

COMMUNICATIONS ORALES

REGARDS SUR LA FORMATION ASSISTANTS DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE

F. CLUZEL (1)

(1) *Fondation Léonie CHAPTAL, Sarcelles, FRANCE*

But : Les Français vivent de plus en plus longtemps : c'est un motif de satisfaction, même si cela s'accompagne d'une augmentation des maladies chroniques et d'une hausse du nombre de personnes âgées dépendantes. L'assistant de soins en gérontologie intervient auprès de personnes âgées, en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques. Cinq ans après la mise en œuvre de cette formation (2012/2017), la Fondation Léonie CHAPTAL a souhaité réaliser un état des lieux afin d'évaluer les impacts et d'intégrer l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de la formation continue en santé. Proposer une offre de formation, sans procéder à son évaluation, ne saurait être garant de sa qualité, de son adaptation à l'environnement et de la prise en compte des besoins de ses clients et des commanditaires publics. Aucune donnée de la littérature ne vient rendre compte des impacts de la formation d'Assistants de Soins en Gérontologie. Ainsi, nous avons eu la volonté de procéder à une évaluation dont les objectifs sont : • D'identifier le changement de posture professionnelle ; • De percevoir une amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge ; • D'identifier les compétences additionnelles de la qualification ASG. **Méthodes :** Une enquête qualitative, sous forme de questionnaire, s'est déroulée du 01 mars au 14 juin 2018. Les enquêtes ont été transmises aux 18 employeurs ayant adressé leurs salariés en formation d'Assistant de Soins en Gérontologie entre 2012 et 2017. Chaque questionnaire comportait 18 questions fermées, mais avec la possibilité pour chacune, d'être commentée ou d'être argumentée. **Résultats :** Les résultats mettent en évidence que les motivations pour lesquelles les établissements ont souhaité former leurs salariés s'articulaient autour du développement de compétences, dans une logique de GEPEC, et des orientations stratégiques d'établissements. Tous les employeurs déclarent avoir observé un changement dans la posture professionnelle. Cette formation a été réinvestie dans les établissements avec un transfert de compétences et les ont intégrés dans un profil métier ASG. Enfin, les employeurs déclarent que cette formation a permis d'améliorer la qualité des prises en charge. **Discussion :** La formation ASG proposée par la Fondation Léonie CHAPTAL est très appréciée à la fois par les apprenants (cf. indicateurs Taux de satisfaction apprenants : 100% d'apprenants satisfaits, intervalle 2012 - 2017) et leurs employeurs. En ce sens elle répond aux besoins d'usage des commanditaires. Cette enquête met en évidence une montée en compétences des professionnels de santé et peuvent être mises en lien avec le concept de compétences additionnelles. Bien que l'étude soit qualitative et à faible niveau d'échantillonnage, les hypothèses de départ se trouvent confirmées par l'évaluation d'impacts. L'ensemble des résultats de cette étude sont à mettre en lien avec les orientations de la stratégie nationale de santé 2018 - 2022 et laisse espérer un plus grand développement des expertises soignantes, notamment liées à l'accompagnement et à la prévention des risques attachée du grand âge. Des limites ont été identifiées. Une poursuite de cette évaluation permettrait d'affiner les résultats.

ANOSOGNOSIE ET SES PRÉDICTEURS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER LÉGÈRE À MODÉRÉE SUIVANT LA MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION USITÉE

J. JACUS (1), Y. HERADES (1), P. ANTOINE (2)

(1) *CH des vallées de l'Ariège, Foix, FRANCE*; (2) *UMR CNRS 9193 SCALab, Université Lille III., Lille, FRANCE*

But : L'anosognosie dans la maladie d'Alzheimer (MA) peut précocement conduire au placement du patient dans un environnement adapté en raison de son incapacité à éviter les dangers et à accepter les aides et soins proposés (Horning et al., 2014 ; Verhulsdonk et al., 2013). Diverses publications (Marková, 2005 ; Trouillet et al., 2003) ont souligné son hétérogénéité dans la MA, notamment en raison de méthodologies d'évaluation diverses. Les trois principales sont les suivantes (Starkstein et al., 2014): a) Ecart entre avis du patient et avis du proche. b) Ecart entre prédiction du patient à un test et performance obtenue. c) Evaluation par le clinicien. Notre objectif était de comparer l'anosognosie et ses prédicteurs dans la MA suivant la méthodologie d'évaluation. **Méthodes :** Nous avons recruté 17 sujets contrôles (CT) au Mini Mental State Examination – MMSE (Folstein et al., 1975) normatif pour l'âge et le Niveau Scolaire (NS) (Lechevallier-Michel et al., 2004), ayant des scores de mémoire épisodique (test de rappel libre – indicé à 16 items – RL-RI 16 de Ergis et al., 1994) normatifs pour l'âge et le NS (Van Der Linden et al., 2004), ainsi que des scores normatifs à la Batterie Rapide d'Efficiency Frontale – BREF (Dubois et al., 2000). Ils ont été comparés à 35 patients souffrant de MA probable, légère à modérée (Hugonot-Diener, 2007 ; McKhann et al., 2011). Tous ont complété le MMSE, la RL-RI 16, la BREF, la Geriatric Depression Scale – GDS (Clément et al., 1997), les Apathy Evaluation Scale – AES (Marin et al., 1991) et l'Instrumental Activity of Daily Living – IADL (Lawton et al., 1969). L'anosognosie a été évaluée : (a) pour la méthode écart patient-proche, avec la Patient Competency Rating Scale – PCRS (Prigatano et al., 1986) et l'Anosognosia Questionnaire for Dementia – AQD (Starkstein et al., 2006) ; (b) pour la méthode prédiction-performance, avec la Multidimensional Isomorphic Simple Awareness Assessment – MISAware (Antoine et al., 2013) ; et (c) pour l'évaluation par le clinicien, avec l'Echelle de Self dans la MA (Gil et al., 2001) (groupe MA seul). **Résultats :** Le groupe MA était plus âgé et moins scolarisé que le groupe CT ($ps < 0.01$). Il était plus déficient sur toutes les variables cognitives, plus apathique, dépressif et anosognosique, que le groupe CT ($ps < 0.02$). Les échelles d'anosognosie corrélaient entre-elles ($ps < 0.001$), hormis l'échelle de Gil non liée à la PCRS et à l'AQD ($ps > 0.05$). L'analyse par régression linéaire (âge et NS

en covariables) montrait que: (a) l'AES proche, la GDS et les trois premiers rappels totaux de la RL-RI 16 expliquaient 56,5% de la variance de l'AQD et 43,2% de celle de la PCRS ; (b) le MMSE et la BREF expliquaient 68,2% de la variance de la MISAware ; et (c) le MMSE et la GDS expliquaient 43% de la variance de l'échelle de Gil (sans covariable). **Discussion:** Ces résultats sont congruents avec ceux de Horning et al. (2014), Jacus (2017), montrant que moindre apathie, plus grande dépression et meilleures performances cognitives sont liées à une moindre anosognosie. Mais ces prédicteurs varient suivant les méthodes utilisées dont deux ne corrélaient pas ensemble. Leur variation peut être discutée au regard du référentiel de chaque méthode: a) Surestimation / sous-estimation de soi au regard de l'avis d'autrui pour l'écart patient-proche. b) Performances cognitives pour la méthode prédiction – performance. c) Domaines cognitifs et émotionnels progressivement altérés dans la MA pour l'évaluation par le clinicien.

L'ABSENCE DU PORT DE LA BLOUSE CHEZ LES SOIGNANTS : QUELS EFFETS SUR LES RELATIONS SOIGNANTS-RÉSIDENTS AU SEIN D'UNITÉS ALZHEIMER ?

N. BAILLY (1), C. GIRAudeau (1), C. FERRAND (1), G. CHASSEIGNE (1), A. LETTY (2), P. HAY (2)

(1) Université de Tours, EA 2114 : PAVEA, Tours, FRANCE; (2) Fondation Korian pour le bien de vieillir, Paris, FRANCE

But: Au sein de ces unités, proposer un environnement rassurant et stimulant capable d'améliorer la vie quotidienne des résidents représente un véritable défi. Parmi les facteurs susceptibles de favoriser le bien-être des résidents, la qualité des relations soignants-résidents est primordiale. Si l'importance de l'apparence dans les échanges humains n'est plus à démontrer, le port de la blouse, symbole institutionnel de la maladie et du soin, interroge au sein des lieux de vie que sont les Ehpad. Notre étude a pour objectif d'examiner l'impact sur les résidents de l'absence du port de la blouse chez les soignants. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude observationnelle dans deux unités Alzheimer de la région Centre. Deux fois par semaine chaque mois pendant 6 mois, les résidents et soignants ont été filmés lors du temps institutionnel du « goûter ». Une grille d'observations a permis de mesurer (via un nombre d'occurrences) : 1) les attitudes et comportements des résidents ; 2) les contacts intimes avec ou sans toucher (distance inférieure à 20cm) entre les résidents et, entre les résidents et les soignants ; et 3) les contenus des conversations. L'analyse des enregistrements a été effectuée par deux codeurs indépendants. Deux situations ont été comparées : l'une où le personnel soignant porte la blouse et l'autre où il ne la porte pas. Pendant les trois premiers mois, les soignants de l'Ehpad1 portaient une blouse l'après-midi tandis que ceux de l'Ehpad 2 portaient une tenue civile. Puis inversion lors des trois mois suivants. Le test de Wilcoxon pour échantillons appariés a été retenu pour l'analyse des données. **Résultats :** Concernant les attitudes des résidents, quand les soignants sont sans la blouse, les résidents ont davantage d'accrochages visuels ($Z = 2.97$; p . **Discussion :** Cette étude est, à notre connaissance la première à avoir comparé les effets du port et du non-port de la blouse chez les soignants. Les résultats obtenus, bien qu'ils ne puissent être généralisés, montrent clairement que l'absence du port de la blouse a des effets positifs sur la relation soignant-résidents. Elle contribue à réduire la distance entre patient et soignant, susciterait un autre regard, des envies de parler d'autre chose et de se comporter autrement. Il reste maintenant à tester les effets de l'absence définitive et continue du port de la blouse. Pour que la généralisation du port d'une tenue civile au sein des Ehpad puisse être bénéfique pour les résidents, il nous semble nécessaire qu'elle s'inscrive dans un projet d'établissement où tous les acteurs du système seraient impliqués. .

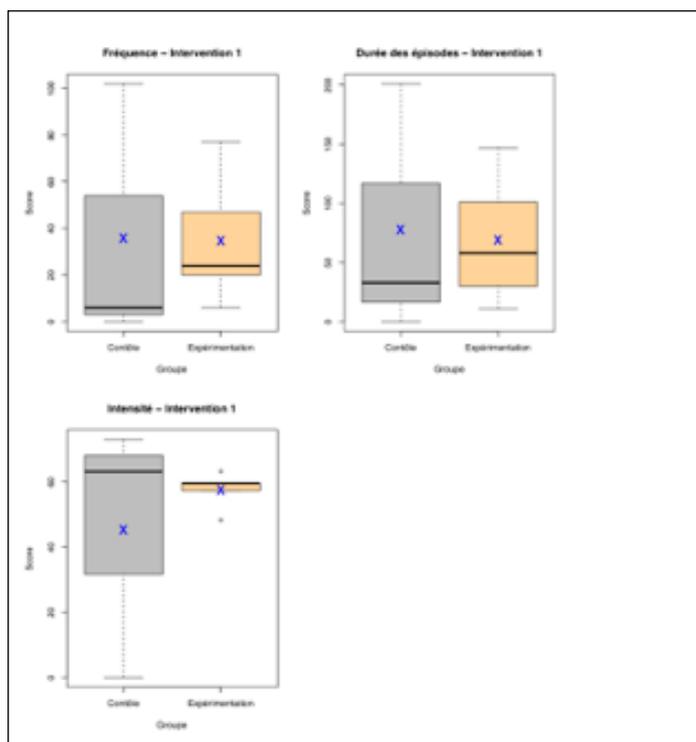
ADAPTER UNE TECHNIQUE EMDR EN GÉRONTOLOGIE : PRÉSENTATION DES PREMIERS RÉSULTATS SUR L'AGITATION VERBALE

A. VAILLANT-CISZEWICZ (1), A. QUADERI (1), P. ROBERT (1), O. GUERIN (1)

(1) CHU, Nice, FRANCE

But: La psychothérapie EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) est recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013) dans le cadre du Trouble de Stress Post Traumatique (DSM-V). Nous souhaitons, dans le cadre de cette étude pilote, adapter la technique aux personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs à un stade évolué (MMSE<10). L'objectif de notre étude est d'isoler les Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) du protocole EMDR pour adapter une intervention « sur le champ » en cas de crise comportementale aigue. Pour ce faire, nous utiliserons des stimulations tactiles. Nous émettons l'hypothèse que les SBA permettent une action directe sur le système sympathique (Aubert-khalifa et al. 2008, Eloffsson et al. 2008). Leur utilisation permettrait une réduction de l'agitation verbale en lien avec l'angoisse ressentie par la personne âgée. Amano et al. (2015) sont les pionniers de la recherche en EMDR dans le cadre des pathologies neurocognitives. Selon les auteurs, les troubles du comportement sont en lien avec des scènes de vie marquante que la personne âgée rejoue inlassablement (en lien avec les troubles cognitifs, l'altération hippocampique etc). Le but de notre étude est donc d'évaluer les effets d'une technique issu d'une approche psychothérapeutique innovante sur les troubles du comportement productif tel que l'agitation verbale. **Méthodes :** Nous présenterons les résultats de cette étude pilote portant sur plus de 10 personnes âgées (N=14) dans deux EHPAD Niçois (Institut Claude Pompidou, EHPAD, Hôpital de Cimiez). La première partie de notre recherche porte sur une intervention unique sur le champ mesurant la fréquence, l'intensité et la durée de l'agitation verbale. Nous avons randomisé les sujets en deux groupes (un premier où il s'agit de tenir la main des résidents de l'EHPAD) et un second où nous pratiquons les SBA. Nous vérifions systématiquement les besoins primaires des résidents avant une intervention et nous nous intéressons également à un questionnaire en 4 items portant sur les soignants et la gestion du trouble du comportement. La seconde partie de notre étude portera sur des cas cliniques suivis à long terme pour mettre en lumière l'existence ou non d'un effet de rémanence de la technique. Nos outils d'évaluation sont le MMSE, le NPIES, le CMAI ainsi que le PITTSBURGH. **Résultats :** Nos premiers résultats indiquent que l'agitation verbale évolue sur certaines de nos variables mesurées dans

le groupe SBA par rapport au groupe contrôle. **Discussion** : Les SBA semblent être une approche non médicamenteuse adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Les études de cas cliniques nous permettront d'affiner davantage nos observations. Cette étude pilote nous permet également d'établir des corrélations entre besoins primaires, douleur, inconfort, environnement et agitation verbale. Si les SBA peuvent fonctionner en cas d'agitation verbale et d'autres comportements, nous ouvrons une nouvelle perspective non médicamenteuse de soin psychologique en gérontologie en lien avec les recommandations du guide HAS pour les personnes présentant un trouble neurocognitif associé à une maladie d'Alzheimer ou apparentée (mai 2018).



POUR UNE INTÉGRATION DE L'ACCUEIL DE JOUR « DE VILLE » DANS LA FILIÈRE ALZHEIMER

V. MONGE (1), V. FALYSE (2), J. BERLAND (3)

(1) Fondation Oeuvre de la Croix Saint Simon - accueil de jour Marie de Miribel, Paris, FRANCE; (2) Fondation Oeuvre de la Croix Saint Simon - accueil de jour L'Etimoë, Paris, FRANCE; (3) Fondation Oeuvre de la Croix Saint Simon - accueil de jour G. Laroque, Paris, FRANCE

But: La filière Alz regroupe le parcours de soins proposé aux patients et aux aidants, fondé sur une approche médicale. Des GHT ont intégré des accueils de jour à leur offre gériatrique et neurologique. Parallèlement, le Plan Alz. a incité le secteur médico-social à développer les accueils de jour « de ville ». Leur financement tutélaire a entraîné de fait une réglementation dans l'organisation et les compétences professionnelles requises. La prise en charge a une visée thérapeutique, mais son approche est non médicamenteuse, non médicalisée. De fait, l'ADJ « de ville » n'a pas acquis sa légitimité dans la filière Alz. Nous souhaiterions promouvoir ce dispositif complémentaire de ceux qui structurent aujourd'hui la filière Alz. **Méthodes** : Il est toujours utile de rappeler les fondamentaux : l'ADJ n'est pas un espace occupationnel. Si l'objectif assigné est de participer au maintien au domicile, les moyens proposés par l'ADJ couvrent les besoins prioritaires : socialisation, maintien des capacités cognitives et motrices. Il ne faut pas oublier les aidants pour qui l'ADJ présente des bénéfices réels. La visée thérapeutique est donc réelle. Quels seraient alors les bénéfices secondaires de l'ADJ? A la différence des dispositifs hospitaliers, l'ADJ « de ville » bénéficie d'atouts indéniables dans le parcours de soin : la proximité, la régularité et la durabilité du lien avec le patient. 1er bénéfice : pour l'ensemble de la filière. Face à un manque de moyens et d'une demande de plus en plus importante, le professionnel de santé doit composer avec une vision, sinon parcellaire, du moins non dynamique de l'évolution du patient. Même question pour les aidants, dont la périodicité des consultations entraîne un manque de repères dans l'accompagnement de leurs proches. L'ADJ mériterait, pour son rôle de veille sur l'évolution de la maladie, d'être davantage considéré dans la chaîne de valeur de la prise en soins. 1/ La fréquentation hebdomadaire des patients de l'accueil de jour permet à l'équipe pluridisciplinaire de faire une évaluation régulière. 2/ les process internes sont également des indicateurs tracés de l'évolution de la maladie. C'est donc bien le rôle des référents de l'ADJ de transmettre aux acteurs de la filière les informations qui contribueront à mieux ajuster la prise en charge. 2ème bénéfice : pour les aidants. Il persiste un déficit de médiation et d'accès aux dispositifs de soutien existants pour certains d'entre eux. Par la relation de proximité tissée entre les aidants et les ADJ, on fera le pari d'une meilleure intermédiation entre les aidants et les centres de ressource existants. 3ème bénéfice : concourt à une réflexion plus générique, celle de la place des personnes malades dans notre société. L'ADJ est un des derniers espaces d'interactions normalisées avec le monde social offert aux patients. (cf projets d'inclusion Dementia Friendly). Les ADJ y oeuvrent. Certaines activités contribuent même à éduquer les prochaines générations à l'inclusion de leurs anciens, avec ou sans trouble. **Résultats** : Conditions auxquelles les ADJ intégreraient la filière Alz. : Amélioration continue

collaboration professionnels de santé / équipe de l'ADJ. Evaluation continue de l'activité des ADJ Volonté des politiques publiques. **Discussion** : Axes d'amélioration continue de la collaboration entre professionnels ? .

