

LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#22

NOVEMBRE 2019 - NUMÉRO GRATUIT

Consultation
mémoire

Thérapeutiques non
médicamenteuses

Thérapeutiques
médicamenteuses

Place de
l'aidant

**DES TROUBLES
DE LA MÉMOIRE...
ET APRÈS ?**

Association des Jeunes Gériatres

www.assojeunesgeriatres.fr



LA GAZETTE DU JEUNE GÉRIATRE

#22

COMPOSITION DU BUREAU 2018 - 2019

PRÉSIDENT

Dr Matthieu PICCOLI (Paris)

VICE PRÉSIDENT

Dr Nathalie JOMARD (Lyon)

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

Dr Guillaume DUCHER

(Clermont-Ferrand)

Dr Guillaume DESCHASSE (Amiens)

Dr Cédric ANNWEILER (Angers)

Dr Sophie MOULIAS (Paris)

SECRÉTAIRE

Dr Fanny DURIG (Lille)

TRÉSORIER

Dr Guillaume DUCHER

(Clermont-Ferrand)

PORTE-PAROLE

Dr Arnaud CAUPENNE (Poitiers)

RÉDACTEURS EN CHEF DE LA GAZETTE

Dr Sophie SAMSO (Angoulême)

Alexandre BOUSSUGE (Strasbourg)

RESPONSABLE SCIENTIFIQUE

Dr Cyprien ARLAUD (Nice)

Dr Guillaume DUVAL (Angers)

RESPONSABLE ÉVÉNEMENTIEL

Victoire LEROY (Tours)

Cécilia COFAIS (La Réunion)



ASSOCIATION DES JEUNES GÉRIATRES
www.assojeunesgeriatres.fr

SOMMAIRE

3 ÉDITORIAL

4 ARTICLE THÉMATIQUE

Traitements non médicamenteux dans les pathologies neurocognitives du sujet âgé

14 FOCUS GÉRIATRIQUE

La consultation mémoire : comment organiser sa consultation !

20 FICHE MÉTIER

Le métier de neuropsychologue

22 FICHE PRATIQUE

Rédaction d'un protocole de recherche clinique 3/3

24 ACTUALITÉS AJG

26 BIBLIOGRAPHIE

Effect of Relocation on Neuropsychiatric Symptoms in Elderly Adults Living in Long-Term Care

30 CAS CLINIQUE

Une maladie de Huntington à début tardif

32 ANNONCES DE RECRUTEMENT

N° ISSN : 2264-8607

ÉDITEUR ET RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé – M. Kamel TABTAB, Directeur
6, avenue de Choisy | 75013 Paris.

Tél. : 01 53 09 90 05 - E-mail : contact@reseauprosante.fr
www.reseauprosante.fr

Imprimé à 1300 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

ÉDITORIAL

Chères lectrices et chers lecteurs,

C'est avec grand plaisir que nous vous présentons ce dernier numéro de la Gazette du Jeune Gériatre.

Nous avons à cœur d'aborder un sujet qui est cher à la plupart des (jeunes) Gériatres : la pathologie neurocognitive.

Nous avons voulu le faire de manière non classique. Ainsi, notre article thématique traite des thérapeutiques non médicamenteuses (un ouvrage paraîtra prochainement sur les ateliers thérapeutiques dans les Troubles Neurocognitifs dont notre président Matthieu Piccoli est co-auteur avec le Dr Laurence Hugonot-Diener).

Le focus gériatrique pourra vous aider de manière efficace à mener des consultations mémoire. Il s'agit d'une tâche difficile, complexe et dont la méthodologie est primordiale !

En restant toujours dans le même thème, vous découvrirez la fiche métier de neuropsychologue, partenaire précieux dans le bilan cognitif ainsi que pour la suite de la prise en charge.

Vos rubriques habituelles sont au rendez-vous : le 3^{ème} et dernier volet de la saga « rédaction d'un protocole de recherche » (les épisodes 1 et 2 ont été publiés respectivement dans les Gazette 20 et 21) ; l'article Bibliographie et Cas clinique.

La Fiche du Médicament avec le point de vue du Pharmacologue et du Gériatre s'absente dans ce numéro pour mieux revenir au prochain et débattre sur les AINS.

Ce numéro étant distribué gratuitement lors des Journées Annuelles de la SFGG, nous espérons que vous profiterez de l'occasion pour venir nous voir sur le stand de l'AJG pour discuter et échanger... et pourquoi pas adhérer à l'association ou participer au Conseil d'Administration ?

Gériatriquement vôtre,

Alexandre BOUSSUGE et Sophie SAMSO
Rédacteurs en chef



TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX DANS LES PATHOLOGIES NEUROCOGNITIVES DU SUJET ÂGÉ

Une problématique majeure de santé publique

La prévalence actuelle des Troubles Neurocognitifs Majeurs est estimée par l'Organisation Mondiale de la Santé à 47 millions de personnes dans le monde (5 % des plus de 60 ans) avec des prédictions respectivement pour 2030 et 2050 estimées à 75 et 132 millions de personnes touchées (1).

De plus, l'incidence est estimée à presque 10 millions de nouveaux cas par an, dont 71 % dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (2).

