques de formations et de coaching clinique et le support d'infirmières ressources SCPD. La phase 2 touche 24 GMF. Plus de 51 activités de formation depuis 2015, médecins et infirmières. Douze formations centrées sur le processus sont disponibles en ligne. Une boîte à outils complète pour l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge est développée par la clinique de mémoire de l'installation CSSS-IUGS. On observe une augmentation de 1,8 à 28 % des aînés de plus de 75 ans ayant bénéficié d'une évaluation cognitive et une amélioration de la pertinence des références à la clinique de mémoire. On note aussi une augmentation de 40% de la participation aux recherches cognitives. **Discussion:** De plus en plus d'équipes d'omnipraticiens - infirmières cliniciennes prennent en charge les troubles neurocognitifs en première ligne. L'implantation de l'initiative ministérielle a permis d'augmenter la qualité et le nombre d'intervention tout en améliorant la collaboration à la recherche.

Dépendance et maladie Alzheimer

P-04 PERTE D'INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE DU MALADE ALZHEIMER TUNISIEN VIVANT À DOMICILE

S. BEN NESSIB*

Libre pratique, Tunis, TUNISIE

But: Quelles aides développer et mettre à disposition des personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer et de leurs proches aidants ? Le degré de dépendance, évalué par le recueil d'informations sur les activités de la vie quotidienne, est l'indicateur de choix pour mettre en place un plan personnalisé d'aide à domicile et des services d'aide aux aidants. **Méthodes:** Au décours des visites effectuées au domicile de 120 personnes âgées et suivies pour maladie d'Alzheimer, un questionnaire a été utilisé pour recueillir les données relatives à 9 variables d'activité mentale et corporelle et évaluées selon qu'elles sont effectuées par la personne seule, nécessitant une aide partielle ou totale. **Résultats:** En plus de l'analyse détaillée de chacune des variables étudiées, une vue d'ensemble de ces patients note un important degré de dépendance pour l'exécution spontanée, totale, correcte et habituelle des activités de la vie courante. **Discussion:** Au vu des résultats exposés, il est plus qu'urgent de planifier et de mettre en place les structures et les outils nécessaires à une prise en charge adéquate de la perte d'indépendance fonctionnelle avec 4 approches : • Approche curative : en agissant sur la maladie et en mettant à disposition les traitements médicamenteux et non médicamenteux. • Approche de réhabilitation : par la rééducation physique et orthophonique, l'aménagement du domicile et de l'environnement. • Approche de compensation : avec un plan d'aide personnalisé. Celui-ci recenserait les besoins du malade et les aides de toute nature nécessaires à son maintien à domicile. Son contenu est à adapter à sa situation et tiendrait compte de son environnement social et familial, avec comme objectif principal la mise en place d'actions de prévention, de soutien aux aidants naturels, de formation qui contribuent à la qualité de la vie à domicile. Ce plan d'aide permettrait de valoriser : - les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile en vue de fournir les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie (auxiliaire de vie, garde-malade, etc...). - l'accueil de jour, dans le cadre de l'aide aux aidants familiaux - le portage de repas, les aides techniques et les travaux d'aménagement du domicile ... • Approche sociale : Aide financière (fiscalité, aide au logement), Associations (écoute et soutien téléphonique, visite à domicile, encadrement et conseils...), Aide à la recherche d'établissements d'hébergement. Ce plan d'action permettrait ainsi de mettre fin au désarroi des familles tunisiennes confrontées à la maladie d'Alzheimer.

Les UCC

P-05 L'UCC AU RYTHME DU PATIENT : UNE PISTE POUR DIMINUER LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

I. FONSECA, N. SCHWALD, A. PILLON, U-J-M. ÉQUIPE SOIGNANTE, N. ALARCON*

Groupe hospitalier Henri-Mondor Hôpital Emile-Roux, Limeil-Brévannes cedex, FRANCE

But: Les patients hospitalisés dans notre UCC présentent lors de leur entrée dans l'unité de nombreux troubles du comportement dits « productifs » : cris, agitation, agressivité, déambulation, irritabilité... Outre l'indispensable bilan somatique, une analyse fine des troubles est organisée afin de proposer un accompagnement personnalisé. Cette analyse demande entre autres de l'observation clinique, de découvrir le patient et sa famille, d'échanger en équipe pluridisciplinaire, de s'approprier les échelles reconnues (pour exemple : NPI-ES, algo plus). Suite à cette analyse, il est proposé au patient un accompagnement qui tente de respecter ses rythmes tout en conciliant les contraintes institutionnelles. **Méthodes:** A partir de vignettes cliniques, nous exposerons nos stratégies d'accompagnement (médicamenteuse et non-médicamenteuse). Nous axerons nos propos sur le respect des rythmes et des souhaits du patient : réveils tardifs, déjeuner en chambre, toilettes l'après-midi, collation à 22h, report des soins, relais à un autre soignant ... L'échelle NPI-ES sera exploitée pour évaluer l'efficacité de cet accompagnement au rythme du patient. **Résultats:** Respecter le rythme du patient participe à la diminution des troubles du comportement. La comparaison des « NPI-ES d'entrée » et des « NPI-ES de sortie » montre une nette diminution des scores. De plus, l'évolution des troubles

du comportement semblerait positive à la sortie de l'unité. **Discussion:** Les UCC de par leurs particularités (architecture adaptée, soignants formés, petite unité...) peuvent proposer des accompagnements spécifiques. Le patient en sortant de l'unité peut garder le bénéfice de son accompagnement si l'environnement s'adapte à ses difficultés. Dès lors, il devient possible de maintenir ce nouvel équilibre sous conditions. Comment adapter et maintenir ces accompagnements aux adultes âgés présentant des troubles du comportement, dans leurs différents lieux de soins ou de vie ?

P-06 ACTIVITÉS FLASH EN UNITÉ COGNITIVO-COMPORTEMENTALE: INTÉRÊT D'UNE FORMATION EN VISIO-CONFÉRENCE

P. SAIDLITZ*

CHU Toulouse Gérontopôle, Toulouse, FRANCE

Introduction: En Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), la prise en charge non pharmacologique représente le « cœur de métier » des soignants. Parmi les mesures possibles, les « Activités Flash » peuvent permettre de limiter les épisodes aigus de troubles psycho-comportementaux. Les Activités Flash sont des interventions non médicamenteuses, de durée courte (20 minutes maximum), mises en place en situation de crise comportementale présente (ou à venir), chez un patient montrant des signes de tension émotionnelle. Elles sont encadrées par un soignant, adaptées au patient (ses goûts, habitudes, capacités) ainsi qu'à l'environnement où elles sont mises en place. **Objectifs :** Nous souhaitons évaluer la connaissance des activités flash chez les soignants travaillant dans les UCC de la région Midi-Pyrénées. L'éloignement important de ces unités dans la région nous pose par ailleurs la question des moyens possibles de formation des soignants. Nous souhaitons donc évaluer l'intérêt d'une formation aux Activités Flash par le mode original de la visio-conférence. **Méthode:** L'équipe de l'UCC du CHU de Toulouse a développé 7 fiches « support » pour la mise en place d'activités flash, ainsi qu'une fiche d'évaluation de leur efficacité. Une formation en visio-conférence (4 séances) a été réalisée par cette équipe auprès des autres UCC de la région Midi-Pyrénées à l'aide des supports mis en place. Afin d'évaluer l'intérêt de formations en visio-conférence, un questionnaire « Pré-test » et « Post-test » a été appliqué aux personnels participant aux formations. **Résultats:** Au total, 113 questionnaires ont été analysés, provenant de 5 des 7 UCC de la région. L'analyse montre une bonne connaissance initiale des Activités Flash par les équipes, peu modifiée par la formation. La formation en visio-conférence permet par ailleurs une amélioration de la fréquence de réalisation de ces activités, une plus importante traçabilité des mesures, et une plus grande satisfaction apportée aux soignants par leur réalisation. **Discussion :** Les professionnels exerçant en UCC sont généralement formés aux interventions non pharmacologiques appliquées à la prise en charge des troubles du comportement, ce que semble montrer leur bonne connaissance et la pratique régulière de celles-ci. Une formation dédiée aux Activités Flash permet d'améliorer la satisfaction et la qualité de ces interventions. L'utilisation de la visio-conférence a permis de réaliser la formation auprès des soignants des UCC de la région, souvent éloignées géographiquement. Ce moyen simple et peu coûteux devrait être plus largement utilisé. **Conclusion:** Le développement des Unités Cognitivo-comportementales en France, au sein de territoires souvent vastes, avec des équipes éloignées géographiquement, doit s'accompagner de formations régulières des soignants aux activités non pharmacologiques pour la prise en charge des troubles du comportement, notamment aux Activités Flash. L'utilisation de formations en visio-conférence est un mode de communication simple et adapté aux nouvelles grandes régions comme la nôtre. Groupe des Unités Cognitivo-Comportementales de la région Midi-Pyrénées: Domaine de La Cadène (31), CH La Clauze (12), Institut Camille Miret (46), CH Castres-Mazamet (81), CH Vic en Bigorre (65), CH Ariège Couserans (09), CHU Toulouse (31).