PRÉVALENCE ET INCIDENCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET SYNDROMES APPARENTÉS CHEZ LES SUJETS JEUNES EN FRANCE : ANALYSES DES DONNÉES DU SYSTÈME NATIONAL DES DONNÉES DE SANTÉ

L. CARCAILLON-BENTATA (1), C. QUINTIN (1), M. BOUSSAC-ZAREBSKA (1), A. ELBAZ (1,2,3)

(1) Santé publique France, Saint-Maurice, FRANCE; (2) Université Paris-Saclay, Univ. Paris-Sud, UVSQ, Paris, FRANCE; (3) CESP, Inserm, Villejuif, FRANCE

But: La maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (MASA) peut survenir chez le sujet jeune (<65 ans). En raison de leur âge, ces malades rencontrent des problématiques spécifiques ayant des conséquences très importantes sur leur vie professionnelle, familiale ainsi que sur leurs activités quotidiennes. Peu d'information est actuellement disponible pour quantifier le poids de cette pathologie chez les jeunes. Dans une précédente étude, nous avons montré que les données du système national des données de santé (SNDS) permettaient d'identifier correctement les cas de MASA jeunes. Cette nouvelle étude a pour objectif d'estimer les taux de prévalence et d'incidence de la MASA chez les jeunes. **Méthodes** : La population concernée par notre étude était celle des sujets vivants à la fin de l'année 2016, âgés entre 40 et 64 ans et affiliés au régime général. Les cas de MASA ont été identifiés dans le SNDS à partir de trois critères : les hospitalisations avec un diagnostic de démence (codes CIM-10 : F00 à F03, G30, G31.1 et F05.1), au moins 2 remboursements de médicaments spécifiques de la MASA dans l'année (codes ATC : N06DA02, N06DA03, N06DA04, N06DX01) ou l'inscription en ALD 15 pour démence. Compte-tenu de la faible sensibilité de ces critères pour identifier les sujets atteints de démence, nous avons utilisé 5 années de suivi (2012 à 2016) pour repérer les cas prévalents de 2016. Les cas incidents étaient définis comme les cas de 2016 non prévalents en 2015. Nous avons calculé des taux de prévalence et d'incidence par âge et sexe, ainsi que des taux standardisés sur l'âge et le sexe. Les différences entre hommes et femmes sont estimées en calculant des ratios de prévalence et d'incidence à l'aide de régressions de Poisson ajustés sur l'âge. **Résultats** : En 2016, 24 309 cas prévalents de MASA affiliés au régime général (Taux prévalence standardisé = 144,2/100 000) et 5 710 cas incidents (Taux incidence standardisé = 27,5/100 000 personnes-années) ont été identifiés chez les 40-64 ans. Plus de 65% des cas prévalents et incidents présentaient au moins une hospitalisation avec un code de MASA. Par rapport aux cas prévalents, les cas incidents présentaient moins souvent une ALD pour MASA (12,9% versus 20,7%) ou avaient consommé moins souvent des médicaments spécifiques (34,6% versus 40,4%). Les taux de prévalence et d'incidence augmentaient de manière importante avec l'âge. Les taux standardisés sur l'âge étaient inférieurs chez les femmes par rapport aux hommes (ratio de prévalence=0,72, 95%CI: 0,70-0,74; ratio d'incidence=0,66, 95%CI: 0,63-0,70). **Discussion** : Très peu d'études ont été en mesure de produire des fréquences de la démence chez les jeunes. Les données disponibles proviennent souvent de populations très sélectionnées telles que celles des registres ou des centres spécialisés. Nos résultats de fréquence sont en ligne avec le peu d'études ayant été conduites en population générale. Nous rapportons un risque plus élevé de démence chez les hommes par rapport aux femmes alors que la plupart des travaux ne montraient aucune différence. Cela pourrait être expliqué par une prévalence plus élevée des facteurs de risque, notamment, cardiovasculaires chez les hommes. Si l'on extrapole nos estimations à la population entière, le nombre de cas de MASA jeunes en 2016 peut être estimé à 31 000, dont 7400 nouveaux cas.

PARCOURS DE SOINS EN UNITÉ-COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

E. NASSAU (1), E. GERMAIN (1), S. PILET (1), A. POP (1), T. RIVASSEAU JONVEAUX (1), C. JARNAUD (1), G. LALAU (1), A. BERNOT-NICOLAÏ (1)

(1) CHRU, Nancy, FRANCE

But: Les Unités-Cognitivo-Comportementales (UCC) sont des unités récentes, apportant des réponses variées aux troubles du comportement des personnes accueillies au sein de ces services. La disparité entre les UCC est souvent soulignée au niveau national, qu'il s'agisse de l'architecture, des activités non-médicamenteuses mises en place ou encore des ressources humaines. Le présent exposé a pour vocation de présenter le parcours de soin en UCC de deux sujets afin de partager et d'échanger autour de notre expérience au sein du Centre Paul Spillmann au CHRU de Nancy. **Méthodes** : Nous aborderons le parcours en UCC de madame C. qui présente une Dégénérescence Fronto-temporale couplée à un état maniaque à son entrée dans notre service. Madame a été admise en UCC pour la prise en charge des troubles psycho-comportementaux suivants d'après le NPI-ES : Agitation/agressivité ; Irritabilité/instabilité de l'humeur ; dépression/dysphorie ; comportement moteur aberrant ; trouble du sommeil ; trouble de l'appétit ; exaltation de l'humeur/euphorie ; désinhibition et anxiété. Mais également celui de Mme F. qui présente une pathologie Alzheimer, admise pour les troubles suivants : Anxiété, Trouble du sommeil, comportement moteur aberrant et trouble de l'appétit. Nous exposerons ici l'accompagnement proposé à ces deux sujets par l'équipe pluridisciplinaire de l'UCC : nous évoquerons donc les interventions croisées des médecins gériatre, psychiatre et neurologue, de l'équipe soignante (Assistants de soins en gérontologie et infirmiers), de l'équipe paramédicale (Ergothérapeute, psychomotricienne et orthophoniste) ainsi que les interventions du psychologue et de l'assistante sociale. **Résultats** : Ces situations sont souvent complexes tant sur le plan médical, psychologique que social. La présentation de ces deux parcours met en lumière la souplesse nécessaire au fonctionnement d'un tel service face à l'hétérogénéité des situations rencontrées. **Discussion** : Notre propos souligne l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire où les compétences riches et variées des différents acteurs (approches médicales comme éco-psychosociales) sont nécessaires. Une harmonisation des pratiques

entre les différentes UCC serait également souhaitable.

LA MAISON VESALE. AU-DELÀ DE LA DÉMENCE, LE DÉFI DU COMME CHEZ SOI

M. ARTISIEN (1), R. KREMER (1), P. KIRKOVE (1)

(1) *Maison Vesale, Bruxelles, BELGIQUE*

But: 40% des seniors accueillis en maisons de repos et de soins (=EPHAD) en région bruxelloise présentent des problèmes cognitifs. Le Centre Public d'Action Sociale de la Ville de Bruxelles a développé une structure réservée et pensée spécifiquement pour les seniors présentant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée : la Maison Vesale. Un groupe de travail pluridisciplinaire (soignants, paramédicaux, logistiques, directeurs, psychologues, médecins, architectes, etc.) a compilé les expériences éprouvées dans d'autres établissements du pays et à l'étranger, et a conduit des réflexions avec des partenaires extérieurs (hôpitaux universitaires, Ligue Alzheimer, Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire, chercheurs du secteur de la santé, etc.). De ces travaux préparatoires a émergé un projet de vie doté d'une identité marquée, orientée vers les besoins de ces seniors. **Méthodes :** Les habitants vivent dans des unités ouvertes, libres de se déplacer dans l'ensemble du bâtiment et sont accompagnés de différentes manières vers l'extérieur. La Maison est ouverte 24h/24 aux visites et dispose d'une chambre d'amis. La contention n'est pratiquée qu'à titre exceptionnel. Selon nous, les avantages liés à une liberté de mouvement valent certains risques maîtrisés au mieux dans le cadre d'un accompagnement psycho-médico-social réfléchi. La Maison a fait le choix de lits sans barreaux. L'architecture est la moins médicalisée possible, tout en offrant une série d'innovations en matière de stimulations et de repères sensoriels originaux. Les habitants sont perçus pour leur personne et non au travers de leur pathologie. Ils ne sont pas transférés de chambre en fonction de l'évolution de leur maladie. Afin de privilégier la relation, la tenue civile ou polo de couleur a pris le pas sur la traditionnelle blouse blanche du personnel. Une attention bienveillante à l'affectation des ressources humaines et à l'organisation du travail permet de respecter au mieux le rythme, les habitudes et repères de chaque habitant. Afin que les repas allient plaisir et nutrition, une place prépondérante leur est réservée, tant dans les plages horaires que dans l'implication de toutes les catégories de personnel (soignant, administratif, logistique, direction, etc.). **Résultats :** 80% des habitants sont originaires d'un établissement traditionnel. Après une année à la Maison Vesale, leur observation a permis de mettre en exergue des constats encourageants : -Une plus grande sérénité au quotidien, -Une participation accrue à la vie de la Maison, -Un plaisir de manger retrouvé chez certains qui encourage à poursuivre notre lutte en matière de nutrition. Le médecin coordinateur (adj.dir. médicale CHU St-Pierre) a mené une étude sur la consommation des médicaments, basée sur un comparatif des données à l'ouverture et un an après. Les résultats : -Une augmentation significative d'habitants non polymédiqués, -Une diminution d'habitants hypermédiqués, -Une diminution de la moyenne de médicaments consommés quotidiennement -Une diminution de la consommation des antipsychotiques laissant supposer que la libre circulation, l'architecture et le respect du rythme permettent de diminuer l'agitation. **Discussion :** Quelques points d'attention : -L'importance d'une formation pour l'ensemble du personnel qui se traduit par un partenariat de 4 ans avec Senior Montessori, -La nécessaire adhésion et implication des proches, -Une profonde remise en question de la part du personnel et du gestionnaire, -Le choix d'un vocabulaire respectueux.

EFFET DES ATELIERS THERAPEUTIQUES SUR LE BIEN ETRE RESSENTI DES PATIENTS ALZHEIMER

L. HUGONOT-DIENER (1), T. BELLETRE (2), S. BENHAIM (3), G. BERTRAND (4), C. BORGES (5), M. BOHREN (6), S. CARRIERE (3), J. JACQUET (6), L. HOLLANT (7), A. SAILLON (8), E. DEVOUCHE (9)

(1) *Hopital BROCA-Aphp, Paris, FRANCE;* (2) *Les Parentèles, Merignac, FRANCE;* (3) *Les Parentèles, Rue Blanche, Paris, FRANCE;* (4) *Les Parentèles de la Bruyère, Rueil Malmaison, FRANCE;* (5) *La Villa Baucis, Fontainebleau, FRANCE;* (6) *Les Parentèles de Reims, Reims, FRANCE;* (7) *Les Parentèles de la Ville au Bois, La Ville Au Bois, FRANCE;* (8) *ALMAGE, Paris, FRANCE;* (9) *Université Paris Descartes, Paris, FRANCE*

But: La pratique des ateliers thérapeutiques non médicamenteux auprès des personnes avec une MND, en EHPAD, fait partie des recommandations cliniques (HAS, 2008). Bien qu'un certain nombre d'études aient démontrées les effets de différents ateliers sur l'anxiété et la dépression (Thomas et al., 2017 ; Nakamae et al., 2014) ou encore l'estime de soi (Gontard et al., 2017), aucune n'a examiné spécifiquement leurs effets sur le bien-être des personnes. Cette étude teste notre hypothèse selon laquelle il existerait une évolution positive du bien-être ressenti par les résidents après un atelier thérapeutique ludique de contenu varié. **Méthodes :** Nous avons évalué le bien-être ressenti de 100 résidents souffrant de MND, avant et après un atelier hebdomadaire d'une heure, dans 6 EHPAD-Centres Alzheimer Almage. Les ateliers ont été conduits par des psychologues, référents de la vie sociale ou psychomotriciens. La mesure du bien-être a été objectivée par une échelle visuelle analogique (emoji) selon la réponse des sujets, administrée par un professionnel différent de l'animateur de l'atelier. La prise en charge s'est déroulée sur 9 semaines lors de 9 séances en groupe de différentes tailles. **Résultats :** Nous avons réalisé une analyse qualitative avant/après puis effectué un test t pour mesure répétées, puis enfin travaillé sur la différence des deux mesures, en fonction des facteurs socio-démographiques et médicaux. Le score moyen de bien-être ressenti est de 3.38 donc neutre tendance positive, et l'amélioration est de 0.80, soit presque d'un emoji sur l'échelle, conduisant à une émotion en moyenne positive à très positive après l'atelier ($p < .0001$). Cette amélioration du bien-être ressenti est observable dans tous les centres. **Discussion :** Notre étude ne comporte pas de groupe contrôle. Cependant, parmi les facteurs susceptibles d'affecter l'amélioration du bien-être, le plus évident est le niveau de bien-être ressenti avant l'atelier : plus le score de bien-être est bas, plus il peut augmenter. Il est intéressant toutefois de noter que cet effet plafond n'existe que parce que le bien-être s'avère ne varier que dans le sens de l'augmentation, ce qui en soi est un résultat en faveur de l'effet positif immédiat de l'atelier. L'augmentation du

bien-être ressenti n'est pas affectée par l'âge des patients, ni par leur niveau MMS. Seul le genre semble avoir un impact (NS) sur l'augmentation du score de bien-être, de 0.5 pts plus élevés chez les hommes. Notons pour ce résultat, que le bien-être ressenti avant l'atelier était de 2.8 chez les hommes et de 3.5 chez les femmes, donc que l'augmentation plus élevée, conduit à rapprocher les scores de bien-être des hommes et des femmes après l'atelier. Les ateliers thérapeutiques ludiques ont un effet positif immédiat sur le bien être ressenti par les résidents. Le score moyen était de 3.4 avant le premier atelier, et est de 3.35 avant l'atelier suivant (quel que soit le délai). La différence est donc assez faible et n'apparaît pas affectée par l'âge, le genre, le score MMS, le GIR, ou encore le délai séparant les 2 séances. En d'autres termes, à l'échelle d'un atelier on observe une évolution positive, mais cet effet ne semble pas se répercuter d'un atelier à l'autre. Notons toutefois que le score au départ plutôt élevé (neutre-positif), rend une évolution moins facilement observable que s'il avait été bas.

		Avant le premier atelier score moyen	Après le premier atelier score moyen	seuil p
Tous les centres	N=100	3.4	4.16	<.0001
Centre 1	n=10	3	4.5	0.007
Centre 2	n=13	3.85	4.39	0.047
Centre 3	n=28	3.57	4.18	0.009
Centre 4	n=28	3.11	3.79	0.003
Centre 5	n=8	3.38	4.75	0.001
Centre 6	n=13	3.54	4.08	0.055

Moyennes des scores de bien-être avant et après le premier atelier thérapeutique

FAISABILITÉ ET INTÉRÊT DE L'ENTRAÎNEMENT EN EXERGAMES POUR DES PATIENTS ALZHEIMER EN SLD

C. BRAMI (1,2,3), C. TRIVALLE (1), P. MAILLOT (2)

(1) Hôpital Paul Brousse - Soins de Suite et Réadaptation, Soins Longue Durée Alzheimer, Villejuif, FRANCE; (2) Université Paris-Descartes - Laboratoire TEC (EA 3625), Paris, FRANCE; (3) École Supérieure d'Ostéopathie - Cité-Descartes, Champs-Sur-Marne, FRANCE

But: La pathologie démentielle ne cesse de croître avec pour préoccupation l'amélioration de la prise en charge, notamment permise par le développement d'interventions non médicamenteuses. Parmi elles, les exergames combinant des stimulations cognitives et physiques ont fait leurs preuves auprès des populations âgées. Le double objectif de notre étude était l'évaluation de la faisabilité et des bienfaits d'une telle stimulation chez des sujets présentant une pathologie cognitive. Il s'agira d'identifier les éléments de réponse à la question suivante : dans quelle mesure un programme d'entraînement en exergames dansé s'avère-t-il faisable et bénéfique pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer?

Méthodes : Un protocole expérimental de 4 mois comprenant une phase de pré et post-tests pour l'ensemble des sujets (n = 13, MMSE = 13,6) et de 24 séances individuelles et supervisées de danse virtuelle (Dance Central sur Xbox One) pour le groupe entraîné (n = 6) a été mis en place au sein d'unités de Soins de Longue Durée (SLD). Les participants ont été soumis à une batterie de tests cognitifs (fluence verbale catégorielle, stroop test, cancellation test, spatial span test), fonctionnels (Timed Up and Go test (TUG), Short Physical Performance Battery (SPPB)) et à une mesure de la qualité de vie par hétéro-évaluation (Quality of Life in Alzheimer's Disease) ayant pour objectif d'identifier les répercussions sur la santé de ce type de stimulation. Au cours des séances, les relevés des scores d'apprentissage au jeu, de la fréquence cardiaque et du plaisir engendré ont permis d'identifier les caractéristiques du programme. **Résultats :** L'accessibilité au programme a été mesurée par le taux d'adhérence s'élevant à 95%, à l'expression du plaisir ressenti s'élevant pour 83,94% des séances à « énormément de plaisir » ainsi que par les scores d'apprentissage dont l'amélioration entre les 3 premières et 3 dernières séances a été significative (p< 0,05). L'analyse des variables concernant les bénéfices liés à la stimulation met en évidence une différence significative en faveur du groupe entraîné pour le TUG (p< 0,05) et à la vitesse de marche (p< 0,05). De plus, la comparaison intra-groupe pour le groupe entraîné entre pré et post-test souligne que les capacités fonctionnelles évaluées par le TUG et le SPPB tendent à l'amélioration (p= 0,07) contrairement au groupe contrôle. **Discussion :** L'amélioration des scores aux jeux pendant le programme, associée à un taux d'adhérence de 95% met en avant l'attrait de cette stimulation pour une population âgée, pathologique et inexpérimentée, mais surtout des gains substantiels d'apprentissage. De plus, les résultats explicitant une tendance à l'amélioration (p= 0,07) des capacités fonctionnelles globales (TUG et SPPB) en faveur du groupe entraîné attestent d'un impact positif de l'entraînement physique et sont en accord avec ceux de Studenski et al. (2010) et de Soares et al. (2016). Par ailleurs, l'absence de résultats au niveau cognitif pourrait en partie s'expliquer par la faible intensité d'effort évaluée (inférieure à 40% de la fréquence cardiaque de réserve), n'ayant pas permis aux participants de recourir aux effets permis par l'hypothèse métabolique (Dustman et al., 1984). L'ensemble de ces résultats est à nuancer étant donné le faible nombre de participants qui explique très certainement une faible puissance statistique et ainsi l'absence de significativité pour certaines variables testées.