Cette morbidité augmente avec l'âge, au sein d'une population mondiale dans laquelle la proportion des plus de 75 ans est également en augmentation.

Il est enfin évoqué que l'isolement social pourrait être associé à une plus grande prévalence des troubles cognitifs (3).

L'apparition, l'évolution et les complications de ces troubles sont modulées par de nombreuses comorbidités, dont l'incidence augmente, elle aussi, avec l'avancée en âge et est liée à leurs étiologies, multiples.

Toutefois, la démarche diagnostique et étiologique ainsi que la recherche fondamentale parviennent à comprendre davantage la cognition et ses altérations.

Néanmoins, malgré ces progrès sur un plan fondamental et théorique,

leur application ne permet, à ce jour, aucun traitement curatif et l'annonce d'un diagnostic de trouble neurocognitif dégénératif reste une mauvaise nouvelle, du fait de ses potentielles implications sur la vie quotidienne, familiale et sociale.

Cette dernière est en effet lourdement impactée par la survenue, avec l'évolution de la maladie, de symptômes psycho-comportementaux, qui sont une cause majeure d'épuisement des aidants (4).

La maigre place du médicament dans les traitements

La recherche sur le médicament fait pour l'instant état d'une réduction des dépôts amyloïdes, mais l'efficacité clinique des médicaments est jusque-là modeste et leur bénéfice pourrait n'être important qu'à des stades précoces (5).

De surcroît, la fin de prise en charge par l'Assurance Maladie des traitements médicamenteux disponibles en France dans les indications de traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer (dans l'ordre alphabétique : Donepezil, Galantamine, Memantine

et Rivastigmine) s'est accompagnée d'une campagne de communication semblant néfaste pour les personnes vivant avec la maladie ainsi qu'aux professionnels de santé agréés qui les accompagnent (6).

Enfin, dans les revues de la littérature, le niveau d'efficacité des traitements médicamenteux, dans la gestion des symptômes psycho-comportementaux est plutôt modeste (7). Avec de grandes réserves tenant compte de la variabilité, de la fluctuation et de l'intensité des symptômes et sans tenir compte des effets indésirables, les traitements qui paraissent les plus efficaces sur les symptômes psychocomportementaux (avec un fort niveau de preuve) sont les antipsychotiques

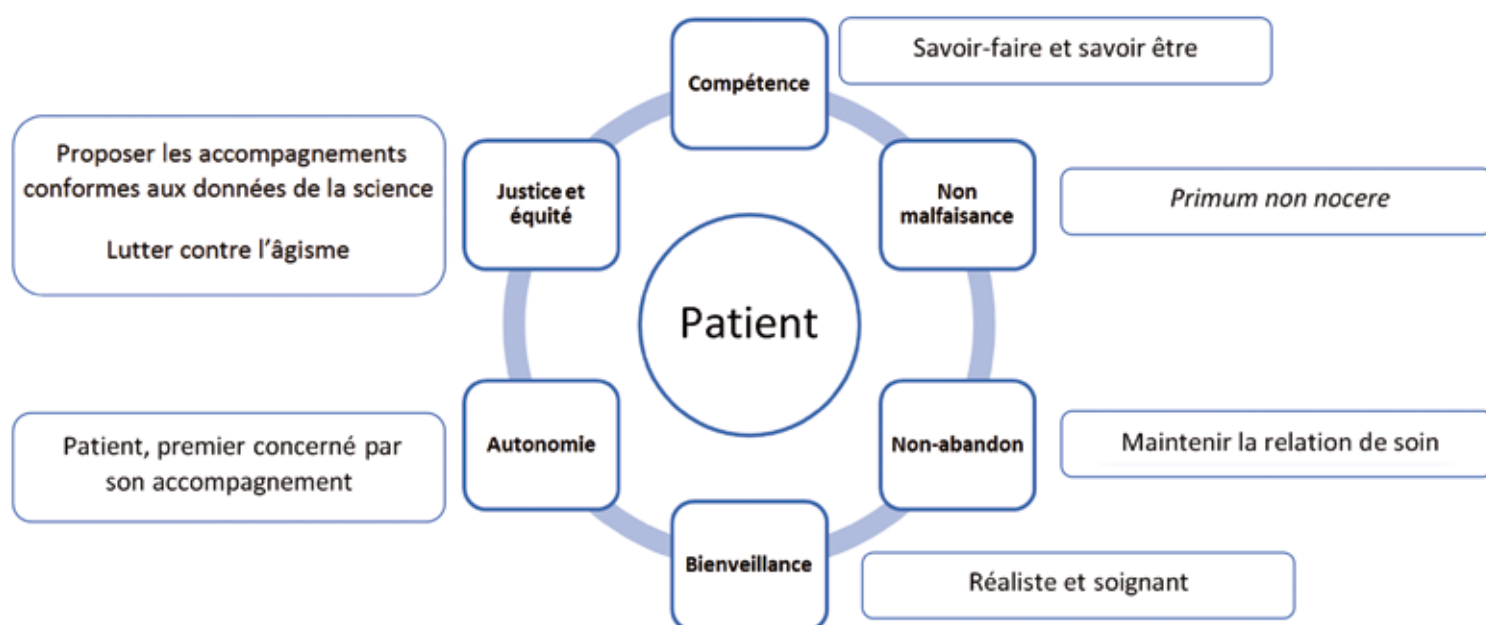
atypiques, suivis de près par le Donepezil et la Galantamine, avec une réduction moyenne de risque de 13 à 15 %. On retrouve également (avec un niveau de preuve faible) les antalgiques, avec une réduction moyenne de risque de 24 %.

