

CONGRÈS NATIONAL 2020

**DES UNITÉS DE SOINS,
D'ÉVALUATION ET DE PRISE
EN CHARGE ALZHEIMER**

Congrès virtuel les 9 et 10 décembre 2020

REMERCIEMENTS

Le Comité d'Organisation du Congrès National des Unités de Soins, d'Évaluation et de Prise en Charge Alzheimer remercie tout particulièrement les sociétés partenaires suivantes :

Partenaires



CONGRÈS NATIONAL 2020 | DES UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION
ET DE PRISE EN CHARGE*

Alzheimer

CONGRÈS
VIRTUEL



9/10
DEC
2020

CONGRÈS NATIONAL 2020

**DES UNITÉS DE SOINS,
D'ÉVALUATION ET DE PRISE
EN CHARGE ALZHEIMER**

Congrès virtuel les 9 et 10 décembre 2020

Editorial: Y. ROLLAND (Toulouse)	4
• Communications orales	
Covid-19 et maladie d'Alzheimer	
Favoriser les échanges pluridisciplinaires par la mise en place du «Téléstaff EHPAD Centre-Val de Loire» lors de la pandémie COVID-19, S. LEGLAND (Tours)	5
Parcours de soins COVID des patients avec troubles neurocognitifs en soins de longue durée : mise en place de l'étude observationnelle COV-SLD, LEPERRE (Lyon)	5
Création d'un PASA Mobile en période de confinement COVID-19, FORTIN (Lillebonne), M. BEAUGE ROUSSEAU (Lillebonne)	6
Vécu du COVID et du confinement chez les personnes souffrant de TNC et leurs proches aidants en Limousin, L. CARTZ PIVER (Limoges)	7
Et si la crise COVID nous avait fait grandir ? L. JOUATEL (Vertou)	7
Ethique et Alzheimer	
Assentiment et personnes alzheimer, G. LAMBERT (Villefranche-de-Rouerge)	8
Innovation dans les structures de soins	
Déploiement de l'intervention non médicamenteuse MUSIC CARE dans la prise en charge des résidents et de l'épuisement professionnel des soignants en période de COVID-19 : Retours d'expérience d'établissements de la Croix Rouge Française, J. GIRARD (Montrouge)	8
Les mots rassemblent et brisent les barrières, C. DESMONTS (Lisieux)	9
Les institutions gériatriques au prisme du robot Paro. Retour sur une enquête sur les projets d'innovation en établissements gériatriques, E. BERGER (Paris)	9
Intervention non médicamenteuse et Alzheimer	
Réhabilitation de la reconnaissance des émotions faciales dans la Maladie d'Alzheimer et conséquences sur l'aidant familial, K. POLET (Monaco)	10
Ateliers d'expression théâtrale pour maintenir la communication chez des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer, M. LAGORIO (Lisieux)	10
Vieillesse, maintien du consentement et préservation de l'autonomie : Ateliers ESSAA, D. DESCAMPS (Sauternes)	11
Le parcours de soin du patient Alzheimer	
Expérimentation PASSCOG Parcours Ambulatoire pour SeniorS avec troubles COGNitifs, B. DEFONTAINES (Paris)	11
Le patient Alzheimer jeune	
TriAl 21: Etude d'une cohorte de patients adultes porteurs de trisomie 21 à risque de maladie d'Alzheimer, C. LAFFON (Paris)	12

Les grands problèmes de la prise en charge du patient Alzheimer

Evaluation du niveau de préparation des systèmes de santé de 5 pays européens pour l'arrivée d'un traitement «disease-modifying» de la maladie d'Alzheimer, A. ULLRICH (Berlin, ALLEMAGNE)..... 12

Les nouvelles technologies (NTIC)

Conception d'un guide utilisateur tablettes tactiles pour et avec des personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs, J.B. MABIRE (Paris)..... 13

Validation d'un outil automatique pour la détection de l'atrophie cérébrale et des hyperintensités de la substance blanche en routine clinique: QyScore®, E. CAVEDO (Paris) 13

Les troubles du comportement

Création d'un programme psycho-éducatif interactif et individualisé destiné aux aidants d'un proche atteint d'une pathologie neurodégénérative, S. HESSE (Monaco) 14

Facteurs associés aux différents domaines de l'anosognosie dans la maladie d'Alzheimer, J.P. JACUS (Foix) 14

Les troubles psychocomportementaux prodromaux des maladies neuro évolutives : Mild Behavioral Impairment, J. VERNAUDON (Villeurbanne)..... 15

Les UCC

Impact du «repas convivial» sur l'oralité et les troubles psychocomportementaux des patients hospitalisés à l'UCC de Montpellier, G. PESCE (Montpellier)..... 15

Qualité de vie et Alzheimer

La place des Jeux de société comme outils de stimulation, L. CHANTEPY (Nice) 16

Thèmes divers

La plateforme Noratest: les catécholamines plasmatiques ouvrant la voie vers un diagnostic précoce et non-invasif de la maladie d'Alzheimer, L.E. PILLET (Paris) 16

EMERGE et ENGAGE : Premiers résultats des études de phase III sur l'aducanumab dans la maladie d'Alzheimer au stade précoce, A. GABELLE (Montpellier)..... 17

• Posters 18

EDITORIAL

Environ 50 millions de personnes sont atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAPA) dans le monde. Pour cette population, la pandémie de COVID-19 est une préoccupation toute particulière. Les patients souffrant de MAPA sont particulièrement vulnérables du fait de leur âge et leurs comorbidités. Par ailleurs, leur accès limité aux informations et les difficultés à mémoriser et appliquer les mesures barrières les exposent potentiellement à un risque plus élevé d'infection. Les mesures de confinement ont potentiellement un effet néfaste pour les personnes atteintes de MAPA car elles ont peu de connaissances en matière de télécommunications et dépendent principalement du soutien par des personnes. Les mesures de distanciation ont ainsi conduit les résidents d'EHPAD, souvent institutionnalisés pour une MAPA, à être plus isolés socialement. En cas d'infection à COVID, les décisions d'hospitalisation, la confusion et l'aggravation de troubles psycho-comportementaux de même que la difficulté à contenir la déambulation des sujets COVID+ sont autant de problématiques auxquelles les équipes soignantes doivent faire face.

Cette période d'épidémie est sans précédent et met à l'épreuve notre filière Alzheimer. Celle-ci est robuste et possède les ressources pour apporter aux patients et à leur proches, au-delà de la protection physique contre le virus, une préservation de leur santé mentale et un soutien psychosocial. Comme en témoigne le Programme live du Congrès National 2020 des Unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, les initiatives et l'innovation dans le domaine sont nombreuses. Le partage de ces expériences sera précieux.

Nous vous souhaitons un excellent congrès.

Professeur Yves Rolland
Gérontopôle, Toulouse

COMMUNICATIONS ORALES

COVID-19 ET MALADIE D'ALZHEIMER

FAVORISER LES ÉCHANGES PLURIDISCIPLINAIRES PAR LA MISE EN PLACE DU «TÉLÉSTAFF EHPAD CENTRE-VAL DE LOIRE» LORS DE LA PANDÉMIE COVID-19

S. LEGLAND (1), J. ROULEAU (3), C. MAILLET (3), S. GUILLEMOT (3), S. BLONS (1), P. GOUABAULT (2), B. FOUGÈRE (1)

((1) *Equipe Régionale Vieillesse et Maintien de l'Autonomie (ERVMA) - CHRU de Tours, Tours, FRANCE*; (2) *EHPAD La Bonne Eure, Bracieux, FRANCE*; (3) *EHPAD Le Grand Mont, Contres, FRANCE*

But: La crise sanitaire du COVID-19 a fortement impacté les personnes âgées et notamment les résidents des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Les EHPAD ont été confrontés à des problématiques de gestion de crise sanitaire et ont dû s'adapter rapidement à de nouvelles recommandations sans forcément disposer de ressources suffisantes pour faire face à cette situation inédite. Afin de les accompagner dans la gestion de cette crise, nous avons mis en place un outil régional de téléstaff répondant au besoin de partage et d'échange des acteurs du « Grand-Âge » : le téléstaff EHPAD-COVID19, Centre-Val de Loire. L'objectif de ce dispositif était de permettre aux professionnels d'interagir sur des questionnements communs et de garantir un égal accès à l'information. **Méthodes :** Pour structurer les échanges lors de ces visioconférences bihebdomadaires, les participants étaient invités en amont, à envoyer leurs questions sur une plateforme en ligne. Ensuite, une « équipe pilote » préparait des éléments de réponses et de réflexions. Un expert était également convié à chaque rencontre afin d'approfondir une thématique (éthique, confinement et troubles psycho-comportementaux...). A l'issue de chaque séance, un relevé de conclusions, synthétisant les différentes interactions, était envoyé à tous les établissements de la région. A des fins d'évaluation, nous avons recueilli un certain nombre de données statistiques tout au long du déploiement de ce nouvel outil. Enfin, les participants ont répondu à une enquête de satisfaction et nous ont fourni un retour d'expérience. **Résultats :** Nous avons réalisé 10 téléstaffs « EHPAD-COVID19 ». 32% des EHPAD de la région Centre-Val de Loire se sont connectés (soit 110 EHPAD). Il y a eu 92 connexions et 17 questions traitées, en moyenne par session. Tous les départements et toutes les catégories professionnelles y étaient représentés : • 31% des questions provenaient du département du Loir-et-Cher, 21% de l'Indre et Loire, 20% du Cher, 13% du Loiret, 12% de l'Indre et 3% de l'Eure-et-Loir. • 42% des questions provenaient de directeurs d'EHPAD, 35% de médecins coordonnateur, 17% de cadres de santé/infirmiers de coordination et 6% d'autres catégories professionnelles. Selon les répondants au questionnaire de satisfaction (70% des participants), 97% ont estimé que les éléments de réflexion apportés au cours du téléstaff ont permis de répondre à leurs besoins et attentes. De plus, les divers témoignages mentionnent unanimement que le « Téléstaff EHPAD-COVID19, Centre-Val de Loire » a permis de rompre l'isolement des EHPAD. Fort de cette expérience, 98% des professionnels interrogés souhaitent que les visioconférences régionales se poursuivent au-delà de la période COVID. **Discussion :** Ce dispositif innovant a pris tout son sens dans le cadre de la pandémie COVID-19. Il a mis en avant la nécessité de créer du lien entre les acteurs du « Grand-Âge » et de décloisonner les secteurs sanitaires et médico-sociaux de la région Centre-Val de Loire. Grâce à cet outil unique, les professionnels ont pu bénéficier d'un accès direct à des expertises médicales, soignantes, et techniques. Nous envisageons de le reconduire au-delà de cette crise et permettre aux professionnels d'échanger notamment autour des troubles psycho-comportementaux en EHPAD. Ce moyen de communication collectif laisse présager une dynamique plus solidaire et coopérative dans l'accompagnement de nos aînés.

PARCOURS DE SOINS COVID DES PATIENTS AVEC TROUBLES NEUROCOGNITIFS EN SOINS DE LONGUE DURÉE : MISE EN PLACE DE L'ÉTUDE OBSERVATIONNELLE COV-SLD

C. CHAMPION (1), A. BROSSARD (2), L. DUPUIS (2), K. GOLDET (1), B. DE LA GASTINE (3), A. BENTABAK (4), G. OLLAGNIER (4), A. WAISSI (4), K. MESSAOUDI (3), P. CHESSEL (1), J. DE CHAZELLES (5), J. HAESEBAERT (1), P. RIPPERT (2), M. ROBERT (1), P. KROLAK-SALMON (1), A. LEPERRE (3)

(1) *Hôpital des Charpennes - Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne, FRANCE*; (2) *Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE*; (3) *USLD/EHPAD - Hôpital Pierre Garraud, Lyon, FRANCE*; (4) *USLD - Hôpital Antoine Charial, Francheville, FRANCE*; (5) *Hôpital Frédéric Dugoujon, Caluire-et-Cuire, FRANCE*

But: Les personnes âgées sont plus fréquemment admises dans les Services d'Accueil d'Urgence (SAU) pour diverses pathologies. Les résidents en soins de longue durée (SLD) représentent la population française âgée la plus vulnérable du fait notamment de sa polypathologie, avec une proportion importante de troubles neurocognitifs. La balance bénéfice-risque individuelle du transfert d'un patient de SLD en unité aigüe prend en compte les relations privilégiées avec l'équipe soignante SLD, permettant des soins personnalisés notamment pour les patients présentant des troubles neurocognitifs. Il existe ainsi des enjeux éthiques dans la détermination du niveau de soin de chaque patient, afin de ne pas imposer une mutation en unité aigüe à ces patients fragiles (impliquant des examens ou des soins invasifs), une perte de repères avec majoration des troubles cognitifs et du comportement, tout en évitant une perte de chance en termes de soins réalisés, voire d'accès aux traitements spécifiques de la COVID-19. Une des questions posées par l'épidémie est donc celle de la décision de transfert en secteur aigu des patients âgés polypathologiques et dépendants et des facteurs contribuant à cette décision. Nous proposons de comparer le parcours de soins des patients de SLD avec troubles neurocognitifs à celui des patients qui en sont indemnes. Afin d'objectiver le parcours de soins des résidents des SLD des Hospices Civils

de Lyon diagnostiqués Covid-19, un registre avec suivi prospectif des patients infectés est en cours depuis le 1er mars 2020. **Méthodes** : COV-SLD est une étude observationnelle de cohorte historique et prospective multi sites HCL ayant débuté le 1er mars 2020, le rythme des inclusions prenant en compte la cinétique de l'épidémie jusqu'au 1er mars 2021. La population considère les patients résidant en SLD des HCL avec COVID confirmé (PCR positive ou TDM évocateur ou sérologie positive) ou avec une suspicion clinique de COVID. Les données recueillies comportent les caractéristiques cliniques et paracliniques dont le statut cognitif et thymique, les thérapeutiques mises en œuvre, le confinement ou la contention éventuelle ainsi que le devenir des patients, ainsi que la description des parcours de soins. **Résultats** : A ce jour, 128 patients ont été inclus, dont 31 sont décédés, soit 24%. Les données cliniques lors de l'inclusion puis à 1,3,6 et 12 mois seront collectées. Les résultats intermédiaires seront présentés selon les données actualisées en décembre 2020. **Discussion** : Cette étude vise à décrire, dans le contexte de la première épidémie COVID-19, les parcours des patients avec trouble neurocognitif, les décisions ayant conduit au choix de transfert, notamment la définition individuelle de niveau de soins requis. Les résultats nourriront la réflexion éthique et médicale pour une prise en soins optimisée des patients de SLD avec trouble neurocognitif infectés par la COVID-19 et, tandis que cette situation est amenée à perdurer, devraient permettre d'améliorer les pratiques gériatriques mises à l'épreuve lors de cette crise.