L'ÉVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE DES RÉSIDENTS D'UNITÉ DE SOINS ALZHEIMER : FLUIDIFIER LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT ALZHEIMER

G. AIMÉ (1), P. ABEL (2)

(1) Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller, Bischwiller, FRANCE; (2) IFOSEP, Eichhoffen, FRANCE

But : Disposer d'un outil clinique spécifique, objectivable, multidimensionnel, adapté à l'évaluation pluridisciplinaire. **Objectifs :** -L'analyse exhaustive de l'évolution de la symptomatologie et la réactualisation du projet de soins (thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses). -La réévaluation de la pertinence du maintien en unité Alzheimer, le cas échéant, l'orientation vers une structure plus adaptée (EHPAD avec ou sans PASA, UHR, UCC, USLD). -Optimiser la durée de séjour. -Évaluer le projet d'accompagnement personnalisé. -Dynamiser, impliquer et susciter la motivation de l'équipe par l'utilisation d'un outil facilitant la cohérence dans la prise en charge. **Méthodes :** L'unité Alzheimer de Bischwiller accueille 60 résidents répartis sur 4 unités. Lorsqu'une situation complexe se présente, l'équipe propose l'évaluation. Le rythme de l'évaluation est hebdomadaire, lors des réunions pluridisciplinaires. Le nombre de résidents à évaluer est Variable en fonction de l'indication. Une évaluation systématique à l'entrée en unité est intéressante en complément d'un bilan d'admission. La durée de passation de l'évaluation est de 15 à 20 minutes. L'équipe est composée de : médecin, cadre de santé, diététicien, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien, infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique. Outil utilisé OCTOA-MA : Cet outil est basé sur la cotation de cinq domaines: • Les soins médicaux-techniques et Infirmiers; • Les symptômes comportementaux; • Les symptômes psychologiques; • La dépendance; • Les troubles du comportement alimentaires Les données sont traitées à l'aide du logiciel Excel. **Résultats :** Un nouvel axe d'amélioration de la qualité de prise en soins. Il permet une vision globale de la situation clinique des résidents. Une légère augmentation de la capacité d'accueil est constatée. Il est ainsi supposé que cet outil contribue à l'optimisation de la durée de séjour et à la fluidité du parcours. Le départ d'un résident de l'unité est en effet mieux réfléchi et mieux compris, par conséquent une meilleure intégration du patient dans la structure de destination. Il est également pressenti une diminution des échecs de transfert dans une autre structure, qui reste à démontrer dans une étude future. **Discussion :** La recherche d'un nouvel outil spécifique, multidimensionnel qui aborde l'ensemble des aspects cliniques, de manière simple sans être réductrice, les outils existants étant trop spécifiques, ne permettant ainsi pas de d'apporter une vue d'ensemble de la situation de la personne soignée. Cet outil simple et rapide d'utilisation permet d'obtenir une vision d'ensemble des problématiques des personnes à un instant T. Les cinq domaines analysés apparaissent sous forme d'un score et sont visualisés sur un diagramme de type « radar ». Il permet de mettre en exergue le(s) domaine(s) de soins le plus complexe dans la prise en charge du résident. Ces éléments sont ensuite reportés dans le dossier du résident ; une synthèse résumant la situation clinique ainsi que les actions à entreprendre par l'équipe. L'outil contribue de manière significative à la cohérence globale de la prise en soins.

OUTIL CLINIQUE TRANSDISCIPLINAIRE D'ORIENTATION ET D'INER A LA PRISE EN SOINS (OCTOA-MA)

SOINS MEDICO-TECHNIQUES et INFIRMIERS		Cotation :
Soins médicaux-techniques et infirmiers	1. Surveillance médicale et présence infirmière habituelle (1° Puels, PA, SPU), glycémie, poids Passage régulier du résident	1. Autonome (0 à 4) 2. Surveillance : nécessite une présence et une intervention verbale de l'équipe (0 à 4) 3. Aide moyenne : nécessite une aide physique (0 à 2) 4. Aide totale (0 à 1 et 2)
	2. Surveillance médicale et présence infirmière plus importante (durée des soins infirmiers inférieur ou égal à 30min) en cas d'un état pathologique, mais le personnel soignant n'est pas en difficulté (infecté), Passage médecin : plan hebdomadaire	
	3. Surveillance médicale rapprochée en raison d'une décompensation d'un organe ou d'un état pathologique aigu Passage médecin : quotidien ou plusieurs infirmiers (pansement, etc.) durée des soins entre 15 et 20 min	
	4. Surveillance médicale stricte en cas d'un état pathologique aigu et le personnel soignant est en peu, la question d'un transfert en cas d'aggravation, en cas de soins de longue durée ou la mise en place d'un soin par l'équipe Médico-Sociale et Soins de jour. Passage médecin : quotidien ou soins infirmiers durée supérieure à 20 min	
SYMPTOMES COMPORTIMENTAUX		Cotation :
Cris/colères/excitations excessives de l'équipe	1 2 3 4	1. Absence 2. Légers : parfois présents mais n'entravent pas les activités de la vie quotidienne 3. Moyens : régulièrement présents mais pouvant être gérés avec l'aide de l'équipe 4. Importants : majoritairement présents et perturbants pour le résident et l'entourage et difficile voire impossible à gérer par l'équipe
Erreurs pathologiques	1 2 3 4	
Agitation, agressivité verbale et/ou physique	1 2 3 4	
Comportement moteur anormal	1 2 3 4	
Troubles du sommeil	1 2 3 4	
TOTAL		
SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES		Cotation :
Idées délirantes et/ou hallucinations	1 2 3 4	1. Absence 2. Légers : présents, mais confidentiels et peu gênants pour le résident 3. Moyens : présents, fréquents et perturbants pour le résident 4. Importants : présents, très perturbants et nécessitent une prise en charge de troubles de comportement
Appétit	1 2 3 4	
Trouble de l'humeur	1 2 3 4	
Anxiété	1 2 3 4	
TOTAL		

La grille de passation page 1

DEPENDANCE		Cotation :
Repas	1 2 3 4	1. Autonome (0 à 4) 2. Surveillance : nécessite une présence et une intervention verbale de l'équipe (0 à 4) 3. Aide moyenne : nécessite une aide physique (0 à 2) 4. Aide totale (0 à 1 et 2)
Toilette	1 2 3 4	
Transferts	1 2 3 4	
Locomotion	1 2 3 4	
TOTAL		
TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE		Cotation :
Refus alimentaire (appétit quasi nul)	1 2 3 4	1. Absence de troubles de comportement alimentaire. 2. Légers : Troubles parfois présents (maximum 1 jour sur 2) mais sans conséquence. Troubles répondant à une stimulation verbale. 3. Moyens : Troubles fréquents (plus les jours, 1 repas sur 3). Troubles difficilement gérés par l'équipe. Surveillance alimentaire importante. Nécessite aide et stimulation. 4. Importants : Troubles présents (plus les jours, à partir de 2 repas sur 3). Troubles impossibles à gérer par l'équipe.
Risques d'absorption d'éléments nocifs (appétit anormal)	1 2 3 4	
Rythme et cadre des repas perturbés (appétit réductif/irégulier)	1 2 3 4	
Roulement, glotonnerie (appétit excessif)	1 2 3 4	
Troubles de la digestion (appétit à risque)	1 2 3 4	
TOTAL		

La grille de passation page 2



L'évaluation diagramme type radar

NORATEST ; UN NOUVEL OUTIL DIAGNOSTIQUE POUR LA MALADIE D'ALZHEIMER BASÉ SUR LE DOSAGE DES CATÉCHOLAMINES PLASMATIQUES

R. VERPILLOT (1), C. TACCOLA (1), E. COGNAT (2), A. GABELLE (3), J. GARNIER (4), N. MORENO (4), S. LEHMANN (5), M. OTTO (6), H. THIRIEZ (1), C. PAQUET (7)

(1) Alzohis, Paris, FRANCE; (2) Centre Neuro-cognitif, Groupe Hospitalier Saint-Louis Lariboisière Fernand Widal, APHP, Paris, FRANCE; (3) Centre Mémoire de Ressources et de Recherche Montpellier, Département de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Montpellier, FRANCE; (4) Service de Biochimie, Hôpital universitaire St-Louis, Paris, FRANCE; (5) Laboratoire de Biochimie et Protéomique Clinique, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Montpellier, FRANCE; (6) Département de neurologie, Ulm University, Ulm, ALLEMAGNE; (7) Centre Mémoire de Ressources et de Recherche Paris Nord Ile de France, Groupe Hospitalier Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal APHP, Paris, FRANCE

But : Le recours à l'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) et à l'imagerie permet de confirmer la présence de lésions neuropathologiques caractéristiques de la maladie d'Alzheimer (MA). Cependant, ces examens sont coûteux, invasifs (ponction lombaire) et nécessitent la mobilisation d'équipes spécialisées. De nouveaux outils sont nécessaires afin de diagnostiquer plus efficacement et plus précocement la MA, et ainsi optimiser la prise en charge des patients. Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre altérations du système monoaminergique ascendant et physiopathologie de la MA. Les neurones noradrénergiques, issus du locus coeruleus, et les neurones dopaminergiques, issus de la substantia nigra et de l'aire tegmentale ventrale, projettent largement dans les régions du cerveau impliquées dans l'attention, le stress et la cognition. Une dégénérescence massive de ces neurones a été retrouvée dans la MA, suggérant un lien étroit entre dysfonction des systèmes noradrénergique et dopaminergique et pathogénèse de la MA. Au niveau périphérique, la synthèse des catécholamines (CAs) plasmatiques (Epinephrine (E), Norepinephrine (NE), et Dopamine (DA)), via la glande médullosurrénale, est sous le contrôle de neurones préganglionnaires sympathiques. Le dysfonctionnement du système cholinergique, observé dans la MA pourrait ainsi être responsable d'une modulation des niveaux plasmatiques des CAs. Dans cette étude rétrospective, nous souhaitons évaluer l'intérêt de la quantification des CAs plasmatiques, associée aux données cliniques du patients, dans le diagnostic de la MA. **Méthodes :** Cette étude rétrospective a porté sur les échantillons plasmatiques de patients formellement diagnostiqués pour la maladie d'Alzheimer (AD, N=30), une autre démence (OD, N=49) ou une dépression mentale (PSY, N=18), ainsi que sur les échantillons de 102 contrôles sains (CRTL). Ces échantillons ont été obtenus à partir de BioBanques des CHU St Eloi, Montpellier et St Louis, Paris. Les critères diagnostiques comprenaient un examen neurologique, des tests neuropsychologiques, une imagerie par résonance magnétique cérébrale et un dosage des biomarqueurs du LCR. Les données cliniques collectées pour chaque patient étaient : l'âge et le score MMSE. Les CAs plasmatiques ont été dosées par chromatographie liquide haute performance couplée à de la détection électrochimique. Un modèle mathématique (NoraTest) combinant les données cliniques et les concentrations des CAs plasmatiques fournissait un score pour chaque patient permettant de les classer en AD, OD, PSY ou CRTL. **Résultats :** Une signature distincte des CAs plasmatiques a été observée dans le groupe AD en comparaison aux groupes OD, PSY et CRTL. Les concentrations en E et DA étaient significativement augmentées alors que celles en NE étaient diminuées dans le groupe AD. Une corrélation positive entre le score MMSE et la concentration plasmatique en NE a également été mise en évidence chez ces patients. Enfin, NoraTest a présenté un très bon pouvoir discriminant des AD par rapport aux OD, PSY, et CRTL, avec une sensibilité de 80% et une spécificité de 97%. **Discussion :** Nous avons montré que NoraTest permet de discriminer les patients atteints de la MA par rapport aux OD, PSY et CTRL avec une bonne sensibilité et sélectivité. Une étude prospective multicentrique internationale est en cours de préparation pour confirmer ces résultats et valider l'intérêt du Noratest comme nouvel outil diagnostique simple, rapide, peu invasif et spécifique de la MA.

VALIDATION DE L'ÉCHELLE EPADE COMPARÉE À LA NPI-ES

A. LEZY (2), S. TEZENAS DU MONTCEL (3), J. MONFORT (1)

(1) Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris, FRANCE; (2) Hôpital Corentin – Celton, AP-HP, Issy Les Moulineaux, FRANCE; (3) Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique IPLESP, AP-HP, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix, Paris, FRANCE

But: Proposer et valider une échelle simple et rapide de mesure de la capacité à épuiser des personnes âgées difficiles (EPADE) en se comparant à l'inventaire neuro psychiatrique pour les équipes soignantes (NPI-ES). Neuf années ont été utilisées pour construire sur le terrain, validité de construit, une feuille au format A4, pliable en quatre comportant quatre parties composées chacune de quatre items pouvant être coté de 0 à 4 pour un score total de 64. Les quatre dimensions cliniques de l'EPADE sont la violence active (l'agressivité verbale et non verbale), la violence passive (l'apathie, la passivité, l'opposition et les refus) ainsi que les paroles et les actes ayant pour caractéristique d'être inquiétants et déconcertants (paroles et actes constituant un harcèlement). **Méthodes :** Deux études multicentriques associant 28 centres ont comparé l'échelle EPADE à la NPI-ES. **Résultats :** VALIDITE. L'analyse factorielle (226 patients) a montré une structure interne à quatre facteurs superposable aux quatre dimensions cliniques de l'EPADE. La consistance interne de l'EPADE est meilleure que celle de la NPI-ES (alpha de Cronbach de 0,695 versus 0,474). La validation externe ou validité convergente, montre une excellente corrélation de l'EPADE avec la NPI-ES ($r = 0,70$ et $p = 0,0001$). CUT-OFF. La valeur seuil de la NPI-ES, avec au moins un item de la NPI-ES ayant une valeur supérieure 7, correspond à un score supérieur à 17 sur l'échelle EPADE. FIDELITE. La fidélité test-retest (111 patients) de l'EPADE est supérieure à celle de la NPI-ES (coefficient de corrélation intra-classe de 0,77 versus 0,55). La fidélité intercotateurs (115 patients) de l'EPADE est supérieure à celle de la NPI-ES (coefficient de corrélation intra classe de 0,65 versus 0,55). **Discussion :** L'EPADE apparaît comme ayant des valeurs métrologiques supérieures à la NPI-ES qui est le gold standard international. Le vocabulaire des 64 cases de la feuille A4 est celui utilisé au quotidien par les soignants avec des mots comme « crachats » ou « exigences contradictoires ». L'EPADE a pour vocation d'être utilisée quand l'équipe craque face à un patient au point de ne plus pouvoir ni expliquer, ni décrire les symptômes et les comportements qui ont conduit à cet épuisement émotionnel. La passation est rapide, d'une durée totale de moins de cinq minutes. L'obtention d'un score total supérieur à 17 donne à l'équipe soignante le sentiment d'être écoutée. Leur soulagement passe par une déculpabilisation obtenue en montrant que leur épuisement émotionnel est expliqué par la capacité à épuiser du patient. L'obtention du score total de l'EPADE est un point de départ. Une fois la pénibilité reconnue, les équipes soignantes peuvent dépasser leurs émotions et retrouver une tolérance aux troubles. La parole peut circuler autour de cette feuille A4. Le recueil des informations est facilité. Des scores élevés dans chacune des quatre dimensions orientent vers quatre pièges à éviter et surtout quatre attitudes relationnelles pour s'ajuster à la violence, aux refus, aux paroles inquiétantes et aux actes déconcertants. Ces attitudes relationnelles peuvent permettre de diminuer le recours à une prescription de sédation, de contention et de mise en isolement. L'essentiel reste alors à faire, chercher des explications à la genèse d'un score élevé. Le but étant d'ajuster l'approche bio-psycho-sociale aux facteurs identifiés. L'EPADE peut ainsi être l'un des premiers supports du plan de soins personnalisé. .

L'ART POUR MIEUX COMPRENDRE LES CAPACITÉS DE MÉMOIRE PRÉSERVÉES : 3 ÉTUDES COMPORTEMENTALES AUPRÈS DE PATIENTS ALZHEIMER À UN STADE MODÉRÉ À SÉVÈRE

R. COPPALLE (1), M. GROUSSARD (1), C. MAUGER (1), S. QUERNET (2), O. LETORTU (2), H. PLATEL (1)

(1) UMR 1077 INSERM-EPHE-UNICAEN, Caen, FRANCE; (2) Groupe Hom'Age - Les Pervenches, Biéville-Bewville, FRANCE

But: Il est habituel de considérer qu'aucun apprentissage à long-terme d'information nouvelle n'est possible chez des personnes avec démence de type Alzheimer (PDTA) à un stade avancé. Cependant, des observations cliniques rapportent l'existence de capacités d'apprentissage préservées chez ces patients. Par l'intermédiaire de 3 études, cet apprentissage sera objectivé et caractérisé, au cours de séances d'exposition, à travers la modification d'un phénomène appelé sentiment de familiarité (SF). **Méthodes :** Dans le cadre de nos travaux, 8 séances d'exposition à du matériel nouveau (cibles) ont été proposées à 43 PDTA à un stade modéré à sévère (Age : $m=84.1(6.15)$, $MMSE \leq 20$), répartis dans 3 études. Une séance test a ensuite été proposée pour permettre la comparaison du SF entre les items cibles et des items jamais exposés (distracteurs). L'apprentissage de ces items a été évalué par une échelle comportementale de SF (Figure 1). La 1ère étude (N=13) nous a permis de comparer le lendemain et 2 mois après les séances d'exposition le SF pour des items cibles vs. distracteurs de trois modalités différentes (musique, tableau, poème). Dans la 2ème étude (N=18), nous avons comparé le SF pour des chansons présentées en modalité d'écoute simple (audio) et avec support visuel pour les paroles (audiovisuel) entre les items cibles vs. distracteurs sous trois conditions de présentation : chansons entières, mélodies seules ou paroles seules. Pour la 3ème étude (N=12) nous avons comparé lors de la séance test la reconnaissance de tableaux cibles vs. distracteurs de trois types : modifiés (une partie du tableau cible a été changée), perceptifs (ressemblance structurale) et sémantiques (même thématique) (Figure 2). **Résultats :** La 1ère étude rapporte une augmentation du SF tout au long des séances d'exposition, et un meilleur rappel des items cibles comparés aux distracteurs lors de la séance test. Cet apprentissage est plus important pour les tableaux et les musiques, et perdue après 2 mois sans réexposition. Dans la 2ème étude, le double format audiovisuel de présentation de chansons a été de façon surprenante délétère pour l'apprentissage. Pourtant, à la séance test, les deux groupes montrent une meilleure reconnaissance des chansons cibles que des distractrices. Enfin, le groupe audio montre une meilleure SF pour les mélodies cibles, et le groupe audiovisuel pour les paroles cibles. Dans l'étude 3, les tableaux cibles exposés ont été mieux reconnus que les distracteurs, quel que soit leur type, même très proches perceptivement des cibles (Figure 2).

Discussion : Malgré une amnésie antérograde massive, nos résultats montrent un apprentissage longtems préservé chez des PDTA fondé sur le SF, concept que nous discuterons au regard des principaux modèles de mémoire pour tenter d'en éclaircir la nature. Par ailleurs, ces travaux appuient le constat des soignants qu'un apprentissage est possible tout au long de la maladie. Ainsi, non seulement les ateliers utilisant l'art, mais aussi d'autres accompagnements peuvent être envisagés comme un soin à part entière non pas exclusivement dans une perspective de stimulation, mais bien relationnelle et sociale. Nous discuterons alors comment une meilleure compréhension du SF peut amener à un autre regard sur les PDTA, et une forme originale d'accompagnement fondés tous deux sur les capacités préservées.