Il faut voir également l'impact des effets indésirables de certains de ces traitements, pourvoyeurs de morbi-mortalité non négligeable (pneumopathie, chutes, ...).

Ainsi, nous sommes confrontés à une situation qui mêle un nombre

important de personnes concernées, avec un nombre restreint de médicaments (dont certains à marge thérapeutique étroite ou à risque iatrogène important). Le paradigme du Care, adapté à la maladie chronique, s'appuyant sur ces principes du juste soin, a permis de faire émerger de nombreux traitements non médicamenteux, qui doivent être mis en œuvre après une stratégie d'analyse précise (cf. synthèse à la fin de l'article). Cet article tente d'en dresser une petite revue de la littérature.

La maladie chronique et le paradigme du Care



Comme dans de nombreuses maladies chroniques, des paradigmes de soins relativement récents permettent d'accompagner un nombre croissant de personnes, dès l'annonce du diagnostic, aussi bien que possible (8).

Il s'agit en effet de l'Éthique du Care (9), dérivé d'un nombre important de principes éthiques forgés du temps d'Hippocrate.

Le premier d'entre eux est la compétence : dans une démarche de

soin déontologique, la pratique du « charlatanisme » est interdite (article 39 du Code de Déontologie Médicale)¹. Aussi, les savoirs, les savoir-faires et les savoir-être doivent être mis en œuvre par des professionnels de santé, formés à l'intégrité scientifique, dans une démarche thérapeutique.

Cet aspect est d'autant plus fondamental que les troubles neurocognitifs placent les personnes qui y sont exposées en situation de vulnérabilité : l'atteinte cognitive

peut impacter la conscience des troubles, l'intégration d'informations complexes et ainsi modifier les capacités de jugement et de consentement éclairé aux soins. Aussi, il est ici question du principe de non-malfaisance (*primum non nocere*).

Le second principe, lui aussi fondamental, est celui de non-abandon, illustré par Yves Pélicier (10) ainsi : « Les malades gardent l'espoir, mais vous [médecins] leur devez l'esérance ».

1. Article R.4127-39 du code de la santé publique : « Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite. »

De ce fait, nous ne devons ni entretenir un espoir irréaliste, ni ne pas réaliser l'annonce du diagnostic ou du pronostic, mais au contraire, maintenir une relation de soin, dans un but de soulagement de la personne. Aussi, il est question du principe de bienveillance.

S'y associe un troisième principe, l'autonomie, qui est souvent source de tensions de valeurs éthiques. En effet, l'anosognosie, symptôme majeur et gênant, peut faire douter des réels souhaits de la personne. Avec l'accompagnement de la famille, des proches et de professionnels bienveillants, la personne reste au cœur des pré-occupations thérapeutiques et toujours la première concernée par les interventions : dans une

temporalité acceptable, il est ainsi possible de respecter les valeurs et choix de la personne.

Pour cela, il est essentiel de fournir aux personnes une information adaptée à leurs capacités de compréhension et recueillir, avant toute prise en soins, leur consentement aux soins (ou leur assentiment, lorsqu'un consentement strict, au sens juridique, ne peut être recueilli). Cela est d'autant plus important que la participation active des personnes à l'accompagnement proposé renforce l'adhésion au projet de soins, la perception de son efficacité, et peut leur procurer de grandes satisfactions.

Le dernier principe est celui de justice et d'équité : chacun doit se

voir proposer les soins conformes aux données de la science qui sont justifiés par son état de santé, indépendamment de toute autre considération. C'est sur la base de ce principe que l'on peut ainsi combattre l'âgisme et les discriminations et proposer des thérapeutiques validées.

Nous avons choisi de classer ces thérapeutiques ainsi : interventions centrées sur le patient (apprentissage, réhabilitation personnalisée, activité physique, stratégies multicomposantes, activités de loisirs, thérapie par la validation, stimulation multi-sensorielle) puis les interventions ciblant les aidants (familiaux et professionnels) et enfin les interventions ciblant l'environnement.

Interventions centrées sur le patient

Apprentissage de stratégies de mémoire

Mémoire des lieux

L'apprentissage de stratégies de mémoire (en particulier, pour renforcer l'encodage) peut utiliser la technique "des lieux" (11, 12), sorte d'image mentale associée à l'objet à retenir. Un programme détaillé (MEMO) montre des effets se maintenant à 6 mois (13) comparé à une prise en soins basée sur la gestion du stress, la résolution de problèmes et d'activation comportementale.