Intervention non médicamenteuse et Alzheimer

P-07 PRENDRE SOIN CÔTÉ JARDIN

M. PROUX, E. POULIN

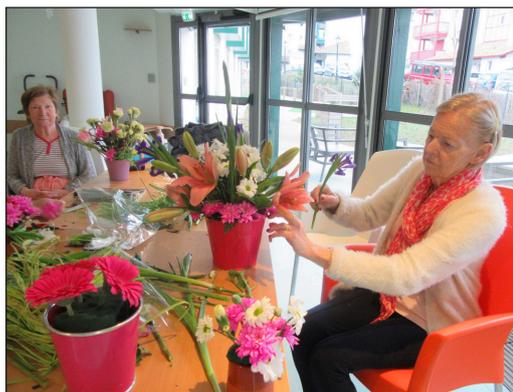
EHPAD ADARPEA, Arcanques, FRANCE

But: - Etendre le lieu de vie à un espace extérieur. - Solliciter les capacités cognitives, motrices, et sensorielles des résidents de l'unité par l'activité jardinage (plantations en jardinières de fleurs, fruits, légumes, herbes aromatiques, et entretien des plantes au sol – arrosage, couper les fleurs fanées, etc...); - Créer un environnement apaisant pour les résidents (prévention des troubles du comportement, espace de déambulation); - Maintenir les habitudes de vie (beaucoup de résidents viennent du village ou des villages alentours et ont l'habitude de vivre en extérieur, ou avaient un jardin chez eux); - Créer un lieu de partage entre les résidents, les familles, et l'équipe soignante; - Développer le lien entre les résidents et les animaux de l'unité (observation du comportement du chat de l'unité qui se cache dans les fleurs, entretien du poulailler qui se situe dans le jardin); - Compléter les activités existantes de l'unité. **Méthodes:** Nous avons fait appel à l'ESAT GURE NAHIA à Arbonne afin d'avoir l'aide de professionnels. Différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire se sont investis afin de solliciter les résidents de façon personnalisée en fonction du projet de vie de chacun. Un planning a été établi entre le mois de mai et le mois de juin pour créer du lien entre l'ESAT et l'EHPAD et organiser les journées. Un bilan de l'activité est réalisé à chaque fin de séance. **Résultats:** Le projet a démarré récemment, les équipes ont déjà observé un apaisement et de meilleures capacités attentionnelles. Ce lieu est un médiateur facilitant la relation entre les résidents et leurs familles. Le jardin a permis d'enrichir les activités existantes suivantes. Ateliers création de bouquets :les résidents pourront désormais choisir les fleurs, les cueillir dans le jardin afin de créer leurs bouquets. Ateliers cuisine :les résidents cultivent certains légumes, herbes aromatiques ou fruits, et pourront les cueillir dans le jardin avant de les cuisiner. Parcours de marche : la création d'un espace esthétique et attrayant amène les

résidents à se promener dans le jardin et ainsi à investir plus facilement ce parcours de marche. Ateliers créatifs : des pancartes ont été créées avec les résidents afin d'identifier les plantes du jardin. **Discussion:** L'ensemble de l'équipe s'investit sur le projet, dans sa création comme dans son suivi, et souhaite le pérenniser toujours dans le respect du rythme et des capacités des résidents.



Plantation et arrosage en jardinière



Atelier composition de bouquets



Parcours de marche



Lieu de convivialité



Un des parterres de fleurs

P-08 RACONTONS L'HISTOIRE

D. FLOQUET*, A. METIN

MDF Villa Concorde, Asnières-sur-Seine, FRANCE

But: Cet atelier a été créé afin de permettre aux personnes âgées dépendantes qui n'ont plus les capacités praxiques suffisantes ou des troubles sensoriels sévères de pouvoir être acteur dans leur vie quotidienne. Il s'adresse en premier lieu à des résidents présentant des troubles cognitifs légers à modérés. Les objectifs inhérents à ce temps de rencontre sont de favoriser les liens sociaux entre les résidents et de restaurer un sentiment d'utilité et d'estime de soi. L'objectif final de l'atelier est la création de leur livret d'Histoire qu'ils pourront transmettre à leur entourage et à leurs descendants. **Méthodes:** Cet atelier, encadré par l'animatrice et la psychologue, est proposé une fois par semaine pendant une heure en petit groupe dans l'espace bibliothèque. Le thème de la séance et la place de chacun est défini au préalable. A ce jour, 14 résidents ont pu bénéficier de ce temps d'échanges dont 6 résidents présents systématiquement. Cet atelier nécessite peu de matériel : un livre sur l'Histoire de France (de 1900 à ce jour) ainsi qu'un calepin afin de recueillir les propos des résidents. Après chaque séance, un commentaire est retranscrit pour chacun dans le logiciel soin afin d'évaluer le niveau de participation. De même, une fois par mois lors du comité du Pôle Thérapeutique, un échange plus approfondi est mené avec l'équipe pluridisciplinaire. **Résultats:** Après 12 séances et une analyse qualitative en comité Pôle Thérapeutique, nous avons pu mettre en évidence quatre items répondant aux objectifs principaux: -Facilitation des échanges, de l'expression et de l'intégration des résidents dans un groupe. -Valorisation narcissique des résidents en leur permettant d'avoir un rôle social et d'élargir leur sphère sociale. -Stimulation des capacités de verbalisation et travail autour de la cohérence du discours. -Favorisation d'un sentiment de bien-être chez des résidents présentant une symptomatologie dépressive. **Discussion:** Limites: Nous avons pu mettre en exergue trois limites dans la mise en place et la pratique de cet atelier : -L'atelier ne peut pas s'adresser à tous les niveaux de dépendances. En effet, il faut que le résident ait un niveau d'élaboration mentale et d'attention satisfaisant afin d'interagir avec autrui et garantir la dynamique de groupe. -Il faut rester vigilant aux thèmes abordés qui doivent, d'une part, être attrayant et facilitateur de prise de parole et, d'autre part, ne doivent pas éveiller des souvenirs trop douloureux. -L'analyse globale de ces 12 séances étant qualitative, elle est sujette aux interprétations subjectives des encadrants. Ressentis des résidents : Un retour d'expérience a été fait lors d'une séance afin de recueillir leurs impressions et d'avoir leur avis sur l'édition de leur livret d'Histoire. Dans l'ensemble, ils ont appris à découvrir le vécu de chacun et ont montré un attrait dans cette découverte de l'autre. Avoir un lieu pour échanger a été très apprécié des résidents qui peuvent se sentir un peu muet en EHPAD. Enfin, les résidents ont validé la création de leur livret d'Histoire car pour eux, il permet une vraie transmission

de leur vécu personnel sur le XXème siècle.

P-09 PETITS DÉJEUNERS THÉRAPEUTIQUES EN EHPAD : DE L'INTÉRÊT D'UNE PRISE EN SOIN NON MÉDICAMENTEUSE

S. MIALLET*, F. FORTUNAT

EHPAD des flots de l'Orvin, Trainel, FRANCE

But: Dans notre établissement, des ateliers de «repas thérapeutiques» sont mis en place depuis 10 ans, une fois par mois, d'Avril à Octobre. Devant l'engouement que suscitent ces ateliers et les bénéfices perçus par les résidents, des ateliers de «petits déjeuners thérapeutiques» ont été instaurés deux fois par mois depuis Mars 2017. De la mise en place de ces ateliers, ont été tiré quatre objectifs thérapeutiques : - Faire émerger des réminiscences; - Travailler les praxies; - Stimuler les sens; - Créer et maintenir un lien social. **Méthodes:** 42 résidents d'EHPAD âgés de 62 à 96 ans (moyenne d'âge 86,4 ans), présentant des troubles cognitifs modérés associés ou non à des troubles du comportement, ont été volontaires pour participer à l'atelier de petit déjeuner thérapeutique. deux fois par mois, de 8h à 9h30, six résidents accompagnés par l'animatrice et la psychologue de l'établissement se sont rendus à ces ateliers. Sept séances ont été organisés du 21 Mars au 15 Juin 2017. Afin de préserver la sécurité et la santé des résidents, conformément aux règles HACCP en vigueur en collectivité, les denrées non consommées le jour même ont été jetées et des échantillons témoins ont été conservés durant 5 jours. **Résultats:** - Faire émerger des réminiscences : Cet atelier a permis aux résidents de s'exprimer au sujet des petits déjeuners d'antan, sur leurs habitudes de repas. Des échanges ont également eu lieu entre les femmes, concernant leurs recettes de confiture. - Travailler les praxies : Observation d'une meilleure mobilisation lors des temps de petits déjeuners thérapeutiques. Les résidents disposent ici de plus de temps pour prendre leurs petits déjeuners et des gestes simples tels que tartiner son pain, rajouter du sucre à leur convenance ont pu être réappropriés. - Stimuler les sens : L'odeur du pain grillé, du café coulant dans la cafetière, du jus d'orange fraîchement pressé et la variété des produits proposés ont été autant d'éléments qui ont permis de stimuler l'envie et le plaisir de manger. - Créer et maintenir un lien social : Lors de ces ateliers nous avons pris soin de composer des groupes homogènes, en conviant des résidents présentant relativement les mêmes profils cognitifs. Nous avons également veillé, à partir de la connaissance que nous avons des résidents, à inviter des personnes susceptibles de pouvoir s'entendre et avoir des sujets de conversation communs. **Discussion:** Les ateliers de petits déjeuners thérapeutiques ont permis aux participants de faire travailler leurs capacités praxiques, de retrouver leur appétit, ainsi que de maintenir, voire créer des liens avec d'autres résidents de l'EHPAD. Nous avons également observé chez certains participants, un retour à la prise d'initiative: des personnes ont par exemple proposé d'aider à faire la vaisselle et à ranger le matériel. En terme de prise en soin adaptée aux résidents d'EHPAD, il serait intéressant de généraliser cette pratique afin de favoriser l'intégration des nouveaux entrants et le bien être des résidents. Le rythme de deux ateliers par semaine nous semblerait plus opportun pour permettre au plus grand nombre d'en bénéficier.