- 1- Absence de reconnaissance, réponse franche, peu d'intérêt, « non, jamais entendue/vu de ma vie... ».
- 2- Absence de reconnaissance, réponse sceptique, intérêt, « ça ne me dit rien, mais c'est joli, c'est de vous ? ».
- 3- Incertitude « il me semble », « peut-être », mimiques faciales, froissements, « ça me dit quelque chose, mais je ne suis pas sûr... ».
- 4- Reconnaissance « ouais, pas de contexte, « je l'aime bien mais je ne me rappelle plus où je l'ai entendue/vu ».
- 5- Reconnaissance franche avec des éléments contextualisés, « Je l'ai écouté/vu il n'y a pas si longtemps, ce n'était pas avec vous ? ».
- 6- Reconnaissance franche avec restitution précise du contexte, « Je l'ai écouté/vu hier, dans cette pièce, avec vous, et ensuite vous m'avez montré des tableaux ».

Figure 1 : échelle comportementale en 6 points pour évaluer le sentiment de familiarité à un objet sonore ou visuel

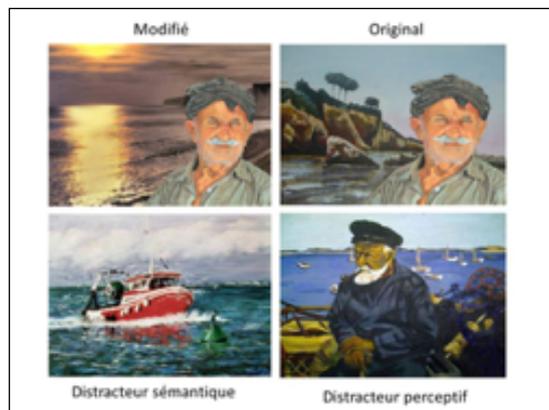


Figure 2 : Exemple de tableau cible et des différents distracteurs pour la séance test

LA MISE EN OEUVRE D'UN LIVING LAB DANS UN CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR : IMPLIQUER LES PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES COGNITIFS LIÉS AU VIEILLISSEMENT ET LES AIDANTS

K. CHARRAS (1), J. MABIRE (1), J. AQUINO (1)
(1) Fondation Médéric Alzheimer, Paris, FRANCE

But: Les Living Lab sont des laboratoires d'innovation sociale in-vivo s'appuyant sur une approche scientifique pour développer et tester des services, des interventions et des produits. Les Living Lab encouragent la co-création et la co-validation en partenariat avec les personnes malades et leur entourage dans des conditions de vie réelle. En France et en Europe, de nombreux Living Lab expérimentant des dispositifs pour des personnes atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement se sont développés. Cependant, des difficultés méthodologiques sont rencontrées : un manque de familiarité de l'environnement avec les usagers, des difficultés pour recruter des participants et des difficultés de validité écologique. **Méthodes :** Pour pallier ces difficultés et élargir le champ de recherche aux domaines d'interventions et de services, la Fondation Médéric Alzheimer a effectué un partenariat avec un centre d'accueil de jour et ses usagers afin de les impliquer dans le processus d'évaluation d'interventions, de produits et de services destinés aux personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement. Nous présenterons ce dispositif expérimental innovant et participatif qui combine développement des pratiques d'accompagnement et recherche appliquée pour les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement : un Living Lab dans un centre d'accueil de jour. **Résultats :** A ce jour, des aménagements environnementaux des lieux et des ateliers danse ont été mis en œuvre. D'autres projets sont à venir : tablettes tactiles, jardin thérapeutique, Tai Chi, chorale inclusive. Les dilemmes éthiques d'impliquer les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement et leurs aidants dans la recherche scientifique seront soulevés ainsi que la valeur scientifique des expérimentations au sein de Living Lab. Les stratégies de communication pour sensibiliser aux interventions, services et produits expérimentés seront décrites. Le modèle économique d'un tel dispositif de soins et de recherche sera également discuté. **Discussion :** Les Living Lab encouragent la co-création et la co-validation en partenariat avec les personnes malades et leur entourage dans des conditions de vie réelle. Le but est d'intervenir dans un lieu existant où les usagers pourront tester des dispositifs.

QUEL REGARD LES PROFESSIONNELS QUI TRAVAILLENT EN GÉRIATRIE ONT-ILS SUR LES PERSONNES ÂGÉES, LA VIEILLESSE ET L'INSTITUTIONNALISATION ?

A. GUILBAUD (1), C. BAUDEMONT (1), S. SAMSO (1), M. FORT (1), H. POUSSET (1), O. MANENTE (1)
(1) Centre Hospitalier, Angoulême, FRANCE

But: Cette étude aborde la notion d'âgisme et son impact au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux : les stéréotypes concernant la vieillesse influencent-ils les professionnels travaillant en gériatrie, tant dans le regard qu'ils portent sur la vieillesse que dans leurs pratiques ? La fonction du professionnel joue-t-elle sur cette vision ? **Méthodes:** Un questionnaire a été diffusé aux agents (AS, ASH, IDE, médecins, agents administratifs, auxiliaires médicaux, psychologues, animatrice, art-thérapeute, encadrement...) travaillant au sein des EHPAD, du Soins de Suite Gériatrique, de l'UCC et de la Médecine Gériatrique du Centre Hospitalier d'Angoulême : • Pour vous, à partir de quel moment peut-on se considérer vieux / vieille ? Pourquoi ? • Travailler auprès des personnes âgées était-il votre projet ? Pourquoi ? • Encourageriez-vous un parent à venir habiter en EHPAD ? Pourquoi ? Des thématiques clefs en ont été extraites par une analyse lexicale. Puis, nous les avons croisées avec la fonction des participants. **Résultats :** 103 personnes y ont répondu anonymement. Concernant la vieillesse, les mots clefs principalement évoqués sont « Perte d'autonomie et dépendance »

(41%), « Diminution des capacités corporelles » (27%) et « Etat d'esprit » (33%). Pour la majorité des professionnels, la gériatrie n'était pas un choix premier (54%) et ils ne conseillent pas l'entrée en EHPAD à un parent (43%) ou en dernier recours (44%). Si l'on croise ces données avec la fonction des agents interrogés, on note que la notion de dépendance/ perte d'autonomie a été évoquée majoritairement par les équipes soignantes et les agents administratifs. L'état d'esprit est apparu principalement dans le groupe «auxiliaires» ainsi que chez les agents administratifs. La diminution des capacités corporelles a autant été énoncée chez les soignants que chez les auxiliaires. On retrouve l'encadrement plutôt dans les items liés au versant relationnel et «Regard des autres ou de la société». Discussion : Construire cette étude sous un format descriptif était un choix car elle avait aussi pour objectif d'être utilisée comme un outil de sensibilisation, pour ouvrir une réflexion commune autour de ces questions. Les termes évoqués, qui associent majoritairement la vieillesse au phénomène de vieillissement, sont à interroger, de même que cette notion d'« Etat d'esprit » en ce qu'elle implique d'ambiguïté dans notre imaginaire. Ces visions multiples, parfois paradoxales, influencent nos pratiques. En ce sens, nous questionner sur notre manière d'aborder la personne âgée, c'est aussi réfléchir à ce que la vieillesse nous renvoie de nous-même(s), à la fois individuellement et collectivement.

BILAN À 4 ANS DE LA COLLABORATION ENTRE L'ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE EXTERNE ET L'UCC DU CH DE BOURG EN BRESSE

M. BAILLY (1), D. MILLET (1), C. VAITON (1)

(1) Centre Hospitalier, Bourg En Bresse, FRANCE

But: Présenter les 2 équipes : UCC créée en 2012 EMG externe créée en 2013 Partenariat développé à partir de 2014 L'organisation mise en place : 3 IDE à temps partagé entre EMG externe et l'UCC Médecin : 0,2 ETP sur l'EMG et 0,4 ETP sur l'UCC Psychologue : 0,2 sur l'EMG et 0,7 sur l'UCC Fonctionnement : A la réception d'une demande d'hospitalisation en UCC (Trajectoire ou dossier type), la demande est étudiée par le médecin de l'UCC. En fonction des données: - Acceptation de la demande, liste d'attente - Complément d'information demandé par téléphone - Déclenchement d'une intervention EMG possible A la sortie de l'UCC - Sortie avec courrier médical et synthèse soignante - Appel téléphonique systématique à 15 jours avec grille d'entretien type - Déplacement possible en EMG sur site. **Méthodes:** Etude des interventions de l'EMG entre 2014 et 2018 : - en amont de l'hospitalisation - en aval de l'hospitalisation. **Résultats :** Nombre d'hospitalisations en UCC Nombre d'interventions de l'EMG pour ce type de prise en charge Lieux d'intervention de l'EMG Nombre d'hospitalisations annulées en UCC grâce à l'intervention de l'EMG Nombre d'hospitalisations différées en UCC. **Discussion :** - Les modalités de recours à l'UCC ont évoluées : l'accès direct à l'UCC sans passage au SAU est le mode d'admission le plus fréquent et il augmente régulièrement - Les institutions acceptent plus facilement des patients provenant de l'UCC parce que nous répondons à leur demande et les accompagnons dans leur prise en charge des troubles psychocomportementaux dans la démence - Nous n'avons plus de retours à domicile « périlleux » faute d'autre solution - Le contact direct avec les partenaires d'aval et les déplacements sur site permettent une meilleure connaissance des acteurs et une diffusion des pratiques de prises en charge non médicamenteuses - Les professionnels de l'UCC sont sollicités pour des avis téléphoniques : rôle « d'expert » - Les professionnels hospitaliers ont amélioré leur compréhension des problématiques de ville - Le parcours Patient dément avec troubles du comportement est clairement identifié et sans rupture Les limites : - La connaissance du dispositif à rediffuser régulièrement auprès des médecins généralistes - La réactivité de l'EMG mais aussi des partenaires du domaine médico social pour assurer des prises en charge adaptées dans des délais courts - La frilosité de certaines institutions à accueillir des résidents présentant des troubles psychocomportementaux - L'éloignement géographique - Le risque du recours systématique pour obtenir une solution « clé en main » sans analyse préalable Les projets : Organiser un cycle de formation gériatrique et d'échanges de pratiques proposé aux partenaires de la Filière du secteur Burgien en 2019 .

ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES ALZHEIMER À DOMICILE

H. VILLET (1), M. CASTEL-TALLET (1), B. TALBI (1)

(1) Fondation Médéric Alzheimer, Paris, FRANCE

But: Les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESA) ont été mises en place par le 3ème Plan Alzheimer (2008-2012) dans l'objectif de favoriser le maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Placées auprès des services de soins infirmiers à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, ces équipes sont constituées d'assistants de soins en gérontologie, d'ergothérapeutes et de psychomotriciens, et dispensent, sur prescription médicale, des soins de réhabilitation et d'accompagnement destinés à maintenir les capacités restantes des personnes malades par l'apprentissage de stratégies de compensation, à améliorer de la relation aidé-aidant et à adapter l'environnement. L'objectif de cette enquête, réalisée par l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer en partenariat avec trois fédérations de services à domicile (UNA, UNCCAS et Adessadomicile), était de dresser un état des lieux national de ce dispositif afin de mieux connaître les spécificités de ce mode de prise en charge à travers une description des caractéristiques de ces équipes et un éclairage sur la diversité des pratiques professionnelles. **Méthodes:** L'enquête a été menée par un questionnaire adressé aux 475 ESA en activité recensées en 2017 par le répertoire Finess. Le choix a été laissé aux structures entre un remplissage sur support papier ou en ligne. **Résultats :** L'enquête a obtenu un taux de réponse de 74 %. Les résultats attendus (en cours d'exploitation) permettront de décrire les ressources humaines des équipes, le territoire couvert, les modalités d'évaluation des besoins des personnes et de construction du projet d'accompagnement et de réhabilitation, les partenariats mis en place, les difficultés rencontrées, à la fois avec les personnes prises en charge et avec les aidants, ainsi que les relais et orientations à l'issue des quinze séances remboursées

par l'assurance maladie. **Discussion** : Cette enquête constitue une première photographie du dispositif des ESA dans sa globalité, au moment où son développement sur le territoire national atteint l'objectif de 500 équipes fixé par le 3ème Plan Alzheimer. Les limites de l'approche sont celles d'une enquête déclarative. D'autre part, l'objectif de cette enquête était purement descriptif et par conséquent, d'autres études sont à mener pour mesurer le bénéfice des interventions sur les personnes prises en charge et sur leurs aidants.

ETAT DES LIEUX DES INTERVENTIONS PSYCHO-SOCIALES ET DES ACTIVITÉS PROPOSÉES AUX PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET À LEURS AIDANTS PAR LES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT

H. VILLET (1), K. CHARRAS (1), M. CASTEL-TALLET (1), B. TALBI (1)

(1) *Fondation Médéric Alzheimer, Paris, FRANCE*

But : Les interventions psychosociales et activités diverses destinées, chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, à maintenir leurs capacités restantes, à prévenir et réduire les troubles du comportement, à renforcer leur tissu social et leurs relations avec leur environnement, ainsi qu'à améliorer leur qualité de vie et celle de leurs aidants sont organisées dans les différents dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes malades, et de leurs proches aidants. Dans le cadre de son enquête nationale 2017, la Fondation Médéric Alzheimer a dressé un état des lieux de l'offre dans les différents dispositifs concernés. **Méthodes** : L'enquête a été adressée à 10 730 établissements d'hébergement, 1 749 accueils de jour, 1 210 lieux d'information ou de coordination gérontologique (CLIC, structures territorialisées des conseils départementaux, réseaux gérontologiques), 535 structures d'aide aux aidants (réseau France Alzheimer, caisses de retraite ou d'assurance maladie, mutuelles, associations diverses et services d'aide à domicile) et 171 plateformes d'accompagnement et de répit. Le volet du questionnaire relatif aux activités et interventions destinées aux personnes malades et/ou aux aidants, commun à ces différents dispositifs, recensait 35 activités et interventions destinées aux personnes malades, 10 réservées aux proches aidants et 12 associant les aidants et les personnes malades. L'enquête a recueilli un taux de retour global de 67 % des structures enquêtées. **Résultats** : Des activités et interventions psychosociales destinées spécifiquement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (interventions à visée thérapeutique, relationnelle, fonctionnelle, ludique, culturelle, environnementale, de réhabilitation, de soin et bien-être) sont proposées par 98 % des accueils de jour, 98 % des établissements d'hébergement médicalisés (EHPAD et des USLD), 27 % des structures d'aide aux aidants et 12 % des lieux d'information ou de coordination. Parmi les EHPAD, ce type d'intervention est plus fréquemment proposé lorsqu'il existe un secteur réservé aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (unité spécifique, UHR ou PASA). En ce qui concerne l'aide aux aidants, 97 % des plateformes d'accompagnement et de répit, 74 % des structures d'aide aux aidants, 66 % des accueils de jour, 48 % des lieux d'information ou de coordination gérontologique et 44 % des établissements d'hébergement organisent, en interne ou de façon collégiale, des activités réservées aux aidants, hors de la présence des personnes malades. En outre, 95 % des plateformes d'accompagnement et de répit, 68 % des accueils de jour, 57 % des structures d'aide aux aidants, 55 % des établissements d'hébergement et 34 % des lieux d'information ou de coordination gérontologique organisent des activités réunissant les personnes malades et leurs proches aidants. **Discussion** : Ces résultats apportent une photographie à un moment donné de l'offre dans l'ensemble des dispositifs destinés à accompagner les personnes malades vivant à domicile ou en établissement d'hébergement ainsi que leurs proches aidants, et montrent l'intérêt croissant porté aux interventions psycho-sociales dans ces dispositifs. Une attention particulière doit être portée tant sur la recherche sur l'évaluation de l'efficacité de ces interventions que sur leur application clinique.

UN ACCOMPAGNEMENT EXTRA ORDINAIRE EN SITUATION D'URGENCE, EN EHPAD

S. TOUTLEMONDE (1), V. DEBONO (1)

(1) *Résidence Les Jardins d'Agapé, Auch, FRANCE*

But : En recevant en situation d'urgence une personne « jeune » démente dans le service sécurisé de l'EHPAD, l'ensemble du personnel soignant, l'institution elle-même et les aidants ont été amenés à la créativité de prises en charge non médicamenteuses des troubles du comportement. Les soignants, confrontés aux limites existantes de l'institution en ont été bouleversés. La personnalité de Monique, son histoire en a été l'essence. C'est elle qui nous a guidés par ses choix tout le temps où nous l'avons accompagnée. **Méthodes** : Monique a été accueillie brièvement (3 semaines entre son entrée et son décès) en raison de l'épuisement de ses compagnons ; une « belle personne », libre et combattante, avec une personnalité affirmée. Monique était à 10 ans d'évolution d'une aphasie primaire progressive, une maladie enferrant n'ayant plus que le corps, le regard, le toucher pour s'exprimer. Elle était à domicile, accompagnée uniquement par ses aidants familiaux. La condition pour accepter une institutionnalisation était l'absence de contention physique et le respect des choix de Monique. Chaque corps de métier a dû décrypter son langage et tenter d'amener une réponse à ses besoins : l'alimentation, le sommeil, l'adaptation de l'environnement matériel, la déambulation puis un accompagnement couché au sol, l'enveloppement... Avec l'aide de ses aidants (compagnons, enfants, petits enfants) et le soutien qui leur a été apporté, ont pu être mis en place des techniques de prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement réinventées au quotidien. **Résultats** : Cet accompagnement a permis l'apaisement de Monique dans un respect de ses volontés : le refus de manger, de boire, de la perfusion... L'acceptation de son départ par les aidants et leur gratitude, ont été relatées dans une lettre écrite par ses compagnons et ses enfants après son décès, à destination de tous les soignants. **Discussion** : -Un EHPAD est-il en mesure d'accueillir en urgence une personne ayant des troubles du comportement importants ? Mais où accueillir ces personnes comme Monique ? Qui plus est sans

contention ? Comment l'EHPAD doit-il et peut-il s'adapter pour les accueillir dignement et en respectant leur choix ? Il est nécessaire de mettre en place une adaptation de l'environnement matériel, un soutien aux soignants par des ateliers d'étude de pratiques et que tous les métiers se mobilisent pour aider les soignants du quotidien. -Comment accompagner les autres résidents de l'EHPAD quand une résidente mobilise autant ? La constatation d'une perte de poids des autres résidents du service sécurisé montre bien que cela n'a pas été sans conséquence pour eux. Il faut remarquer également qu'ils ont su s'adapter à ces conditions inhabituelles en ayant moins de troubles du comportement. Ils ont même gagné en autonomie. -L'apprentissage, l'invention de nouvelles techniques de soin non médicamenteuses permet aujourd'hui à d'autres résidents d'en bénéficier. Les soignants connaissent aujourd'hui la valeur du terme de « Solidarité ». Il s'est développé une vraie cohésion d'équipe. D'effecteurs de soin ils sont devenus acteurs du soin.