Mémoire de travail, contrôle attentionnel et contrôle inhibiteur

Pour ce qui est de l'entraînement de la mémoire de travail et du contrôle attentionnel, de nombreux travaux ont été réalisés en particulier avec des outils numériques. Une méta-analyse pointe d'ailleurs que l'entraînement basé sur une tâche de mise à jour (n-back) était le plus efficace (14), sans améliorer néanmoins le raisonnement ou le calcul mental.

Pour ce qui est des fonctions d'inhibition, un jeu vidéo a permis d'en améliorer les capacités, par la stimulation d'autres fonctions cognitives, témoignant de la plasticité cérébrale persistante malgré l'avancée en âge (15). Toutefois, il est possible que ce qui ait été bénéfique est l'utilisation d'un contexte utile au plan fonctionnel (réalité virtuelle simulant la place passager avec comme tâche de guider le passager) (16).

Programmes de réhabilitation cognitive

Les activités de rééducation proposées dans le cadre d'un accompagnement orthophonique ou par une Equipe Spécialisée au Domicile ont été évaluées auprès de patients âgés sains et atteints de MCI, dans une revue de la littérature regroupant 35 études dont 27 essais contrôlés randomisés (17). Les résultats tendent à montrer une amélioration des performances mnésiques, des fonctions exécutives, de la vitesse de

traitement, des capacités attentionnelles et de la performance cognitive subjective.

Les recommandations françaises (18) précisent d'ailleurs que la prise en charge orthophonique vise « à maintenir et adapter les fonctions de communication du patient (...) et aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux éventuelles difficultés du malade. L'objectif principal est de continuer à communiquer avec lui, afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnel ». La Haute Autorité de Santé insiste d'ailleurs sur l'intérêt particulier « dans les maladies avec atteinte du langage au premier plan ».

Programme de réhabilitation cognitive par des activités porteuses de sens

L'étude ETNA 3 (19) menée en France sur 653 patients dans 40 centres sur 2 ans de suivi, a comparé aux "soins standards", la stimulation cognitive, la thérapie de reminiscence et un programme

individualisé de réhabilitation cognitive basée sur des activités porteuses du sens pour le patient, c'est-à-dire adaptées à sa personnalité, à ses loisirs, ses goûts et ses désirs.

La seule thérapie ayant un impact statistiquement significatif sur l'indépendance fonctionnelle (Score AGGIR et DAD), l'entrée en institution, les symptômes psychocomportementaux (NPI) et le fardeau de l'aidant était le programme individualisé de réhabilitation cognitive. Ce dernier n'a néanmoins pas pu prouver son efficacité sur la diminution de mortalité, la diminution du taux de patients vivants exempts de maladie à un stade modéré à sévère ni sur l'amélioration du score ADAS-Cog.

Prise en charge par l'activité physique ou l'activité récréative

L'évidence scientifique converge vers une efficacité notable de 30 minutes d'activité physique quotidienne (7, 20–22) sur l'anxiété, l'humeur, le sommeil ou l'agressivité.

Les effets de l'activité physique sont également démontrés dans l'entretien des capacités fonctionnelles, dont on sait qu'elles ont un impact significatif dans l'évolution de la maladie et notamment sur la charge de l'aidant (4).

Cette activité peut être réalisée soit par des kinésithérapeutes, des enseignants en Activité Physique Adaptée ou par d'autres types de professionnels (Assistante de Soins en Gérontologie) comme des rééducateurs (Ergothérapeute, Psychomotricien).

Ces professionnels ont également un rôle dans la réalisation d'activités dites "récréatives" basées sur les intérêts de la personne. Ces dernières ont montré une efficacité dans les troubles du comportement, en particulier l'agitation ou l'apathie, ainsi que l'humeur, lorsque les activités étaient pratiquées 2 fois par jour pendant 3 semaines d'affilée, mais l'effet sur le plaisir n'était pas rémanent à la fin du traitement (23).

Stratégies multicomposantes

Des interventions portant sur plusieurs domaines cognitifs (multicomposantes / multidomaines) ont été étudiées, mais leur intégration dans une méta-analyse apparaît difficile tant les programmes peuvent varier dans leur contenu et leur public.

Une méta-analyse de 2014 portant sur 52 études comparant des programmes d'entraînements assistés par ordinateur chez des sujets sains par rapport à des soins standards (24) a pu montrer en post-test immédiat (entre 1 et 12 semaines) un effet faible à modéré de ces programmes sur des domaines non entraînés par le programme en question, à savoir la mémoire non verbale, la mémoire verbale, la mémoire de travail, la vitesse de traitement et les compétences visuo-spatiales.

En revanche, aucune différence d'efficacité n'a été trouvée sur les compétences attentionnelles ou les fonctions exécutives. Ces interventions n'étaient pas efficaces lorsqu'elles étaient réalisées au domicile sans supervision par rapport à des entraînements en groupe. Un très faible niveau de preuve était retrouvé sur des sessions de moins de 30 minutes. Le nombre de séances hebdomadaires ne semblant pas modifier l'efficacité des programmes.

Cette étude n'a pour autant pas évalué l'efficacité de ces programmes chez des patients présentant des troubles cognitifs ni l'effet à long terme de ces programmes.