Illustration 1



Illustration 2



Illustration 3

P-10 CENTRE ALZHEIMER LA BRUYÈRE - ATELIER THÉÂTRE

G. BERTRAND-JALAIS, S. DUPUY

Centre alzheimer la Bruyère, RUEIL MALMAISON, FRANCE

But: 1/ Stimuler les communications verbales et non verbales, l'échange, l'estime de soi, au travers d'un atelier original qui permet de travailler la créativité, l'entraide et permet d' "oser faire" sur un mode ludique et humoristique. 2/ Lutter contre l'apathie et les syndromes dépressifs. 3/ Permettre à l'agressivité de s'exprimer au travers d'un rôle. 4/ Le corps redevient source de plaisir. **Méthodes:** Fréquence : séance hebdomadaire d'une heure. animateurs : psychologue et psychomotricien en co-animation, dont l'intérêt sera développé dans le poster. Matériel : chaises et grand choix d'accessoires divers pour stimuler la créativité. Public : 8 résidents atteints de DTA ou troubles apparentés: $6 < MMSE < 24$. Lieu : une grande salle fermée afin de créer un espace scénique et un espace public. Déroulement : 1/ Echauffement vocal et exercices de diction (20 min). 2/ Mise en situation théâtrale selon les scénarii sélectionnés par les co-animateurs. 3/ Temps d'échanges des ressentis et d'évaluation de la séance par les résidents. **Résultats:** Résultats observés : Les résidents sont beaucoup plus expressifs, enjoués et loquaces. Ils mobilisent des capacités restantes révélées par l'atelier et lors du bilan de fin : Capacités de jugement, mnésiques et de comparaison, Image de soi et des pairs, Expression du désir de revenir la semaine suivante. Capacité à se projeter. Les animateurs remarquent plus de verbalisations spontanées chez les résidents. L'originalité de cet atelier est très appréciée des résidents et source de motivation. Résultats mesurés: Deux échelles d'évaluation thymique mesurent les effets avant/après l'atelier (cf. Échelles d'évaluation thymique pré-

d'incohérence - nécessité de réactivité afin d'ajuster les ateliers et en appui d'entretien individuel. Retour par l'un de nos partenaires intervenant au domicile: évolution positive du couple dans son cheminement avec prise de conscience. Participation au Bistrot Mémoire. Importance d'une alliance thérapeutique entre professionnels, patient et proche aidant fondée sur une meilleure compréhension afin que le patient continue à être créateur de son propre environnement.

P-12 QUAND LA GASTRONOMIE SE FAIT THÉRAPEUTIQUE

N. BROCANDEL*

CHITS Hôpital Georges Clemenceau, La garde, FRANCE

But: L'intérêt de la cuisine thérapeutique relève deux axes majeurs de stimulations: 1) Un objectif de maintenir l'autonomie des patients: -Palier les troubles praxiques des patients par le manger main; -Diminuer les troubles du comportement; -Revalorisation de l'estime de soi. 2) Un objectif nutritionnel des patients : -Stimuler les goûts, les saveurs, le plaisir de manger. -Varier les textures hachées, mixées, lisses. -Optimiser les apports nutritionnels. **Méthodes:** Les ateliers de cuisine thérapeutique « manger-main » sont réalisés de façon hebdomadaire tous les mercredis depuis 1 an. Les patients qui participent aux ateliers sont choisis par l'équipe soignante lors des réunions. Une semaine avant l'atelier, nous réalisons une commande d'ingrédients frais en fonction des menus établis. Nous anticipons les recettes pour les adapter selon le régime des patients. Le jour de l'atelier, nous réceptionnons la marchandise. Lors des séances, nous réalisons l'épluchage, le découpage des légumes, la préparation de la viande en lamelles. Les ateliers se déroulent avec l'ergothérapeute, deux assistantes de soins en gérontologies et l'agent de service. Les groupes se composent en générale de 3 à 6 patients selon leurs capacités motrices et cognitives. Chaque trimestre, l'unité accueille un chef cuisiner afin d'améliorer les textures et la qualités gustatives des menus. **Résultats:** Lors de ces ateliers, nous observons une participation active des patients pour la confection des repas. Les patients sont attentifs et concentrés lors de l'activité cuisine. Nous observons une baisse des troubles des comportements de type déambulation. Pour certains malades, le manger main améliore les quantités d'aliments ingérées. Les patients redécouvrent les saveurs et les goûts des aliments frais. Nous observons le plaisir des patients lors de la prise des repas cuisinés. Nous adaptons les textures pour stimuler au maximum les capacités de mastication et de déglutition. Le 3 avril 2017, nous avons accueillis monsieur Lionel Lévy, chef marseillais étoilé, et son commis pour réaliser un repas gastronomique en adaptant les textures hachées et mixées avec les produits frais de l'hôpital. Le 21 juin 2017, Monsieur Emmanuel Perrodin nous a rejoints pour un second repas gastronomique en prenant comme contrainte une alimentation biologique et raisonné/locale. Nous avons eu plus de difficulté pour l'approvisionnement des denrées alimentaires car l'approvisionnement de l'hôpital ne le permet pas encore, car nous sommes soumis au règle du marché public. **Discussion:** La cuisine thérapeutique est une thérapie non médicamenteuse qui est mise en place depuis 4 an. La participation active des patients permet de stimuler l'autonomie et stimuler les fonctions cognitives. La cuisine thérapeutique permet de redécouvrir les saveurs et les goûts des aliments frais et des herbes aromatiques.

P-14 IMPACT DE L'ARRÊT DE L'USAGE DES CONTENTIONS PHYSIQUES PAR SÉCURIDRAP LA NUIT EN PSYCHOGERIATRIE AU CHU GRENOBLE-ALPES

G. CORTE FRANCO*, V. GARNIER, V. MERCIER-CUBIZOLLES, B. RIVIERE, C. MONJOT, P. COUTURIER

CHU Grenoble, Echirolles, FRANCE

But: Dix-sept ans après la publication de l'ANAES qui invite à limiter l'usage des contentions physiques en gériatrie, son utilisation reste fréquente. La prévalence dans plusieurs pays européens est estimée à 68% en hébergement. Spécifiquement durant la nuit les équipes soignantes sont demandeuses de leur utilisation notamment pour des patients avec troubles cognitifs (agitation, parasomnies, fragilité). Depuis 3 ans nous utilisons les « sécuridraps » modèle avec manches longues chez les patients ayant un sommeil agité. L'usage du dispositif « Selfia » a été retiré le 21 juillet 2017 par une MARS (Mesure d'Alerte Rapide Sanitaire) suite au décès de 8 patients. Nous avons analysé l'usage et les conséquences de l'arrêt des contentions nocturnes chez les patients en secteur d'hébergement. **Méthodes:** Evaluer la prévalence de l'usage du sécuridrap et le taux de chutes répertoriés dans les dossiers, 30 jours avant et après l'arrêt de l'usage du sécuridrap dans les secteurs USLD-EHPAD au CHU de Grenoble. Le Centre de Gérontologie Sud de Grenoble compte 120 lits d'hébergement divisés dont 3 secteurs de Soins de Longue Durée de 30 lits et un secteur de psychogériatrie (15 lits UPG ;14 lits UHR) et 80 lits d'EHPAD sur le secteur de la Bâtie. **Résultats:** Sur les 200 lits, 25 patients présentant des troubles cognitifs (cf tableau) au stade modérés à sévères avaient un sécuridrap le 21/07/2017 (12.5 %). Le nombre de Chuteurs à J-30 est de 1 pt en EHPAD et 2 patients en UPG. Le nombre de Chuteurs à J+30 est de

secteur	Total pts secteur	DTA	DCL	Mixte	Parkinson	Démence Vasculaire	AVC	Total sécuridrap
UPG	30	3						3
USLD	90	2	3	1			8	14
EHPAD	80	4	1	1	1	1		8

DTA=Démence Type Alzheimer, DCL= démence Corps de Lewy,

1 pt en EHPAD et 3 patients en UPG qui ont présenté plusieurs chutes avec multiples traumatismes, hématomes et plaies dont 1 patiente avec fracture du col compliquée. Les patients avaient tous un lit type « Alzheimer » mise en position basse. **Discussion:** Cette recrudescence du nombre de chutes apparait liée principalement à l'épuisement des patients dont le sommeil est réduit et fractionné. Au-delà de la contention au lit, le dispositif « sécuridrap » est utile en psychogériatrie. Il fonctionne comme une contention psychique qui permet aux patients d'être apaisés pendant le temps de sommeil nocturne. En termes d'indication, le dispositif doit être ré évalué régulièrement pour limiter les risques liés aux mésusages.

P-15 L'INTÉRÊT DE LA MÉDIATION « MUSIQUE » EN PSYCHOMOTRICITÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER : UNE EXPÉRIENCE DANS LE PASA

L.D.S. LEBLOND MIRANDA*

CHCB, Bayonne, FRANCE

But: Cet article vise à présenter et à proposer une idée de prise en charge non médicamenteuse pour échanger avec les autres professionnels, sur l'intérêt de la médiation « musique » en psychomotricité dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. **Méthodes:** Je présenterais des réflexions et des résultats obtenus dans l'atelier, qui est réalisé au sein d'un PASA, d'un groupe de 8 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée diagnostiquée. L'atelier musique est réalisé une fois par semaine et l'objectif principal est de mobiliser des émotions, des sentiments et la mémoire du patient dans le but d'améliorer sa qualité de vie. **Résultats:** Il cherche à atteindre ce qui est encore sain chez le patient. Il s'agit d'une véritable rééducation qui sert également de lien entre le patient et son entourage. Le psychomotricien essaye toujours d'accorder un moment à chacun pour travailler également le sentiment d'appartenance à un groupe, le rythme, le respect, les expressions, les expressivités et les résultats se confirment à chaque atelier. L'intérêt de la médiation est de permettre aux patients de communiquer par un autre moyen : la musique. Celle-ci, pendant les séances, ouvre une porte sur ce qu'il vit à l'intérieur. Les émotions et sa sensibilité sont toujours bien présentes et également extériorisées au sein du groupe. L'atelier provoque un changement important dans le quotidien du résident. L'écoute d'une mélodie, le chant, vont ramener la personne au moment où elle avait entendu cette musique (à la radio, à un concert, etc.) et faire revenir l'émotion ressentie à cette époque. Le psychomotricien, dans ce cas, est le médiateur entre la musique et le patient. Les résultats obtenus sont en lien avec le pouvoir de la musique que est bien connu en différents domaines, car elle apaise, détend, elle permet d'évacuer les émotions négatives et positives, rend heureux, etc. **Discussion:** En psychomotricité, le travail par l'intermédiaire du corps et l'utilisation de médiations verbales et non-verbales (la musique, le chant, la gymnastique douce, les activités manuelles, etc..) s'avèrent particulièrement intéressants dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Selon CARRERE, E, M., [et al.] (2007), la maladie d'Alzheimer, est décrite pour la première fois par Aloïs Alzheimer en 1907, est une maladie cérébrale qui détériore progressivement les facultés intellectuelles et les capacités d'adaptation. On n'en connaît toujours pas la cause exacte. L'efficacité des traitements actuels de la maladie d'Alzheimer est encore limitée. La médiation « musique » prend toute sa place et devient alors une alternative intéressante, non pas pour guérir la maladie, mais pour améliorer le quotidien de vie des résidents. BENENZON (2004) nous explique que la médiation « musique » utilise le son et la musique sous toutes ses formes afin de rétablir, maintenir et améliorer la santé mentale, physique ou émotionnelle du patient. En psychomotricité elle associe un domaine de l'art (la musique) à un domaine plus scientifique (la thérapie). En conclusion la médiation musique en psychomotricité est bénéfique dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Elle est également adaptée au PASA où elle facilite l'expression et l'expressivité des patients et les aides à libérer toutes ses tensions intérieures. Pour finir la médiation musique en psychomotricité est le lien entre les émotions intérieures et la réalité extérieure dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