POSTERS

Nutrition et maladie d'Alzheimer

P-01 MISE EN PLACE ET INTÉRÊT DU MANGER-MAINS DANS UNE UNITÉ COGNITIVO COMPORTEMENTALE (UCC)

B. MERCIER (1), P. HEFTEH (1), N. COURSIMAULT (1), S. TRICOT (1), D. ISACU (2)

(1) Centre Hospitalier, Blois, FRANCE; (2) Centre Hospitalier, Loches, FRANCE

But: Proposer des repas en «manger-mains» à 12 malades Alzheimer ou démences apparentées ayant des troubles du comportement alimentaire sur une période de 6 mois. Evaluer la courbe de poids et d'albumine. Evaluer les troubles du comportement. **Méthodes :** Evaluation faite avec la diététicienne, les assistantes de soins en gérontologie, la neuropsychologue, l'infirmière, le gériatre et le psychiatre au cours d'une réunion de service 1 fois par semaine. Sélection des malades ayant des troubles du comportement alimentaire : apraxie, agnosie, déambulation. Suivi des paramètres : poids, IMC, albumine, NPI Préparation des aliments «manger-mains» : soit en provenance de la cuisine centrale de l'hôpital, soit préparés dans le service au cours d'atelier thérapeutique de cuisine. **Résultats :** Tous les malades sélectionnés remangent seuls de façon régulière ou irrégulière; Nous ne sommes plus obligés de leur donner à manger à la fourchette ou de les contentionner pendant le repas; Seulement 1/3 des malades reprennent du poids ou voient leur albumine remonter. Dans 50% des cas, le «manger-mains» apaise certains troubles du comportement comme l'agressivité. **Discussion :** Finalement, le «manger-mains» n'a pas pour but de lutter contre la dénutrition, mais de donner encore un peu de plaisir. L'apparition des troubles du comportement alimentaire fait progresser la maladie vers un stade sévère. Le «manger-mains» apporte de l'humanité chez ces patients porteurs d'une maladie évolutive et incurable. Nous avancerons le terme d'accompagnement de la finitude. Le «manger-mains» rassure les familles qui voient remanger leurs proches. Mise en place d'une formation institutionnelle auprès des soignants pour étendre le «manger-mains» aux autres services de l'hôpital et des EHPAD. Partenariat avec le Centre d'Apprentis des jeunes cuisiniers (CFA) : formation sur la maladie d'Alzheimer, réalisation d'un repas pour les malades entièrement en «manger-mains», et enfin réalisation d'un livre de recettes pour les familles. .

Interventions multi-domaines (Exercices physiques..)

P-02 LES ESA, SPÉCIALISTES DES INTERVENTIONS MULTI-DOMAINES

J. DEYRIES (1), D. PIAIA (1)

(1) CCAS Ville de PAU, Pau, FRANCE

But: ESA : Intervention ciblée sur les fonctions cognitives ou intervention multi-domaines (émotionnel, cognitif et physique) ? **Méthodes :** L'origine multifactorielle et l'expression à plusieurs niveaux de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés, nous conduisent à adopter une approche globale visant à restaurer un équilibre entre l'expression et la gestion des émotions, la stimulation cognitive et l'activité motrice. Ces trois temps sont à intégrer dans l'examen géronto-psychomoteur effectué à partir du pré-requis des consultations neurologiques des consultations mémoire ou des évaluations gériatriques, en présence du patient et de l'aidant principal. Les études dont nous disposons (MAPT, Finger, FABS, Active) corroborent notre constat sur la nécessité de redéfinir les critères d'intervention de l'ESA selon la mesure N°6 du plan Alzheimer. Ainsi, chaque séance se calque sur ces trois domaines : L'expression et la gestion des émotions par l'investissement corporel au travers d'exercices respiratoires, l'expression corporelle des émotions, mais également des activités de vie quotidienne faisant réminiscence. Les activités de stimulation cognitive de plusieurs sortes, récréatives et ludiques afin de favoriser l'expression, le raisonnement et développer des stratégies de compensation dans un climat de confiance et de plaisir. Les activités physiques proposées sous forme d'échanges, de jeux moteurs avec ou sans médiation, dans l'environnement de la personne et à l'extérieur afin de mettre en jeu les fonctions psychomotrices dans leur globalité, prévenir le risque de chute mais aussi, décharger les tensions. **Résultats :** Nous disposons de trop peu de résultats quantifiables par les échelles validées pour analyser objectivement l'impact de l'intervention multi-domaines dans la progression de la maladie. L'impression globale et partagée demeure positive sur la réduction de l'anxiété, l'amélioration des fonctions exécutives, le langage et la réduction du risque de chute qui favorisent, par le

réveil des motivations, un investissement du malade, de son entourage et des professionnels dans sa vie quotidienne. **Discussion** : Après 6 ans d'expérience, nous sommes dans le constat d'une croissance de sollicitation même s'il reste encore à définir des moyens quantitatifs et/ou qualitatifs de mesure objective sur le contenu de l'intervention multi-domaines. Nous sommes en quête d'outils informatiques et statistiques. .

P-03 PRÉSENTATION D'UN ATELIER DE STIMULATION MULTIMODALE, POUR PATIENTS AYANT DES TROUBLES COGNITIFS MINEURS AU SEIN D'UN CATTP (CENTRE D'ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE À TEMPS PARTIEL -CHS)

M. JOUANNE (1), C. FREQUELIN (1), C. LEMÉNOREL (1), F. RIDET (1)
(1) Centre Renoir -CHSY, Auxerre, FRANCE

But : Le Centre Renoir du CHS de l'Yonne, CM labellisée et CATTP, propose depuis 15 ans des ateliers de stimulation cognitive aux malades d'Alzheimer et apparentés. Devant une forte demande de prise en charge de la part des patients MCI et à l'appui de différentes études sur les divers types de stimulations cognitives, l'équipe a élaboré un atelier de stimulations multimodales. Le but est de présenter la construction de l'atelier de stimulations multimodales dans un domaine où les programmes ne sont pas encore standardisés pour cette population. **Méthodes** : Un groupe constitué de 4 patients MCI : MMS moyen 26.25 (<25-29>), 1 femme et 3 hommes. Visites d'inclusion : consultation médicale, bilan neuropsychologique complet, bilan d'ergothérapie et passation d'échelles d'autoévaluation (estime de soi et répercussions fonctionnelles). Prise en charge de 6 mois, 25 séances à raison d'1 séance hebdomadaire de 2 heures, selon schéma suivant: 2 mois de stimulation cognitive (exercices papiers-crayon/ oraux pour stimuler les capacités attentionnelles, mnésiques et langagières) ; 2 mois de stimulation praxique proposant 4 ateliers différents : origami (travailler les capacités visuo-spatiales, visuo-constructives, de planification et d'organisation), écriture (élaboration de textes individuels sur un thème de description d'un lieu agréable pour stimuler l'expression des émotions rattachées à un souvenir et l'accès au stock sémantique), cuisine (une séance d'adaptation d'une recette en élaborant un plan stratégique de réalisation et une séance pratique), création d'objets d'art (méthode du « plastique fou » afin de valoriser la personne et stimuler la créativité). 1 mois de stimulation de la cognition sociale ; 1 mois de stimulation de l'orientation spatiale , alternance de séances avec travail d'élaboration du parcours sur plan et de séances de mise en pratique en condition réelle. Evaluation post prise en charge : médicale, bilans comparatifs neuropsychologique et d'ergothérapie, passation de 2 échelles d'autoévaluation. Questionnaire de satisfaction en cours. **Résultats** : Très faible taux d'absentéisme (12%). Absence d'analyse statistique. **Discussion** : Forte demande de la population MCI pour des prises en charge en stimulations multimodales motivant la construction d'ateliers dont les limites sont les absences de programmes standardisés suffisamment validés. Malgré l'absence d'amélioration de l'estime de soi, la forte adhésion au groupe et le souhait de participer à un autre programme laisse penser que les patients en tirent un bénéfice qui reste à mieux définir. La variété des activités proposées contribue-t-elle à renforcer la participation ? Une évaluation du retentissement de l'atelier sur la vie quotidienne à distance est nécessaire. Nécessité d'évaluer l'humeur avant inclusion en atelier ? Intérêt d'élaborer des programmes communs de stimulation en consultation mémoire pour améliorer la pertinence de la prise en charge ? Intérêt d'intégrer un atelier d'éducation thérapeutique et d'activité physique ? Avantage des prises en charges en CATTP spécifique aux CHS, sans frais pour le patient.

BILAN COMPARATIF (patients 1 à 4)													
		1			2			3			4		
MEMOIRE		Avant	Après	Evolution									
Orientation	Temporelle	4,5	4,5	→	5	5	→	5	5	→	3	0	3*
	Spatiale	5	5	→	5	5	→	5	5	→	5	5	→
NI-RIS	Rappel immédiat	16	16	→	15	16	→	16	14	→	15	15	→
	Rappel libre total	19	20	→	21	20	→	21	20	→	7	6	3*
	Rappel total	44	48	→	38	46	→	37	47	→	24	18	3*
	Rappel total diffusé	16	16	→	13	16	→	14	16	→	7	5	3*
	Reconnaissance	16	16	→	16	16	→	15	16	→	14	15	→
Figures MEM-B4	Intrusions	1	2	→	4	2	→	2	0	→	10	25	3*
	Perturbations	0	0	→	3	0	→	3	0	→	4	8	3*
MCT	Rappel immédiat	5,5	6	→	7	10,5	→	5	7,5	→	5	5,5	→
	Rappel diffusé	6	7,5	→	7,5	11,5	→	4,5	6,5	→	4,5	0	3*
EMPREINTE		5	5	→	5	5	→	6	6	→	5	4	→
FONCTIONS EXECUTIVES													
Mémorie de travail		4	5	→	5	4	→	3	3	→	3	4	→
TMT	Partie A	36	33	→	36	27	→	46	55	→	35	41	→
	Partie B	123	147	→	82	58	→	374	337	→	339	140	→
Fluences Verbales		13	16	→	26	22	→	18	22	→	18	13	→
Catégorielle		20	26	→	21	23	→	12	27	→	23	33	→
Strep Victoria	Déroulement	13	12	→	13	15	→	15	13	→	14	18	→
	Intelligence faible	21	17	→	15	15	→	19	23	→	17	18	→
	Erreurs corrigées	0	0	→	0	0	→	0	0	→	0	0	→
	Erreurs non corrigées	0	0	→	0	0	→	0	0	→	0	0	→
	Intelligence forte	36	30	→	30	28	→	36	40	→	33	35	→
Erreurs corrigées		0	0	→	2	0	→	1	1	→	1	1	→
Erreurs non corrigées		0	0	→	0	0	→	1	0	→	0	0	→
r		1,62	1,42	→	1,36	1,07	→	1,27	1,62	→	1,21	1,13	→
r'		2,17	2,5	→	2,73	1,87	→	2,4	3,08	→	2,36	2,19	→
FONCTIONS INSTRUMENTALES													
Langage	Dénumération orale d'objets	36	40	→	35	36	→	36	36	→	36	36	→
	Manque du mot	0	0	→	0	0	→	0	0	→	0	0	→
	Erreurs perceptives	0	0	→	0	0	→	0	0	→	0	0	→
	Paraphrases phonémiques	0	0	→	0	0	→	0	0	→	0	0	→
	Paraphrases sémantiques	0	1	→	0	0	→	0	0	→	0	0	→
Conduites d'approche		1	0	→	1	0	→	0	0	→	1	2	→
Points	Réflexion	49	50	→	50	50	→	50	46	→	46	50	→
	Mémorisation verbale	50	50	→	50	50	→	48	50	→	50	50	→
	Mémorisation graphique	49	50	→	47	50	→	49	48	→	46	50	→
Visuo-constructives		8,5	9	→	9	9	→	8	8	→	8,5	8	→
Espace et orientation		15	14	→	13,5	15	→	15	14	→	15	15	→
Séquences visuelles		0	0	→	0	10	→	9,5	9	→	10	10	→

Tableau n°1 cognition : stabilité et amélioration sauf pour 1 patient présentant une dépression mineure.

Patients		1		2		3		4	
Bilans pré- (1) et post-(2) ateliers		1	2	1	2	1	2	1	2
Test des priorités	Exécution /17	10	11 ↗	17	16 ↘	5	6 ↗	4	7 ↗
	Efficacité /32	10	22 ↗	18	22 ↗	10	12 ↗	7	13 ↗
	Total /49	20	33 ↗	35	38 ↗	15	18 ↗	11	20 ↗
Test des com	Total /100	86	82 ↘	91	70 ↘	52	60 ↗	67	91 ↗

Tableau n°2 ergo : amélioration pour les 4 au test des priorités (hétérogène pour le test des commissions)

Echelle d'estime de soi Rosengerg		
Bilans pré- (1) et post-(2) ateliers		
	1	2
1	22 très faible*	31 faible ↗
2	23 très faible*	23 très faible* →
3	31 faible	29 faible ↘
4	22 très faible*	28 faible ↗

Echelle des répercussions fonctionnelles		1		2		3		4	
Bilans pré- (1) et post-(2) ateliers		1	2	1	2	1	2	1	2
MÉMOIRE EPISODIQUE VERBALE /16		8	6	9	12	8	8	5	6
MÉMOIRE VERBALE		2,75	2,75	1	0,6	1,85	0,9	0,9	2,9
Conversation (moy/6)		3,5	3,5	0,3	1	1	0,5	0,5	2,5
Télévision, radio, lecture (moy/6)		2	2	1,7	0,2	2,7	1,3	1,3	3,3
MÉMOIRE ET ATTENTION									
VISUO-SPATIALES		1,3	1,2	0,6	0,9	0,5	0,45	0,9	0,45
Mémoire visuo-spatiale (moy/6)		1,6	1,6	1	1,3	1	0,5	1	0,5
Attention v-s et orientation spatiale (moy/6)		1	0,8	0,2	0,5	0	0,4	0,8	0,4
MEMOIRE DE TRAVAIL (moy/6)		1,7	2,3	0,5	0,3	1	1	1,7	2
ATTENTION SELECTIVE (moy/6)		4,4	3,2	0,6	0,1	1,6	0,4	1,2	1,2
FONTIONS EXECUTIVES		2,73333333	2,3	0	0	**	0	1	0,81666667
Organisation/Planification (moy/6)		4	2,8	0	0	**	0	1,5	0,75
Flexibilité (moy/6)		2,3	2	0	0	**	0	0	0,7
Prise de décision/Prise d'initiative (moy/6)		1,9	2,1	0	0	**	0	1,5	1
VITESSE DE TRAITEMENT		2,05	2,15	0,35	0,05	0	0	0,6	0,125
Vitesse d'exécution matrice (moy/6)		2,5	2,2	0,7	0	**	0	0,7	0
Vitesse de traitement cognitif (moy/6)		1,6	2,1	0	0,1	0	0	0,5	0,25
COGNITION SOCIALE (moy/6)		1,1	1,4	1,3	1,1	1,5	0,5	2	2

Tableau n° 3 échelles : pas d'amélioration franche sauf pour 1.Souhait de participer à d'autres ateliers

Le parcours de soin du patient Alzheimer

P-04 UN GUIDE PARCOURS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF (TNC) DÛ À UNE MALADIE D'ALZHEIMER OU À UNE MALADIE APPARENTÉE (MA2)

N. RIOLACCI (1), . AGOT (1), C. AIT MOUHEB (1), L. BEZOMBES (1), H. CLARI (1), F. CRESPIEN (1), . DE BROCA (1), . DEVEVEY (1), A. DULONG (1), J. FLOUZAT (1), P. GONZALES DE LINARES (1), I. JACHNA-HAUGER (1), C. LEFEBVRE (1), A. LEPERRE (1), M. MACKOWIAK (1), I. MARTINOT (1), E. MARIANI (1), . MICHON (1), L. NORMAND-ROUSSELET (1), M. PANCRAZI (1), V. PONELLE (1), G. RECORBET (1), J. ROCHE (1), D. RUBÉ-MILLON (1), M. RUBINSZTEJN (1), S. BASSOU-TOLBA (1), E. TRAMONI (1)

(1) Haute Autorité de santé , La Plaine Saint Denis, FRANCE

But: L'analyse des parcours de soins actuels montre par un sous diagnostic et un diagnostic tardif, une stigmatisation des malades et de leur entourage, une sous- utilisation des dispositifs et ressources expertes dédiées. Le guide parcours est un outil d'amélioration des pratiques individuelles et collectives pour une prise en charge optimale. Les guides parcours de la HAS remplacent les guides médecins depuis 2014, pour mieux prendre en compte le caractère pluriprofessionnel et multidimensionnel des parcours de soins et de santé des maladies chroniques (prévention, repérage, diagnostic, traitement curatif ou préventif, éducation). Cet outil est destiné à tout professionnel impliqué dans la prise en charge d'une maladie chronique soins, dès premiers signes à la phase ultime d'une maladie chronique. Le guides parcours Alzheimer et maladies apparentées 2018 est une référence pour les protocoles de soins pluriprofessionnels définis dans le cadre du dispositif de prise en charge des soins des affections de longue durée (ALD 15). **Méthodes :** Les guides parcours sont élaborés par des experts dont les liens d'intérêt ont été étudiés par le bureau de déontologie de la HAS. Ce groupe de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel propose des repères pour les pratiques à partir de l'analyse de la littérature, des recommandations de pratique clinique ou de santé publique, de tout outil d'amélioration de la qualité et de la législation et réglementation en vigueur. La méthode d'élaboration des guides parcours est décrite sous ce lien https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/actualisation_methode_guide_et_liste_avril_2007_.

pdf. **Résultats** : Le guide parcours Alzheimer et maladies apparentées comprend 7 chapitres correspondant aux séquences de soins jugées critiques par le GT pour améliorer la qualité des parcours de soins des MA2: Chaque chapitre traite des points-clés des pratiques et présente un ou 2 outils pour l'exercice quotidien. Des informations complémentaires mais essentielles pour mieux comprendre sont développées dans de 19 fiches, annexées au guide. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2851144/fr/patients-presentant-un-trouble-neurocognitif-associe-a-la-maladie-d-alzheimer-ou-a-une-maladie-apparentee. **Discussion** : Le guide fournit des repères essentiels sur la prise en charge des personnes présentant un TNC Le guide parcours met l'accent sur les actions à visée diagnostique et les soins et aides compensant le handicap dû aux MA2, dès les premiers signes de la maladie. Il souligne le rôle majeur du médecin traitant (prescripteur) dans l'accès à un diagnostic et l'accès à des soins de réadaptation et de compensation du handicap pertinents et experts. Il permet aussi d'évoquer les caractéristiques si particulières du handicap des MA2 et leur retentissement sur les relations et l'organisation de la famille, de l'entourage et l'exercice médical ou paramédical. Le guide rappelle enfin l'exigence d'une prise en charge pluriprofessionnelle définie par des constats cliniques et objectifs thérapeutiques partagés et suivis par l'ensemble des intervenants auprès de la personne malade.

1. Repérer les premiers signes d'un trouble neurocognitif en médecine générale
2. Etablir le diagnostic étiologique et définir les objectifs thérapeutiques de la prise en charge en consultation mémoire
3. Préserver un niveau d'autonomie et de bien-être
4. Préserver l'entourage et soutenir la fonction d'aidant
5. Adapter le suivi médical des patients vivant avec un trouble neurocognitif
6. Prendre en charge les troubles chroniques du comportement
7. Soigner aux stades sévère et très sévère de la maladie.