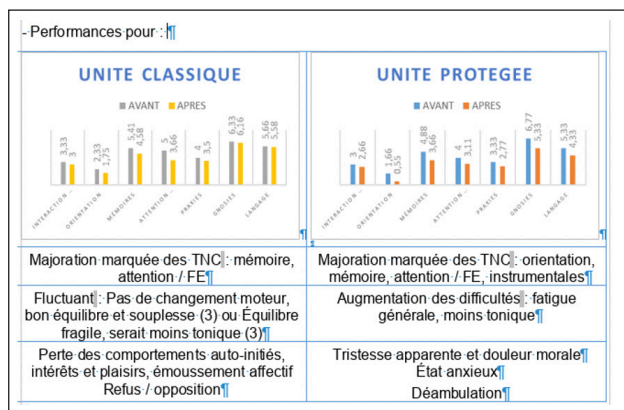
CRÉATION D'UN PASA MOBILE EN PÉRIODE DE CONFINEMENT COVID-19

M. BEAUGÉ (1), C. FORTIN (1), C. ROLLAND (1), C. DEVEAUX-BARAY (1), P. PASQUIER (1), M. CABOT (1)

(1) EHPAD Rosenberg CHI Caux Vallée de Seine, Lillebonne, FRANCE

But: Montrer que la création d'un PASA Mobile a permis le maintien des activités fonctionnelles, cognitives et sensorielles en période de confinement COVID-19 pour les résidents pris en charge habituellement au PASA(1), que l'on soit en Unité Protégée (UP) ou Classique (UC), comparativement à l'état antérieur en janvier 2020. Méthodes : Enquête sur

Population: ¶	
Nbre¶	23-résidents¶
Age¶	Moy : 77 ans (de 66 à 97 ans)¶
Sexe¶	20 femmes¶ 3 hommes¶
Démences diagnostiquées¶	Alzheimer (61%)¶ Démence mixte (22%)¶ DCL (4%)¶ Démence avec trouble psychiatrique antérieure (13%)¶
Unité-de-vie¶	UC : 13-¶ UP : 10¶
Nombre de jours au PASA¶	Moy : 3 fois par semaine (de 2 à 5 jours)¶
Nombre de résidents avec repas thérapeutiques¶	19¶
Profil des résidents avant confinement COVID-19: ¶	
	Unité classique Unité protégée
MMSE (/30)¶	11,7¶ 13,36¶
PCI (/50) ¶	24,8¶ 32,08¶
NPI-Es¶	Anxiété (7,2)¶ Comportement moteur aberrant (10)¶
Trouble principal (Score Total : FxG)¶	Apathie / indifférence (4)¶
MMSE et NPI-Es réalisés par la neuropsychologue à l'entrée et à la demande du gériatre ¶ PCI réalisée par les ASG/AMP ⁽²⁾ à l'entrée du PASA + tous les 6 mois. ¶	



(1) * Nous accueillons 12 résidents à la journée, avec une maladie d'Alzheimer ou apparentée et des troubles du comportement modérés ¶
Du lundi au vendredi, 10h à 16h30, des activités sociales et thérapeutiques sont proposées (réveil cognitif, mémoire, reminiscence, lecture de presse, jardin, cuisine thérapeutique, sorties, etc.), individuelles ou collectives, afin de maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles, cognitives, sensorielles et les liens sociaux ¶

(2) * ASG (Assistante en Soins Gériatriques) et AMP (Aide Médico-psychologique) ¶

(3) * Avec la crise sanitaire COVID-19, l'ensemble des résidents a été confiné en chambre avec la mise en place de mesures de protection renforcées, la visite familiale interrompue et le respect strict des gestes barrières et sous conditions pour tous les professionnels et résidents ¶

(4) * PCI: Évaluation de la Prise en Charge Individuelle ¶

(5) * ESP: Educateur sportif ¶

VÉCU DU COVID ET DU CONFINEMENT CHEZ LES PERSONNES SOUFFRANT DE TNC ET LEURS PROCHES AIDANTS EN LIMOUSIN

L. CARTZ PIVER (1,2), L. GARÇONNOT (1,2), M. NUBUKPO (1,3), B. BEAUMATIN (1,4), M. CHOULY (1,2), C. DIEBOLT (1,3), C. POLIN (1,3), A. RIEGERT (1,4), B. CALVET (1,3), A. TCHALLA (1,4)

(1) CMRR Limousin, Limoges, FRANCE; (2) Service de Neurologie, CHU, Limoges, FRANCE; (3) Pole de Psychiatrie du Sujet Age, CH Esquirol, Limoges, FRANCE; (4) Service de Gériatrie, Limoges, FRANCE

But: L'épidémie COVID-19 est un événement mondial inattendu qui a bouleversé l'organisation des soins en France. La propagation de l'épidémie a été limitée grâce au confinement des personnes du mardi 17 mars 2020 au lundi 11 mai 2020. Toutefois ce confinement a entraîné une modification de la prise en charge de personnes vulnérables, dont les personnes souffrant de troubles neurocognitifs (TNC). L'objet de ce travail est d'interroger les personnes souffrant de TNC et leurs proches aidants sur leur vécu de la période du confinement instauré en lien avec l'épidémie du COVID-19 et sur d'éventuelles conséquences physiques et/ou fonctionnelles. **Méthodes :** Toutes les personnes dont les consultations mémoire au CMRR Limoges ont été annulées pendant la période du confinement (17 mars au 11 mai 2020) ont été contactées par les infirmières et les psychologues du CMRR, afin de leur proposer de participer à l'enquête téléphonique. **Résultats :** Environ 300 personnes qui auraient dû consulter au CMRR de Limoges pendant le confinement ont été contactés. Les participants sont des patients souffrant de TNC majeurs, TNC mineurs ou d'autres pathologies (psychiatriques ou autres), ainsi que leurs proches aidants. Le vécu de l'épisode de confinement ainsi que du déconfinement par le patient et par l'aidant proche sont détaillés. L'enquête recense les changements cognitifs et comportementaux chez les patients ainsi que les événements médicaux et médico-sociaux survenus pendant cette période. L'impact des aides, maintenues ou non, et du lieu de vie des personnes est étudié. **Discussion :** Le confinement est une mesure exceptionnelle qui permet de réduire le risque de contagion en cas d'épidémie. Bien qu'efficace sur le plan infectieux, le confinement peut s'accompagner de conséquences néfastes chez les personnes fragilisées par un TNC. En cas de nouvel épisode d'épidémie dans l'avenir, cette étude pourra participer à définir les aménagements à mettre en place pour mieux protéger les personnes souffrant de TNC et leurs aidants proches.

ET SI LA CRISE COVID NOUS AVAIT FAIT GRANDIR ?

L. JOUATEL (1), A. BOCKELEE (1)

(1) LNA Santé, Vertou, FRANCE

But: La crise sanitaire COVID est venue bouleverser les organisations des unités protégées et l'accompagnement des résidents atteints de pathologies cognitives. Outre les conséquences du confinement et de la pandémie sur l'état clinique des personnes âgées en France, LNA Santé a souhaité capitaliser sur la créativité mise en place pendant cette période afin d'en faire bénéficier la démarche « SENS », initiée depuis 2018 par le groupe. **Méthodes :** En parallèle d'autres études déjà engagées par le groupe, nous avons construit pour ce faire deux supports spécifiques : une enquête quantitative et une grille d'entretien semi-directif. Nous avons pu rencontrer 50 collaborateurs (profil soignant prioritairement), dans 6 établissements du groupe LNA Santé (échantillon représentatif, dont 2 établissements 100% Alzheimer). L'objectif principal étant d'analyser l'ensemble des bouleversements vécus au sein des unités protégées durant cette période particulière. **Résultats :** A contrario des appréhensions initiales, les professionnels rencontrés ont qualifié à l'unanimité, les unités protégées de « plus calmes ». Les moindres modifications des prescriptions médicamenteuses (psychotropes) n'expliquant pas ce constat, nous avons tenté de l'objectiver par le biais d'échanges individuels multiples et de l'analyse du logiciel de soin. A l'issue de ces visites, il en ressort : • Une augmentation des symptômes psycho-comportementaux « non productifs » de type anxiété, apathie, voire dépression, donc moins « bruyants » (Grille NPI-ES); • Un arrêt, de ce que les soignants ont nommé la « sur-stimulation » des résidents, par les mesures de confinement, l'ambiance sonore des unités plus feutrée, les moindres interactions entre résidents ou même la proximité du lieu des repas; • Une individualisation imposée par le confinement mais plus efficiente, des accompagnements et approches non médicamenteuses pour les résidents atteints de troubles cognitifs, via l'expérimentation de « PASA itinérants », les thérapeutes en unité ou la mise en œuvre d'ateliers thérapeutiques en chambre; • Une montée en compétence des équipes, induite par l'augmentation des échanges professionnels et les regards croisés : ASG et thérapeutes plus présents en unité; • Un accomplissement professionnel des soignants renforcé associé à un sentiment d'appartenance et d'être « au cœur du métier de soignant », garant d'un accompagnement de qualité; • Un temps dédié au résident plus important par l'arrêt des tâches annexes (réunions, administratifs) et la présence des thérapeutes ou ASG en soutien; • L'impact de l'absence des familles dans les unités, est venu nous interroger sur l'accompagnement aux aidants, non optimal : place des familles au sein des unités protégées ? famille comme « partenaires » de soins ? **Discussion :** Ce retour d'expérience a permis d'une part de questionner les bienfaits du modèle LNA Santé (Unité de vie, maitresse de maison, multiplicité des thérapeutes) et d'autre part, de redéfinir les priorités de notre démarche SENS ; comme l'individualisation des thérapies non médicamenteuses, la pertinence des PASA « itinérants », la définition de la place des aidants, la montée en compétence des soignants via la formation, la constitution d'un comité d'éthique etc. L'enjeu de demain, sera d'harmoniser une médicalisation renforcée de qualité et une expertise thérapeutique croissante dans l'accompagnement non médicamenteux des résidents atteints de pathologies neuro-évolutives.

ETHIQUE ET ALZHEIMER

ASSENTIMENT ET PERSONNES ALZHEIMER

G. LAMBERT (1)

(1) Centre Hospitalier, Villefranche de Rouergue, FRANCE

But: L'impossibilité d'un consentement libre et éclairé est une perte pour le soin. La recherche d'éventuelles directives anticipées, le dialogue avec la personne de confiance ... sont satisfaisants en droit mais maintiennent exclue la personne soignée. L'Association Médicale Mondiale dans sa déclaration d'Helsinki propose, quand la personne n'est pas en mesure de donner un consentement, le concept d'assentiment. Mais elle ne dit rien de ce qu'il est. Puisqu'il ne peut être donné par la personne soignée (contradiction avec l'impossibilité du consentement), il faut interroger la légitimité de la démarche d'une ou plusieurs autres personnes, hors de tout paternalisme. **Méthodes:** L'expérience soignante auprès des personnes alzheimer amène deux convictions : (i) il persiste une vie psychique même à un stade avancé de la maladie, un point de vue sur soi qui n'est pas réfutable ; (ii) il existe des possibilités de communication malgré les troubles du langage. Les personnes alzheimer nous sont compréhensibles par la communication non verbale et l'empathie. C'est la voie du corps que pratiquent les IDE et les Aides-Soignantes, un savoir-faire des professionnels des services concernés qui, ne pouvant se satisfaire de la pauvreté de la communication verbale, ont su développer de nouvelles compétences. D'où cette idée : les membres des équipes de soin qui connaissent bien ces personnes alzheimer hébergées sont à même de faire un travail de traduction qui va réaliser l'assentiment. **Résultats :** La traduction repose sur la communication non verbale, l'empathie et sur l'équipe de soin. Cette dernière pour éviter d'abord l'arbitraire d'un seul. Mais le partage des ressentis à propos d'une personne soignée est un aussi travail sur soi, un dialogue et une démarche. L'équipe de soin est un groupe uni par des logiques professionnelles et institutionnelles. Assentir est une longue élaboration, une permanente ébauche à travailler. La discussion des soignantes entre-elles n'est pas seulement le moyen nécessaire pour une décision juste, c'est elle qui constitue la traduction et donc formule l'assentiment. La discussion est le point critique de l'assentiment : c'est donc sur elle que va porter la formalisation nécessaire qui vérifie la compétence des soignants, la réalité de l'équipe de soin, la pertinence des réunions où chacun peut s'exprimer sans contrainte et indépendamment de sa position hiérarchique dans l'institution, et où ne sont abordés que des thèmes cliniques. La décision finale doit être une décision partagée : non celle d'une autorité de droit, mais une décision découlant des diverses contributions. Le médecin et le cadre de santé du service ont un rôle de validation. **Discussion :** L'assentiment relève d'une éthique du Care. Il permet à la personne soignée alzheimer de retrouver toute sa place. Il met en évidence un travail méconnu mais essentiel des soignants auprès des personnes alzheimer. Il replace les enjeux du consentement (au sens large) dans la relation soigné-soignant.

INNOVATION DANS LES STRUCTURES DE SOINS

DÉPLOIEMENT DE L'INTERVENTION NON MÉDICAMENTEUSE MUSIC CARE DANS LA PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS ET DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS EN PÉRIODE DE COVID-19 : RETOURS D'EXPÉRIENCE D'ÉTABLISSEMENTS DE LA CROIX ROUGE FRANÇAISE

J. GIRARD (1), C. FEUILLATRE (1), A. BOUCHAUD (1), F. FROMAGEAU (1), J. BRINGER (1), J. ELEDJAM (1), H. PLATEL (2)

(1) Croix-Rouge Française, Montrouge, FRANCE; (2) Université de Caen Normandie, Inserm U1077, Caen, FRANCE

But: Déployer le protocole de soin MUSIC CARE au sein des 43 établissements de la Croix Rouge Française dans le cadre de la prise en charge des résidents et des soignants en période de COVID et de façon durable. MUSIC CARE est une intervention non médicamenteuse labélisée application numérique de santé qui permet de proposer une intervention musicale autonome et personnalisée basée sur de l'écoute de musique. Des séquences musicales de 20 minutes ont été composées spécifiquement afin d'obtenir une induction émotionnelle positive et une synchronisation neuro-végétative (séquence en « U »). Ces effets reproductibles ont été validés par de nombreuses études contrôlées, randomisées dans la réduction de la douleur aiguë [1] et chronique [2], du stress post-traumatique (PTSD) [3], des troubles respiratoires [1], des troubles du comportement [4] et des consommations médicamenteuses [2]. D'autres études se sont intéressées à l'impact de ce protocole de soin sur le stress et le burnout des soignants [5]. **Méthodes :** Suite aux recommandations HAS (2018) [6] de l'utilisation du protocole de soin MUSIC CARE, la Croix Rouge Française a décidé de déployer cette approche thérapeutique au sein de ses 43 établissements de santé : 35 EHPAD et 8 résidences autonomie. En collaboration avec la délégation nationale des établissements de la Croix Rouge Française, MUSIC CARE a organisé : - L'installation matérielle de son application sur 210 tablettes numériques (utilisation professionnelle) et l'ensemble des téléphones des soignants formés (pour utilisation personnelle). - La formation par visioconférence à destination des directeurs et des soignants (médecins, cadres, psychologues, infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens, musicothérapeutes, Kiné, etc.). - Une évaluation de l'impact et des bénéfices de la mise en place de MUSIC CARE au sein des établissements de la Croix Rouge : enquête multicentrique impliquant 43 établissements de la Croix Rouge Française. **Résultats :** Cette expérience démontre la faisabilité d'un déploiement rapide (commande, préparation, livraison, installation, formation des équipes, et évaluation clinique) en situation de crise COVID-19, mais aussi de façon durable, pour répondre aux besoins urgents des résidents et des équipes soignantes. **Discussion :** MUSIC CARE s'intègre parfaitement dans le

cadre de la stratégie de la Croix Rouge Française de transformation digitale et de développement des interventions non-médicamenteuses au sein de ses établissements de santé. Les premiers résultats de l'enquête seront présentés dans le cadre de cette communication. .

LES MOTS RASSEMBLENT ET BRISENT LES BARRIÈRES

C. DESMONTS (1)

(1) *Hôpital de Lisieux- et l'Association Biographie Hospitalière en Normandie, Lisieux, FRANCE*

But: La biographie hospitalière fut initiée par Valéria Milewski en 2007, à Chartres. Cet accompagnement humaniste s'est répandu dans les services de soins palliatifs, puis, dans les autres services et les EHPAD. La biographie propose aux personnes atteintes de graves maladies, incurables, voir en fin de vie, de raconter leur vie et de recevoir un livre de belle facture. L'écoute, le respect, le non jugement, la confidentialité et la liberté de décision restent les éléments primordiaux de la démarche. La biographie permet au patient de retrouver une identité narrative. En plus, de permettre la réalisation d'un nouveau projet, la personne a la possibilité de reconstruire un tuteur de vie à un moment où les circonstances font parfois émerger, un besoin de bilan, de transmission. **Méthodes :** Depuis avril 2019, grâce à la Fondation de France et des Fonds pour les Soins Palliatifs, un biographe, formé par «Passeur de mots-Passeur d'Histoires » intervient, sous convention, dans le pôle gériatrique de l'hôpital de Lisieux. L'originalité du projet est basée sur une quantité importante de services (service de gériatrie, SSR, USLD, accueil de jour, EHPAD et équipe mobile de soins palliatifs), par rapport à un passage d'une journée par semaine. L'intervention en accueil de jour est une avancée considérable. La biographie est devenue une proposition supplémentaire, bien accueillie, offerte dans ce service. Elle met en oeuvre différentes fonctions (cognitive, langagière, créative..). Parfois, l'élaboration du livre de leur vie facilite la communication avec la famille et permet la revalorisation de la personne au regard de ses proches ou d'elle même. Chaque mardi, le biographe est présent lors de l'accueil afin de faciliter la confiance. Les entretiens se succèdent, au calme et au rythme de chacun, comme une parenthèse dans l'organisation sans couper les activités habituelles. **Résultats :** Depuis avril 2019, 29 personnes ont été sélectionnées par les équipes. 19 personnes ont adhéré au projet dont 4, souffrant de la pathologie d'Alzheimer, à l'accueil de jour. **Discussion :** La Covid est venu rompre les habitudes. Les entretiens ont été suspendus, le livre envoyé, les liens créés interrompus, le risque d'une reprise impossible (dégradation de l'état de santé, décès) devenait palpable. Avec le déconfinement, il a fallu retrouver les rituels perdus depuis des mois, retrouver le lien de confiance, et reprendre le fil de l'histoire de vie. Peut-on simplement reprendre après 3 mois d'absence pour les personnes atteintes de cette pathologie? Au temps écoulé, aux traumatismes dûs à la séparation avec la famille, ou du lieu habituel de vie, s'ajoutent de nouvelles barrières. La distance, le masque deviennent des obstacles supplémentaires pouvant se révéler violents. Le masque dissimule le visage le rendant anonyme. Il atténue également la voix, la rendant moins audible lors de l'entretien. Cette situation crée un handicap supplémentaire pour les personnes souffrant, déjà bien souvent, de troubles auditifs et de mise en échec. La distanciation et le masque les coupent une nouvelles fois du monde qui leur échappe. Là où la biographie cherche à amoindrir le sentiment d'échec en offrant adaptation et du temps, la Covid crée un enferment supplémentaire. N'agit-elle pas comme un rappel de leur situation de personnes malades? Comment quantifier l'effet destructeur ou bénéfique de cette période sur la mémoire et la valorisation de l'être?