Toujours dans les interventions multicomposantes, une étude menée sur 76 patients MCI exécutifs bénéficiant d'un programme mixte (activité physique et entraînement cognitif) pendant 12



semaines, montrait une amélioration plus forte que chacun des programmes séparés. En effet, à 6 mois, les performances de flexibilité mentale (Test de Stroop), la mémoire de travail (empan chiffré endroit) et les capacités motrices (Timed-Up and Go Test, vitesse de marche en simple tâche) s'étaient améliorées de manière statistiquement significative (25).

Activités de loisirs

Enfin, les interventions basées sur des activités de loisirs peuvent donner des résultats sur les performances cognitives. Par exemple, dans une étude menée sur 221 patients, une activité centrée sur la pratique de la photographie (26) a montré, à 3 mois, une amélioration de la mémoire épisodique et des capacités de visuoconstruction, par rapport à l'utilisation d'une tablette.



Ces interventions pouvant aussi avoir un impact par le biais des interactions sociales qu'elles produisent. Les dernières revues systématiques (27) mettent en avant une efficacité notable de la musicothérapie sur l'agitation et l'anxiété.

Thérapie par la validation

La thérapie de la validation, théorisée par Naomi Feil (28) est utilisée dans l'objectif de diminuer la violence perçue par la personne lors de la prise de conscience que sa réalité et la réalité des soignants sont très différentes. Son efficacité est discutable selon les études. Dans une étude comparant plusieurs stratégies d'utilisation (29) elle est sans effet sur l'apathie, la dépression ou l'agressivité. Dans une étude de suivi "avant/après", un effet est noté avec réduction des symptômes d'agitation, d'agressivité, d'apathie, d'indifférence, d'irritabilité, de labilité émotionnelle et les troubles du sommeil (30). Une troisième étude montre une efficacité en termes de diminution du score NPI après 3 mois de traitement (par rapport au placebo), bien que l'effet soit moindre que celui observé dans la Réminiscence sensorielle (31).

Au final, une revue systématique dédiée à diverses interventions psychosociales (32) n'a pu véritablement conclure sur l'efficacité de cette thérapie dans les symptômes psychocomportementaux : il semble exister une taille d'effet suffisamment mesurable, significativement supérieure à celle du placebo pour certains patients, mais avec une absence totale d'impact sur d'autres, sachant que les études étaient menées sur un nombre restreint de patients.

Au total, si elle est utilisée comme un moyen, empathique et bienveillant, d'entrée en relation avec une personne, elle peut permettre d'avoir accès à d'autres thérapies non médicamenteuses.

Stimulations multi-sensorielles : espace Snoezelen

L'efficacité de ce programme, pourtant très développé, n'a été montrée que sur la diminution à court terme de l'agitation dans un essai sur 125 patients, recevant un programme personnalisé impliquant les équipes et les proches (33).

Interventions ciblant les aidants

Formation des équipes

Il s'agit d'une pratique globalement efficace. En effet, la formation des équipes aux symptômes psychocomportementaux et à la pathologie neurocognitive permet de réduire les prescriptions de contentions inappropriées et les phénomènes d'hétéroagressivité à l'encontre des équipes (20).

De plus, une méta-analyse portant sur l'efficacité d'un programme de

formation à destination des intervenants (médicaux et paramédicaux) en institution a permis de réduire (d'environ 5 % à 6 mois) la prescription de médicaments psychotropes (34).

Soutien des aidants

Le rôle fondamental des aidants n'est plus à prouver dans la possibilité du maintien au domicile. Néanmoins, l'isolement des aidants ou leur souffrance psychologique

(fardeau élevé) sont des facteurs de risque de maltraitance identifiés.

Les interventions qui avaient la meilleure efficacité à court terme étaient les interventions psycho-éducatives et les psychothérapies, en particulier pour les patients à des stades non sévères (35). Dans la gestion des troubles psychocomportementaux, une méta-analyse (27) révèle que les interventions impliquant un aidant

familial formé pour proposer des interventions au patient et/ou un soutien psychoéducatif avec des formations, une aide à l'organisation de l'emploi du temps et de l'environnement, sous forme de 9 à 12 sessions au domicile

permettent de réduire sur des périodes de 3 à 6 mois les symptômes psychocomportementaux au moins aussi bien que les neuroleptiques. Cela permet également d'améliorer les affects de l'aidant face aux symptômes psychocomportementaux.

Rappelons enfin, qu'un suivi annuel et personnalisé des aidants est recommandé (36), l'aide fournie par les aidants reposant sur leur santé physique et mentale.

Interventions ciblant l'environnement

Assurer la sécurité des patients, des proches et des professionnels est un enjeu également important.

Là encore, le principe d'autonomie peut parfois être mis à mal de manière non-intentionnelle (impossibilité de conduite automobile, bracelet avec coordonnées de l'aidant principal au poignet, coupure du gaz, ...).

Une problématique particulièrement prégnante est celle de la conduite automobile. La dernière revue Cochrane à avoir étudié l'intérêt d'une évaluation de la conduite (37) ne permet pas de montrer un bénéfice en termes de mobilité ni de réduction du taux d'accidents de la route.