Sommaire du guide parcours

- Des fiches pratiques**
- 1. Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs
 - 2. Maladies « apparentées » mais différentes
 - 3. Maladies d'Alzheimer et apparentées avant 65 ans « adulte jeune »
 - 4. Une démarche diagnostique progressive et personnalisée en médecine générale
 - 5. Tests de repérage d'un trouble cognitif en médecine générale
 - 6. Situations diagnostiques complexes
 - 7. Le droit de savoir, le droit de décider
 - 8. Optimiser les consultations mémoire
 - 9. Étiologie d'un trouble cognitif - Consultations mémoire
 - 10. Accéder à la recherche et à l'innovation
 - 11. Comprendre le handicap dû aux maladies d'Alzheimer et apparentées
 - 12. Préserver une autonomie fonctionnelle, prise en charge non médicamenteuse
 - 13. Prévenir les troubles psychocomportementaux
 - 14. Communiquer malgré les troubles de la mémoire ou du langage
 - 15. Vivre le quotidien, le point de vue de l'aidant
 - 16. Mesures de protection juridique
 - 17. Situations de rupture, rôle des acteurs de proximité
 - 18. Les soins au stade ultime de la maladie
 - 19. Qualité de vie des personnes malades

19 fiches pratiques annexées

Le patient Alzheimer jeune

P-05 PROJET DE REPAS DE COHÉSION FAMILIALE POUR PATIENTS JEUNES EN INSTITUTION

A. LEMEUNIER (1), P. GRONDIN (1), V. TANDARDINI (1), V. DERAMBURE (1), J. NANFACK (1), F. WIROTIUS (1), M. TOUFLET (1)

(1) CHU, Rouen, FRANCE

But : Les objectifs principaux du projet sont : le maintien de la position de sujet du patient jeune, des habitudes de vie, du rôle social familial, la valorisation et l'estime de soi afin de permettre une meilleure adaptation au cadre de l'institution. **Méthodes** : En amont, nous réfléchissons en interdisciplinarité pour mesurer la faisabilité du projet (évaluations psychologue, ergothérapeute, médecin), puis nous abordons le projet avec le patient puis s'il le valide, avec la famille. Le jour du repas, nous proposons une intervention pluridisciplinaire : esthéticienne, coiffeuse, pédicure (réflexologie plantaire), choix de la tenue (estime de soi, image de soi), éducatrice spécialisée pour l'accompagnement aux courses (maintien des relations sociales et restitution de la place / rôle social, autonomie), animatrice (décoration de la table), ergothérapeute pour la préparation du repas (valorisation des ressources et capacités). Le repas a lieu dans une pièce dédiée. Une médiation peut être utilisée pendant ou après le repas (atelier souvenirs ou photos de famille préparés en amont, jeux, écoute musicale (modération familiale/ transmission, création de nouveaux souvenirs positifs à partager). En aval, nous travaillons au renforcement positif des échanges, à la valorisation du rôle au sein de la famille, à la favorisation du maintien d'un dialogue entre le résident et sa famille. Une proposition d'un ou plusieurs autres repas permet une rythmicité, une permanence du cadre rassurante (pari sur l'avenir, sur l'adaptation du résident à l'institution, cela lui permet de se projeter sur un moyen ou un long terme et de s'inscrire dans son projet de vie au sein de l'institution ; baisse du sentiment d'abandon). **Résultats** : Le repas permet : une meilleure estime de soi, d'être acteur dans chaque étape de préparation, de renouer avec des habitudes parfois perdues depuis des années, mais aussi de maintenir des liens familiaux, une restitution des places et rôles de chacun. **Discussion** : Les patients jeunes entrant en institution peuvent connaître des difficultés d'adaptation car l'entrée en institution peut les mettre en situation de rupture. Dans cette perspective, l'élaboration d'une ouverture sur l'extérieur rend possible un travail sur le dedans et le dehors. Un plus grand accompagnement dans le maintien des habitudes de vie permet un passage en douceur, une continuation, un fil conducteur afin de se repérer, s'inscrire au niveau institutionnel et se « reconnaître » dans une prise en charge adaptée. La place des proches est également centrale puisqu'elle est à la base du projet, ils participent à la validation et à la construction de ce projet de repas de cohésion familiale (intérêt de la démarche, vision des rôles

sociaux familiaux, évocation de souvenirs si les résidents ont des troubles cognitifs importants ou prêt de supports photographiques pour la construction d'un atelier). A travers cette démarche, le continuum du statut d'aidant familial à domicile au «nouveau» rôle ou au réinvesti du proche laisse à chacun sa mesure de la temporalité psychique pour créer un nouvel équilibre familial dans le bien être de chacun. Cela peut également permettre aux familles de changer le regard sur l'entrée en institution de leur proche (déculpabilisation), favoriser le lien qui les unit et par là même favoriser les liens résidents-famille-soignants et les liens des résidents qui s'investissent dans le projet (s'autoriser à investir d'autres personnes).

P-06 DISPOSITIF «SOLARIUM» POUR UN ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ALZHEIMER JEUNES

P. PEGARD (1), V. LE FLOCH (1), M. DENIEL EOZENOU (1), S. HUMBERT (1)

(1) Association les Amities d Armor, Le Penty, Lannilis, FRANCE

But : -Proposer un accompagnement aux malades jeunes, dont les besoins et attentes ne correspondent pas aux services pour personnes âgées -Sans cadre défini à l'avance, créer une palette d'interventions mettant à disposition du personnel qualifié, des locaux, des moyens, dans le but d'aider les personnes à soutenir leurs projets malgré la maladie -Intégrer le plus précocement possible le malade dans un parcours d'accompagnement et faciliter la mise en relation avec d'autres services, professionnels, moyens... **Méthodes :** Population cible: Diagnostic de maladie d'Alzheimer ou apparentée avant l'âge de 65 ans Personne vivant à domicile Evolution de la pathologie et autonomie non compatible avec un accompagnement par un service pour personnes âgées Procédure - Evaluation à domicile basée sur les centres d'intérêt et les activités importantes aux yeux du malade, complété par un bilan d'ergothérapie, si besoin - Co-construction d'un projet personnalisé pouvant concerner les loisirs, la culture, les activités de la vie quotidienne, le maintien du lien social, une réhabilitation cognitive, un soutien psycho-affectif.... Sont priorités les domaines qui ont le plus de sens pour le malade L'accompagnement inclus les aidants qui sont impliqués auprès du malade. Un volet spécifique aidants est proposé par la PRA* à laquelle est adossé ce dispositif: - Réévaluation mensuelle du projet et adaptation à l'évolution des besoins et attentes du malade. Mise en œuvre du projet. Les interventions peuvent être: - à domicile, dans les locaux du solarium, à l'extérieur: musée, salle de sport...; - en individuel ou en groupe; - avec ou sans la présence d'un aidant; - d'une durée allant de 2 heures à 1 journée. Les intervenants sont des AMP, AVS, ergothérapeutes, psychologues, infirmières, qui ont suivi une formation à l'accompagnement des malades jeunes organisée par la PRA* en partenariat avec ONIRIC*. **Résultats :** Depuis le 29 07 2017: 6 malades jeunes ont intégré le dispositif 249 heures d'intervention réalisées Diagnostic: 5 maladies d'Alzheimer, 1 syndrome apparenté L'âge moyen à l'entrée est de 57 ans 4 ont un suivi MAIA et 3 un suivi en ESA 1 sortie du dispositif: entrée en UHR Discussion: Le dispositif est ouvert au maximum vers la vie ordinaire et le lien avec l'extérieur. Au départ, interventions à domicile ou à l'extérieur en individuel. A la demande de certains malades de rencontrer d'autres personnes, de maintenir une vie sociale, des activités à l'extérieur, création des «jeudis du Solarium» qui est un programme d'activités de groupe dont le contenu est proposé en fonction des envies et capacités des participants inscrits. A la demande de répit de certains aidants sur des journées, possibilité d'un accompagnement individualisé le matin (domicile ou extérieur), puis d'un repas en commun pour compléter la participation à l'activité «jeudis du solarium» l'après-midi. Ce dispositif permet de proposer un accompagnement adapté et favorise un parcours progressif. 3 malades ont fait un 1er séjour en temporaire dans l'objectif d'un répit pour l'aidant et d'une 1ère expérience de vie en collectivité. Ce recours est limité, car le temporaire est commun aux personnes âgées et les malades jeunes doivent être avancés dans la pathologie pour pouvoir s'y adapter. Proposition de place d'accueil de jour spécifique qui n'a pas aboutie pour l'instant du fait, soit d'une impossibilité d'une journée en groupe liée aux troubles psycho-comportementaux, soit d'un refus du malade.



Locaux du Solarium



Culture en serre

Les grands problèmes de la prise en charge du patient Alzheimer

P-07 PRATIQUES & RESENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU SUJET DE LEURS INTERVENTIONS AUPRÈS DES RÉSIDENTS D'EHPAD : HOMOGENÉISATION DES OUTILS & INNOVATIONS?

C. COGET (1)

(1) CHRU Lille Hopital gériatrique , Lille , FRANCE

But : Les troubles cognitifs sont souvent un élément déclenchant l'institutionnalisation, et le résident a toujours le libre choix de son médecin traitant et reste souvent fidèle au sien. Ce travail s'est intéressé à analyser les pratiques et le ressenti des médecins généralistes libéraux de Boulogne-sur-Mer (62) intervenant en EHPAD auprès des résidents âgés. **Méthodes :** Tous les médecins généralistes libéraux (MGL) installés à Boulogne-sur-Mer (62) intervenant en EHPAD dans le Boulonnais (liste fournie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins) ont été interrogés par un questionnaire, envoyé par voie postale, concernant leurs caractéristiques, leurs pratiques en EHPAD et leurs indices de satisfaction de cet exercice. **Résultats :** 26 questionnaires ont été analysés (48,1 %). Le MGL est principalement un homme (80,8 %), d'environ 52 ans, et exerçant depuis plus de 11 ans (plus des 2/3 des cas). Une grande majorité n'est pas formée à la gériatrie (73 %). Ils estiment que le temps passé en visite en EHPAD est plus long qu'au domicile (cf comorbidités, pathologie démentielle). Ils n'utilisent pas toujours le dossier médical même s'il est informatisé. Même si le profil d'exercice boulonnais n'est pas représentatif du profil type national, notre étude met en évidence quelques difficultés de compatibilité de l'exercice en EHPAD avec l'exercice libéral des MGL. Ils se sentent reconnus et utiles, mais sont moyennement satisfaits et peu motivés par leur exercice en EHPAD. **Discussion :** La collaboration et l'implication des MGL et autres paramédicaux libéraux dans le fonctionnement des EHPAD est essentielle. Une informatisation obligatoire du dossier médical par un logiciel unique devrait être appliquée et le déploiement de la télémédecine est à développer (consultations de dermatologie, gérontopsychiatrie).

Les UCC

P-08 INDICATION DE L'ELECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE EN UCC : ILLUSTRATION PAR 3 CAS CLINIQUES

C. SAHEL (1), S. BULTEAU (1), C. CABELGUEN (1), J. CHOLET (1), G. BERRUT (1), A. SAHEL (1), A. SAUVAGET(1)

(1) CHU, Nantes, FRANCE

But: En UCC, les hospitalisations pour dépression sévère sont fréquentes. La symptomatologie est généralement atypique et masquée par des troubles psycho-comportementaux productifs, avec une surprescription d'antidépresseur sédatif ou à visée antiproductive. L'indication de l'Electroconvulsivothérapie pour dépression sévère résistante au traitement a toute sa place. Les 3 cas cliniques décrits montrent bien la complexité de la démarche décisionnelle et l'importance d'une réflexion éthique et pluridisciplinaire. **Méthodes :** La première situation concerne un homme de 89 ans, hospitalisé pour apathie et altération de l'état général avec amaigrissement de 35 kgs en 7 mois. Sur le plan neuropsychologique il présentait des troubles cognitifs non explorés, à un stade modéré, avec à l'imagerie une atrophie associée à une leucoaraiose. L'évaluation somatique n'avait pas retrouvé de cause à l'amaigrissement. L'évaluation psychiatrique retrouvait une dépression sévère avec opposition aux soins, vécu persécutoire, idées suicidaires et ruminations. L'ECT a été refusée par le patient et son épouse. Le patient est décédé en 1 mois à l'UCC. La deuxième situation concerne une femme de 73 ans, hospitalisée pour agressivité, opposition aux soins et fugues depuis 2 mois. Sur le plan neuropsychologique, elle présentait une maladie d'Alzheimer forme frontale, à un stade sévère. L'évaluation psychiatrique a mis en évidence un syndrome catatonique, associé à une mélancolie sévère avec mutisme. L'indication d'ECT a été posée après test thérapeutique au zolpidem, avec accord des enfants, après réflexion pluridisciplinaire gériatrique et psychiatrique. L'ECT a été efficace avec reprise de contact dès la deuxième séance et acceptation des soins. La patiente est décédée d'un arrêt cardio-respiratoire le lendemain de la 4ème séance. La troisième situation concerne une femme de 89 ans hospitalisée pour agressivité, cris impulsifs et opposition aux soins depuis 5 mois. Sur le plan neuropsychologique, elle présentait des troubles cognitifs mixtes, à prédominance vasculaire, à un stade modérément sévère, avec un syndrome frontal. L'évaluation psychiatrique retrouvait un syndrome dépressif sévère, justifiant la prescription de deux antidépresseurs. L'ECT a été indiquée devant une amélioration clinique incomplète, avec accord de la famille. La finalité de cette décision a été discutée par téléphone avec deux membres du Comité d'Ethique Clinique intra-hospitalier, mais finalement l'anesthésie générale a été contre-indiquée. Sous antidépresseurs, la symptomatologie frontale est devenue plus importante que la symptomatologie dépressive. **Résultats :** Dans ces 3 situations, le diagnostic de dépression posé secondairement retarde la prise en charge. L'indication et la réalisation d'une ECT peuvent être discutées quel que soit le degré de sévérité de la pathologie neurocognitive. Le respect des directives anticipées et l'avis consultatif du Comité d'Ethique apparaissent indispensables à la démarche décisionnelle. **Discussion:** Le diagnostic de dépression dans les TCAA est à améliorer. L'urgence thérapeutique ne permet pas un tâtonnement et des prescriptions de psychotropes inappropriées dans les cas de troubles du comportement productifs. L'accès à un plateau d'ECT est important pour les UCC. Enfin, l'évaluation du risque cardio-vasculaire après ECT serait à réfléchir avec les anesthésistes.

Intervention non médicamenteuse et Alzheimer

P-09 L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : UNE STRATÉGIE INNOVANTE POUR UNE APPROCHE TRANSDISCIPLINAIRE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

S. NAVUCET (1), M. FLORES (1), A. MATOS (1), F. RASCHILAS (1), A. GABELLE (1)

(1) CHU Montpellier, Hôpital Gui de CHAULIAC, Montpellier, FRANCE

But: Dans la maladie d'Alzheimer (MA), comme dans toute pathologie chronique, une prise en charge multidisciplinaire est fortement conseillée par l'HAS (Recommandations HAS, décembre 2011). L'éducation thérapeutique (ETP) fait partie de ces approches innovantes visant à optimiser la prise en charge des patients et des aidants familiaux. Notre programme d'ETP, validé par l'ARS Occitanie en septembre 2017, s'inscrit dans le « plan d'action régional Occitanie : Le plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019 ». Peu de programmes ETP concernant la MA sont disponibles sur le territoire et aucun n'intégrait, avant l'expérimentation du PMND, des binômes « patient et aidant » au sein de mêmes ateliers. De plus, les patients jeunes ou à un stade précoce de la maladie étaient également peu pris en charge par les programmes classiques. **Méthodes :** Le critère d'évaluation principal est la différence de qualité de vie (à l'EQ-D5 entre l'inclusion et la fin du programme) du patient et de son aidant. Les critères d'évaluation secondaires sont les évaluations des thématiques dégagées lors d'une enquête préliminaire des besoins, déclinées en 6 ateliers (Connaissance de la maladie, Symptômes, Relation Patient/Aidant, Traitements et Thérapies Non Médicamenteuses, Aides sociales, Groupes de parole). Les patients inclus sont atteints de MA (50-75 ans), avec un MMSE \geq 20. L'aidant principal (temps de présence >10heures/semaines) a un proche atteint de la MA. Le programme débute par le Bilan d'Education Partagé, qui définit les objectifs du binôme. Les 6 ateliers s'organisent à une semaine d'intervalle, ils sont réalisés en collectif avec le binôme Patient/Aidant. Le programme se termine par la synthèse de fin de programme. **Résultats :** Le programme d'ETP a un impact positif sur la qualité de vie du binôme, ainsi que sur les différents thèmes abordés. Notre expérience acquise au cours des ateliers nous a enseigné que, tant le patient, que l'aidant, que le professionnel de santé, sort enrichi des échanges qui émergent du groupe. Le matériel et les outils utilisés lors des ateliers, bien qu'importants, ne demeurent qu'un média du partage d'expériences des différents intervenants. **Discussion :** La prescription de programme d'éducation thérapeutique dans les maladies neurodégénératives devrait se généraliser et continuer à être proposée par les équipes spécialisées au sein du CHU de Montpellier. .