P-16 LES IMPACTS D'UN ENTRAÎNEMENT COGNITIF MULTI-DOMAIN CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS PORTEURS DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS LÉGERS

G. LACOMBE(1)*, F. LANGLOIS(1), H. IMBEAULT(1), J. DUVAL(1), M. DROUIN(1), S. BELLEVILLE(2), L. LEFEBVRE(1), B. GILBERT(1), C. BOCTI(1), T. FULOP(1)

(1) CIUSSS de l'Estrie CHUS, Sherbrooke, Québec, CANADA; (2) Centre de Recherche Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM), Montréal, CANADA

But: Le trouble neurocognitif léger décrit un état de déficits cognitif fortement répandu chez les aînés et affecte en général plus qu'un domaine cognitif (ex : , l'attention, la mémoire épisodique, la mémoire de travail, etc). Nous ajoutons une formation de module de mémoire de travail et une session de stratégies de récupération à un programme de mémoire existant (MEMO) dont l'efficacité a été démontrée dans des études précédentes auprès des personnes âgées. Cette étude a pour but d'examiner l'efficacité de ce le programme cognitif multi-domaine dans une population gériatrique avec un diagnostic de trouble neurocognitif léger. **Méthodes:** Dans cette étude pilote, quinze patients diagnostiqués avec un trouble neurocognitif léger à la Clinique de Mémoire de Sherbrooke ont été assignés à un groupe soit expérimental (n=10) ou témoin (n=5). Dans le groupe expérimental, deux groupes de 5 patients ont reçu le programme cognitif de 10 sessions. Les patients contrôles étaient sur une liste d'attente pour le programme. Le résultat des mesures cognitives a été administré pré et post intervention. **Résultats:** L'analyse après la formation montre l'amélioration des mesures objectives de mémoire épisodique (Recevant une formation = 59 %; contrôle = -3 %; d de Cohen = 0.57), mémoire de travail (Recevant une formation = 15 %; % Control=3; d de Cohen = 0.56) et une satisfaction accrue et un contrôle de capacités de mémoire (Recevant une formation = 47 %; % Control=1; d de Cohen = 0.52), bien qu'aucun de ces résultats n'atteigne la signification statistique ($p > .05$). **Discussion:** Ces résultats suggèrent que ce programme d'entraînement cognitif multi-domaine soit un outil utile pour l'améliorer du fonctionnement cognitif et la perception subjective de la mémoire au quotidien chez les patients gériatriques avec troubles neurocognitifs légers. Cependant, les conclusions définitives exigent la recherche supplémentaire impliquant plus de patients et nouveaux suivis pour analyser la généralisation de ces effets à temps.

La Mission des consultations mémoire en 2017

P-17 QUAND LA PLAINTÉ COGNITIVE OUVRE L'ACCÈS AU SOIN PSYCHIQUE

É. CHAUME*, F. OUDART

Clinique Korian Saint Maurice, La Jonchère Saint Maurice, FRANCE

But: Notre Consultation Mémoire (CM) de proximité, est incluse dans un établissement de santé mentale, sous la responsabilité d'un psycho-gériatre. Une des missions du cahier des charges des CM (ARS) est de « rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique n'ayant pas de syndrome démentiel et leur proposer un suivi ». De nombreuses études ont mis en évidence la présence de troubles cognitifs (attentionnels et exécutifs majoritairement) dans de nombreux profils psychopathologies. L'objectif de cette communication est de mettre en avant le rôle des CM comme une ouverture vers des soins psychiques. **Méthodes:** Etude qualitative de Juin 2016 à Mai 2017. Critère d'inclusion : personne de plus de 18 ans, évoquant une plainte cognitive ou adressée en consultation externe par un médecin. Echantillon : 61 patients. Moyenne d'âge de l'échantillon : 62,1 ans. Moyenne d'âge des patients avec un profil psychopathologique : 58,1 ans. Les CM regroupent une consultation médicale spécialisée et une consultation psychologique avec une évaluation des dimensions cognitives, affectives, relationnelles et motivationnelles. Le psychologue propose un entretien clinique avec le patient et son entourage puis une évaluation psychométrique. Un entretien de restitution est programmé. **Résultats:** 43% de patients reçus en CM (consultation externe) présentent une plainte cognitive sans syndrome démentiel. Phases de repérage des problématiques psychopathologiques : - Dès l'entretien clinique avec le patient, - Lors de la passation d'épreuves psychométriques, - Lors de la restitution de l'évaluation psychologique. Les patients verbalisent avec facilité une plainte cognitive. Le rôle du psychologue est alors de faire émerger la dimension psycho-affective sous-jacente, en lien avec le contexte et l'étape de vie du patient. En terme de suivis, notre CM propose : - Une orientation vers le médecin psycho-gériatre lorsque la pathologie psychiatrique semble très décompensée. La proximité de compétences psychiatriques facilite l'accès aux soins du patient. - Une hospitalisation de jour en psychiatrie (service au sein de l'établissement). - Un suivi individuel avec le psychologue de la CM. **Discussion:** Le cahier des charges défini par l'ARS ne précise pas le(s) suivi(s) à proposer aux patients. La mission d'évaluation des processus neuro-évolutifs est souvent la principale mis en avant. Les CM ont-elles alors la mission de proposer des suivis de type psychothérapique ? Nous constatons que les patients avec un profil psychopathologique sont peu nombreux à démarrer un suivi psychothérapique à l'extérieur ou reviennent d'année en année en CM avec la même plainte cognitive. Celle-ci semble moins « couteuse » qu'un travail psychique interne pour de nombreux patients. Ceux qui acceptent la démarche psychothérapique sont assidus aux RDV et investis. Le cloisonnement des filières augmente le risque de rupture de soin. Notre spécificité institutionnelle transversale, nous permet de déceler en amont les problématiques psychopathologiques. L'objectif étant d'éviter des prises en charges plus tardives avec des hospitalisations et des traitements psychotropes parfois lourds. Pouvons-nous alors proposer du soin psychique dans une filière dite gériatrique ? Dans une vision préventive, la prise en charge des aspects psycho-affectifs serait à préciser dans le cahier des charges des CM.

Le recrutement dans les essais cliniques et recherche thérapeutique

P-18 EXPEDITION3: ÉTUDE DE PHASE 3 CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE LÉGÈRE DUE À LA MALADIE D'ALZHEIMER

W. DEBERDT(1)*, L.S. HONIG(2), A. HAKE(3), K. SUNDELL(3), C. CARLSON(3), V. POOLE HOFFMANN(3), M. CASE(3), H. LIU-SEIFERT(3), R. DEAN(3), R. DEMATTOS(3), M. MINTUN(4), R. KHANNA(3), K.J. SELZLER(3), E. SIEMERS(3)

(1) Eli Lilly & Company, Bruxelles, BELGIQUE; (2) Columbia University Medical Center, New York, ÉTATS-UNIS; (3) Eli Lilly & Company, Indianapolis, ÉTATS-UNIS; (4) Avid Radiopharmaceuticals Inc., filiale de Eli Lilly and Company, Philadelphia, ÉTATS-UNIS

But: Déterminer si le solanezumab permet de ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer (MA) en augmentant la clairance depuis le cerveau de la forme soluble de la protéine beta amyloïde. **Méthodes:** EXPEDITION3 était une étude de Phase 3, internationale en double aveugle, chez des patients (55-90 ans) atteints d'une démence légère due à la MA (score MMSE: 20-26) avec une pathologie amyloïde confirmée par la recherche de biomarqueurs. Les patients étaient randomisés pour recevoir soit 400 mg de solanezumab (N=1057), soit un placebo (N=1072). Le critère d'évaluation principale était le changement mesuré entre l'évaluation basale à la sélection et l'évaluation à 80 semaines par l'échelle AD Assessment Scale-Cognitive subscale à 14 critères (ADAS-Cog14). **Résultats:** Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative entre les groupes de traitements sur le critère d'évaluation principal ADAS-Cog14 (p=.095). Numériquement il a été observé un déclin cognitif inférieur de 11% dans le groupe solanezumab comparativement au placebo. Un effet du traitement en faveur du solanezumab a été observé sur des critères secondaires clés de cognition ou de fonction, notamment sur la MMSE (déclin 13% inférieur; p=.014), la CDR-SB (déclin 15% inférieur; p=.004) et l'ADCS-iADL (déclin 14% inférieur; p=.019), mais pas sur la FAQ (déclin 7% inférieur; p=.140). Les patients traités par solanezumab ont présenté une augmentation statistiquement significative des concentrations plasmatiques de l'Abeta1-40 et de l'Abeta1-42 comparativement aux patients traités par placebo (p<.001 pour chaque biomarqueur). La tolérance était comparable entre les deux groupes de traitement pour les événements de décès, d'événements indésirables survenus à la prise du traitement (EIPT). Il y avait peu de différences statistiquement significatives entre les groupes de traitements

pour les EIPT classifiés au niveau du terme préféré, mais aucun pour les EIGs. **Discussion:** EXPEDITION3 n'a pas rempli son objectif principal de ralentir le déclin cognitif. Les objectifs secondaires cliniques, notamment sur les mesures cognitives et fonctionnelles, montrent un faible effet en faveur du solanezumab. Les facteurs à considérer pour l'analyse des résultats comprennent la cible du traitement, la sévérité de la maladie et la dose de traitement administrée. Le solanezumab, à la dose étudiée, a démontré un profil de tolérance favorable. Liens d'intérêts: Cette étude était financée et conduite par Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA. Il s'agit d'une réédition d'un résumé de résultat d'étude présenté au 9^{ème} congrès de Clinical Trials on Alzheimer's Disease, 8-10 décembre 2016, San Diego, CA, USA.