L'aménagement de l'environnement est ainsi d'une importance capitale, afin de pouvoir limiter les risques, maximiser les activités de la vie quotidienne et de loisirs et permettre à la personne de conserver ses capacités fonctionnelles préservées et chercher à améliorer ou compenser celles qui peuvent être limitées.

Les preuves d'efficacité ont pu être évaluées dans des essais contrôlés et montrent une amélioration, à 6 mois, d'après les aidants, de paramètres fonctionnels et comportementaux par rapport au groupe contrôle. A 1 an, il ne persiste de manière significative, qu'une amélioration de

l'affect des aidants et une tendance à l'amélioration fonctionnelle et comportementale (38).

Ces interventions sont particulièrement efficaces à court terme (12 semaines) sur l'épuisement de l'aidant et les capacités fonctionnelles de l'aidant (39).

Enfin, un rapport anglais (40) évalue que les aménagements au domicile permettent de retarder l'entrée en institution d'environ 1 an et ainsi d'économiser plusieurs dizaines de milliers d'euros.

Difficultés conceptuelles : animations ou thérapies non médicamenteuses, critères de jugement et placebo

Sans nier l'intérêt social des animations, elles ne s'inscrivent pas obligatoirement dans un projet personnalisé de soins et ne sont pas obligatoirement encadrées par des professionnels de santé formés, soumis à une déontologie stricte.

Les interventions thérapeutiques sont pertinentes quand elles s'inscrivent dans une logique de soins et d'accompagnement personnalisé dans la vie quotidienne de chacun. L'intérêt d'une intervention n'est pas de faire progresser des scores dans une perspective d'évaluation qui serait "contemplative" mais bien d'apporter une utilité dans le quotidien de la personne : permettre de se rappeler

comment faire une activité porteuse de sens, mémoriser des conversations, ...

Il paraît nécessaire que la recherche clinique sur les TNM respecte un haut niveau d'exigences méthodologiques et éthiques et ainsi, implique l'avis du comité de protection des personnes. Ce haut niveau d'exigence, qu'il ne faut pas considérer comme un frein, doit être vu comme une force.

En effet, le critère de jugement le plus cliniquement signifiant en recherche clinique semble être la mortalité, car il est objectif et ne peut être substitué. Toutefois, les populations étudiées étant particulièrement fragiles et comorbides, ce critère ne peut être utilisé qu'avec des tailles de groupes d'échantillon particulièrement larges.

A défaut, de nombreux travaux ont utilisé des échelles quantifiant soit les performances cognitives (MMSE, ADAS-Cog, ...) soit l'intensité des symptômes comportementaux (NPI, Cohen-Mansfield, ...). Toutefois, les variations observées ne sont que des perceptions statistiques sans véritable implication clinique : une variation de 3 points du score MMSE ou du NPI change-t-elle la vie quotidienne de la personne ?

Les critères fonctionnels semblent ici les plus pertinents, comme l'entrée en institution, les activités de la vie quotidienne, la variation de la qualité de vie dans le temps...

De plus, un placebo strict ne serait pas éthique : ces études sont généralement réalisées dans des pays à hauts revenus, dans des infrastructures de santé correctes, dans des centres formés ou des services spécialisés et les patients sont, peu importe leur groupe, accompagnés et reçoivent des soins par des professionnels formés et tendent à bénéficier des formations et bonnes pratiques environnantes.

En dernier lieu, les interventions non médicamenteuses sont très "personne-dépendantes". L'implication, l'empathie, le lien thérapeutique ou la formation de chaque professionnel peut varier, pouvant accorder un bénéfice de certaines interventions au seul professionnel lui-même, sur des critères de jugement subjectifs.

L'accès aux soins, les preuves à l'épreuve de la réalité médico-économique

Le corpus de preuves de l'efficacité des interventions non-pharmacologiques ne fait qu'augmenter, nous en dressons un avant-goût, loin d'être exhaustif.

Synthèse : en pratique

Dans la pratique courante, les thérapies non médicamenteuses sont souvent utilisées lors de symptômes psycho-comportementaux liés aux troubles neurocognitifs majeurs (SPCD) qui regroupent un panel large de symptômes. Il convient d'abord de bien les connaître, les identifier, les analyser sur le nyctémère (avec leurs facteurs favorisants ou calmants) et les individualiser dans la prise en charge (20) :

"Symptômes repérés à l'entretien de la personne ou de son proche

Anxiété, Dépression, Hallucinations, idées délirantes.



Toutefois, à l'inverse des thérapies médicamenteuses, pouvant déboucher sur une prise en charge financière par la solidarité nationale, certains outils utilisés dans les interventions décrites ci-dessus ne sont pas à la portée de tous ou ne verront par leur développement porté à large échelle.

A l'inverse, des solutions parfois coûteuses, nécessitant du matériel et des professionnels formés, peuvent s'avérer peu pertinentes cliniquement sur le moyen terme.

De plus, les inégalités sociales et territoriales de santé viennent aggraver une situation médicale déjà complexe : si la mise en place d'une prise en charge à 100 % avec le protocole de soins "Affection de Longue Durée" permet d'apporter une égalité financière théorique dans l'accès aux soins, la disponi-

bilité des professionnels et l'accès aux thérapies non médicamenteuses sont très variables d'un territoire de santé à l'autre. Aussi, notre propos est de veiller à ce que ces protocoles de soins soient rédigés, mais de veiller également à ce que des soins effectifs soient intégrés dans ce protocole !