LES INSTITUTIONS GÉRIATRIQUES AU PRISME DU ROBOT PARO. RETOUR SUR UNE ENQUÊTE SUR LES PROJETS D'INNOVATION EN ÉTABLISSEMENTS GÉRIATRIQUES

E. BERGER (1)

(1) *Broca Living Lab (Hôpital Broca, Paris), Paris, FRANCE*

But: Le robot social Paro à l'apparence d'un petit phoque en peluche. C'est l'un des plus diffusés parmi les institutions gériatriques françaises. Il vient étoffer la palette d'outils d'intervention non médicamenteuse dont disposent les professionnels de la gériatrie prenant en charge les patients et les résidents souffrant de troubles cognitifs modérés et sévères. Ces robots intègrent les établissements dans le cadre de projets d'innovation aux objectifs variés. Ils sont portés par des acteurs aux profils et aux situations professionnelles tout aussi hétérogènes (cadres de santé, psychologues, psychomotriciens...). Avec cette communication, on soulignera comment l'arrivée du robot Paro dans ces établissements bouscule parfois les pratiques et les représentations de ceux qui y travaillent. On montrera en quoi les discours tenus sur l'intégration du robot permettent lire les dynamiques qui traversent ces institutions sociales. **Méthodes :** Cette communication s'appuie sur un terrain conduit entre mars et juillet 2019 dans 12 établissements gériatriques, en milieu hospitalier (Unité d'Hébergement Renforcée, Soins de Suite et de Réadaptation, service d'oncogériatrie, animation) et en Ehpad (Unité de Vie Protégée). Des entretiens semi-directifs et des focus groups menés auprès de 36 professionnels (médecins, cadres de santé, psychologue, assistantes de soins en gérontologie, psychologues, psychomotriciennes, animateurs et directeurs d'établissement), des séances d'observation non-participante, ont permis de constituer un corpus de données ethnographiques. A l'aide d'une méthode d'analyse qualitative, les discours tenus par les professionnels sur leurs usages du robot permettent de mieux comprendre les enjeux soulevés par ces projets d'innovation. **Résultats :** L'analyse des données d'enquête montre la diversité des trajectoires et des contextes d'utilisation de ces robots. Elle souligne les freins à leur pérennisation dans les services étudiés (manque de ressources, de formation, déficit de légitimité à utiliser le robot ressenti, difficulté d'accès au robot, absence d'intérêt...). Après quelques mois, seuls quelques professionnels les utilisent encore. L'enquête met également en lumière la position particulière qu'occupent les acteurs qui portent ces projets d'innovation. Ils sont souvent situés à l'interface des plusieurs strates hiérarchiques, entre la direction et le personnel soignant. Si ces projets leur sont parfois imposés, les porteurs de ces projets n'agissent

pas comme de simples courroies de transmission. Ils s'approprient le robot et associent son utilisation à un idéal de transformation des pratiques dans leur service (infléchir la « culture du médicament », médiatiser la dyade soignant-soigné...). Le robot constitue même un nouveau registre pour légitimer ses pratiques lorsque celles-ci sont discutées. **Discussion** : La démarche de ces porteurs de projet a une valeur heuristique forte. A l'aide du concept d'entrepreneur, qui désigne une personne cherchant activement à transformer l'ordre social dans lequel elle évolue, on peut discuter le travail de ces acteurs. En faisant la promotion du robot, ils ciblent les pratiques et les représentations des professionnels qu'ils côtoient. Leurs démarches révèlent alors les frontières (hiérarchiques, disciplinaires, professionnelles) qui scindent les institutions. Dans cette perspective, l'innovation est moins un facteur de changement que de reconduction des dynamiques antérieures.

INTERVENTION NON MÉDICAMENTEUSE ET ALZHEIMER

RÉHABILITATION DE LA RECONNAISSANCE DES ÉMOTIONS FACIALES DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER ET CONSÉQUENCES SUR L'AIDANT FAMILIAL

K. POLET (1,2), N. MIRZAI (2), S. HESSE (1), A. MORISOT (1), G. IAKIMOVA (2), S. LOUCHART DE LA CHAPELLE (1), A. PESCE (1)

(1) Centre mémoire, Centre de Gériatrie Clinique RAINIER III, Centre Hospitalier Princesse Grace, Monaco, MONACO; (2) Laboratoire de Psychologie Cognitive et Sociale, EA 1189, Université de Côte d'Azur, Nice, FRANCE

But : La reconnaissance des émotions faciales est déficitaire dans la Maladie d'Alzheimer (MA) et entraîne des troubles du comportement, principaux facteurs d'épuisement de l'aidant. Nos objectifs étaient de montrer que cette capacité pouvait être améliorée dans la MA en modifiant les stratégies de regard, et d'étudier les conséquences de cette réhabilitation sur les troubles psychocomportementaux et sur le fardeau de l'aidant. **Méthodes** : Deux groupes de 4 participants MA ont bénéficié d'une prise en charge de 12 séances : • Le groupe « TAR-MA » qui a suivi le programme de réhabilitation « Training of Affect Recognition » (TAR) ; • Le groupe « contrôle » qui a suivi un programme de stimulation cognitive « classique ». Les performances de reconnaissance des émotions faciales et des stratégies de regard ont été comparées avant, à la fin et 1 mois après la prise en charge, à l'aide de la tâche des visages d'Ekman couplée à l'utilisation d'un Mobile EyeBrain Tracker®. Les échelles Neuropsychiatric Inventory (comportement) et Zarit (fardeau) ont également été complétées par les aidants familiaux avant, à la fin et 1 mois après la prise en charge. **Résultats** : Les performances de reconnaissance des émotions faciales ont significativement été améliorées dans le groupe TAR-MA, avec maintien des performances à +1 mois. Cette amélioration était conjointe à une modification des stratégies de regard et à une diminution des troubles du comportement et du fardeau de l'aidant. Les performances du groupe contrôle sont quant à elles restées stables. **Discussion** : La reconnaissance des émotions peut être améliorée dans la MA. Initialement développé pour la schizophrénie, le TAR semble également adapté pour la MA. Ce programme permet de réorienter l'attention visuelle sur des zones clés du visage afin de reconnaître l'émotion, contribuant à diminuer les troubles du comportement et par conséquent le fardeau de l'aidant. Ces résultats restent à confirmer avec une population de patients plus importante. La réhabilitation de la reconnaissance des émotions faciales dans la MA semble être une piste de thérapie non médicamenteuse prometteuse avec des effets bénéfiques pour le patient et son aidant.

ATELIERS D'EXPRESSION THÉÂTRALE POUR MAINTENIR LA COMMUNICATION CHEZ DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE D'ALZHEIMER

S. THOMAS (1,2), M. LAGORIO (2), D. NEMMAR (2), E. VERET (2), C. VENTURINI (3), M. GROUSSARD (1)

(1) Normandie Univ, UNICAEN, PSL Research University, EPHE, INSERM, U1077, CHU de Caen, Cyceron, Neuropsychologie et Imagerie de la Mémoire Humaine, Caen, FRANCE; (2) Accueil de jour «La Parenthèse», Centre Hospitalier Robert Bisson, Lisieux, FRANCE; (3) Compagnie de théâtre «Papillon Noir», Caen, FRANCE

But : Les capacités langagières nous permettent de communiquer et interagir avec autrui et contribuent ainsi au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie. Dès les premiers stades de la maladie d'Alzheimer (MA) le langage peut apparaître altéré et se détériore progressivement avec l'avancée de la maladie rendant la communication de plus en plus difficile. Cette altération peut entraîner une diminution des interactions sociales pouvant aller jusqu'à un isolement avec l'apparition de troubles psycho-comportementaux. Deux systèmes de communication indépendants ont été mis en évidence un pour l'expression verbale et l'autre pour les aspects gestuels ; ce dernier apparaît mieux préservé dans la MA. Il apparaît donc important d'essayer de maintenir les capacités de communication le plus longtemps possible en s'appuyant sur le langage non verbal à travers l'apprentissage et le renforcement de gestes co-verbaux. En effet, malgré des troubles mnésiques importants les patients MA se sont révélés capables de nouveaux apprentissages notamment pour du matériel artistiques. Les activités de type artistique étant des supports appréciés, bénéfiques pour les participants et vecteur de nouveaux apprentissages, des ateliers d'expression théâtrale ont été créés au sein de l'accueil de jour de Lisieux. L'objectif était de permettre à des personnes vulnérables sur le plan langagier de continuer à communiquer sur un versant non verbal, malgré l'avancée de la pathologie, à travers l'apprentissage de gestes co-verbaux lors de séances répétées d'expression théâtrale. **Méthodes** : Quatre patients MA ont participé à une évaluation neuropsychologique et à un protocole d'apprentissage de gestes co-verbaux lors de 7 séances d'expression théâtrale. Lors de ces séances réalisées par deux comédiens professionnels, 12 gestes co-verbaux ont été appris ou renforcés en s'appuyant sur différents médias (lectures de textes, chants, danse) permettant par exposition répétée d'apprendre les gestes par le mime. Les gestes ont

été choisis pour être adaptés aux besoins quotidiens des participantes et correspondent à des gestes dit conventionnels (connus de tous dans une même culture, e.g. « vouloir le silence ») et des gestes non-conventionnels mais choisis par les participantes (e.g. « le plaisir »). L'apprentissage des gestes a été évalué à partir de l'analyse des vidéos des séances en comptabilisant le pourcentage d'imitation, de réalisations spontanées et de réalisations sur évocation orale complété par une évaluation individuelle de l'apprentissage des gestes. **Résultats** : Cette étude préliminaire a permis d'observer un effet bénéfique des séances sur l'apprentissage de gestes co-verbaux et une satisfaction importante à participer aux ateliers d'expression théâtrale. L'apprentissage des gestes se révèle possible au cours des séances d'exposition avec un effet positif de la répétition. Cependant celui-ci est sensible à la sévérité des troubles cognitifs et de la communication. Les patients les moins atteints sont ceux qui semblent bénéficier le plus de cet apprentissage. **Discussion** : Cette étude pilote a permis de mettre en lumière la faisabilité des ateliers et la possibilité d'un apprentissage de gestes co-verbaux auprès de cette population en particulier au début de la maladie afin de renforcer le plus tôt possible l'utilisation de gestes co-verbaux dans la communication et ainsi maintenir la communication malgré l'évolution des troubles du langage chez les patients MA.

VIELLISSEMENT, MAINTIEN DU CONSENTEMENT ET PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE : ATELIERS ESSAA

D. DESCAMPS (1)

(1) Association «Etho-logis», Sauternes, FRANCE

But : Selon l'observatoire de la santé, «un des écueils du vieillissement est la perte d'autonomie. Ce changement radical au cours de la vie dû à des altérations physiques et même psychiques, est souvent particulièrement difficile à vivre. Cette incapacité à effectuer des gestes et actions parfois indispensables dans la vie courante représente un réel handicap. Pourtant, il est possible de retarder la perte d'autonomie» grâce à un accompagnement personnalisé, spécifique et adapté. Le processus de vieillissement est aussi un état d'esprit et la médiation animale renforce la charge émotionnelle positive du sentiment de vieillissement. Ainsi, le maintien de l'autonomie en situation de vieillissement s'effectue à la fois dans une dimension psychique et physique. **Méthodes** : Sociologue qualifiée en éthologie, j'ai pu mener cette réflexion grâce à l'observation d'Ateliers d'Éveil Sensoriel de type «Snoezelen» Associant l'Animal au sein de différents EHPAD et des USLD du CHU de Bordeaux. Cette démarche est innovante de par son approche pluridisciplinaire à travers divers binômes (animation socio-culturelle, socio-esthétique et psychomotricité). **Résultats** : Ces Ateliers ESSAA permettent la préservation de l'autonomie sur deux échelles : • Psychique à travers notamment le maintien du consentement et la stimulation cognitive par le biais de la communication verbale. Le concept de consentement fait référence aux notions de «libre choix» et de «démence» pouvant sembler aux premiers abords ne pas être compatibles mais cet accompagnement permet de faire du lien et donner du sens à l'action. - Il s'agit d'explicitier les actions proposées en adaptant le discours au discernement du bénéficiaire afin de s'assurer de leur bonne compréhension et de respecter le choix qui en découlera. - Nous constatons une stimulation de la mémoire à travers l'évocation de souvenirs. - Nous notons également une réminiscence des gestes oubliés à travers ceux prodigués à l'animal comme le fait de se coiffer ou de se nourrir. • Physique (schéma corporel, tonus;etc) à travers notamment : - La motricité : marcher avec l'animal ou le rejoindre; - La motricité fine : caresser, brosser, faire jouer et proposer à manger;autant de stimulations différenciées permettant d'entretenir et de maintenir des gestes du quotidien (accent mis sur les capacités résiduelles et non les déficiences). **Discussion** : Nous constatons le maintien de l'autonomie dans la vie quotidienne comme le fait de pouvoir continuer à déjeuner seul, se coiffer, se maquiller, s'appliquer du vernis à ongle, mettre ou enlever un vêtement, décider de participer à une activité;etc. La préservation de l'autonomie à la fois psychique et physique contribue au maintien de l'estime de soi, du sentiment d'utilité, de dignité et de la mobilité, à la lutte contre la perte identitaire et l'isolement, à la responsabilité et à la continuité du lien social;etc. Il existe suffisamment de situations dans le cadre d'une prise en charge médicale plaçant le patient dans une position de «subir» pour ne pas imposer ce qui ne doit pas l'être en demeurant dans le domaine du libre arbitre.

LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT ALZHEIMER

EXPÉRIMENTATION PASSCOG PARCOURS AMBULATOIRE POUR SENIORS AVEC TROUBLES COGNITIFS
B. DEFONTAINES (1), S. DENOLLE (1), N. BONNET (1), V. HELENE (1)

(1) Réseau Aloïs, Paris, FRANCE

But : Cette expérimentation consiste à déployer et tester des parcours ambulatoires de diagnostic pour les seniors de plus de 50 ans, consultant leur médecin généraliste pour une plainte cognitive et pour lesquels il existe une suspicion de trouble cognitif léger, puis de prise en charge pour ceux effectivement atteints d'une maladie neurocognitive à un stade léger. L'expérimentation PASSCOG a pour objectif de mobiliser les ressources de ville, en complémentarité et en articulation avec celles de l'hôpital, pour permettre un diagnostic et une prise en charge précoces. **Méthodes** : Le Réseau Aloïs et l'ADNA Bretagne, qui disposent d'une expérience d'une quinzaine d'années dans ce domaine, ont souhaité expérimenter des parcours de soins innovants, sur des territoires à l'offre de soins et à la démographie variées : Paris (14ème et 15ème arrondissement) et le Finistère Nord. Les parcours de diagnostic et de prise en charge proposés constituent une innovation en matière d'organisation des soins, notamment en raison de : • la mobilisation des médecins généralistes pour repérer au plus tôt les troubles cognitifs et coordonner les soins, • l'accès des patients des médecins libéraux au bilan neuropsychologique, outil d'aide au diagnostic précoce, mais non remboursé

en ville, et à la téléexpertise de neurologues spécialisés, • l'accessibilité des soins, proche du domicile du patient, et la réduction des délais de diagnostic. **Résultats** : Après une phase préparatoire de 6 mois, l'expérimentation proprement dite débutera. Elle durera 4,5 ans, l'inclusion de nouveaux patients s'achevant au bout de 2,5 ans. PASSCOG mettra en œuvre une coordination des acteurs de soin autour du patient, appuyée sur deux coordinateurs à Paris et Brest, et sur un système d'information. **Discussion** : Nous prévoyons qu'environ 1650 patients bénéficieront de la consultation initiale d'entrée dans l'expérimentation, dont environ 900 poursuivront le parcours diagnostique PASSCOG, et parmi ces derniers, environ 700 apparaîtront à l'issue du parcours diagnostique atteints d'une maladie neurocognitive à un stade léger. Ceux-ci suivront ensuite le parcours de prise en charge PASSCOG, les autres bénéficieront des conditions actuelles de prise en charge, en ville ou à l'hôpital.