P-19 IMPACT DE MEOTIS 3RC : ÉQUIPE ITINÉRANTE DE RECHERCHE CLINIQUE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

C. ADNET, B. LEPRINCE, L. BREUILH*, F. PASQUIER
CHRU Lille, Lille, FRANCE

But: MEOTIS, réseau régional de la mémoire en Nord-Pas-de-Calais depuis 2002, reconnu dans l'accompagnement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées, s'est structuré autour de l'aide au diagnostic précoce, de la prise en charge médico-sociale, de la santé publique, de la formation et de la recherche. Pour répondre à son objectif de recherche, MEOTIS crée en août 2013 son équipe itinérante de recherche clinique avec l'appui financier du Conseil Régional Nord-Pas-de-Calais. Cette équipe a pour mission d'accompagner les Centres Hospitaliers (CH) non universitaires dans le développement de leur activité de recherche clinique. En effet, les consultations mémoires de ces CH sont force de recrutement au regard de leur file active et de la représentativité de leurs patients. L'action de l'équipe itinérante de recherche clinique de MEOTIS 3RC (Réseau Régional de la Recherche Clinique) contribue à proposer une prise en charge innovante, notamment thérapeutique, aux patients à proximité de leur lieu de vie, et à sensibiliser les équipes, les patients, les familles et jusqu'au grand public, à la recherche clinique sur la Maladie d'Alzheimer (MA) dans le Nord et le Pas-de-Calais. **Méthodes:** L'équipe, composée d'un médecin neurologue, d'infirmières et accompagnée par l'ARC coordinatrice du Centre Mémoire de Recherche et de Ressources (CMRR) de Lille, propose une collaboration à chaque étape du protocole de recherche. Elle s'adapte aux besoins des consultations mémoire et son rôle varie selon leur structuration et leurs moyens humains : aide à la préselection, explication de l'étude au patient, à l'aidant, réalisation de certaines visites au domicile du patient... Le recueil d'activité se fait par un relevé mensuel du nombre de visites (screening, inclusions et suivi) réalisées dans les CH partenaires. L'activité de soutien par l'équipe itinérante est évaluée principalement par le nombre d'inclusions réalisées chaque mois. **Résultats:** L'intervention de l'équipe itinérante favorise l'augmentation des inclusions dans les centres investigateurs. En se déplaçant dans les CH, elle participe à la diffusion des bonnes pratiques cliniques en recherche. En parallèle, dès 2015, elle a sollicité de nouvelles collaborations et a reçu l'adhésion des équipes médicales de 14 autres centres, dont 7 ont pu être impliqués sur une étude en 2016. Entre août 2013 et décembre 2016, 116 patients ont été inclus dans des protocoles de recherche clinique sur l'ensemble du réseau Méotis3RC. **Discussion:** En lien avec le Centre National de Référence des Malades Alzheimer Jeunes, l'équipe travaille en parallèle sur un projet d'enquête axé sur les parcours médicaux et médico-sociaux des patients jeunes comparés aux patients âgés du Nord et du Pas de Calais. Ce projet soutenu par la CNSA intégrera les patients des neurologues libéraux et permettra de développer encore davantage le champ possible de la recherche. La dynamique du réseau MEOTIS 3RC contribue à la sensibilisation des patients, des familles et de tous les professionnels à la recherche clinique.

Les troubles du comportement

P-20 ÉVALUATION DES EFFETS DE L'ART-THÉRAPIE SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT EN URCC: ANXIÉTÉ, AGITATION/AGRESSIVITÉ ET COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

M. ROUX(1)*, M. LEMAIRE(1), B. CHICOT(2)

(1) GHSC, Seclin, FRANCE; (2) Art-thérapeute indépendant, Houplin-Ancoisne 59 263, FRANCE

But: L'URCC du CH Seclin (Nord) a mis progressivement en place un programme d'activités structuré et adapté dans un espace humanisé afin de diminuer les troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer et apparentées. L'intervention pluridisciplinaire permet une prise en charge personnalisée à visée de maintien et d'amélioration des actes de la vie quotidienne. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'effet de l'art-thérapie sur certains troubles du comportement dont les fondements sont d'observer l'activité artistique dans l'intention, l'action et la production de l'oeuvre, de stimuler le savoir, le savoir faire, le savoir être et d'impliquer la personne dans son goût, son style et son engagement. L'art-thérapie améliore l'expression, la relation et la communication. **Méthodes:** Parmi les 15 patients qui ont bénéficiés d'une évaluation par le NPI-ES en entrée et en sortie d'hospitalisation, 9 ont suivi des ateliers d'art-thérapie. Ceci permettra de corréliser les résultats du NPI-ES aux observations réalisées en art-thérapie. Les dominantes artistiques exploitées sont le collage, le dessin, le chant et l'écoute musicale. Le collage et le dessin amènent des gratifications olfactives et tactiles par l'engagement du corps sur la matière et entraînent une stimulation cognitive et un effet apaisant. Le chant et l'écoute musicale permettent d'atteindre des émotions enfouies et d'améliorer les qualités relationnelles. Les troubles du comportement étudiés sont l'anxiété, le comportement moteur aberrant, l'agitation/l'agressivité. Les éléments observés tiennent compte des troubles du comportement dominants et de la stratégie thérapeutique avec deux objectifs, celui d'améliorer l'estime de soi et celui de percevoir une meilleure qualité de vie. Pour atteindre ces objectifs, les séances d'art-thérapie, au nombre moyen de 5 par patient, sont individuelles et/ou collectives. **Résultats:** L'étude a été menée en trois parties: i) Une analyse quantitative par le NPI-ES total en entrée et en sortie et pour les trois troubles précités est

réalisée. Pour prendre en compte l'état de santé du patient, nous étudions la variation relative du NPI-ES. Ce paramètre a montré que l'art-thérapie avait un effet positif plus prononcé sur l'anxiété par rapport aux autres troubles étudiés. II) Une analyse qualitative est réalisée avec les observations lors des séances d'art-thérapie. A partir des items et sous-items cotés de 1 à 5 et détaillant le phénomène artistique ainsi que les capacités relationnelles, l'art-thérapie a montré une participation active des patients qui s'accompagnent d'une diminution régulière des troubles du comportement confirmée par le nombre de séances. iii) Une corrélation des résultats du NPI-ES avec les cotations en art-thérapie. Pour 5 patients sur 9 suivis en art-thérapie, nous observons une évolution positive dans les différentes évaluations: art-thérapie, NPI-ES total et NPI-ES ciblé. **Discussion:** En conclusion, l'art-thérapie permet que le patient soit acteur de sa thérapie, capable de ressentir des émotions et de les partager avec les autres. Les séances d'art-thérapie favorisent l'autonomie et l'envie d'être du patient en s'appuyant sur ce qui fonctionne bien chez lui. Cela lui procure une saveur existentielle qui grandit avec le nombre de séances d'art-thérapie. Enfin, l'art-thérapie prend sa place dans un processus dynamique et collectif pour le projet de vie du patient.

P-21 TROUBLES DU SOMMEIL DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES NEUROCOGNITIVES. INTÉRÊT DE L'EXPOSITION A UN JARDIN THÉRAPEUTIQUE EN UNITÉ COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (JAZ NOCT - JARDIN ALZHEIMER NOCT)

A. POP*, C. FRIANG, L. ROYER, E. NASSAU, A. BERNOT-NICOLAI, G. LALAU, G. MALERBA, T. JONVEAUX
CHRU Nancy, Nancy, FRANCE

But: Les troubles du sommeil sont fréquemment rencontrés dans les démences au stade sévère, et ont une répercussion sur la santé globale du patient, mais aussi de son aidant. Notre étude a comme objectif principal d'évaluer l'impact d'un jardin thérapeutique sur la qualité du sommeil au cours du séjour de patients atteints de MAMA en Unité Cognitivo-Comportementale ; secondairement, évaluer l'impact du jardin sur les prescriptions de psychotropes sédatifs et évaluer le fardeau représenté par les troubles du sommeil du patient dans la décision d'institutionnalisation, exprimé par l'aidant à l'entrée en Unité Cognitivo-Comportementale. **Méthodes:** Nous avons mené une étude observationnelle analytique monocentrique, comparant deux groupes de patients, un groupe de patients « exposés » au jardin (n=30) ayant été hospitalisés en UCC du CHRU Nancy C.P. Spillmann en été et un groupe de patients « témoins » non exposés au jardin (n=30) qui ont été hospitalisés en UCC durant la période hivernale. L'aidant principal de chaque patient du groupe exposé au jardin thérapeutique a répondu à un questionnaire individuel standardisé lors de l'entretien initial avec le médecin de l'UCC. **Résultats:** Notre étude objective l'impact bénéfique de l'exposition à un jardin thérapeutique sur le sommeil, pour une population telle que celle accueillie à l'UCC. De façon significative, nous observons que les patients qui ont une durée de marche plus importante que la moyenne, et qui sont plus souvent exposés au jardin, ont un gain de sommeil significatif (une heure et quinze minutes de sommeil supplémentaire par nuit) à la fin de l'hospitalisation, par rapport au début. Cette amélioration est également prouvée par la diminution significative du temps passé levé la nuit. Ce travail prouve ainsi de façon significative que des patients exposés à un jardin thérapeutique retrouvent un rythme nyctéméral plus « physiologique », avec plus d'activité la journée, une augmentation de la durée de sommeil nocturne, et une diminution du temps passé levé la nuit. L'absence constatée de nécessité d'augmentation de prescription des traitements neuroleptiques en été, contrairement à l'hiver, pourrait conférer au jardin thérapeutique un rôle de même valeur que des traitements pharmacologiques dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux des patients atteints de MAMA. Notre étude retrouve que les aidants vivant dans le même domicile que le patient semblent présenter une sévérité de fardeau semblable à l'ensemble des aidants (scores quasiment similaires à l'échelle de Zarit). Cependant, ils présentent bien plus de troubles du sommeil, expliquant ainsi l'épuisement moral et physique. **Discussion:** Ce travail démontre l'intérêt des approches thérapeutiques environnementales couplées aux approches pharmacologiques. La conception et l'aménagement de jardins thérapeutiques constituent une démarche innovante, basée sur les données de la littérature qui démontrent les bénéfices des jardins en tant que traitement pour les personnes atteintes de MAMA, et leur intérêt dans la régulation de troubles du comportement. Le jardin thérapeutique constitue ainsi un outil thérapeutique à part entière, et est ainsi appelé à devenir un élément essentiel dans l'équipement des institutions gériatriques