P-10 INNOVATION DANS L'ACCOMPAGNEMENT NON-MÉDICAMENTEUX DE PERSONNES MALADES D'ALZHEIMER : « PROJET PASA ITINÉRANT »

M. MONNIER (1)

(1) EHPAD René Marion , Roybon, FRANCE

But: La réflexion ayant abouti à la mise en place de notre projet se situe dans le cadre du premier axe du Plan National « Alzheimer et Maladies apparentées – 2008/2012 » : l'amélioration de la qualité de vie des malades, et plus spécifiquement des personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté (MASA) sévère. Notre hypothèse de base dans l'élaboration de ce projet est la suivante : une adaptation du dispositif PASA permettrait de l'ajuster à la population MASA sévère et aurait des effets significativement semblables. **Méthodes :** Nous proposons de détacher des assistantes de soins en gérontologie (ASG) pour prendre en charge les résidents MASA sévères en utilisant les mêmes modalités d'interactions que celles employées dans les PASA et mettre en place, ce que nous avons nommé un « PASA Itinérant » (PI). Ces prises en charge sont destinées aux résidents présentant des pathologies plus sévères et donc des capacités cognitives et physiques plus réduites. Des ajustements sur les modalités de prise en charge ont été effectuées au niveau de : - la durée de prise en soins. - le nombre de personnes prises en charge en atelier groupale et lors des repas thérapeutiques, - le lieu d'intervention, - les ateliers en eux-mêmes. Ainsi, les ASG proposent des prises en charge variant de 20 à 45 minutes : adaptées aux capacités cognitives et physiques, - pour des groupes n'excédant pas 4 personnes, - et dans certains cas être réalisée auprès d'une seule personne. Dans le but de minimiser le retentissement sur les troubles de l'orientation, et pour favoriser l'ancrage des repères du résident ; il paraît nécessaire que cette prise en charge ait lieu au sein de l'unité de vie du résident (logements, salles à manger, etc...). **Résultats :** Nos premiers constats font état des bénéfices suivants : Pour le résident : création de lien social, mobilisation des fonctions sensorielles, investissement dans une dynamique de groupe, « contenance » des troubles psycho-comportementaux, maintien de l'autonomie et des capacités cognitives et prévention des troubles de la marche et de l'équilibre. Pour les soignants : abaissement du retentissement des troubles psycho-comportementaux dans l'unité de vie, de leur portée anxiogène et allègement de la charge de travail. Pour l'équipe : diffusion du savoir-faire et de l'expertise spécifique des ASG. **Discussion :** Ce projet totalement innovant en EHPAD, et inédit pour notre établissement, il nous semble nécessaire de mesurer sa pertinence. Une première évaluation est réalisée via des passations régulière de NPI-ES. Dans un second temps nous proposons d'évaluer son intérêt via la méthode « Amppati ©[1] » (Amélioration du Parcours vécu Par le patient/résident par Immersion) qui s'adresse aux équipes qui souhaitent découvrir les soins qu'ils prodiguent à travers les yeux des patients et de leurs familles pour imaginer et construire ensemble le parcours de soins idéal du point de vue de l'utilisateur. [1] CEPPRAAL Santé

P-11 EXPRESSION ÉMOTIONNELLE ET CRÉATIVITÉ EN HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE THÉRAPEUTIQUE

L. MAZURIER (1)

(1) CMLS Fondation Roguet, Clichy, FRANCE

But : L'objectif premier de l'HDJ à destination des personnes âgées présentant des troubles cognitifs de type maladie d'Alzheimer ou apparentée est de limiter la pente de déclin cognitif et de prolonger le maintien à domicile des patients. Pour y répondre, un des outils thérapeutiques non médicamenteux proposé aux patients du service est de s'appuyer sur l'étagage groupal à travers des groupes d'expression émotionnelle utilisant des médiations variées. Ces groupes sont pensés comme favorisant l'appartenance groupale et vont permettre de faire émerger une palette d'émotions afin de débloquent des situations de crise ou des crispations émotionnelles ou affectives. **Méthodes :** Les médiations et les thèmes de travail sont choisis par les patients grâce à la mise en exergue de leur esprit créatif. Ainsi, les méthodes utilisées vont revêtir différentes formes mouvantes au fil de l'état émotionnel et cognitif du groupe telles que : l'écriture groupale de texte, la mise en forme d'un roman photo, des activités de théâtre mais aussi la modélisation d'une frise du temps à partir de mise en scène photographique sur les fêtes de chaque mois de l'année. Il peut s'agir également de création de livrets de jeux cognitifs, de l'écriture d'une gazette ou encore de mise en scène et de jeux de rôles. **Résultats :** Les effets de ces groupes à médiation répondent bien aux problématiques d'un public de patients ayant une maladie d'Alzheimer car ils se manifestent à la fois sur la dynamique psycho affective du patient mais aussi sur l'amélioration de leur dimension cognitive. Les activités proposées tendent à sortir d'une circularité du temps au profit d'un temps plus linéaire c'est à dire réintroduisant une capacité d'orientation adéquate dans un temps et un espace actualisé. Les méthodes utilisées s'inspirent de jeux de rôles et ces temps offrent aux patients la possibilité de sortir de leur réserve, de se connaître différemment et de se découvrir d'autres formes de potentialités à être que celle du carcan de la maladie et du regard posé sur eux. De plus, plusieurs types de mémoire (immédiate, sémantique, prospective) sont sollicitées ainsi que les praxies gestuelles ou les fonctions exécutives qui sont fortement mobilisées dans ce type d'atelier avec la préparation des accessoires et le travail du décor et de mise en scène. **Discussion :** Les patients répondent très favorablement à ces groupes qui leur redonnent des outils pour penser et se représenter autrement aux autres et à eux-mêmes. C'est aussi un moyen utile, à travers les supports produits, de rendre compte, auprès des familles et de l'entourage des patients, de leur implication et de leurs compétences. Les groupes à médiations offerts en HDJ, et soutenus par toute l'équipe de soins, sont un espace et un temps à part pour les patients offrant une liberté émotionnelle malgré la maladie et les troubles cognitifs. Ils contribuent à leur mieux être dans un but de retentissement positif sur le mode de vie et les relations à l'entourage et aux aidants.

P-12 ACTION DE SOCIO-ESTHÉTIQUE À DOMICILE DESTINÉE AUX PERSONNES AYANT UNE MALADIE D'ALZHEIMER (OU TROUBLES APPARENTÉS) : UN ÉVEIL SENSORIEL AUTOUR D'UN MOMENT DE DÉTENTE ET DE BIEN-ÊTRE

J. PARTINGTON (1)

(1) Fil Rouge Alzheimer, Aubagne, FRANCE

But : D'une part, proposer une action thérapeutique non-médicamenteuse non pas centrée sur la maladie mais sur la personne elle-même, dans son identité propre, autour d'un moment de bien-être, de détente et d'éveil sensoriel source de réconfort et de valorisation de soi mais aussi de répit avec la maladie. D'autre part, de constituer une passerelle à d'autres dispositifs d'accompagnement tant pour la personne malade que pour son proche aidant. **Méthodes :** De septembre 2016 à avril 2017, nous avons proposé à 9 personnes malades une formule de 6 séances d'1H30 au rythme d'une fois par semaine. Nous avons choisi des personnes pour lesquelles il était plus difficile de mettre en place des dispositifs ou qui manifestaient de la réticence à accepter d'être aidé. Les séances se sont déroulées au domicile du couple aidant/aidé. La psychologue et une socio-esthéticienne diplômée ont été mobilisées pour mener à bien cette action. C'est la psychologue qui prenait contact avec l'aidant familial pour proposer les séances destinées à son proche malade et avec son accord, un rendez-vous de première rencontre était pris. Puis, avec leur accord, un planning du déroulement des séances était alors fixé. Les effets de notre action ont été mesurés via un recueil du ressenti de la personne malade et de son aidant familial (via questionnaire et observation participante). **Résultats :** Au regard des témoignages recueillis, les séances de socio-esthétique à domicile ont été source de détente et de bien-être voire de mieux-être à la fois physique et moral pour les personnes qui en ont bénéficié « Par la suite de ces séances elle se plaignait plus de ses douleurs aux jambes et aux pieds ». Ce temps passé chaque semaine avec la socio-esthéticienne a permis de créer un lien social mais a aussi parfois permis de rompre un sentiment d'isolement social. « Le côté relationnel aussi m'a fait du bien ». Les aidants familiaux ont repéré une diminution des troubles du comportement de leur proche malade suite au soin (moins agité, plus serein). « Il est plus calme après la séance ou après il dormait ». Ces séances de socio-esthétique à domicile ont fait prendre conscience à certains aidants qu'une autre personne qu'eux-mêmes pouvait prendre soin de leur proche malade leur permettant ainsi d'appréhender une aide professionnelle extérieure avec moins de freins et de réticence. « Oui ça pourrait faciliter la venue d'autres personnes. Je me suis rendue compte que mon mari a besoin qu'on s'occupe de lui, je pensais pas du tout au début » **Discussion :** Les maladies neurodégénératives sont complexes car elles viennent bouleverser l'autonomie de la personne dans toute sa sphère biopsychosociale. Ces pathologies bousculent également le système familial dans son fonctionnement initial nécessitant bon nombre de réajustement souvent difficile à mettre en œuvre. La prise en soin de la personne malade doit donc être envisagée au travers d'un ensemble de thérapeutiques opportunes selon les différents stades d'évolution de la maladie, dans une chronologie donnée, tout en respectant les étapes d'acceptation de ces thérapeutiques par la personne malade (et aussi par son entourage familial). Au regard des

bienfaits qu'apportent les séances de socio-esthétique auprès des personnes bénéficiaires, il s'agirait d'envisager cette approche comme une porte d'entrée à la prise en soin, le premier maillon d'une chaîne accessible et non invasive dans le but de favoriser le maintien des personnes malades à leur domicile.

P-13 TRAITEMENT ANTI-ALZHEIMER : PRÉVENTION ET THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES UNE ALTERNATIVE À L'IMPASSE MÉDICAMENTEUSE. EXPÉRIENCE D'UN PARCOURS DE SOINS EN USLD.

N. MICHEL (1), B. MICHEL (1), L. CHAIX (1), B. LECAILLE (1), G. L'HEVEDER (1), V. GRANELL (1), P. PRINCE (1), C. REMLE (1), G. CHAPPELLET (1)

(1) *Clinique Les Jardins de Sophia, Castelnaud-Le-Lez, FRANCE*

But : La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées se caractérisent par deux composantes majeures : le déclin cognitif et les troubles du comportement ; il n'existe aujourd'hui aucun traitement curatif, et le 1er juin 2018 l'arrêté de déremboursement des quatre médicaments donnés jusqu'ici dans la maladie d'Alzheimer a été publié au Journal Officiel. Avec le recul, la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé estime que l'intérêt médical des médicaments anti-Alzheimer est insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale. Elle conclut à une efficacité au mieux modeste des médicaments de la maladie d'Alzheimer associée à leur mauvaise tolérance, et confirme la nécessité d'une prise en charge globale des patients intégrant des approches non médicamenteuses. Notre établissement, la Clinique Les Jardins de Sophia, dans l'agglomération montpelliéraine, est le premier en France dans une logique de prise en charge non médicamenteuse, depuis son ouverture en 1989. **Méthodes :** Notre clinique propose un parcours de soins offrant une prise en charge individualisée des troubles cognitifs et comportementaux prenant en compte les aspects psychologiques, neuropsychologiques, psycho-comportementaux et somatiques. La prise en charge est assurée par une équipe pluridisciplinaire composée d'un neurologue, d'un gériatre, d'une psychologue et d'une neuropsychologue, d'un ergothérapeute, d'une psychomotricienne, d'un musicothérapeute, d'un enseignant en activité adaptée, et d'une infirmière coordinatrice. Chaque patient bénéficie d'un projet de soins individualisé élaboré à partir des bilans d'évaluations médicales somatiques, d'évaluations paramédicales (échelles et tests standardisés) et d'investigations auprès des proches. Au cours de réunions de synthèses pluridisciplinaires hebdomadaires l'efficacité du projet de soins est révisée à partir du bilan des différentes interventions. Les traitements médicamenteux sont utilisés en seconde intention en suivant les recommandations de la Haute autorité de santé (2009) et l'utilisation des neuroleptiques est évitée autant que possible. Les projets de soins non médicamenteux sont traduits de façon expérimentale dans une codification CSARR transposée en USLD, adoptant le principe d'un Programme Médicalisé des Systèmes d'Information tel qu'il est utilisé dans un SRR. Le recueil des informations dans le PMSI se fait chaque semaine. Il concerne la morbidité principale, la finalité principale de prise en charge, le type de soins dont a bénéficié le patient, la manifestation morbide principale et l'affection étiologique qui caractérisent la pathologie. Les autres pathologies associées sont recueillies, ainsi que la dépendance et les actes de rééducation réalisés. Toutes ces informations sont colligées dans le dossier patient informatisé. **Résultats :** Ralentissement du déclin objectif et diminution des troubles du comportement. **Discussion :** L'orientation médicale de notre structure dédiée à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, est tournée vers la prévention, la réadaptation des personnes et comporte une importante dimension rééducative. Le modèle « d'activités thérapeutiques » centrées autour de la rééducation de leurs fonctions cognitives, sensorielles et comportementales basées sur des méthodes de stimulation et de remédiation cognitives par des Thérapies Non Médicamenteuses (TNM) a fait ses preuves dans cette voie ouverte aujourd'hui sur la prévention. .

P-14 THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES EN EHPAD ALZHEIMER - L'ATELIER CULINAIRE FAIT RECETTE!

F. WONE (1), L. NADAL (1), M. BIDAULT (1), A. VIGNE (1), S. GARRY (1)

(1) *Centre Hospitalier Périgueux, Périgueux, FRANCE*

But : Le Pôle EHPAD du Centre Hospitalier de Périgueux accueille 547 résidents dans 11 unités de soins réparties sur deux EHPAD et une USLD. Un nouveau bâtiment entièrement dédié à la prise en soins du malade Alzheimer en EHPAD, permet d'accueillir 192 résidents dans 4 unités spécifiques. Les critères d'admission dans ces unités sont, comme pour les UHR, la présence de symptômes psycho-comportementaux qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne ou des autres résidents, et ne sont pas compatibles avec son admission ou son maintien dans les autres unités des EHPAD. Parmi les interventions qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles et au maintien du lien affectif et social des résidents, de nombreuses thérapies non médicamenteuses sont proposées, de manière individuelle ou collective (réminiscence, musique et danse, activité physique adaptée, jardin,...). C'est dans ce cadre que 4 jours par semaine, des petits groupes de résidents sont accueillis, une partie de la matinée et jusqu'au déjeuner, dans un lieu adapté et spécifique de l'EHPAD : l'atelier culinaire. **Méthodes :** La mise en œuvre de cet atelier d'intervention non médicamenteuse suit une méthodologie formalisée et répond aux recommandations actuelles : personnel formé, bilan initial, programme d'activités, intégration dans le projet personnalisé, évaluation de l'effet, séance ritualisée,... **Résultats :** A partir des plus de 1000 participations annuelles, et de multiples recettes partagées, pendant plus de 36 mois de fonctionnement, l'analyse quantitative et qualitative de la prise en soins des résidents dans cet atelier démontre l'intérêt de sa mise en place au sein de l'EHPAD. **Discussion :** La discussion proposée est de savoir si la méthodologie utilisée est modélisable et transférable pour la création d'autres ateliers d'intervention non médicamenteuse, et quels en sont les freins et les leviers.

P-15 ÊTRE OU NE PAS ÊTRE UN ATELIER THÉRAPEUTIQUE ?

N. ALARCON (1), E. TRUONG-MINH (1,2), A. SOUBIGOU (1)

(1) *Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes, FRANCE;* (2) *Université de Lorraine, laboratoire 2LPN, Metz, FRANCE*

But : Les adultes âgés se voient proposer des activités variées au sein des établissements médico-sociaux (EHPAD, logement-foyer) ainsi qu'au sein des établissements sanitaires (Hôpitaux, Cliniques). Ces activités peuvent être menées par différents professionnels : rééducateurs, soignants, animateurs, psychologues... Ils ont parfois les mêmes outils tels que les jeux de société, des ballons, des photos, des dessins, etc. Pour autant ces activités à médiation n'ont pas les mêmes objectifs et ne requièrent pas les mêmes compétences professionnelles. Une méconnaissance des particularités des activités amène une confusion dans les pratiques de certains professionnels et une confusion dans les demandes et attentes des adultes âgés, de leur famille et des professionnels. Cet imbroglio est manifeste dans les programmes d'activités où se confondent les activités ludiques et les ateliers thérapeutiques. Comment donc être ou ne pas être un atelier thérapeutique ? **Méthodes :** Nous proposons de reprendre les points permettant de penser et mener à bien les ateliers thérapeutiques : formation des professionnels, élaboration du projet, objectifs des actions, bénéfices attendus, définition du concept thérapeutique et ludique, évaluation des cibles thérapeutiques, point de vue psychopathologique. Nous exposerons un tableau qui pourrait guider dans les différents axes de prise en charge non médicamenteuses: occupationnel, rééducationnel, psycho-thérapeutique. **Résultats :** Ce travail d'éclaircissement permet de lever la confusion existante dans le panel des activités proposées. Dès que la spécificité de chacun est connue et reconnue, il devient alors possible de travailler en équipe pluridisciplinaire. Un travail clair permet un accompagnement prenant en compte la globalité du sujet : les activités ludiques et les activités thérapeutiques se complètent dans l'intérêt de l'adulte âgé. **Discussion :** Des critères clairs permettent de classer une activité en atelier thérapeutique. Mais si distinguer une activité ludique d'une activité thérapeutique peut devenir aisé grâce au tableau récapitulatif, une difficulté reste de mise. Comment composer avec l'effet thérapeutique issu d'une activité ludique ? Un prochain travail pourrait reprendre cette question.

Ethique et Alzheimer

P-16 UN DIFFICILE ÉQUILIBRE ENTRE PROMOUVOIR LA DÉAMBULATION AU SEIN D'UN EHPAD ALZHEIMER ET MINIMISER LES RISQUES DE CHUTES

I. SORS MIREUX (1), A. JOYEUX (1), A. DE QUEYLAR (1), I. PALSON (1), A. FRAT (1), L. DISDIER (1)

(1) *EHPAD Château de la Manderie, Ouzouer Des Champs, FRANCE*

But : L'EHPAD La Manderie à Ouzouer des Champs (45) est un établissement spécialisé dans l'accueil et la prise en charge de résidents atteints de MAMA (Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) compliquée pour la plupart de troubles psycho-comportementaux productifs sévères. Afin de préserver leur autonomie, le projet d'établissement prône une réflexion éthique visant à n'utiliser aucune contention pour les 60 résidents accueillis en hébergement définitif ou temporaire. Entre protection et sécurité, comment respecter les recommandations de bonnes pratiques et minimiser les risques, notamment de chutes ? **Méthodes :** Par une analyse rétrospective des chutes sur 2017 sur 70 résidents hébergés au total, nous avons évalué et mesuré les facteurs de risque multiples de nos résidents chuteurs, et leurs conséquences directes ou indirectes. Toute l'année, nous recueillons des indicateurs qui nous permettent une véritable et régulière analyse de pratique, comme le nombre de chutes, le nombre de contentions, d'escarres, etc... **Résultats :** Sur 928 chutes en 2017, nous observons une très faible proportion de traumatismes et un nombre réduit d'hospitalisations. Outre les maladies neurodégénératives pourvoyeuses de chutes, nous constatons que les chutes sont d'origine pluri-factorielles d'une part et que les résidents participants à l'atelier « équilibre » ou bénéficiant d'une prise en charge kinésithérapique chutent beaucoup moins d'autre part. Les psychotropes sont prescrits pour des troubles psycho-comportementaux productifs sévères, pour un temps limité et réévalués ; cependant en moyenne, 13% des résidents ont un neuroleptique et 30% une benzodiazépine. En outre, sur nos 70 chuteurs de 2017, plus de la moitié d'entre eux ont chuté seulement de 1 à 5 fois ; 30% de 6 à 20 fois, et 17% plus de 20 fois, avec un maximum de 73 chutes. Enfin, le nombre de contentions (uniquement 2 barrières au lit) dans l'année est de 8 soit 13%, mais ne concerne que des résidents grabataires. Nous espérons obtenir des résultats sur différents critères, qui nous permettront la mise en place d'actions d'amélioration. **Discussion :** Par des moyens architecturaux, environnementaux et humains, l'ensemble des résidents hébergés peut aller et venir sans contrainte à l'intérieur de l'EHPAD ; cependant, le nombre de chutes est conséquent. Néanmoins, notre objectif est de limiter au maximum les chutes par différentes actions, déjà bénéfiques sur le premier semestre 2018 : stimulation des fonctions motrices, lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse avec baisse des psychotropes. Un suivi mensuel des chutes est réalisé par l'ergothérapeute de l'EHPAD qui ainsi évalue et met en place différents moyens afin de prévenir les chutes, et d'en limiter les traumatismes. Dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, la liberté d'aller et venir est réaffirmée au rang des droits et libertés garantis aux personnes accueillies en EHPAD comme l'un des fondements d'une prise en charge de qualité favorisant l'autonomie, et nous remarquons un réel bénéfice de la déambulation pour les résidents accueillis, malgré les chutes le plus souvent non traumatiques.