LE PATIENT ALZHEIMER JEUNE

TRIAL 21: ETUDE D'UNE COHORTE DE PATIENTS ADULTES PORTEURS DE TRISOMIE 21 À RISQUE DE MALADIE D'ALZHEIMER

C. LAFFON (1), A. HIANCE-DELAHAYE (1), A. REBILLAT (1)

(1) *Institut Jérôme Lejeune, Paris, FRANCE*

But : Identifier des facteurs prédictifs influençant l'âge d'apparition de la maladie d'Alzheimer chez des patients adultes porteurs de trisomie 21. Les adultes porteurs de trisomie 21 ont un risque très élevé de développer précocement la maladie d'Alzheimer (MA). Ce risque élevé est dû à la triplification du gène de l'APP (Amyloïd Precursor Protein) qui se trouve sur le chromosome 21, conduisant à une surproduction de peptide β amyloïde. Les personnes avec trisomie 21 représentent ainsi le groupe le plus large de patients qui développent une démence avant l'âge de 60 ans (« malades jeunes »). **Méthodes** : Population étudiée : 200 patients porteurs de trisomie 21 et âgés d'au moins 35 ans sans diagnostic de maladie d'Alzheimer au moment de l'inclusion. Visite d'inclusion (J0) : V1 (examen médical, évaluation neuropsychologique, prélèvement sanguin \pm ponction lombaire) IRM cérébrale : V2 Visite médicale annuelle dans le cadre du soin (M12) : V3 Visite de fin d'étude à 2 ans (M24) : V4 (examen médical, évaluation neuropsychologique, prélèvement sanguin) Puis suivi annuel pendant 10 ans dans le cadre du soin courant. **Résultats** : Etude en cours. A ce jour, 37/200 patients ont été inclus (24 âgés de 35 à 50 ans, 8 entre 50 et 60 ans, 3 âgés de plus de 60 ans), 31 ont eu une IRM cérébrale et 8 une ponction lombaire. **Discussion** : Les changements précoces liés à la MA sont particulièrement difficiles à détecter chez les adultes porteurs de trisomie 21 en raison de leur déficience intellectuelle. Ainsi, l'identification de facteurs de progression de la maladie est indispensable pour permettre un diagnostic précoce et pour le développement d'interventions efficaces. La piste de traitements ciblant la protéine amyloïde et administrés de manière préventive est particulièrement intéressante. Etant donné les similitudes entre formes sporadiques, autosomales dominantes et au cours de la trisomie 21, des essais cliniques dans cette population pourraient s'avérer bénéfiques dans tous les cas.

LES GRANDS PROBLÈMES DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALZHEIMER

EVALUATION DU NIVEAU DE PRÉPARATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ DE 5 PAYS EUROPÉENS POUR L'ARRIVÉE D'UN TRAITEMENT « DISEASE-MODIFYING » DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

S. MATTKE (1), A. ULLRICH (2)

(1) *University of Southern California (USC), Los Angeles, ETATS-UNIS*; (2) *Charité University Hospital and Center for Global Health, Berlin, ALLEMAGNE*

But : Différentes recherches suggèrent que les systèmes de santé ne sont pas préparés en cas de disponibilité d'un traitement « disease-modifying » (DMT) de la maladie d'Alzheimer. Cette étude se propose d'identifier quels changements institutionnels (exemple : politique, législatif ou réglementaires) permettraient d'améliorer la capacité et le niveau de préparation des systèmes de soins dans cinq pays européens. **Méthodes** : Une revue de la littérature et des interviews d'experts ont été conduits dans 5 pays européens sur les thèmes relatifs à la planification, l'accès au soin et la prise en charge. en s'interrogeant sur les capacités des acteurs impliqués à s'adapter à une augmentation de la demande de prise en charge. **Résultats** : Aucun pays ne dispose d'un plan gouvernemental en vue de se préparer à l'arrivée d'un DMT ou de planification budgétaire permettant de couvrir les coûts attendus. L'Espagne et le Grande-Bretagne proposent des initiatives, dirigés par des experts, pour informer les échanges avec les institutions. Le dépistage du déclin cognitif n'est ni recommandée, ni couverte, dans aucun des pays analysés. Alors que la plupart couvre l'évaluation de la plainte mnésique en médecine générale, cette évaluation n'est pas souvent menée en raison d'un déficit de connaissance, d'outils ou d'une attitude fataliste face à la maladie. Les patients suspectés de souffrir d'un déclin cognitif ont accès à des services spécialisés dans chacun des cinq pays, principalement dirigés par des psychiatres ou gériatres (Allemagne, Grande-Bretagne) ou des neurologues (France, Italie, Espagne). L'échelle et les objectifs de ces structures varient significativement, seuls le France et la Grande Bretagne visant à une standardisation de ces services spécialisés. Seules l'Italie et l'Espagne couvrent l'analyse des biomarqueurs par TEP scan ou analyse du LCR en soin courant. Les consultations mémoire opèrent au maximum de leurs capacités, et n'ont qu'une flexibilité très limitée pour augmenter leur capacité en raison du faible nombre de spécialistes de la démence, d'absence de budget et d'un processus complexe de planification. Les services à orientation psychiatrique sont moins préparés techniquement aux besoins d'un DMT. **Discussion** : Le niveau de préparation et les financements relatifs nécessaires dès l'arrivée d'un DMT doivent être améliorés, en renforçant la médecine générale à l'aide de formation et d'outils, tel que des tests cognitifs simples

et des tests sérologiques, car les ressources humaines et les contraintes budgétaires limitent la capacité d'expansion des services spécialisés. Cela permettrait aussi d'améliorer la prise en charge des patients même en l'absence de DMT.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES (NTIC)

CONCEPTION D'UN GUIDE UTILISATEUR TABLETTES TACTILES POUR ET AVEC DES PERSONNES ÂGÉES PRÉSENTANT DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

J.B. MABIRE (1), K. BIZE (2), J. AQUINO (1), K. CHARRAS (1)

(1) Fondation Médéric Alzheimer, Paris, FRANCE; (2) Université de Paris - Institut de Psychologie, Boulogne-Billancourt, FRANCE

But: L'apprentissage et l'utilisation autonome des tablettes peuvent être difficiles dans le contexte de troubles neurocognitifs. Dans une précédente étude sensibilisant des personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs à l'utilisation des tablettes, certains participants ont exprimé le besoin d'avoir un guide pour les aider à utiliser la tablette de manière autonome. Nous avons donc décidé ensemble de concevoir un guide pratique prenant en compte leurs besoins et leurs difficultés d'utilisation. **Méthodes :** Huit personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs d'un accueil de jour ont participé à ce projet. Deux groupes de discussion ont été organisés sur les besoins, le contenu et l'apparence du guide. Une observation a ensuite été réalisée pour identifier les difficultés rencontrées lors de l'utilisation des tablettes. Les données ont été codées et analysées pour identifier des thèmes selon des éléments linguistiques et extralinguistiques contenus dans la transcription des groupes de discussion et des rapports d'observation. **Résultats :** Les besoins exprimés concernaient des applications communes telles que Internet, regarder des vidéos et passer des appels à ses proches. Les principales difficultés d'utilisation observées concernaient le fait d'allumer la tablette, faire une recherche Internet et gérer les notifications. Pour pallier ces difficultés, le guide décrit les gestes nécessaires pour accomplir une action avec une image et des phrases courtes et explique l'utilité de l'application. **Discussion :** L'épidémie de covid-19 ne nous a pas encore permis d'évaluer cette première version avec les participants impliqués dans le projet et avec d'autres personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs. Cette évaluation permettra de s'assurer que le guide est adapté à cette population et qu'il ne crée pas de difficultés supplémentaires. Si des difficultés sont observées et exprimées, le guide sera modifié en conséquence, puis à nouveau validé par les participants.

VALIDATION D'UN OUTIL AUTOMATIQUE POUR LA DÉTECTION DE L'ATROPHIE CÉRÉBRALE ET DES HYPERINTENSITÉS DE LA SUBSTANCE BLANCHE EN ROUTINE CLINIQUE: QYSCORE®

E. CAVEDO (1), P. TRAN (1,2), U. THOPRAKARN (1), J. MARTINI (1), A. MOVSCHIN (1), C. DELMAIRE (3), F. GARIEL (4), D. HEIDELBERG (5), N. PYATIGORSKAYA (6), S. STRÖER (6), C. LONGO DOS SANTOS (1), D. DORMONT (2,6)
(1) Qynapse, Paris, FRANCE; (2) Equipe-projet ARAMIS, ICM, CNRS UMR 7225, Inserm U1117, Sorbonne Université UMR_S 1127, Centre Inria de Paris, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix, Faculté de Médecine Sorbonne Université, Paris, FRANCE; (3) Fondation Adolphe de Rothschild, Paris, France, Paris, FRANCE; (4) Département de Neuroradiologie, Centre hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux, FRANCE; (5) Faculté de Médecine, Université Claude-Bernard Lyon 1, 69000 Lyon, France; Service de radiologie and Laboratoire d'anatomie de Rockefeller, centre hospitalier Lyon Sud, hospices civils de Lyon, Lyon, FRANCE; (6) Département de Neuroradiologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne Université UMR_S 1127, Paris, FRANCE

But: Bien que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) soit recommandée en France par la Haute Autorité de Santé en routine clinique lors d'une suspicion de démence, son utilisation est très largement limitée à l'exclusion de causes externes, telles qu'un accident vasculaire cérébral ou une tumeur. La lecture manuelle des IRM ne permet pas de détecter d'atrophies anormales au stade précoce des démences. Par ailleurs, les échelles semi-quantitatives existantes sont elles aussi approximatives et leur utilisation est très largement limitée aux centres experts. Nous présentons ici les performances de QyScore®, un outil automatisé d'analyse d'images certifié en Europe (marqué CE) et aux États-Unis (approuvé par la FDA) pour la volumétrie automatique des matières grise et blanche (respectivement GM et WM), de l'hippocampe (HP), de l'amygdale (AM) et des hyperintensités de la matière blanche (WMH). **Méthodes :** Les données d'imagerie de 210 sujets ont été segmentées manuellement par des experts et analysées par QyScore®. Le coefficient de similitude de Dice (CSD) et la différence de volume relative (DVR) ont été utilisés pour comparer les performances des deux méthodes sur les volumes HP, AM, GM et WM. Le CSD et la métrique F1 ont été calculés pour la quantification des WMH. Pour chaque métrique, nous avons identifié des seuils de performance et avons émis l'hypothèse que les scores CSD / F1 obtenus à l'aide des marqueurs QyScore® étaient supérieurs aux seuils, tandis que les scores DVR étaient inférieurs aux seuils. Une analyse de régression et des graphiques de Bland-Altman ont également été obtenus pour évaluer les performances de QyScore® par rapport aux segmentations manuelles. **Résultats :** Les limites inférieures des intervalles de confiance CSD / F1 étaient supérieures aux seuils pour la WM, GM, HP, AM et WMH. De même les limites supérieures des intervalles de confiance de la DVR étaient inférieures aux seuils pour la WM, GM, HP, AM. Comparé aux méthodes de segmentation manuelle, QyScore® fournit des performances fiables pour la segmentation des volumes GM et WM, HP et AM, ainsi que pour les volumes WMH. **Discussion :** QyScore® constitue un dispositif médical fiable pour la segmentation d'images IRM, en comparaison à la «vérité terrain» que sont les segmentations manuelles réalisées par des radiologues. Par conséquent, QyScore® pourrait être mis en œuvre lors d'essais cliniques et en routine clinique pour le diagnostic précoce et la surveillance longitudinale des maladies neurologiques, et particulièrement la maladie d'Alzheimer et autres maladies neurodégénératives.

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

CRÉATION D'UN PROGRAMME PSYCHO-ÉDUCATIF INTERACTIF ET INDIVIDUALISÉ DESTINÉ AUX AIDANTS D'UN PROCHE ATTEINT D'UNE PATHOLOGIE NEURODÉGÉNÉRATIVE

S. HESSE (1), K. POLET (1), V. BOYELDIEU (1), P. BONARRIGO (3), P. MIGLIASSO (2), F. PALERMITI (4), A. PESCE (1), S. LOUCHARTE DE LA CHAPELLE (1)

(1) Centre mémoire, Centre de Gérontologie Clinique RAINIER III, Centre Hospitalier Princesse Grace, Monaco, MONACO;

(2) Centre de Coordination Gérontologique de Monaco (CCGM), Monaco, MONACO; (3) Accueil de Jour Centre Speranza-Albert

II, Monaco, MONACO; (4) Association Monégasque Pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer (AMPA), Monaco, MONACO

But: Les programmes psycho-éducatifs ont fait preuve de nombreux effets bénéfiques auprès des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives et de leurs aidants. Ils présentent d'autant plus d'effets positifs qu'ils sont proposés de manière individuelle plutôt qu'en groupe, et les nouvelles technologies y trouvent toute leur place : les programmes à distance par exemple présentent l'intérêt de réduire les inconvénients liés au lieu de résidence, aux contraintes de confinement (période CoVid), et sont appréciés des personnes réticentes à demander informations ou aide directement à un médecin ou un psychologue. Dans ce contexte, nous avons développé un programme psycho-éducatif destiné aux aidants non professionnels qui se veut simple d'utilisation, individualisé, interactif, compatible avec de nombreux supports (ordinateur, smartphone...), et gratuit. **Méthodes :** Le programme présente 13 troubles du comportement fréquemment observés dans les pathologies neurodégénératives, tels que l'apathie, l'anxiété ou encore l'opposition. Pour chacun, un système d'arbre décisionnel a été créé, reposant sur une succession de questions/réponses de type Oui/Non. Au fur et à mesure des réponses données par l'aidant, l'arbre décisionnel propose de nouvelles questions afin d'être plus précis et de mieux cerner les aspects de la problématique du couple aidant/malade. Cela aboutit à une sélection de séquences vidéos (accompagnées de leur texte), fournissant ainsi des informations et conseils ciblés. La conception du programme (création des arbres décisionnels, rédaction des conseils et informations, réalisation des vidéos) est le travail de 2 neuropsychologues, 1 psychologue clinicien, 1 infirmier, 1 ingénieur hospitalier, 2 médecins. Le développement du site internet a été réalisé par la société Federall, et intégralement financé par l'Association Monégasque Pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer (AMPA). Le programme a été pré-testé, sur une durée de 1 mois, auprès de 8 couples aidant/malade, pour 3 thématiques : Dépression, Apathie, Anxiété. Les retours étaient encourageants avec une diminution du fardeau de l'aidant, des effets positifs sur l'auto-efficacité perçue, le bien-être et la qualité des relations aidant/malade. **Résultats :** Le site est accessible depuis le 11 Mai 2020 : <https://programme-aidant-alzheimer-monaco.com/> Il complète une brochure de soutien aux aidants familiaux, disponible depuis Septembre 2018 : <http://ampa-monaco.com/fr/comprendre-la-maladie/brochure-alzheimer>. **Discussion :** Les retours positifs de la phase de pré-test confirment que notre programme répond à une demande des couples aidant/malade, et nous encourage à travailler à la rédaction d'autres thématiques pour le compléter. Actuellement, nous attendons les retours d'une utilisation en clinique de routine, et rédigeons un protocole observationnel sur l'usage du programme et son impact sur les malades et leurs aidants.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX DIFFÉRENTS DOMAINES DE L'ANOSOGNOSIE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

J. JACUS (1,2), V. VOLTZENLOGEL (3), A. MAYELLE (2), P. ANTOINE (2), C. CUERVO-LOMBARD (3)

(1) CH des vallées de l'Ariège, Foix, FRANCE; (2) UMR CNRS 9193 SCALab, Université de Lille, Lille, FRANCE; (3) Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie et Psychologie de la Santé, Université J. Jaurès – Toulouse 2, Toulouse, FRANCE

Echelles d'anosognosie	GDS	AES _{proche}	AES _{clinicien}	Autres
Total PCRS	OR=0.52, p=0.002	OR=0.89, p=0.005		MMSE (p=0.004)
PCRS Autonomie	OR=0.59, p=0.010	OR=0.87, p=0.001		
PCRS Cognition	OR=0.57, p=0.003		OR=0.87, p=0.010	
PCRS Relations		OR=0.90, p=0.005		
PCRS Emotions		OR=0.90, p=0.002		

Total A-QD	OR=0.57, p=0.006	OR=0.87, p=0.003		
A-QD Cognition	OR=0.60, p=0.011	OR=0.88, p=0.003		
A-QD Comportements	OR=0.76, p=0.059	OR=0.94, p=0.066		

Total ESC		OR=0.89, p=0.019	OR=0.87, p=0.050	
ESC Cognition	OR=0.74, p=0.047	OR=0.94, p=0.049		
ESC Introspection			OR=0.84, p=0.007	Niv. Etude (p=0.006)
ESC Jugements moraux			OR=0.82, p=0.004	Age (p=0.023)
Echelles d'anosognosie	MMSE	AES _{proche}	BREF	Autres
Total MISAware	OR=0.65, p=0.002	OR=0.84, p=0.003		Sexe ♀ (p=0.036)
Attention			OR=0.52, p=0.013	Age (p=0.005)
Initiation			OR=0.63, p=0.006	
Concepts			OR=0.74, p=0.038	
Construction				
Mémoire				

AES: Apathy Evaluation Scale (cotée par un proche ou le clinicien); A-QD: Anosognosia Questionnaire for Dementia; BREF: Batterie Rapide d'Efficiency Frontale; GDS: Geriatric Depression Scale; MISAware: Multidimensional Isomorphic Simple Awareness Assessment; MMSE: Mini Mental State Evaluation; PCRS: Patient Competency Rating Scale; ESC: Echelle de Self-Consciousness dans la maladie d'Alzheimer.