P-22 CARMAT: UN MODULE OCCUPATIONNEL NOVATEUR POUR FAVORISER LA GESTION DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS AUPRÈS DE PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

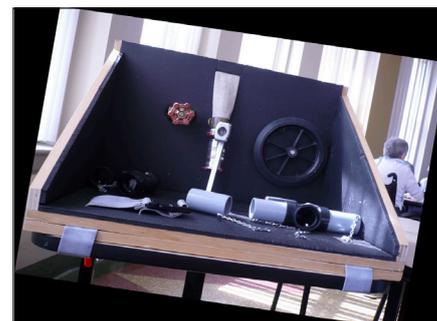
V. PROVENCHER(1)*, R. LECLERC(2), L. GAGNON(1)
(1) Centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke, CANADA; (2) Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, CANADA

But: Dans les unités de soins de longue durée, une proportion très importante de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en stade avancé présente des comportements perturbateurs, tels que l'errance. Ces comportements ont pour effet d'induire de la fatigue et de l'épuisement chez ces patients, les exposant notamment à des risques accrus de chute. Une équipe d'intervenants notamment composée d'un ergothérapeute (R. Leclerc) a récemment développé un module occupationnel personnalisé novateur (CARMAT) destiné aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et résidant dans les unités de soins de longue durée. Ce module occupationnel permet aux personnes de réaliser une activité signifiante en manipulant de manière autonome des accessoires qui leur sont familiers. Le module occupationnel est personnalisé, facilement modifiable en fonction des intérêts de la personne, en plus de répondre aux règles de sécurité propres aux patients de l'unité de soins. Selon le personnel, le CARMAT influence positivement la qualité de vie des patients utilisant le module occupationnel. Les effets du CARMAT n'ont toutefois pas fait l'objet d'une évaluation systématique. Le projet propose donc de mesurer les effets du CARMAT sur la fréquence des comportements

perturbateurs de patients atteints de la maladie d'Alzheimer en stade avancé. **Méthodes:** Cette étude se déroule dans une unité de soins de longue durée du Québec (Sherbrooke). Un dispositif à cas unique ABAB à niveaux de base multiple (n=2) sera préconisé (Ottenbacher, 1986). Cette stratégie de recherche présente une forte validité interne : (1) le sujet agit comme son propre contrôle; (2) le dispositif est répliqué sur 2 sujets à des moments différents. La fréquence des comportements perturbateurs sera colligée à l'aide d'une grille d'observation valide et d'une montre Actiwatch. Trois à cinq mesures seront prises au cours de chaque phase (AB). Les événements indésirables (ex. chutes) seront notés dans un journal de bord sur une base quotidienne. Le contexte et les variables seront décrits de manière exhaustive pour optimiser la reproductibilité de l'étude. Des analyses visuelles et statistiques seront réalisées. **Résultats:** À ce jour, un module occupationnel comprenant notamment une lance de pompier a été développé pour un patient ayant occupé ce métier (voir image ci-dessous). La collecte de données débutera à l'automne 2017. Il est anticipé que ce module occupationnel novateur favorise la gestion des comportements perturbateurs auprès de patients présentant une maladie d'Alzheimer en stade avancé et, ultimement, contribue à réduire les risques de chutes liés à leur état de fatigue et d'épuisement. **Discussion:** Le CARMAT est une intervention prometteuse et acceptable, (1) en misant sur le caractère signifiant et familier du matériel pour la personne; (2) en mettant à profit la mémoire procédurale et la mémoire implicite, lesquelles sont souvent préservées dans les stades avancés de la maladie; (3) en cherchant à agir sur l'expression émotionnelle et les besoins de stimulation pour réduire l'ennui, qui seraient reliés à l'errance; (4) en favorisant la marche à pied sécuritaire, plutôt que la prévention de l'errance, afin d'équilibrer l'autonomie de la personne avec la nécessité de minimiser les risques pour sa sécurité.



Exemple module 1



Exemple module 2

Les plateformes d'accompagnement et de répit

P-23 INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE EN PLATEFORME DE RÉPIT

A. LEMEUNIER(1)*, M. TOUFLET(2), M. BERARD(2), S. DA CUNHA LEAL(3)

(1) MBV Grandpierre - CHU Rouen, Saint Etienne du Rouvray, FRANCE; (2) Hôpital d'Oissel-CHU de Rouen, Rouen, FRANCE;

(3) MBV-Michel Grandpierre, Saint Etienne Du Rouvray, FRANCE

But: Mise en place d'un protocole visant à adapter selon le profil de l'aidant, différentes prises en charge (PEC) psychologiques et de mesurer les effets de celles-ci. Ces PEC sont en complément du répit proposé aux aidants à domicile sur une plateforme de répit. **Méthodes:** Nous utilisons les résultats de méta analyses et travaux réalisés précédemment (Sörensen et al., Cameron et al., H. Kerhervé) pour adapter les PEC psychologiques au profil de l'aidant et à ses difficultés évaluées lors d'un entretien d'admission de la plateforme (anxiété, dépression, fardeau...). D'après ces études, les profils d'aidants (conjoints, enfants, cohabitation, niveau de revenus...) aident à déterminer les principales difficultés et souffrances psychologiques. Les entretiens permettent de confirmer et/ou d'affiner celle-ci. Le type de PEC psychologique a un impact plus ou moins importants sur des difficultés ciblées d'aidants. En connaissant le profil de l'aidant, nous pouvons déterminer ses principales difficultés et individualiser un type de PEC psychologique plus adapté à ses problématiques. Nous avons réfléchi à l'instauration de trois groupes de patients : suivi psychologique individuel, suivi psychologique dans un groupe de parole ouvert, suivi dans un groupe de parole fermé type psycho-éducatif. Nous avons défini le cadre : les lieux, les contenus et durées des PEC psychologiques et veillé aux difficultés organisationnelles des aidants (transports, horaires de travail, répit concomitant pour une PEC de l'aidé). L'entretien d'admission, la prise en charge des groupes d'aidants et le suivi individuel sont réalisés par une psychologue. Le répit est assuré par des assistantes de soin en gérontologie. Nous choisissons des outils d'évaluation afin de mesurer les effets de ces PEC : Echelle de Zarit, STAI (Inventaire d'auto évaluation de l'anxiété état-trait de Spielberger), BDI-II (Beck Depression Inventory), SSQ6 (Social Support Questionnaire de Sarason). **Résultats:** Le protocole d'étude suit différentes étapes. Après un entretien d'admission avec les aidants de la plateforme visant à définir le profil de celui-ci et identifier ses difficultés, nous l'orientons vers l'un des groupes de PEC psychologique de la plateforme. Nous mettons en place un répit de groupe simultané à la prise en charge (10 places maximum). Les entretiens individuels ou séances de groupe ont lieu une fois par mois, au sein des locaux de l'EHPAD gérant la plateforme. La passation des échelles d'évaluation se réalise à différents temps : en amont de la PEC, après six entretiens ou séances, à la fin de la PEC (11 entretiens ou séances) puis deux mois et quatre mois après la PEC pour mesurer la durée des effets. **Discussion:** Les études précédentes nous donnent des outils précieux pour le repérage des souffrances psychiques des aidants selon leurs profils et le type de PEC psychologique nous permettant de nous adapter à leurs problématiques individuelles. La clinique et les entretiens d'admission affinent notre perception de la singularité de chacun. Les outils d'évaluation sont un support de validation des effets du protocole.