P-17 EVALUATION DES PRATIQUES DE SOINS PALLIATIFS DANS DEUX EHPAD EN LIMOUSIN

É. CHAUME*, A. MARCHEIX (1), M. TOUAHRIA (1), M. CHABAUDIE (2)

(1) Centre Hospitalier Roland Mazoin, Saint Junien, FRANCE; (2) EHPAD du château, Rochechouart, FRANCE

But : De nombreuses situations palliatives dans ces 2 EHPAD ont conduit à une première enquête en 2016 et concernaient une grande proportion de résidents atteints de troubles cognitifs. Des faiblesses avaient été relevées et notamment un manque de transdisciplinarité. L'objectif principal de l'étude était de s'assurer de la conformité des pratiques au regard de la loi Léonetti et des référentiels de bonnes pratiques. L'objectif secondaire était d'améliorer les pratiques et dégager des mesures correctives. **Méthodes :** L'étude a été réalisée conjointement par une infirmière et un médecin sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles par audit clinique rétrospectif : 35 décès sont survenus de manière consécutive en 1 an dans les 2 EHPAD. Les résultats ont été comparés à des référentiels de bonnes pratiques et à la loi Claeys Léonetti de février 2016. **Résultats :** 91% des résidents décédés avaient des troubles neurocognitifs majeurs dès l'entrée en EHPAD. La recherche de leur niveau de compréhension est tracée dans 54% des cas mais sans traçabilité de directives anticipées proposées ou réalisées, ni de consentement à divulguer des informations médicales les concernant. 9% auraient déclaré une personne de confiance. 89% des décès ont lieu dans l'EHPAD d'origine et sans recours à une unité mobile de soins palliatifs. Une réflexion pluridisciplinaire est tracée dans plus de la moitié des cas mais n'est pas toujours conforme aux dispositions règlementaires (collégialité). L'évaluation du confort lors de la dernière semaine de vie montre une bonne prise en compte des symptômes tels que la douleur physique et psychique notamment. **Discussion :** Le résident pourrait se voir attribuer une place plus importante dans les choix concernant ses soins de fin de vie. La recherche de sa capacité fonctionnelle à consentir n'est pas toujours tracée. La proposition d'écrire des directives anticipées pourrait intervenir au plus tard après le diagnostic de troubles cognitifs et en amont de l'entrée en EHPAD. Les soignants ou les proches ont tendance à se substituer aux résidents sous prétexte de leur fragilité cognitive. Perspectives : - améliorer la communication avec le résident sur sa santé et ses droits, en l'adaptant à son niveau de compréhension, - formaliser avec lui ou ses proches son projet de fin de vie, - organiser la traçabilité des informations données au résident concernant ses droits, sa santé et ses choix, - rechercher son consentement ou du moins son assentiment pour toutes les décisions le concernant, - respecter la procédure collégiale quand elle est nécessaire. Les principes à mettre en oeuvre dans le cadre des soins palliatifs en EHPAD sont : la communication et le temps de parole en équipe, la coordination et l'interdisciplinarité, le contrôle des symptômes, les transmissions, les revues de morbi-mortalité et la relecture des décès. L'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs permettrait à la fois la formation des professionnels par compagnonnage, un soutien à l'équipe médicale, de conforter des décisions dans le sens du respect de la loi Léonetti et de la réassurance des équipes dans ses décisions.

Qualité de vie et Alzheimer

P-18 LES LOGIS D'EPIDAURE

J. SOTTON (1), L. CHOCQUET (1), J. ROUSSEL (1)

(1) Réseau Aloïs, Suze La Rousse, FRANCE

But : Permettre aux couples dont l'un des membres est atteint de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés de continuer à vivre ensemble et poursuivre une vie sociale harmonieuse. Offrir à ces couples une solution alternative à la vie au domicile devenue impossible et à l'entrée en établissement. **Méthodes :** Mettre à disposition des couples, des domiciles innovants avec des services adaptés permettant de poursuivre une vie commune, dans un nouveau lieu de vie adapté, rendant possibles, l'accompagnement, les soins et l'aide, dans le respect de la qualité de vie du conjoint: L'ensemble, composé de 12 logements de type T3, leur permet de retrouver un domicile confortable, personnalisé, adapté à leur situation. Le parc entièrement clôturé, arboré de chênes centenaires, permet des promenades en toute sécurité. Les logements individuels sont complétés par des espaces de convivialité, de réunion et de détente. Les aidants trouvent ici un réconfort et un soulagement qui les encouragent à poursuivre leur difficile mission et contribuent au maintien de l'équilibre relationnel familial. Divers services utilisés en fonction des besoins et éligibles à l'APA facilitent leur vie quotidienne Mise à disposition d'une (ou plusieurs) garde(s) itinérante(s) de nuit. L'accès direct à la chambre du parent malade évite de déranger le conjoint Accompagnement et prise en charge personnalisée dans la journée permettant au conjoint de bénéficier de temps libre pour ses activités personnelles, sorties, courses... Cette prise en charge est soit individuelle (service choisi par le bénéficiaire ou sa famille) soit en groupe (avec des activités, initiées par un psychologue en fonction des capacités fonctionnelles restantes et effectuées par des auxiliaires de vie). Des services adaptés aux situations d'urgences, de modification ou dégradation des conditions de vie. Un service d'assistance en cas de maladie ou d'indisponibilité temporaire de l'aidant. Des solutions adaptées en cas d'incapacité totale du conjoint. **Résultats :** Vivre à deux avec son conjoint Alzheimer, c'est possible. Notre partenariat avec France Alzheimer, les services ESA, les services à domicile et les acteurs de soin libéraux, permet d'assurer une prise en charge de haut niveau et de préserver un certain degré d'autonomie. Les avantages sont nombreux, tant pour le patient, que pour sa famille: Le conjoint, entouré d'une équipe pouvant répondre aux événements et aux imprévus, sera plus serein Les locataires bénéficient des mêmes services de soins individuels pris en charge par l'assurance maladie que lorsqu'ils occupaient leur logement mais aussi de la mutualisation des aides humaines et des nouvelles technologies qui assurent une sécurité de tous les instants le patient retrouvera de nouvelles habitudes de vie et continuera à vivre dans un univers familial, ce qui lui permettra de bénéficier de l'amour de ses proches qui pourra s'exprimer pleinement. **Discussion :** Lorsque la vie ou la survie de l'accompagnant est menacée, il n'y a jusqu'à présent qu'une réponse possible : la séparation et le



Vue Aérienne



Parc



Intérieur maison



Maison

Les troubles du comportement

P-19 DÉSHABILLAGE RÉGULIER ET INADAPTÉ : DÉSINHIBITION OU COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT?

N. ALARCON (1), N. SCHWALD (1), U. EQUIPE (1), A. PILLON (1)

(1) Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes, FRANCE

But: Les malades atteints d'une Maladie Neuro Dégénérative (MND) peuvent présenter des troubles du comportement. Parmi les troubles du comportement il y a le déshabillage régulier et inadapté des malades. Ce symptôme peut se comprendre comme une désinhibition ou un comportement moteur aberrant. Selon l'HAS (dans des cohortes européennes) : la désinhibition se retrouve chez 12,6% des malades et le comportement moteur aberrant se retrouve chez 34,7% des malades. Le déshabillage régulier et inadapté des malades peut être envahissant et représenter un fardeau pour les aidants. Il est très difficile à gérer pour les familles, les autres patients d'une institution et les professionnels. Une des difficultés pour accompagner au plus juste les malades qui présentent ce symptôme est de savoir distinguer si ce trouble est une désinhibition ou un comportement moteur aberrant. Ce point se relève être une information importante à identifier pour mieux renseigner les NPI-ES et ainsi proposer des solutions plus adaptées aux patients. Comment aider les soignants à mieux renseigner le NPI-ES sur le symptôme déshabillage régulier et inadapté des malades ? **Méthodes:** A partir des réflexions et expériences de terrains de l'équipe pluridisciplinaire de l'UCC, nous allons proposer des pistes pour une meilleure analyse de ce symptôme. Ce travail repose sur les échanges en équipe pluridisciplinaire lors des « réunions hebdomadaires NPI-ES » sur une durée de 12 mois. La population étudiée est celle des malades hospitalisés en UCC. Nous présenterons une série de cas et leur NPI-ES détaillés. Nous nous appuyons sur les items du NPI-ES : H. DÉSINHIBITION (Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ? Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions?) J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT (Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?) **Résultats :** Les échanges suite à l'observation fine des patients permettent de mieux cerner ce trouble. Cette évaluation doit rechercher les liens éventuels entre les différents symptômes. Suite à l'évaluation clinique et à l'enquête étiologique, les propositions des traitements non médicamenteux et médicamenteux sont plus riches. **Discussion :** Accompagner les soignants dans l'analyse du symptôme du déshabillage régulier et inadapté des malades permet de mieux renseigner le NPI-ES. Un questionnaire mieux renseigné permet de mieux prendre soin des patients.

Les nouvelles technologies (NTIC)

P-20 L'UTILISATION DES TABLETTES NUMÉRIQUES PAR DES PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES COGNITIFS LIÉS AU VIEILLISSEMENT

J. MABIRE (1), K. CHARRAS (1), J. AQUINO (1)

(1) Fondation Médéric Alzheimer, Paris, FRANCE

But : L'utilisation de technologies est de plus en plus fréquente dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement. Ces personnes utilisent, certes, moins de technologies de l'information et de communication (TIC) que les plus jeunes mais elles en ont des opinions positives et représentent un groupe d'utilisateurs en pleine croissance. Les interfaces écran tactile sont plus fréquemment utilisées pour aider l'expérience technologique des personnes âgées. Il semble donc intéressant de pouvoir faire un état des lieux des connaissances sur l'utilisation de tablettes numériques par les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement afin de proposer des recommandations. **Méthodes :** Les données issues de la littérature scientifique ont été abordées selon les points suivants: contexte d'utilisation ; activités proposées ; apprentissage de l'utilisation ; et informations techniques et pratiques. **Résultats :** Les tablettes sont utilisées pour l'évaluation et le dépistage ; l'animation d'interventions psychosociales ; l'aide à la vie quotidienne ; et les activités de loisirs. La plupart des activités proposées sur tablettes concernent des jeux de mémoire. Les tablettes peuvent également être utilisées comme support de réminiscence, de communication, d'aide à la vie quotidienne (agenda, rappels, déplacements), d'écoute ou de production musicale. Les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement arrivent à utiliser les tablettes de manière indépendante et l'apprentissage peut être facile et rapide. Lors d'utilisation conjointe, les personnes ont tendance à s'appuyer sur leur aidant. Les utilisations en groupe sont possibles et appréciées des personnes. La majorité des études utilisent des tablettes Ipad et les modalités techniques doivent être adaptées à chaque personne : taille de l'écran, luminosité, volume, présentation de l'interface. **Discussion :** Les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement expriment leur intérêt à utiliser des nouvelles technologies telles que les tablettes tactiles. Les applications et utilisations proposées doivent tenir compte des capacités et des centres d'intérêt des personnes. Des études manquent quant aux principes d'apprentissage et quant aux utilisations courantes et de loisirs. L'usage des tablettes tactiles grand public permet une utilisation moins stigmatisante que des tablettes « senior ».

Autres

P-21 REPRÉSENTATIONS DES ENFANTS SUR LES PERSONNES ÂGÉES

L. TESSIER (1), C. BAUDEMONT (1), A. GUILBAUD (1), C. GUILLOUT (1), C. JAMMET (1)

(1) Centre Hospitalier, Angoulême, FRANCE

But : L'âgisme est un préjugé relatif à l'âge, source de discrimination sociale, non négligeable tant en termes de conséquences qu'au regard de son caractère insidieux. Le présent travail vise à étudier ce phénomène chez des enfants de 10-11ans. **Méthodes :** 25 enfants issus d'un établissement en contact avec l'EHPAD en vue de projets intergénérationnels ont été interrogés à l'école en Novembre 2017. Il leur a été demandé les trois mots qu'ils relieraient aux termes « personnes âgées ». Nous avons analysé des facteurs d'influence : le type de relation entretenu avec leurs grands-parents et l'impact des échanges intergénérationnels. **Résultats :** Des évaluateurs externes ignorant l'étude, issus de l'entourage de professionnels paramédicaux ont assigné une valeur plus ou moins positive aux mots rapportés. Nous constatons une tendance d'une vision négative des personnes âgées, considérées comme telles à l'âge moyen de 65,41 ans. Nous observons également une tendance à ce que la fréquence de visites auprès des grands parents « très régulière = 42.3% » et la qualité « très satisfaisante = 62.3% » ne soient pas liées à cette représentation négative. L'étude a été reconduite après un programme intergénérationnel entre les enfants et les résidents de l'EHPAD afin de déterminer si ces échanges modifieraient leurs visions. Compte tenu de l'intérêt des enfants, des connaissances sur le processus de vieillissement ont été délivrées. Après les rencontres, les trois mots que les enfants ont de nouveaux attribués aux termes personnes âgées étaient de tendance positive. **Discussion :** Les trois mots reliés aux termes personnes âgées avant le programme de rencontres apparaissent comme étant des termes généraux. Suite aux rencontres entre les enfants et personnes âgées, les termes attribués étaient plus spécifiques, qualifiants la relation naissante. On peut questionner la présence de stéréotypes estompables par la rencontre humaine.

P-22 DEVENIR LA MÈRE DE SA MÈRE ?

N. ALARCON (1), A. SOUBIGOU (1)

(1) Hôpital Emile-Roux (AP-HP), Limeil-Brévannes, FRANCE

But : L'avancée en âge des membres d'une famille entraîne, à toute période de la vie, des évolutions dans les relations et la dynamique familiale. Traverser les différentes périodes de la vie (petite enfance, adolescence, jeune adulte, adulte, adulte âgé) peut bouleverser les relations entre les membres d'une famille. De nos expériences de psychologue, nous observons parfois des difficultés relationnelles et une confusion des places de chaque génération. Nous rencontrons des enfants se comporter et nous dire être devenu le parent de leur parent. Avec le vieillissement il y aurait-il une inversion des places ? **Méthodes :** Pour réfléchir à cette inversion vécue par les enfants, nous utiliserons le cadre théorique de

l'attachement Secure (J. Bowlby 1969, M. Freitas 2017), nous distinguerons « place » et « rôle » et nous partagerons nos observations des relations intrafamiliales. Nous illustrerons nos propos par des vignettes cliniques. **Résultats** : Nous pourrions proposer des pistes d'accompagnement pour aider les familles à traverser ce bouleversement avec le moins de difficultés possibles. Par exemple : quand cette dame âgée crie « maman » à sa fille, comment les aider toutes les deux? **Discussion** : Cette réflexion sur l'attachement Secure, sur la place et les rôles des membres d'une famille et sur leurs enjeux relationnels permet d'accompagner les familles et peut les inviter à ne pas céder à la tentation de l'inversion des places. Si une modification des rôles semble souhaitable dans toute avancée en âge, garder sa place d'enfant face à ses parents peut apaiser des situations complexes. Si «prendre soin» d'un parent peut faire appel à une fonction maternante pour autant le «prendre soin» est-il exclusif d'un parent ?

P-23 INFORMER ET SENSIBILISER AU SUJET DE LA DÉMENCE : RÔLE DE L'INFO-ZENTER DEMENZ DANS LE CADRE DU PLAN D'ACTION NATIONAL DÉMENCE AU LUXEMBOURG

I. TOURNIER (1), J. DESBORDES (1)

(1) *Info-Zenter Demenz, Luxembourg, LUXEMBOURG*

But: L'objectif de cette présentation est d'offrir un aperçu du service Info-Zenter Demenz (I-ZD), créé dans le cadre du plan national « démence » du Luxembourg, et inauguré le 30 novembre 2016. Sur les 602 005 personnes habitant au Luxembourg au 1er janvier 2018, environ 6 500 sont atteintes d'une maladie neurodégénérative, ce qui correspond à environ 20% des bénéficiaires de l'Assurance Dépendance. L'I-ZD, service totalement gratuit car conventionné par le Ministère de la Famille luxembourgeois, a pour missions principales : 1) d'informer et de sensibiliser sur le thème des maladies neurodégénératives (prévention, symptômes, vie au quotidien, etc.). 2) de renseigner, d'orienter et de soutenir les personnes concernées et leurs familles sur les services existants, les aides et les prises en charge possibles. L'I-ZD se positionne comme un premier point de contact pour les personnes concernées directement ou indirectement par la question de la démence, avec pour objectif d'également favoriser les diagnostics et prises en charge précoces, ainsi que les comportements de prévention visant à réduire les risques de développer une maladie neurodégénérative (action conjointe avec le Plan Démence Prévention, Ministère de la Santé, 2015-2019). **Méthodes** : Nous allons décrire les activités et actions réalisées en 2017 par l'I-ZD afin de rendre compte des besoins et demandes liés à un tel service. Etant donné le caractère fortement multilingue et multiculturel du Luxembourg, les activités et publications de l'I-ZD sont accessibles en plusieurs langues : luxembourgeois, allemand, français, anglais, portugais et espagnol. **Résultats** : Les locaux de l'I-ZD, situés au centre de Luxembourg-ville, sont accessibles de plain-pied directement depuis la rue, afin de faciliter l'accès à tous et la visibilité du service. Ils sont ouverts 6 jours par semaine, pour un minimum de 34 heures/semaine, ainsi que sur rendez-vous. En 2017, l'I-ZD a renseigné 420 personnes, dont 303 (72.1 %) se sont rendues dans les locaux alors que 115 (27.4 %) ont pris contact par téléphone, et deux par email. Ces 420 personnes étaient majoritairement des femmes (305 ; 72.6 %), des enfants venant pour un parent (191 ; 45.5%) ; pour leur conjoint (77 ; 18.3%) ou pour eux-mêmes (29 ; 6.9%). Concernant la médiathèque proposée par l'I-ZD, un total de 93 documents a été emprunté en 2017, dont 75 livres et 15 films/documentaires. L'I-ZD a également organisé ou participé à 22 sessions d'information, auxquelles 539 personnes ont assisté (M = 24.5 par session). Des actions de communication concernant le service ont été faites dans des média nationaux ainsi que dans des brochures d'information en lien avec la santé et/ou les personnes âgées. Enfin, le 21 septembre 2017, un site Internet national dédié à la démence, disponible en français et en allemand (dementia.lu/demenz.lu), a été lancé. Lors des trois premiers mois de sa mise en ligne (fin septembre-décembre 2017), 542 personnes ont consulté le site pendant plus de 15 minutes, dont 132 pendant plus d'une heure. **Discussion** : Les résultats de 2017 de l'I-ZD montrent l'intérêt du grand public pour un tel service, qui permet aux personnes directement ou indirectement concernées de mieux s'y retrouver dans l'offre de santé en lien avec les maladies neurodégénératives au Luxembourg.