Il serait illusoire de croire que ces interventions pourraient se mener sans formations ni moyens humains.

Il est donc indispensable que la filière de soins soit particulièrement bien articulée, que les parcours de santé prévoient cette articulation pluri-professionnelle et que la place des professionnels de la gériatrie, tout corps de métier confondu, soit mise en avant. De nombreuses voix s'élèvent d'ailleurs en ce sens (41-43).

Symptômes évalués par l'observation du patient

Agressivité, cris, agitation, déambulation ou comportements de suivis, comportements inappropriés, désinhibition verbale ou sexuelle, accumulations."

Deuxièmement, il est nécessaire d'identifier les besoins (au sens de la pyramide des besoins de la personne selon Maslow), via un entretien, couplé avec celui des proches, pour établir un projet de soins le plus individualisé et porteur de sens possible, qui puisse également identifier les stratégies de coping les plus faciles à mobiliser pour la personne.

Troisièmement, lors des soins, se fixer un objectif raisonnable, portant sur un symptôme à la fois et cherchant à minimiser les effets indésirables (en particulier par le non recours aux traitements médicamenteux lorsque cela est possible), en évaluant l'effet des interventions, via des échelles objectives et adaptées à chaque symptôme. L'anticipation d'une éventuelle absence d'efficacité, avec la possibilité de recourir à d'autres interventions, permet de conserver des attitudes positives.

Cela consiste également à proposer les stratégies efficaces sur le court terme aux périodes

spécifiques identifiées (par exemple, une séance de stimulation multisensorielle lors d'agitation anxieuse vespérale).

Enfin, le contexte est également particulièrement important à prendre en compte car, utilisée dans un contexte inadapté, une intervention pourrait ne pas produire les effets escomptés, voire pourrait faire renoncer les participants (patients comme professionnels) : une intervention en orthophonie utilisant des techniques adaptées à l'enfant

chez une personne présentant des troubles à un stade précoce, peut lui donner un sentiment d'infantilisation et d'inadéquation des soins et faire renoncer à l'accompagnement.

Toutefois, comme dans tout aspect de la médecine, les résultats peuvent demander un peu de temps, ne pas être si probants ou n'être pas satisfaisants.

Dans ces situations, il est important de ne pas présenter cela comme un échec. Il s'agit d'un

aléa thérapeutique, qui n'est pas personnel ni à la personne ni aux professionnels. Il faut savoir arrêter une intervention, la remettre en question dans l'arsenal thérapeutique, avec le patient au cœur de la réflexion, en requérant son consentement de manière réitérée.

C'est un facteur clé de réussite de ces interventions.

Conclusion

Il existe de nombreuses preuves qui montrent qu'on peut faire reculer l'incidence des troubles neurocognitifs : la participation sociale avec activité cognitive (44), l'activité physique, l'arrêt du tabac et de l'alcool (45) sont cités comme bénéfiques.

Bien que la prévention sera, à l'avenir, la pierre angulaire du soin, il est fondamental de défendre et garantir la place des citoyens âgés dans une société inclusive (41), qui donne à chacun un accès à la "révolution numérique, la domotique et la robotique solidaires, permettant à la fois d'adapter le logement des personnes âgées et de favoriser des alternatives à l'EHPAD" (42).

Les thérapies non-médicamenteuses, en reposant le paradigme du "Care" dans la relation de soin et d'accompagnement dans les maladies chroniques, constituent un panel large d'outils à la disposition de l'ouverture à l'autre, de la reconnaissance de notre propre vulnérabilité et d'une considération pleine de la personne. Elles permettent également de laisser une place plus grande à la participation active de la personne dans son projet de soins.

Dans le cas des interventions présentées dans cet article, effectuées dans un cadre de recherche clinique avec un financement dédié, l'enjeu est désormais de maintenir les activités proposées dans les programmes de soins et passer au stade de l'application. Ce sont ainsi des outils à mettre au service de l'autonomie des patients, au sens éthique du terme et offrir ainsi des soins de qualité, ce qui pose un véritable problème éthique de justice et d'équité.

La défense de la filière gérontologique et des métiers du grand âge sont ainsi des chantiers qui peuvent aller dans ce sens.

Matthieu PICCOLI
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Projet de plan mondial d'action de santé publique contre la démence [Internet]. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2017. Report No. : Document WHA70/A70/28. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-fr.pdf
2. Organisation Mondiale de la Santé. The epidemiology and impact of dementia : Current state and future trends [Internet]. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2015. Report No. : Document WHO/MSD/MER/15.3. Disponible sur : https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf
3. Boss L, Kang D-H, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult : a systematic review. *Int Psychogeriatr.* avr 2015 ; 27(4) : 541-53.