Tableau 3. Efficacité des méthodes de prise en charge en fonction des critères de jugement

Intervention	Critères de jugement/effet sur l'aidant						
	Fardeau	Dépression	Bien-être	Satisfaction de procurer des soins	Aptitude/ connaissance	Réseau social	Amélioration des symptômes du patient
Psycho-éducative	X	X	X	X	X		X
Psychothérapie	X	X	X	X	X		X
Groupe soutien	X				X		
Répét	X	X	X				X
Sur les patients			X				
Variable							
Combinés	X		X		X		
En groupe						X	X
En individuel	X		X				
Durée plus longue	X	X					

Tableau d'après Cameron 2008 (40)

Tableau 4. Efficacité des méthodes de prise en charge évaluée sur le court terme

Impact évalué	Interventions psychosociales	Thérapie cognitive	Soutien psychologique	Thérapie de groupe	Répét	Formation technique	Interventions combinées
Fardeau	++	++	+++	-	+++	-	-
Dépression	+++	++	-	-	++	-	-
Bien-être	+	-	-	+++	+	-	-
Aptitude	+++	-	-	-	-	-	-
Amélioration des symptômes	++	-	-	-	-	-	-
Retard institution	-	-	+	-	-	+	++

Le nombre de + reflète l'importance de l'impact.
Tableau d'après Pinquart 2006 (42) et Thomas 2007 (43)

Tableaux HAS Février 2010

Télémedecine et maladie d'Alzheimer

P-24 PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES EN TÉLÉMÉDECINE

E. THOMAS*, G. MOTAMED, I. MAUDUIT, V. DAVIRÉ, I. FROMENTIN

Emile Roux, Limeil Brevannes, FRANCE

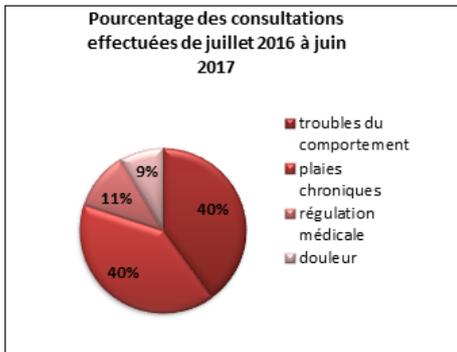
But: La télémedecine regroupe l'ensemble des pratiques médicales permettant de prendre en charge un patient aux moyens de nouvelles technologies de communication. Elle permet une innovation organisationnelle et constitue une voie prometteuse dans la prise en charge des patients en gériatrie. Elle vise à améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge de la personne âgée. Elle renforce l'accès à une expertise ou à un avis spécialisé, réduisant ainsi le recours aux urgences et aux hospitalisations, permettant au patient de rester sur son lieu de vie. Du fait du vieillissement de la population, on observe une augmentation de la prévalence des démences. La prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs s'avère souvent compliquée au domicile et aboutit fréquemment à une institutionnalisation. Les EHPAD rencontrent des difficultés dans la prise en charge de ces patients. **Méthodes:** L'hôpital Emile Roux a ouvert la consultation de télémedecine Gériatrie. L'équipe est constituée d'un gériatre, d'une infirmière, et d'une secrétaire médicale. Ce projet est développé avec les EHPAD d'Ile de France. 10 EHPAD ont été recrutées par l'ARS pour une phase expérimentale de 3 ans. L'équipe de télémedecine intervient en tant qu'expert sur toutes les pathologies du sujet âgé dans sa globalité. Cette intervention se fait en accord avec le médecin traitant qui garde son rôle décisif dans la prise en charge du patient. A titre d'exemple, nous intervenons sur les plaies chroniques, troubles du comportement, soins palliatifs, douleur, régulation médicale... Nous effectuons ces consultations au moyen d'un réseau sécurisé nommé ORTIF (Outil Régional Télémedecine d'Ile de France). **Résultats:** Entre juillet 2016 et juin 2017, 87 consultations ont été réalisées en télémedecine. Les troubles du comportement représentent 36,8% (n=32) des consultations. Ces 32 consultations ont concerné 14 patients et ont abouti à 6 hospitalisations (soit 42,9% des patients). Ces hospitalisations ont été programmées évitant le passage aux urgences. **Discussion:** L'intérêt de la télémedecine est de gérer les troubles du comportement dans l'environnement habituel du patient. Cela permet de s'appuyer sur l'équipe qui connaît le patient, en renforçant le rôle propre des soignants, et de s'aider des ressources existantes. On peut ainsi éviter la filière des urgences ou en secteur hospitalier pouvant être délétère pour le patient. La télémedecine permet également de travailler en collaboration plus étroite avec les médecins traitants et les EHPAD. Elle améliore la coordination des soins et facilite les échanges entre les différents intervenants. Une des limites de la télémedecine est le manque d'examen physique afin d'éliminer une pathologie somatique à l'origine des troubles du comportement. Le médecin traitant n'étant pas toujours disponible rapidement pour réaliser cet examen, nous devons donc parfois nous appuyer sur les transmissions des équipes paramédicales. Pour beaucoup de patients, nous sommes contactés à un stade où les troubles sont très avancés et les équipes démunies. Les situations où les troubles sont trop importants, nous organisons une hospitalisation. En conclusion, la télémedecine est une technologie innovante. Elle a déjà fait ses preuves dans d'autres domaines et apparaît comme un outil efficace dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD. L'objectif à moyen terme est de sensibiliser les EHPAD afin de nous contacter le précocement possible pour éviter les hospitalisations.

P-25 TÉLÉMÉDECINE BUCCO-DENTAIRE E-DENT : ACCÈS AUX SOINS DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX PERTURBATEURS EN UNITÉ D'HÉBERGEMENT RENFORCÉ (UHR)

N. MICHEL(1)*, B. MICHEL(1), N. GIRAUDEAU(2)

(1) Clinique Les Jardins de Sophia, Castelnau-le-Lez, FRANCE; (2) CHRU Montpellier, Centre de Soins d'enseignement et de recherche dentaire, Montpellier, FRANCE

But: Les UHR (Unités d'Hébergement Renforcé) accueillent des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'un syndrome apparenté ; ces patients, présentent des troubles du comportement perturbateurs qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et de son entourage. Le profil comportemental de ces patients est pluriel, il recouvre principalement dans notre unité les items suivants au NPI-ES (neuropsychiatric inventory) : agitation/ agressivité, comportements moteurs aberrants, irritabilité, désinhibition et idées délirantes. Notre UHR offrent une prise en charge globale, réduisant au maximum la prise en charge médicamenteuse au profit d'une prise en charge axée sur les thérapies non médicamenteuses et en particulier sur les techniques comportementales. Afin d'améliorer la prise en charge de



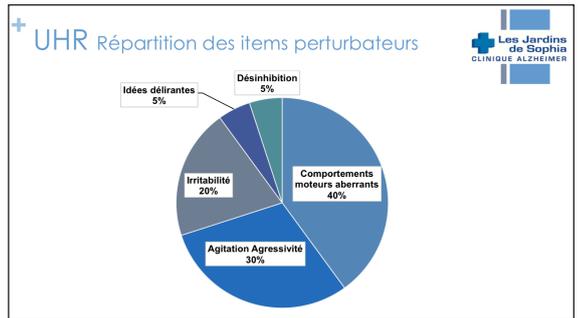
Pourcentage des consultations effectuées de juillet 2016 à juin 2017

ces patients, nous avons intégré dans leur évaluation clinique un examen bucco-dentaire adapté, systématique, pour éliminer toute cause organique due à une pathologie bucco-dentaire. L'objectif est d'identifier tous les facteurs potentiellement impliqués dans la diminution de troubles du comportement et de favoriser l'accès aux soins dans des conditions adaptées à cette population spécifique. Pour répondre à ces problèmes, nous avons intégré une consultation à distance dans le cadre du Projet e-DENT afin 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 les patients atteints de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles du comportement sévères pris en charge en UHR. **Méthodes:** Des téléconsultations bucco-dentaires ont été réalisées auprès de 20 patients de notre UHR grâce à un dispositif de télémedecine bucco-dentaire (caméra intra-buccale, logiciel spécifique). Une IDE recueille les informations nécessaires au diagnostic à distance par un chirurgien-dentiste (dossier médical + vidéos). Le chirurgien-dentiste pose un diagnostic et propose un plan de traitement ainsi qu'une prise en charge adaptée. En fonction du stade de démence, du degré de coopération, du profil psycho-comportemental, du type de démence, du MMSE, des pathologies associées, 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 (Niessen), de l'index de comportement lors des soins bucco-dentaires (Nordenram), nous évaluons la prédictibilité de l'acceptation d'une téléconsultation en UHR. **Résultats:** Différents tests ont été proposés pour évaluer le comportement du patient face à son hygiène et aux soins bucco-dentaires ainsi que pour évaluer son degré de compliance. Une coopération en cabinet dentaire s'avère réalisable pour 15% des patients. L'utilisation de la caméra intra-buccale « e-dent », sans déplacement du patient, dans son environnement familial, offre un degré de coopération de à 97%. **Discussion:** L'utilisation de la télémedecine bucco-dentaire facilite le parcours de soins des patients en priorisant les actes à réaliser et en organisant la prise en charge personnalisée en fonction des états cognitif, psycho-comportemental, général et bucco-dentaire. La pratique de soins doit s'adapter aux stades d'évolution de la maladie d'Alzheimer et en particulier aux troubles du comportement associés. Les soins bucco-dentaires participent à une vision intégrée et pluridisciplinaire du projet de soins personnalisé.

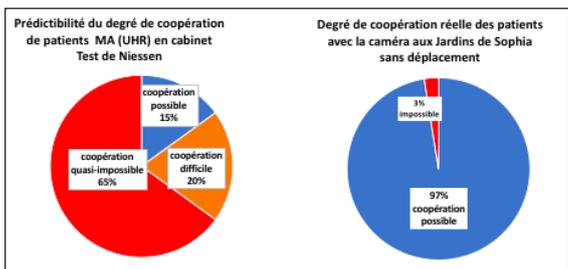
logiciel spécifique). Une IDE recueille les informations nécessaires au diagnostic à distance par un chirurgien-dentiste (dossier médical + vidéos). Le chirurgien-dentiste pose un diagnostic et propose un plan de traitement ainsi qu'une prise en charge adaptée. En fonction du stade de démence, du degré de coopération, du profil psycho-comportemental, du type de démence, du MMSE, des pathologies associées, 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 (Niessen), de l'index de comportement lors des soins bucco-dentaires (Nordenram), nous évaluons la prédictibilité de l'acceptation d'une téléconsultation en UHR. **Résultats:** Différents tests ont été proposés pour évaluer le comportement du patient face à son hygiène et aux soins bucco-dentaires ainsi que pour évaluer son degré de compliance. Une coopération en cabinet dentaire s'avère réalisable pour 15% des patients. L'utilisation de la caméra intra-buccale « e-dent », sans déplacement du patient, dans son environnement familial, offre un degré de coopération de à 97%. **Discussion:** L'utilisation de la télémedecine bucco-dentaire facilite le parcours de soins des patients en priorisant les actes à réaliser et en organisant la prise en charge personnalisée en fonction des états cognitif, psycho-comportemental, général et bucco-dentaire. La pratique de soins doit s'adapter aux stades d'évolution de la maladie d'Alzheimer et en particulier aux troubles du comportement associés. Les soins bucco-dentaires participent à une vision intégrée et pluridisciplinaire du projet de soins personnalisé.