Tableau I : Facteurs associés aux échelles et sous-échelles d'anosognosie

But: Les études sur l'anosognosie dans la maladie d'Alzheimer (MA) montrent des résultats contrastés en raison de méthodes d'évaluation, d'objets et de stades pathologiques divers. Jacus et al. (2020) ont rapporté des associations tenant compte du stade pathologique et de la méthodologie d'évaluation [(a) écart patient-proche, (b) évaluation par le clinicien, (c) écart prédiction-performance]. La dépression et l'apathie étaient liées au système de référence humain (a, b) et la cognition au système de référence à un test (c). Notre objectif était d'étudier les facteurs associés aux différents domaines de l'anosognosie. **Méthodes :** Soixante et un patients souffrant de MA ont été évalués avec quatre échelles d'anosognosie: (a) La Patient Competency Rating Scale (PCRS, Prigatano & Fordyce, 1986), incluant les domaines Autonomie, Cognition, Relations et Emotions et l'Anosognosia Questionnaire for Dementia (AQD, Starkstein et al, 2006), incluant les domaines Cognition et Comportements. (b) L'Echelle de Self-Consciousness dans la MA (ESC, Gil et al, 2001), incluant les domaines Identité, Cognition, Affects, Corps, Mémoire prospective, Introspection et Jugements moraux. (c) La Multidimensional Isomorphic Simple Awareness Assessment (MISAware, Antoine et al, 2013), incluant les subtests Attention, Initiation, Construction, Concepts et Mémoire. Ils ont complété le Mini-

Mental State Examination (MMSE, Folstein et al, 1975), l'Instrumental Activity of Daily Living (IADL, Lawton et al, 1969), la Batterie Rapide d'Évaluation Frontale (BREF, Dubois et al, 2000), la Geriatric Depression Scale (GDS, Clément et al, 1997) et l'Apathy Evaluation Scale (AESproche et clinicien, Marin et al, 1991). Le score au MMSE a servi de facteur d'exposition lié à la sévérité de la MA (Hugonot-Diener, 2007). **Résultats** : Des modèles logistiques multivariés ont été réalisés en scindant chaque variable dépendante à la médiane du groupe. PCRS et AQD globales étaient liées à la GDS et l'AESproche, la PCRS était aussi liée au MMSE. L'Autonomie était liée à la GDS et l'AESproche, la Cognition à la GDS et l'AESclinicien. Relations et Emotions étaient liées à l'AESproche. Le domaine Cognition de l'AQD était liée à la GDS et l'AESproche contre des tendances significatives pour les Comportements ($p=0,059$ et $p=0,066$). L'ESC globale et ses domaines Cognition, Introspection et Jugements moraux (différenciant les sujets) étaient liées aux AESproche/clinicien. La Cognition était aussi liée à la GDS, l'Introspection au niveau d'études et les Jugements moraux à l'âge. La MISAware globale était liée au MMSE, à l'AESproche et au sexe. Les subtests Attention, Concepts et Initiation étaient liées à la BREF. L'Attention était aussi liée au MMSE et à l'âge. Mémoire et Construction n'étaient liées à aucune variable. **Discussion** : Les différentes sous-échelles rapportaient les mêmes liens que l'échelle globale quand le système de référence était humain (a, b) : l'anosognosie à la PCRS, l'AQD, l'ESC et leurs sous-échelles était liée négativement à la dépression et positivement à l'apathie. Ceci suggérait une relative homogénéité de l'anosognosie et s'expliquait possiblement par son objet même : le déficit (insight au sens étroit) (Marková, 2005). Le système de référence au test (c) impliquant des facteurs cognitifs et comportementaux était plus hétérogène. L'absence de facteurs liés aux subtests Mémoire et Construction pourrait suggérer un lien avec d'autres fonctions cognitives.

LES TROUBLES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX PRODROMAUX DES MALADIES NEURO ÉVOLUTIVES : MILD BEHAVIORAL IMPAIRMENT

J. VERNAUDON (1)

(1) *Hôpital des Charpennes, Institut du Vieillissement des Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne, FRANCE*

But : Les maladies d'Alzheimer ou apparentées (MA²) sont marquées au cours de leur évolution par l'apparition chez la plupart des patients de symptômes psychocomportementaux en lien avec la démence (SPCD). Ces SPCD sont à l'origine de morbi-mortalité, de perte d'autonomie, d'entrée en institution et d'épuisement des aidants. Apparaissant dans le cours évolutif des MA², il a été mis en évidence que ces symptômes neuropsychiatriques (NPS) peuvent apparaître très tôt, au stade de trouble neurocognitif (TNC) léger voire précéder toute altération cognitive. De ce fait, a émergé récemment un nouveau concept, le Mild Behavioral Impairment (MBI), ou déclin comportemental léger, pour mieux appréhender cette réalité clinique. Il s'agit dans cette présentation de faire une mise au point de ce concept clinique. **Méthodes** : Une revue de la littérature sur les NPS prodromaux des MA² et sur le MBI a été réalisée. **Résultats** : Les NPS peuvent concerner 35 à 85 % des patients au stade de TNC léger, les plus fréquents étant : dépression, irritabilité, apathie, anxiété, agitation, troubles du sommeil. L'installation à un âge avancé de ces NPS ainsi que leur typologie sont associées à un sur risque de progression du TNC du stade léger au stade majeur et à la rapidité du déclin cognitif, ce qui en fait, pour certains d'entre eux, de potentiels marqueurs cliniques diagnostics et pronostics de MA². L'International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment (ISTAART) a proposé une définition, encore provisoire mais opérationnelle, du MBI à l'aide de critères diagnostiques. Il s'agit de NPS survenant après 50 ans, persistant depuis plus de 6 mois et intéressant au moins un domaine parmi les 5 : baisse de motivation, trouble affectif, trouble de la régulation des impulsions, comportement social inapproprié et troubles de la perception ou de la pensée. Le MBI doit être à l'origine d'un dysfonctionnement social et/ou professionnel et/ou d'une perte d'autonomie en dehors de toute affection psychiatrique ou de MA² au stade de TNC majeur. Avec cette définition, le MBI concernerait 85 % des patients avec un TNC léger et 77% des patients avec une plainte cognitive isolée. Afin de mieux repérer le MBI, une échelle a été élaborée et est en cours de validation, MBI Checklist (MBI-C). **Discussion** : Identifier le plus précocement possible les NPS grâce au concept de MBI permettrait de mettre en place le plus rapidement possible des mesures de prévention neurocognitive primaire et secondaire afin de ralentir l'évolution d'une maladie neuro évolutive et d'accéder à la recherche chez des personnes repérées à risque avant même l'installation d'un TNC léger.

LES UCC

IMPACT DU «REPAS CONVIVIAL» SUR L'ORALITÉ ET LES TROUBLES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX DES PATIENTS HOSPITALISÉS À L' UCC DE MONTPELLIER

G. PESCE (1), D. MACKÉ (1), M. LEMBACH (1), S. THOMAS (1)

(1) *CHU Montpellier, Montpellier, FRANCE*

But : Les patients avec un Trouble Neurocognitif Majeur présentent souvent des troubles de l'oralité verbale et alimentaire retentissant sur leur santé et leur qualité de vie. Les troubles du langage et de la communication entraînent une diminution progressive des interactions. Les difficultés sensorielles, cognitives, comportementales, médicales et les troubles de la déglutition compliquent la qualité de la prise alimentaire. L'intervention orthophonique s'intègre dans une démarche pluridisciplinaire prenant en compte l'aspect global et multidimensionnel de l'alimentation. Au sein de l'Unité Cognitivo-Comportementale du C.H.U. de Montpellier, l'orthophoniste a réalisé une étude qui porte sur une intervention non médicamenteuse basée sur l'approche Montessori adaptée à la personne âgée : « le repas convivial ». L'objectif est d'évaluer l'impact de cette activité sur certains aspects de l'oralité et sur les manifestations comportementales

problématiques des patients hospitalisés au sein de l'unité. **Méthodes** : Cette étude comparative intra-individuelle comprenait 14 participants. Les sujets étaient leurs propres témoins au cours de leur participation à un déjeuner habituel et à un repas convivial. La version réduite de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI-R) et une grille d'observation de repas créée pour l'étude sont les principaux outils méthodologiques utilisés pour ce travail. **Résultats** : Il existe une amélioration significative en ce qui concerne l'autonomie, les apports hydriques, le nombre total de prises de parole, le nombre de commentaires positifs et le nombre de sourires. Une diminution des manifestations comportementales problématiques est également constatée durant cette activité. **Discussion** : Malgré les limites d'ordre méthodologique et le petit effectif de l'échantillon, les résultats préliminaires de cette étude exploratoire sont encourageants et invitent à poursuivre le repas convivial auprès de ces patients. D'autres travaux sont nécessaires pour appuyer ces résultats.

QUALITÉ DE VIE ET ALZHEIMER

LA PLACE DES JEUX DE SOCIÉTÉ COMME OUTILS DE STIMULATION

L. CHANTEPY (2), J. BROUSSE (2,4), M. LEBOURHIS (3), P. ROBERT (1,2)

(1) Université Côte d'Azur, Nice, FRANCE; (2) Association IA, Nice, FRANCE; (3) Asmodée Research, Guyancourt, FRANCE; (4) CMRR CHU PACA EST, Nice, FRANCE

But: Environ La maladie d'Alzheimer et les pathologies associées associent des symptômes cognitifs et comportementaux, en particulier l'apathie. Peu de recherches se sont centrés sur l'apport du jeu de société. Le programme CAB (Cognitive Adaptation Behavior) développé dans le cadre de l'appel à projet Game in lab 2019 a pour objectifs d'évaluer l'impact de jeux de société adaptés chez des patients présentant un troubles neurocognitifs mineurs ou majeurs et sur la relation avec les aidants. **Méthodes** : Deux jeux de société grand public ont été adaptés pour correspondre aux besoins et aux capacités des patients atteints de troubles neurocognitifs : Dobble qui est un jeu de reconnaissance et de rapidité (attention, concentration); Timeline où les joueurs doivent reconstituer une frise chronologique d'évènements historiques (mémoire sémantique). Le programme s'est déroulé en 3 parties. Etape 1: proposition à des patients (n = 10) présentant un trouble cognitif mineur ou majeur participants à des groupes de stimulation au CMRR de Nice. L'objectif était d'évaluer les adaptations à réaliser. Etape 2: évaluation qualitative de l'utilisation des jeux adaptés par des professionnels (n = 12) travaillant en EHPAD, en accueil de jour, à domicile ESA pour obtenir leur point de vue. Etape 3: évaluation qualitative de l'utilisation des jeux à domicile pendant une période de 2 mois par des couples patients (n = 20) aidant venant consulter au CMRR. **Résultats** : Étape 1: Tous les patients ont apprécié les jeux. Pour le Dobble l'adaptation proposée est de graduer la complexité en réduisant notamment le nombre de dessins. Pour le time line, les adaptations proposées concernent l'augmentation de la taille des cartes, et la diminution du nombre d'événement à classer. Étape 2: les professionnels ont trouvé les jeux utiles dans la pratique pour des séances individuelles ou de groupe. Les jeux sont aussi intéressants pour apprécier les changements d'état du patient d'une séance à l'autre. De nouvelles recommandations d'adaptation sont proposé en particulier sur les règles et les niveaux de difficultés. Parmi les autres recommandations, il faut aussi indiquer que l'aidant doit être formé au préalable pour que la partie soit un plaisir et non la mise en lumière des pertes du patients. Enfin le partenaire de jeu ne doit pas être systématiquement l'aidant familial. Étape 3: l'étude s'est déroulée entre Octobre 2019 et Avril 2020. Les dernières évaluations ont été modifiées en raison de la période de crise sanitaire. Les patients qui ont utilisé les jeux avaient les caractéristiques suivantes : 10 femmes, 10 hommes ; Age moyen 84 ans; MMSE moyen 17,7 /30. 60 % d'entre eux présentait les critères diagnostic de l'apathie. L'action des jeux peut être découpée en fonction des dimensions cliniques de l'apathie: - Les jeux sont des instruments stimulants car même si le patient à un intérêt diminué c'est l'accompagnant qui initie la partie - Les jeux stimulent l'émotion qui est la capacité le plus souvent conservée - Les jeux favorisent l'interaction sociale **Discussion** : Lorsqu'il est adapté aux troubles des patients en permettant d'éviter l'échec, le jeu de société est une source de plaisir, de stimulation et de partage entre les joueurs. Afin d'être une source de stimulation cognitive et comportementale, il devra être proposé de façon régulière, avec des aidants professionnels et familiaux, ces derniers devront être accompagnés afin d'adopter le bon comportement vis-à-vis du patient.

THÈMES DIVERS

LA PLATEFORME NORATEST: LES CATÉCHOLAMINES PLASMATIQUES OUVRANT LA VOIE VERS UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET NON-INVASIF DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

L. PILLET (1), A. GALLO (1), R. VERPILLOT (1)

(1) Alzohis, Paris, FRANCE

But: La mise en évidence d'altérations et d'une perte neuronale dans des régions profondes du cerveau, i.e. le locus coeruleus (LC) et l'aire tegmentale ventrale (ATV), à un stade prodromique de la maladie d'Alzheimer (MA) a ouvert de nouvelles perspectives dans la caractérisation de la maladie. Le LC et l'ATV représentent respectivement les plus importantes sources des neurones noradrénergiques et dopaminergiques du cerveau. La perte neuronale au niveau du LC et de l'ATV corrélent avec des déficits de mémoire et de comportements (dépression, anxiété, trouble du sommeil, etc.) généralement observés chez les patients atteints de la MA, bien avant l'observation de plaques amyloïdes

et d'enchevêtrements neurofibrillaires au niveau du tissu cérébral. Ces observations ont mis les catécholamines (noradrénaline (NA), dopamine (D) et adrénaline (A)) au centre de la recherche visant à comprendre les mécanismes physiopathologiques précoces de la MA. De nombreuses études montrent une altération de la concentration des catécholamines au niveau du cerveau et du liquide céphalo-rachidien (LCR), mais aussi du plasma et des urines dans un contexte de MA. Nous avons pu montrer différentes relations entre la concentration en NA plasmatique ([NA]plasma) et le score Mini Mental State Examination (MMSE), ainsi que la concentration des biomarqueurs du LCR (A β 1-42, Tau total et phosphorylée) chez des patients atteints de la MA. Ces observations ont motivé nos travaux sur la [NA]plasma, mais aussi la [D]plasma et la [A]plasma dans un contexte de MA. Notre but est de mettre en évidence d'éventuelles dérégulations plasmatiques catécholaminergiques spécifiques, ouvrant la voie à l'identification de mécanismes pathologiques précoces. **Méthodes** : Nos travaux combinent deux études rétrospectives incluant des patients en première consultation à l'hôpital Lariboisière pour des troubles de la mémoire, atteints de la MA, d'autres démences, ou sans aucune démence. Les concentrations des biomarqueurs du LCR ont été mesurées au cours du diagnostic réalisé par le neurologue. Les concentrations des catécholamines plasmatiques ont été ensuite mesurées rétrospectivement après le diagnostic. **Résultats** : A la suite de nos résultats publiés sur la première cohorte concernant la [NA]plasma, nous avons mené une seconde étude dans le but de confronter la concentration des trois catécholamines plasmatiques avec des paramètres cognitifs (score MMSE) et moléculaires (concentrations des biomarqueurs du LCR). Nous avons pu mettre en évidence sur la deuxième cohorte des relations entre les trois catécholamines plasmatiques entre elles, mais aussi d'une part avec le score MMSE, et d'autre part avec les biomarqueurs du LCR. L'ensemble des résultats des deux cohortes réunies nous a permis de mettre en évidence le potentiel caractère informatif des catécholamines dans le diagnostic de la MA. **Discussion** : Ces études décrivent pour la première fois chez des patients atteints de la MA des tableaux cliniques particuliers de score MMSE et de concentrations en biomarqueurs dans le LCR en fonction du profil des concentrations en catécholamines plasmatiques. Ainsi, la concentration des catécholamines dans le sang pourrait être le miroir des altérations du LC et de l'ATV au cours de la MA décrites précédemment. L'algorithme, développé à l'issue de ces études et basé sur des paramètres et des informations obtenues de manière non invasive, constitue le NoraTest, ouvrant de nouvelles perspectives dans le parcours diagnostique du patient.

EMERGE ET ENGAGE : PREMIERS RÉSULTATS DES ÉTUDES DE PHASE III SUR L'ADUCANUMAB DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER AU STADE PRÉCOCE

A. GABELLE (1), S. BUDD HAEBERLEIN (2), C. VON HEHN (2), Y. TIAN (2), S. CHALKIAS (2), K. KANDADI MURALIDHARAN (2), T. CHEN (2), S. WU (2), L. SKORDOS (2), L. NISENBAUM (2), R. RAJAGOVINDAN (2), G. DENT (2), H. KATIE (2), I. NESTOROV (2), Y. ZHU (2), C. MALLINCKRODT (2), A. SANDROCK (2)

(1) CMRR, Département de Neurologie, CHU Gui de Chauliac, Université de Montpellier, Montpellier, FRANCE; (2) Biogen, Cambridge, ETATS-UNIS

But : L'aducanumab est un anticorps monoclonal humain ciblant sélectivement les formes agrégées d'A β , dont les oligomères solubles et les fibrilles insolubles. EMERGE et ENGAGE sont deux études de phase III mondiales, randomisées, en double insu, contrôlées versus placebo, d'une durée de 18 mois et aux méthodologies identiques, ayant évalué l'efficacité et la sécurité d'emploi de l'aducanumab chez des patients âgés de 50 à 85 ans à un stade précoce de la maladie d'Alzheimer (troubles cognitifs légers dus à la MA ou démence légère liée à la MA). **Méthodes** : Les critères d'inclusion clés comprenaient une TEP-amyoïde positive, un score MMSE de 24 à 30, un score CDR Global de 0,5, et un score RBANS-DMI \leq 85. Pendant la période contrôlée versus placebo de 18 mois, les patients ont été randomisés selon un rapport de 1/1/1 pour recevoir l'aducanumab à dose faible, l'aducanumab à dose élevée ou un placebo, administré par perfusion IV toutes les 4 semaines. Le critère de jugement principal des études EMERGE et ENGAGE était la variation du score CDR-SB entre l'inclusion et la semaine 78. Les critères de jugement secondaires étaient la variation par rapport à l'inclusion des scores MMSE, ADAS-Cog13 et ADCS-ADL-MCI. **Résultats** : Après l'analyse de futilité planifiée, une analyse réalisée suite au verrouillage final de la base de données a montré que l'étude EMERGE avait satisfait à son critère de jugement principal, conformément au plan d'analyse statistique préspecifié. Les patients traités par aducanumab à dose élevée ont présenté une réduction significative du déclin clinique mesuré par les scores CDR-SB entre l'inclusion et la semaine 78 (22 % versus placebo, p = 0,01). L'étude ENGAGE n'a pas satisfait à son critère de jugement principal. Cependant, les données des patients de l'étude ENGAGE qui avaient atteint une exposition suffisante à l'aducanumab à dose élevée ont corroboré les résultats de l'étude EMERGE. **Discussion** : L'étude EMERGE a satisfait à son critère de jugement principal, conformément au plan d'analyse statistique préspecifié. Les données d'un sous-groupe de patients de l'étude ENGAGE corroborent les résultats de l'étude EMERGE. Le profil de sécurité d'emploi et de tolérance de l'aducanumab dans les études EMERGE et ENGAGE concordait avec celui observé dans les études précédentes.

POSTERS

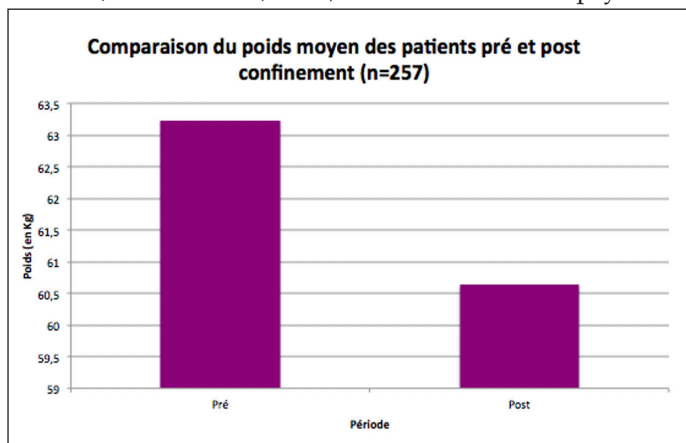
COVID-19 ET MALADIE D'ALZHEIMER

P-01 - ÉVALUATION DE L'IMPACT DES MESURES DE CONFINEMENT LIÉES AU COVID-19 SUR LE POIDS, LE MMS ET LE NPI-ES CHEZ DES PATIENTS ALZHEIMER OU TROUBLES APPARENTÉS INSTITUTIONNALISÉS EN EHPAD CENTRE ALZHEIMER

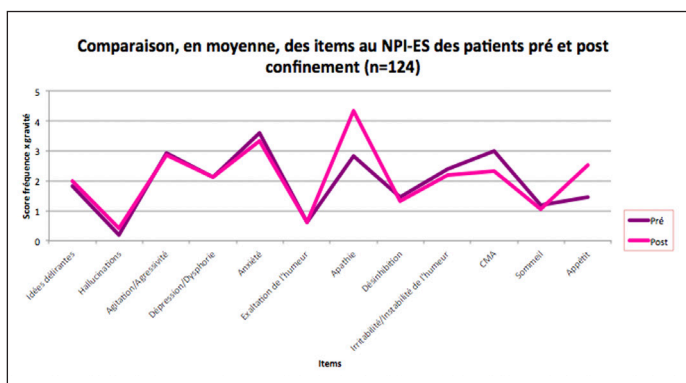
T. BELLETTRE (1), A. SAILLON (2)

(1) Les Parentèles de Mérignac, Mérignac, FRANCE; (2) Almage, Paris, FRANCE

But: Devant la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de COVID-19 en France, l'application d'un confinement strict des patients en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) a été instaurée par les instances représentatives pour éviter l'entrée ou la propagation du COVID-19 dans les établissements visant à assurer la sécurité d'un public vulnérable. Le but de ce travail a été d'explorer l'impact des mesures de confinement sur le poids, l'efficacité cognitive globale et le profil psycho-comportemental de patients Alzheimer ou troubles apparentés institutionnalisés en EHPAD. **Méthodes :** La population était composée de patients institutionnalisés en EHPAD depuis au moins quatre mois avant le début du confinement et tous présentaient une maladie d'Alzheimer ou apparentée diagnostiquée. Les mesures de confinement (sur 106 jours) ont été identiques pour tous les patients qui ont reçu le même type de stimulation individuelle, en chambre, sur un mode «one to one». Les mesures évaluatives ont été administrées avant (pré) et après (post) la période de confinement. Le poids a été mesuré par un pèse-personne mécanique sur un effectif de 257 patients. L'efficacité cognitive globale a été mesurée par le Mini Mental State Examination (version GRECO, Kalafat et al., 2003). L'inventaire Neuropsychiatrique, version équipe soignante (Sisco et al., 2000), a été utilisé



Comparaison du poids moyen des patients pré et post confinement



Comparaison en moyenne des items au NPI-ES des patients pré et post confinement

pour évaluer les troubles psycho-comportementaux. Le MMS et le NPI-ES ont été administrés par des psychologues sur un effectif de 124 patients. **Résultats :** Une différence significative a été observée sur le poids des patients entre la période pré et post confinement avec en moyenne un différentiel de 2,6 kg entre les deux périodes. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre le score total au MMS pré et post confinement et, entre le score total au NPI-ES pré et post confinement. Toutefois, les résultats ont montré une différence significative spécifiquement pour les items «appétit» et «apathie» au NPI-ES entre les deux périodes ($p < .005$). **Discussion :** Nos résultats ont mis en évidence que le confinement strict lié au COVID-19 a impacté défavorablement le poids, les conduites alimentaires et la perte d'initiative des patients Alzheimer ou troubles apparentés institutionnalisés. Nous n'avons pas retrouvé d'impact significatif sur le fonctionnement cognitif global des patients, ce qui semble en faveur d'un bénéfice de la stimulation cognitive «one to one» par les équipes soignantes, et des appels visio avec les proches. Au regard de nos résultats, il semblerait que la sédentarité des patients liée au confinement, par un périmètre de marche très limité, et une désorganisation des routines quotidiennes ont entraîné une perte de poids significative et une augmentation des troubles des conduites alimentaires. Cela démontre l'importance d'une pratique physique quotidienne avec une libre circulation d'aller et venir, source de bienfaits physiques et psychologiques et, de l'approche sociale au cours des repas. Parallèlement, un retentissement négatif a été observé sur l'apathie que nous pourrions expliquer par le désengagement contraint des

patients dans les interactions sociales et les activités de groupe. Ce constat apporte un argumentaire supplémentaire en faveur d'un accompagnement psycho-social dans une dynamique de groupe afin de diminuer l'apathie, symptôme très fréquemment associé à la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

P-02 - CONFINEMENT À DOMICILE ET ÉVALUATION DU FARDEAU DES AIDANTS DE PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES : IDENTIFICATIONS DES FACTEURS DE RISQUES DE BURNOUT

M. GROUSSARD (1), R. COPPALLE (1), E. TAIEB (1), H. PLATEL (1)

(1) Normandie Univ, UNICAEN, EPHE, INSERM, U1077, CHU de Caen, Cyceron Neuropsychologie et Imagerie de la Mémoire Humaine, Caen, FRANCE

But: Les proches aidants (PA) de personnes présentant des troubles cognitifs d'origine neurodégénérative (TNC) jouent un rôle primordial dans nos sociétés et peuvent être amenés à prodiguer des soins complexes et parfois épuisants au quotidien, mais sans formation spécifique ni temps de répit. De nombreuses études font état d'un impact négatif de cette situation d'aide sur leur qualité de vie et leur santé. Cependant, nous ne disposons pas en France d'outils d'évaluation standardisés permettant de dépister et mieux comprendre les difficultés des aidants (Coppalle et al. 2018). Nous avons mis en place durant le confinement lié à l'épidémie de COVID-19 une étude dont l'objectif principal était de caractériser les risques de burnout des PA de personnes présentant un TNC. Les objectifs secondaires de ce travail étaient de mieux comprendre les interactions entre les aspects négatifs et positifs de la relation d'aide et les stratégies employées pour y remédier, et de mieux identifier les besoins et les attentes des proches aidants, dans le but notamment d'expliquer et de pallier à la sous-utilisation des dispositifs d'aides existants. **Méthodes :** Nous avons proposé, via le réseau des associations de malades d'Alzheimer de la région Normandie et du CHU de Caen un questionnaire en ligne (INDS MR1511090420) entre le 20 avril et le 30 mai 2020. Ce questionnaire est composé de 3 parties : 1- Données démographiques, 2- Evaluation de la perception subjective par le PA de son rôle et de son sentiment de compétence avant et pendant le confinement (Archbold et al. 1990), 3- Mesure des difficultés, des satisfactions, ainsi que des stratégies de coping mises en place par le PA (Nolan & Grant 1989). **Résultats :** Vingt-huit questionnaires complets ont été remplis durant cette période. Les répondants étaient âgés de 63.4 (± 6.46) ans, et sont en majorité des femmes (18F/10H) et en situation de PA depuis 41.92 mois en moyenne. Leur proche (âge moyen 78.6 \pm 8.56) présente des troubles depuis 50.78 mois en moyenne. Ces aidants sont pour moitié des conjoints et pour l'autre moitié des enfants des patients qui souffrent majoritairement d'une maladie d'Alzheimer (70%), dont 22 vivent à domicile, les autres en EHPAD. Les réponses des aidants montrent globalement une aggravation significative des difficultés ressenties et une détérioration de la qualité des relations avec leurs proches malades pendant la période du confinement. Par ailleurs, la situation de confinement a accentué le sentiment de ne pas être soutenu dans leur rôle et de ne pas pouvoir obtenir de l'aide facilement en cas de difficultés. Ces résultats préliminaires suggèrent que le sentiment de fardeau ressentis par l'aidant est d'origine multidimensionnelle, mais particulièrement influencé par le sentiment de compétence. **Discussion :** Nos résultats montrent indiscutablement un effet délétère du confinement sur la situation des aidants familiaux. Par ailleurs, nous montrons l'importance de ne pas considérer uniquement le fardeau des aidants mais également le sentiment de compétence personnel qui apparaît comme impactant le risque d'épuisement, et influence la réticence de l'aidant à accepter les aides. Ces résultats et la mise en place d'une étude de suivi de l'évolution de la situation de ces aidants après le confinement permettront également d'aboutir à des outils cliniques de dépistage.

P-03 - QUELS SONT LES IMPACTS DU COVID-19 SUR LES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ?

V. MONTEIL-HAUTIN (1), N. BAILLON (1), A. CHEVRETTE (1), M. HARRIZI (2), O. WILCZYNSKI (2)

(1) Roche SAS, Boulogne Billancourt, FRANCE; (2) Carenity, Paris, FRANCE

But: Durant la crise sanitaire du Covid-19, l'attention a été concentrée principalement sur les personnes touchées par la pandémie. Le risque d'un accès détérioré et insuffisant aux soins des patients chroniques a été réel, avec des conséquences potentiellement dramatiques. Dans le contexte de l'inquiétude suscitée par le COVID-19, Roche a cherché à mieux comprendre l'impact de la pandémie sur les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leurs besoins spécifiques en matière d'information et de services. **Méthodes :** L'enquête a été menée sur les plateformes Carenity (une communauté en ligne regroupant 400 000 patients chroniques et aidants à travers le monde). La communauté Alzheimer a été invitée à participer à l'enquête (invitations et rappels envoyés par e-mail). Le questionnaire a été conçu par Roche, puis examiné et validé avec Carenity. - Cible et critères d'inclusion: Adultes vivant en France Membres de la plateforme Française de Carenity Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et les aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer- Durée des travaux sur le terrain: du 10 juin 2020 au 10 juillet 2020 (1 mois) - Nombre de répondants: n = 50 réponses valides (3 patients et 47 soignants). **Résultats :** Le parcours de soin a été fortement impacté depuis le début de la pandémie : plus de 60% des patients n'ont pas consulté leur neurologue ou gériatre. La téléconsultation a été utilisée par certains médecins et parmi les patients l'ayant utilisée, 27% souhaitent la poursuivre par la suite. Les points positifs sont le gain de temps et la réduction du stress. Ceux qui ne souhaitent pas poursuivre ce type de consultation mettent en avant l'inefficacité et la difficulté d'échanger et de se faire bien comprendre. Dans ce contexte pandémique, très peu de répondants ont eu accès à des informations spécifiques sur la maladie d'Alzheimer et 56% n'ont reçu aucune information spécifique. La télévision (46%), les médecins généralistes (42%) et les sites internet ont été les sources d'information les plus utilisés, tandis que les sources de confiance ont été les médecins (50% pour le GP, 22% pour le neurologue et 30% pour les autres professionnels de santé). La majorité des interviewés (62%) n'ont pas eu connaissance d'initiatives spécifiques à la maladie d'Alzheimer, cependant 16% souhaitent voir certaines initiatives perdurer suite à la pandémie: service de support par téléphone, appels vidéo avec les patients, éviter les attentes à la pharmacie. **Discussion :** La pandémie liée au Covid-19 a bousculé le système de santé et a eu des impacts importants sur les patients atteints de

maladie chronique comme la maladie d'Alzheimer. Certaines pratiques comme la télémédecine ont vu leur utilisation augmenter, ces changements vont-ils perdurer dans le temps ?