IDE spécialisées en odontologie effectuant la vidéo bucco-dentaire dans à la Clinique Les Jardins de Sophia



Répartition des items perturbateurs au NPI-ES



Résultats du test de Niessen



Chirurgiens-dentistes du service d'odontologie

Autres

P-26 LE SANS FOURCHETTE® : GASTRONOMIE, PLAISIR, CONVIVIALITÉ ET LIEN INTERGÉNÉRATIONNEL RETOUR D'EXPÉRIENCE DE 16 DÉJEUNERS GASTRONOMIQUES À LA BOUCHÉE

F. VERDUREAU

Association Mémoire & Santé, Marseille, FRANCE

But: «LE SANS FOURCHETTE propose un repas sans couvert au restaurant à des malades souffrant de troubles neurodégénératifs, accompagnés de leurs aidants, famille, amis ou soignants. Il s'agit de leur offrir un moment agréable, convivial, autour d'un repas gastronomique. Cette initiative permet aussi de sensibiliser le monde de la restauration, en partenariat avec des écoles hôtelières, au handicap invisible. **Méthodes:** Pour réaliser les 16 premiers repas «LE



Affiche La Ciotat 2016

SANS FOURCHETTE®», l'association Mémoire&Santé s'est associée tout d'abord avec des écoles hôtelières et depuis cette année collabore avec des associations professionnelles de restaurateurs. Les conférences au sein des lycées hôteliers sensibilisent les élèves et les encadrants à la maladie d'Alzheimer, sur le plan médical, du handicap, de l'autonomie, et alimentaire. Nous élaborons ensemble, en partenariat avec l'équipe pédagogique, un «SANS FOURCHETTE®» adapté à chaque structure d'accueil. Mémoire&Santé intervient en parallèle auprès des associations de patients et accompagnants, des structures de santé, des professionnels soignants, et communique sur la réalisation d'un prochain «SANS FOURCHETTE®» pour y inviter patients et accompagnants. **Résultats:** A ce jour, 16 «SANS FOURCHETTE®» ont été réalisés en 5 ans : Environ 800 convives en ont bénéficié, 7 lycées hôteliers pilotes ont été associés, et 350 élèves sensibilisés. Trois réalisations ont eu lieu dans un restaurant gastronomique pour démontrer la faisabilité technique et économique d'une possible généralisation. Les élèves et

encadrants ont fortement adhéré au projet et montré leur intérêt pour la meilleure compréhension de la maladie et des répercussions du handicap dans la vie quotidienne des malades. Ils se sont facilement adaptés à ces spécificités aussi bien en cuisine pour l'adaptation des mets (bouchées) qu'en service en salle, où ils ont été à l'écoute et ont su adapter leur communication avec les différents convives. Les patients et accompagnants sont unanimement enthousiasmés par la sortie et le déjeuner. Toutes les personnes venues demandent les dates des prochains repas. La formule sans couvert gomme les handicaps de certains, et le manger « avec les doigts » est partagé avec plaisir par tous. Les assiettes retournent vides ! La satisfaction se mesure aisément aux sourires, à l'ambiance conviviale, chaleureuse et paisible (les patients habituellement agités sont plus calmes). En parallèle, une enquête a été réalisée auprès de la jeune génération pour appréhender leur représentation sociale des aînés dans notre société, et leur ressenti du vieillissement et de la maladie. **Discussion:** Après la mise au point réussie du concept innovant du «SANS FOURCHETTE®», grâce notamment aux opérations pilotes menées en collaboration avec les lycées hôteliers, s'ouvre maintenant une phase de déploiement et de généralisation de cette offre spécifique de restauration gastronomique, tournée vers les aînés souffrant de troubles neurodégénératifs, et leurs accompagnants. Ce travail vient d'être engagé avec des associations de professionnels de la restauration ainsi qu'avec le renforcement des liens avec les établissements de formation du monde de la restauration. **Conflit d'intérêt:** Aucun conflit déclaré. **Mots-clés:** alimentation, inter-génération, maladie d'Alzheimer, plaisir.



La Bouchée Paris 2014



Le plat La Ciotat 2016



Blois 2013



Le plat Montpellier 2014

Les nouvelles technologies (NTIC)

P-27 FAVORISER LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR

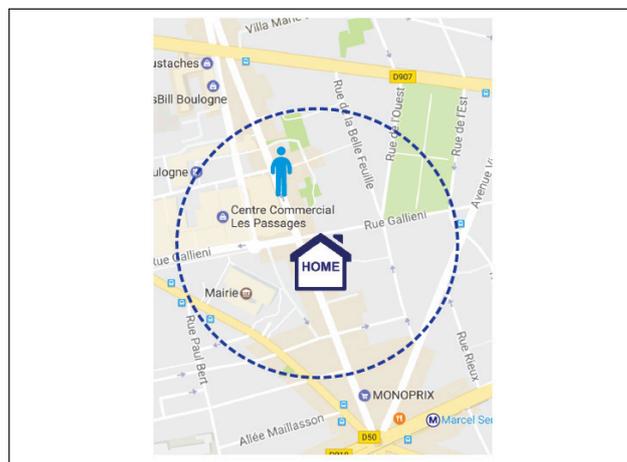
A. WESTERMANN

Bluelinea, Elancourt, FRANCE

But: Alzheimer et perte de repères: Parmi les principaux symptômes de la maladie d'Alzheimer, la perte de repère et la désorientation spatiale surviennent à un stade de la maladie avancée ; la personne est perdue dans l'espace, en premier lieu, dans les nouveaux endroits, puis dans sa propre maison où elle ne sait plus où se trouve telle ou telle pièce. Exactement comme pour Marcelle qui a causé une belle frayeur à ses proches pendant l'été 2017 : cette dame âgée de Noyelles-Godault atteinte de la maladie d'Alzheimer s'est perdue. Saine et sauve, elle a été retrouvée quelques heures plus tard. Elle avait marché seule jusqu'au boulodrome de Douai ! Il est donc nécessaire de proposer des offres adaptées aux besoins de ces personnes, conciliant autonomie, vie sociale et sécurité. L'autonomie pour prévenir la maladie: Dans cette perspective, Bluelinea, acteur du maintien à domicile en France, a choisi d'accompagner les personnes Alzheimer dans leur quotidien en essayant de préserver leur autonomie le plus possible, notamment par la stimulation de l'activité motrice : maintenir notamment la marche par des promenades quotidiennes. **Méthodes:** Le bracelet d'autonomie avec service de géolocalisation. Bluelinea, acteur du maintien à domicile en France, a choisi d'accompagner les personnes Alzheimer dans leur quotidien en essayant de préserver leur autonomie le plus possible, notamment par la stimulation de l'activité motrice. Simple bracelet, solide et étanche, relié à notre propre plateforme d'écoute et de recherche opérationnelle, disponible 24h/24 et 7j/7, cette montre design dotée d'un système GPS favorise la liberté de déplacement des personnes pouvant avoir des pertes de repères. **Résultats:** Sa légitimité, le Groupe Bluelinea la repose sur son expérience auprès du millier d'abonnés à ce service et au travers de la compréhension et la maîtrise des problématiques liées à ces dispositifs de géolocalisation : le design stigmatisant des produits, la sécurisation des données et la liberté d'aller et venir de ces personnes. **Discussion:** Une réglementation sans réel effet. Dès 2013, Michèle Delaunay, la ministre chargée des personnes âgées, a souhaité réglementer l'usage des bracelets de géolocalisation pour les malades d'Alzheimer. Car au-delà du risque d'intrusion dans la vie privée, la géolocalisation peut vous sauver des vies. Depuis, rien ou presque n'a évolué concrètement et le nombre de malades d'Alzheimer accompagnés par des solutions GPS n'a pas évolué significativement. Une campagne de communication nationale ? 4 ans après, en 2017, une nouvelle dynamique doit être insufflée sur cette thématique, pour enfin réussir à démocratiser ce type de service auprès du grand public. La première des choses : faire connaître, apporter des solutions. L'optimisation des outils et la garantie d'une qualité de service ne seront possibles qu'en s'appuyant sur une expérimentation à grande échelle, sur l'ensemble du territoire. Faciliter l'accès à ces offres permettra aux industriels d'améliorer leurs solutions pour toujours s'adapter au mieux. Cette réflexion dépasse même le cadre des services à destination des malades d'Alzheimer. Elle s'inscrit dans un processus plus global, qui devrait faire de l'Etat le plus grand communicant auprès de la cible «seniors» et ainsi aider, accompagner tous les acteurs de la «Silver Economie», un nano marché adossé à un giga public (papy boom oblige...).



Bracelet d'Autonomie GPS



Zone de Vie BlueGard

Comment ça marche?

Balises de localisation intérieure

- 1- Une zone de vie est définie selon le profil du porteur du bracelet dans un rayon de 150 mètres à plusieurs kilomètres autour de l'établissement.
- 2- Des balises Bluetooth (BLE) autocollantes sont disposées dans les pièces couramment occupées par le porteur du bracelet.
- 3- Tant que le porteur du bracelet est localisé à l'intérieur de l'établissement par la proximité des balises BLE, le récepteur GPS du BlueGard est désactivé (autonomie batterie préservée).
- 4- Hors de portée des balises BLE, le bracelet BlueGard active son GPS pour s'assurer que le porteur est bien dans la zone de vie définie.
- 5- Dès qu'une sortie de zone est détectée, une alerte est automatiquement transmise à notre plateforme BlueHomeCare où un écoutant prendra en charge la situation.

Comment ça marche ?



Autonomie avec Alzheimer