P-04 - IMPACT DU CONFINEMENT CHEZ LES PATIENTS AVEC LA MALADIE D'ALZHEIMER OU SYNDROME APPARENTÉ VIVANT À DOMICILE

J. JAFARBAY (1), F. MEHEUST (1)

(1) *Les Abondances «Centre gérontologie», Boulogne billancourt, FRANCE*

But : Introduction : Les patients avec des troubles cognitifs légers à modérés vivant à leur domicile ont été suivis régulièrement afin d'évaluer l'évolution de la maladie ; Ces patients sont pris en charge à l'hôpital de jour par une équipe pluridisciplinaire 1 à 2 fois par semaine pour stimulation cognitive et rééducation fonctionnelle, dans le cadre de prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile. Objectif : Réévaluation de l'état cognitif et de l'autonomie de ces patients dont certains vivent seul à domicile. **Méthodes :** Dès le déconfinement progressif, nous avons pris contact avec les patients par téléphone et avons repris les consultations traditionnelles ou de la téléconsultation quand cela était possible. **Résultats :** 41 consultations ont eu lieu. Notre constat montre une majoration des troubles et une fragilité de l'état psychologique dont une anxiété majeure avec des crises d'angoisse et une sensation de désorientation temporelle. 3 patients ont été hospitalisés en urgence pour chutes, déambulation et état confusionnel. Le suivi post-confinement a mis en avant la nécessité de la reprise de l'HDJ. Pour les patients vivant avec le conjoint, nous avons constaté un épuisement important de l'aidant principal et une aggravation de la perte d'autonomie dans le couple. Actuellement, nous constatons une recrudescence d'hospitalisation et/ou d'institutionnalisation. **Discussion :** Impact majeur cognitivo-comportemental avec perte d'autonomie importante chez les patients avec troubles cognitifs légers à modérés. Une prise en charge à domicile de type « hôpital de jour hors murs » aurait pu être bénéfique pour ces patients dans le cadre de prévention de la perte d'autonomie. Pour les aidants, ce type de prise en charge aurait permis un soutien physique et psychologique et certainement éviter des institutionnalisations brutales.

P-05 - UCC ET COVID-19: ENTRE TOURMENTS ET AJUSTEMENTS

U. EQUIPE (1), N. ALARCON LUJAN (1), N. SCHWALD (1), T. DERGUINI (1)

(1) *AP-HP Emile ROUX, Limeil-Brévannes, FRANCE*

But : Nous proposons de réfléchir aux répercussions de la Covid-19 au sein d'une unité hospitalière spécialisée dans la prise en soin des patients souffrant de troubles du comportement dans un contexte de maladie neuro-dégénérative. Il s'agit d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) accueillant 16 patients âgés de plus de 75 ans. Les patients sont à risque élevé face à cette pandémie du fait de leur grand âge et de leur polyopathie. De plus, leurs troubles cognitifs complexifient leur compréhension, leur perception, leur raisonnement et leurs réactions comportementales. Les gestes barrières et la distanciation sociale ne leur sont pas possibles à intégrer. La covid-19 a touché en nombre les patients. **Méthodes :** Nous proposons de partager notre expérience clinique au sein de l'UCC d'Emile Roux pendant la période de la Covid-19. Nous décrirons la vie de l'unité durant cette période si exceptionnelle. La description va s'étendre sur plusieurs semaines : à partir de la suspicion des premiers cas chez les patients jusqu'à la fin de l'épisode lors du passage en service post-Covid. Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire témoignera: Nous exposerons leur incroyable capacité d'adaptation face aux soins mortuaires par exemple. Nous présenterons aussi leur difficulté à ôter leur EPI une fois l'unité devenue post-covid : geste symbolique de leur anxiété encore prégnante et de leur difficulté à se projeter dans un avenir plus serein. **Résultats :** Nous suivrons les premiers tests, les résultats, le confinement de l'unité, les visites des familles à titre exceptionnel lors d'état d'aggravation des patients, l'accompagnement des familles lors de la présentation du corps au sein de l'unité, les difficultés psychologiques chez les soignants face à la crainte de contracter le virus et/ou de le transmettre, la contraignante et surtout douloureuse procédure pour le soin au défunt. Les soignants souffrent encore aujourd'hui d'avoir eux-mêmes dû fermer la housse mortuaire imperméable. **Discussion :** Si certains patients ont pu traverser la maladie sans trop en souffrir, d'autres en sont décédés laissant dans un grand désarroi leur famille contraintes de subir le confinement de l'unité en particulier et du pays en général. Les soignants ont été confrontés à une augmentation de leur charge de travail. Ils ont dû s'adapter extrêmement rapidement à des nouveaux protocoles de soin. Les tenues ont changé radicalement, les règles d'hygiène se sont durcies, leurs priorités dans le soin se sont modifiées. Leur investissement dans leur travail a été mis à rude épreuve. Ils se sont parfois arrêtés pour maladie (avérée, supposée ou crainte). Comment l'équipe peut-elle se réapproprier son travail suite à un tel bouleversement dans leurs pratiques soignantes?

RÔLE DES MAIA

P-06 - L'ACTION DES MAIA AU SERVICE DES TERRITOIRES ET DE L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ - RETOURS D'EXPÉRIENCES EN OCCITANIE

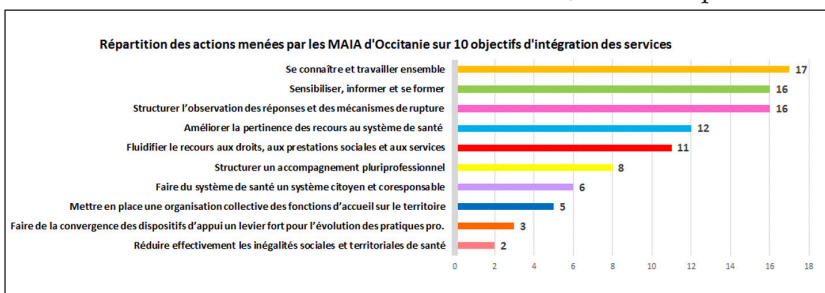
J. JENOUVRIER (1)

(1) *Association Alliance Sages Adages, Toulouse, FRANCE*

But : MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide



et de soins. Les 35 pilotes et 117 gestionnaires de cas MAIA d'Occitanie ont souhaité rendre compte de leur action et valoriser la diversité des projets menés sur la région depuis 2011 dans un ouvrage collectif. L'objectif de ce document est de partager plusieurs expériences et réalisations co-construites avec les acteurs locaux des secteurs social, sanitaire et médico-social. **Méthodes** : Ce document est construit autour de quatre thématiques illustratives de la démarche intégrative et de son apport : • Mieux utiliser les ressources; • Éviter les ruptures de parcours; • Gérer la complexité; • Transformer le système de santé. Les actions répertoriées sur l'Occitanie ont été classées en 10 sous-objectifs. Résultats : Les pilotes MAIA ont recensé 96 initiatives (accomplies ou en cours) couvrant les 10 objectifs de l'Intégration. Au-delà des actions locales, les pilotes MAIA ont développé plusieurs projets régionaux, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Occitanie : • la réalisation d'un guide juridique et pratique de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile; • la construction d'un portail d'information www.personnes-agees-occitanie.fr permettant d'accroître la lisibilité des services d'aide et de soins, et de valoriser les travaux engagés par les partenaires MAIA; • le développement du projet régional Guichet Intégré permettant l'accès à un ensemble d'outils dématérialisés d'optimisation du parcours (en lien avec le GIP e-santé Occitanie). En 2018, la gestion de cas MAIA a permis d'accompagner 4 182 personnes âgées en Occitanie (2 076 entrées et 1 821 sorties). Selon un partenaire : « La gestion de cas MAIA est un vrai plus dans



l'accompagnement de la personne âgée (...), plusieurs situations ont pu être ainsi gérées avec un mieux-être pour les personnes, plus soutenues, mieux entendues sur l'ensemble de leur parcours et en partenariat » **Discussion** : Ces initiatives ne représentent pas la totalité des actions menées sur les territoires. Ce sont celles que les pilotes ont jugées les plus représentatives de leurs activités pour illustrer la mise en œuvre de l'intégration. Ces actions

d'envergure locale et départementale portées par les pilotes MAIA en région Occitanie, se matérialisent concrètement par : • Des outils partagés entre les partenaires pour assurer un suivi pluriprofessionnel : fiche de liaison entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux, classeur de coordination et d'accompagnement personnalisé à domicile, cahier de liaison SSIAD et SAAD ; • Des espaces de répit et de soutien aux aidants, des espaces d'animation de la coopération citoyenne et de proximité en matière de lutte contre l'isolement (MONALISA) ; • Des groupes de réflexion partenariaux pour sensibiliser à la démarche éthique... Cet ouvrage a pour ambition d'être un réservoir d'inspirations et de références concrètes pour participer à l'évolution du système de santé. Ainsi, l'ensemble des apports de la méthode MAIA est un socle durable sur lequel il est nécessaire de capitaliser dans la perspective d'une convergence des dispositifs d'appui à la coordination.

INNOVATION DANS LES STRUCTURES DE SOINS

P-07 - LE BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE FONCTIONNEL

N. CAMUS (1), E. CASSAR (1), M. GIRAUDET (1), A. LE NÉCHET (1)

(1) Centre Hospitalier - Consultation mémoire, Antibes, FRANCE

But: L'Pouvoir évaluer l'ensemble des capacités cérébrales à l'aide d'outils concrets, proches du quotidien, ludiques et attrayants afin d'optimiser le projet de soins personnalisé. Une fois que le diagnostic est posé, pour le suivi des personnes âgées avec troubles cognitifs, nous partons du constat sur le terrain que le bilan cognitif standard est abstrait, parfois difficilement réalisable en EHPAD, anxiogène par moment, chronophage et qu'il n'est pas toujours facile d'exploiter les données pour améliorer au mieux le quotidien du résident et adapter l'accompagnement par l'équipe soignante. Réaliser un bilan cognitif à l'aide d'outils plus proches du quotidien permettrait d'exploiter les résultats pour aider à : • compléter le projet de vie personnalisé, • conseiller sur les attitudes adaptées, • privilégier des activités adaptées à la personne, • connaître les capacités préservées à stimuler, • limiter les situations de mise en difficultés, • valoriser le résident. **Méthodes** : Pour se faire, nous avons créé une batterie fonctionnelle composée de subtests relativement concrets, tout en évaluant l'intégralité des sphères cognitives. Le bilan se décompose alors en quatre parties : • Mémoire; • Fonctionnement exécutif; • Capacités attentionnelles; • Fonctionnement instrumental. Avec des subtests comme

la reconnaissance de célébrités, la mémorisation d'un menu, l'orientation, le classement de vêtements par ordre croissant d'habillement, la manipulation d'un petit budget, la

Capacités cognitives	Capacités	Difficultés	Activités et attitudes à privilégier ou à éviter		
	Peut faire ☺	Ne peut pas faire ☹	A faire	A ne pas faire	Ateliers adaptés à ses capacités

composition d'un numéro de téléphone, l'écriture d'une carte postale, la dénomination d'objets du quotidien, la lecture d'un article de journal... **Résultats** : Les résultats sont alors retranscrits sous format tableau (cf. en tête tableau ci-dessous) pour une meilleure lisibilité. Il est également écrit de manière à faciliter la compréhension des capacités cognitives pour les équipes qui ne seraient pas formées à la cognition. Le bilan permet donc de révéler ce que peut faire et ne peut faire le résident, de proposer des recommandations aux équipes, des conseils et d'envisager une orientation personnalisée vers les TNM proposées sur la structure (réminiscence, mémoire, correspondance, lecture...). **Discussion** : Ce bilan est pour le moment réalisé avec les résidents des EHPAD et les personnes âgées participant à l'ATJ. Ces deux structures peuvent être demandeuses de ce type de bilan dans le sens où les résultats peuvent aider à la prise en soins personnalisée et adaptée de chaque personne. Il n'est donc pas à visée diagnostique mais davantage à visée thérapeutique. Au préalable, le diagnostic aura été posé sur les bases d'un bilan cognitif standard, ce bilan fonctionnel n'intervient que dans la phase de suivi. Dans le temps, des améliorations sont à prévoir. Par exemple, raccourcir la durée de la passation, ajouter des subtests utiles au terrain, retirer du matériel non pertinent, simplifier encore plus la restitution des résultats, renforcer les conseils pour le quotidien, développer l'accessibilité au tableau de résultats pour les soignants... Toujours dans le but d'améliorer la qualité de vie du résident et d'aider les équipes au mieux dans la prise en soins.

LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT ALZHEIMER

P-08 - PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS DE L'UNITÉ D'HÉBERGEMENT RENFORCÉE DE BEAUSÉJOUR

C. ALLOUCHE (1)

(1) COS BEAUSEJOUR, HYERES, FRANCE

But : Mettre en évidence le parcours de soins des patients accueillis dans l'UHR Beauséjour et notamment l'existence d'obstacles à la réorientation Peu d'études descriptives dans la littérature malgré les recommandations existantes **Méthodes** : Etude observationnelle monocentrique rétrospective Recueil des caractéristiques des patients et de leur parcours en amont et en aval à partir du dossier médical informatisé notamment les caractéristiques des patients (diagnostic maladie, critères de sex / ratio, âge, profil NPI-ES), parcours de soins (lieux de provenance et de sortie, motifs d'entrée et de sortie, durée moyenne de séjour). Recueil des données depuis l'ouverture de l'UHR juin 2012 à décembre 2018. **Résultats** : Prédominance de patients atteints de maladie d'Alzheimer (47.7%) et 20% de patients non étiquetés Majorité de patients venant du SSR de Beauséjour (1/3) puis EHPAD et enfin USLD Motif d'entrée dans établissement : 1/3 trouble du comportement, 1/3 retour à domicile impossible, 20% fracture Durée moyenne de séjour 57 mois Lieux de sortie: 1/2 USLD, 13% EHPAD, 10% UVP, 7% décès en UHR Motifs sortie: majorité amélioration NPI-ES, ensuite perte autonomie, décès. **Discussion** : Résidents UHR doivent bénéficier de structures d'aval disposant de personnel formé à la gestion des troubles du comportement, accès aux UVP limités en nombre de place Parcours évolutif dépendant du patient, de sa maladie, du contexte familial et géographique Anticiper dès l'entrée en UHR les réorientations possibles Repérage des patients plus précoces pour éviter errances dans le parcours Etudes à plus grande échelle sur la filière gériatrique.

LES UCC

P-09 - TROUBLES DU SOMMEIL EN UCC. REMPLACER LES SOMNIFÈRES PAR DES THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES.

B. MERCIER (1), C. LE CALVE (1)

(1) Hôpital Simone Veil, Blois, FRANCE

But : Diminuer l'utilisation des somnifères dans les troubles du sommeil chez des patients présentant des troubles neuro-cognitifs d'intensité modérée à sévère dans une unité cognitive comportementale en les remplaçant par des thérapies non médicamenteuses. **Méthodes** : Repérer et identifier les troubles du sommeil. Etiologie des troubles neuro-cognitifs. Repérer le nombre de patients sous somnifères. Mise en place de rituels d'endormissement sur la base de thérapies non médicamenteuses. **Résultats** : Baisse de l'utilisation des somnifères. Efficacité des thérapies non médicamenteuses sur les troubles du sommeil. **Discussion** : Nécessite beaucoup de temps aide-soignant.

P-10 - ÊTRE ASG EN UCC : ILLUSIONS, RÉALITÉS ET ATTENTES

EQUIPE UCC (1), N. ALARCON LUJAN (1), N. SCHWALD (1), T. DERGUINI (1)

(1) AP-HP Emile ROUX, Limeil-Brévannes, FRANCE

But : Les L'assistant de soins en gériatrie (ASG) est un professionnel aide-soignant ou un aide médico-psychologique de formation initiale qui s'est investi dans une formation complémentaire. Cette formation est dispensée par des organismes agréés. L'ASG a donc une formation spécifique permettant une meilleure compréhension des maladies neurodégénératives. En UCC, ils sont des acteurs essentiels dans la prise en soin des troubles du comportement. Leur motivation à exercer leur métier au sein d'un UCC relève d'un choix puisqu'ils intègrent l'unité sur le volontariat. **Méthodes** : Il sera exposé les difficultés à travailler avec les moyens alloués par l'hôpital public ainsi que les atouts d'évoluer dans une unité dynamique. Les ASG exposeront le contexte de leurs interventions, les moyens réels et leur

inébranlable envie de continuer à prendre soin de ces malades qui posent tant de difficultés à accompagner. **Résultats :** Après quelques années, les soignants ASG doivent composer avec des illusions nées lors de leur formation, des réalités de terrain et des attentes face à ce décalage. Il s'avère parfois très difficile de continuer à proposer un accompagnement individualisé et de grande qualité. **Discussion :** De nombreuses questions apparaissent avec l'évolution des propositions de loi. Que devient le devenir des ASG dans un contexte d'évolution des pratiques et de la création de la prime grand âge ? Quid du devenir de ce diplôme et du savoir-faire qui en découlait ?

INTERVENTION NON MÉDICAMENTEUSE ET ALZHEIMER

P-12 - MÉMOIRE PROSPECTIVE, VALENCE ÉMOTIONNELLE ET MALADIE D'ALZHEIMER

M. GRAA (1)

(1) *Hôpital Sainte Périne, PARIS, FRANCE*

But : La mémoire prospective (MP) fait référence à la capacité de mettre en œuvre les actions à réaliser dans l'avenir. Cette mémoire est particulièrement affectée dans les premiers stades de la maladie d'Alzheimer (MA) et a un impact important sur l'autonomie des patients. L'objectif principal de cette étude était d'examiner les liens entre la mémoire prospective et les émotions dans la MA. Puisqu'il a été démontré que généralement les patients atteints de MA mémorisent mieux les informations ayant une valence émotionnelle positive [«effet de positivité lié à l'âge» (Mather, 2012)], notre hypothèse était que la présentation préalable d'une paire indice-action à mémoriser les aiderait à se souvenir des tâches prospectives à réaliser, si ces actions étaient associées à des valences émotionnelles. **Méthodes :** Vingt patients atteints de MA au stade léger et vingt participants âgés sains ont été inclus dans cette étude. Le protocole expérimental consistait à visionner une vidéo simulant la visite d'un centre commercial. Après avoir reçu une liste de courses à faire, les participants devaient rappeler ces courses (actions) après un temps donné («time-based») ou en passant devant des magasins particuliers («event-based») (indices). Lors de la phase d'apprentissage, les actions étaient associées à des valences émotionnelles positives, négatives ou neutres. Nous avons également manipulé la difficulté des tâches en donnant des liens indice-action faibles ou forts et en introduisant des distracteurs. **Résultats :** Les analyses ont montré que les performances des patients étaient significativement inférieures à celles des participants âgés sains à la fois en condition de tâche «event-based» et «time-based». Cependant, les patients ont obtenu des scores similaires à ceux obtenus par les sujets âgés sans troubles cognitifs dans les tâches «event-based» associées à une valence positive, et ce uniquement lorsque le lien entre les indices et les actions était fort. **Discussion :** La combinaison d'une émotion positive (et donc d'un possible «effet de positivité») et d'un lien sémantique fort, semble permettre une amélioration significative des performances des patients Alzheimer. L'approche présentée ici pourrait s'inscrire dans la théorie du support environnemental de Craik (1990). Ces résultats préliminaires ouvrent des pistes de recherches futures pour la prise en charge de patients présentant des troubles de MP dans la maladie d'Alzheimer.

ÉTHIQUE ET ALZHEIMER

P-13 - S'ILS ONT PERDU LA MÉMOIRE, RENDONS-LEUR AU MOINS LA PAROLE !

T. PESQUÉ (1), C. AMOURETTE (1), N. COURTAY (1), H. DETAIN (1), F. GODARD (1)

(1) *Centre hospitalier de Dieppe, Dieppe, FRANCE*

But : Le but de ce travail a été de (re)donner la parole aux patients présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, parole trop souvent confisquée par les aidants et les soignants au motif des troubles cognitifs. Or ces patients ont eu une vie, qui d'ailleurs continue, ils ressentent des émotions et savent souvent les traduire avec bon sens et parfois humour. Ils sont donc riches d'expérience à partager et il serait dommage de ne pas les écouter. **Méthodes :** La méthode, non scientifique, se résume à des observations colligées durant une vingtaine d'années de consultations mémoire menées par infirmières, neuropsychologues et médecins. Quelques-unes ont aussi été effectuées au cours d'hospitalisations. Dans le respect (et parfois l'admiration) de ces patients malmenés par la maladie, nous avons écouté et noté ces phrases, prononcées au cours de la conversation, ou écrites dans le cadre de la «petite phrase» du MMS. **Résultats :** Ces phrases ont été retenues parmi d'autres pour figurer sur cette communication affichée et soumises à votre lecture. Différentes thématiques se dégagent, la maladie, la honte, le fatalisme, l'humour, l'affection, la désorientation, la conduite automobile ... traduisant des sentiments, des affects trop souvent négligés chez ces patients. **Discussion :** Le but de ce travail est de faire partager ces moments et cette expérience, notamment aux soignants, et de contribuer ainsi à apporter un éclairage humaniste à la prise en soin de ces patients, en les confirmant dans leur dignité malgré leurs troubles neurocognitifs.

P-14 - SOCIÉTÉ INCLUSIVE ET TROUBLES NEUROCOGNITIFS : PAROLES DES PERSONNES

L. CARTZ PIVER (1,2), C. DIEBOLT (1,3), C. POLIN (1,3), M. CHOULY (1,2), L. GARCONNOT (1,2), M. NUBUKPO (1,3), B. CALVET (1,3), P. COURATIER (1,2)

(1) CMRR Limousin, Limoges, FRANCE; (2) Service de Neurologie, CHU, Limoges, GABON; (3) Pole de Psychiatrie du Sujet Age, CH Esquirol, Limoges, FRANCE

But : Les personnes souffrant de troubles neurocognitifs TNC et leurs aidants proches risquent d'être mis à l'écart de la société du fait du stigma lié à leur maladie. Différentes initiatives Européennes ont vu le jour pour créer des « Dementia Friendly Communities » DFC et pour aller dans le sens d'une société dite Inclusive. L'objectif de cette enquête est d'interroger des personnes souffrant de TNC et leurs proches aidants sur les liens qu'ils souhaiteraient créer et/ou conserver avec la société. **Méthodes :** Une enquête a été menée auprès des personnes souffrant de TNC et leurs proches aidants suivis au CMRR Limoges et ayant participé à un programme d'éducation thérapeutique ETP. Après un entretien téléphonique pour expliquer l'étude et obtenir l'accord des sujets, un auto-questionnaire a été envoyé, comprenant une version pour le patient et une version pour l'aidant proche. **Résultats :** Des auto-questionnaires ont été adressés par courrier à 50 personnes souffrant de TNC : 29 maladie d'Alzheimer (MA) et 21 dégénérescence fronto-temporale (DFT). 35 retours par courrier ont été obtenus et les questionnaires ayant trop de données manquantes ont été exclus. Un total de 55 auto-questionnaires ont été recueillis, soit 18 concernant le MA (16 binômes, 1 patient, 1 aidant) et 14 concernant la DFT (7 binômes, 7 aidants). Les participants ont pu donner leur opinion sur la terminologie utilisée pour dénommer la pathologie, la possibilité de témoigner sur leur vécu de la pathologie et leur intérêt pour les initiatives des DFC. **Discussion :** Une société dite inclusive s'adapterait aux différences de la personne afin de lui donner toutes les chances de participer aux différents aspects de la vie collective. Les résultats de cette enquête indiqueront des pistes pour améliorer l'inclusion des personnes souffrant de TNC et leurs proches aidants dans la société.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES (NTIC)

P-15 - VIRTUALZ : ÉVALUATION D'UN PATIENT VIRTUEL EN MILIEU GÉRIATRIQUE

S. DACUNHA (1,2), M. URBIOLA-GALLEGOS (1,2), J. SCHOCH (1), M. PINO (1,2,3), A. RIGAUD (1,2,3)

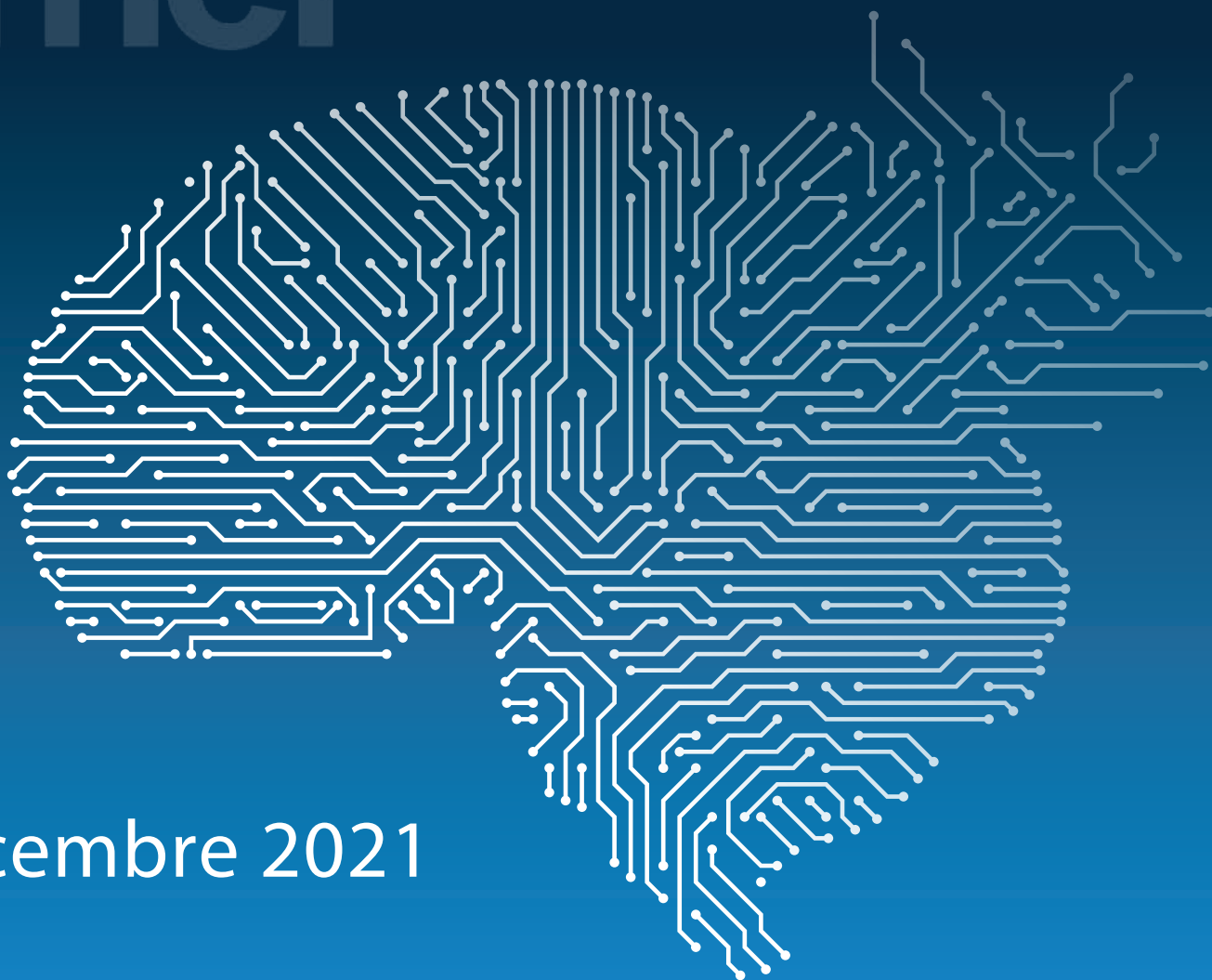
(1) Broca Living Lab - AP-HP, Paris, FRANCE; (2) EA 4468 : Maladie d'Alzheimer, facteurs de risques, soins et accompagnement des patients et familles, Paris, FRANCE; (3) CEN STIMCO, Paris, FRANCE

But : Interagir avec des patients Alzheimer peut s'avérer complexe du fait de nombreux symptômes entravant la communication verbale et sociale. La formation des professionnels de santé doit leur permettre d'acquérir des compétences de communication tant verbales que non verbales afin de communiquer efficacement avec ces patients. Cette dimension est encore très peu prise en compte dans leur formation. Ainsi, certains professionnels débutants ne disposent pas des compétences suffisantes pour interagir de façon adaptée avec les patients atteints de MA. Le Patient Virtuel (PV) est un outil de simulation capable de reproduire virtuellement un patient présentant les symptômes d'une maladie particulière. Il peut être utilisé dans le cadre de la formation en santé et se révèle être un moyen pédagogique efficace et peu coûteux. Le PV apporte une exposition clinique sécurisée, sous forme de scénari cliniques et permet de développer les compétences manquantes. L'objectif du projet VirtuAlz est de développer un PV présentant les symptômes cognitifs et psycho-comportementaux de la MA, servant d'outil de formation pour les futurs soignants. Comme tout outil d'e-formation, le PV doit offrir une bonne expérience utilisateur. Ce travail évalue l'acceptabilité, l'utilisabilité et la crédibilité du PV du projet VirtuAlz. **Méthodes :** Le scénario de PV développé et évalué présente une prise de médicaments « difficile » avec une patiente âgée atteinte de MA. La simulation virtuelle présente des choix d'actions et de dialogues, que le participant doit sélectionner sur l'écran pour interagir avec le PV et accomplir son objectif. Ensuite Le participant est invité à jouer ses réponses (paroles, expressions faciales, gestuelle). 18 professionnels travaillant dans un centre gériatrique ont testé le dispositif. Ensuite, ils ont rempli des questionnaires mesurant l'acceptabilité (Acceptability E-scale), l'utilisabilité (System Usability Scale) ainsi que le réalisme et la crédibilité du PV (Godspeed questionnaire). **Résultats :** Tous les participants ont utilisé des réponses verbales et non verbales face au PV. Le prototype évalué du PV atteint des seuils d'utilisabilité ($m = 83/100 \pm 12.08$), d'acceptabilité ($m = 24.6/30 \pm 2.44$) et de crédibilité, jugés bons. Les commentaires des participants ont montré une acceptabilité satisfaisante et une perception positive du réalisme et de la crédibilité du PV. L'expérience globale a ainsi été qualifiée de « suffisamment agréable ». **Discussion :** Cette étude introduit l'intérêt du PV dans l'entraînement des compétences sociales et non verbales nécessaires à la gestion de patients atteint de MA. En offrant un éventail de situations difficiles pouvant être rencontrées avec les patients, le PV peut participer à l'amélioration de la qualité du soin. Pour assurer son efficacité, la conception d'un tel outil doit respecter le fonctionnement des interactions humaines pour créer une interaction homme-machine adaptée et crédible. Les pré-tests de cet outil ont permis d'identifier les paramètres à améliorer afin de permettre une interaction optimale pour la suite du projet qui s'intéressera, lors de la prochaine phase, aux aspects pédagogiques inhérents au scénari cliniques.

CONGRÈS
NATIONAL 2021

DES UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION
ET DE PRISE EN CHARGE*

Alzheimer



Décembre 2021

Des structures de soins Alzheimer à la mise en place de soins intégrés pour le maintien des fonctions et retarder la dépendance chez le patient Alzheimer.

Retrouvez-nous sur facebook 
www.uspalz.com

* Consultations Mémoire, UHR, Accueils de jour, PASA, Unités de soins spécialisés en EHPAD, MAIA, UCC, plateforme de répit, SIAAD, CMRR, Hôpital de jour, ESA...