4. Branger C, Enright J, O'Connell ME, Morgan DG. Variance in caregiver burden predicted by patient behaviors versus neuropsychological profile. *Appl Neuropsychol Adult*. 3 sept 2018 ; 25(5) : 441-7.
5. Golde TE, DeKosky ST, Galasko D. Alzheimer's disease : The right drug, the right time. *Science*. 14 déc 2018 ; 362(6420) : 1250-1.
6. France Alzheimer et maladies apparentées. Déremboursement des médicaments dits « anti-Alzheimer » : Le Conseil d'Etat saisi ! [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.francealzheimer.org/wp-content/uploads/2018/07/Communiqu%C3%A9-de-presse-D%C3%A9remboursement-des-m%C3%A9dicaments-anti-Alzheimer-Recours-conseil-dEtat.pdf>
7. Dyer SM, Harrison SL, Laver K, Whitehead C, Crotty M. An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatr*. mars 2018 ; 30(3) : 295-309.
8. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée [Internet]. 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
9. Hervé C. Éthique, politique et santé [Internet]. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France ; 2000. 128 p. (Médecine et société). Disponible sur : <https://www.cairn.info/ethique-politique-et-sante--9782130510185.htm>
10. Hervé C. Hommage to Yves Pélicier. In : *Personhood and Health Care* [Internet]. Dordrecht : Springer Netherlands; 1999 [cité 3 août 2019]. p. 9-10. Disponible sur : http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-2572-9_1
11. Glasø de Lange A-M, Sjøli Bråthen AC, Rohani DA, Fjell AM, Walhovd KB. The Temporal Dynamics of Brain Plasticity in Aging. *Cereb Cortex*. 2018;28(5):1857-65.
12. Dresler M, Shirer WR, Konrad BN, Müller NCJ, Wagner IC, Fernández G, et al. Mnemonic Training Reshapes Brain Networks to Support Superior Memory. *Neuron*. mars 2017;93(5):1227-1235.e6.
13. Belleville S, Hudon C, Bier N, Brodeur C, Gilbert B, Grenier S, et al. MEMO+: Efficacy, Durability and Effect of Cognitive Training and Psychosocial Intervention in Individuals with Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. avr 2018 ; 66(4) : 655-63.
14. Soveri A, Antfolk J, Karlsson L, Salo B, Laine M. Working memory training revisited : A multi-level meta-analysis of n-back training studies. *Psychon Bull Rev*. août 2017 ; 24(4) : 1077-96.
15. Kühn S, Lorenz RC, Weichenberger M, Becker M, Haesner M, O'Sullivan J, et al. Taking control! Structural and behavioural plasticity in response to game-based inhibition training in older adults. *NeuroImage*. août 2017 ; 156 : 199-206.
16. Bier B, Ouellet É, Belleville S. Computerized attentional training and transfer with virtual reality: Effect of age and training type. *Neuropsychology*. juill 2018 ; 32(5) : 597-614.
17. Reijnders J, van Heugten C, van Boxtel M. Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Res Rev*. janv 2013 ; 12(1) : 263-75.
18. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. 2011 déc. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf
19. Amieva H, Robert PH, Grandoulier A-S, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease : the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatr*. mai 2016 ; 28(5):707-17.
20. Basu A, Brinson D. The effectiveness of non-pharmacological interventions for behavioural and psychological symptom management for people with dementia in residential care settings. University of Canterbury : Health Services Assessment Collaboration ; 2010.
21. Heyn P. The effect of a multisensory exercise program on engagement, behavior, and selected physiological indexes in persons with dementia. *Am J Alzheimers Dis Dementiasr*. juill 2003 ; 18(4) : 247-51.
22. Williams CL, Tappen RM. Effect of Exercise on Mood in Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease. *Am J Alzheimers Dis Dementiasr*. oct 2007 ; 22(5) : 389-97.
23. Kolanowski A, Litaker M, Buettner L, Moeller J, Costa Jr. PT. A Randomized Clinical Trial of Theory-Based Activities for the Behavioral Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents : THEORY-BASED ACTIVITIES. *J Am Geriatr Soc*. juin 2011 ; 59(6) : 1032-41.
24. Lampit A, Hallock H, Valenzuela M. Computerized Cognitive Training in Cognitively Healthy Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Effect Modifiers. Gandy S, éditeur. *PLoS Med*. 18 nov 2014 ; 11(11) : e1001756.

25. Combourieu Donnezan L. Les bienfaits d'un programme simultané d'activité physique et d'entraînement cognitif sur les performances exécutives et motrices de personnes atteintes de troubles cognitifs légers [Internet]. Université Paris Sud - Paris XI ; 2015. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01865801>
26. Park DC, Lodi-Smith J, Drew L, Haber S, Hebrank A, Bischof GN, et al. The Impact of Sustained Engagement on Cognitive Function in Older Adults : The Synapse Project. *Psychol Sci*. janv 2014 ; 25(1) : 103-12.
27. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *Am J Psychiatry*. sept 2012 ; 169(9) : 946-53.
28. Feil N, de Klerk-Rubin V. Validation - La méthode de Naomi Feil : Pour une vieillesse pleine de sagesse. 4^e éd. Lamarre (Initiatives Santé) ; 2018. 186 p. (Hors collection).
29. Verkaik R, van Weert JCM, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. avr 2005 ; 20(4) : 301-14.
30. Tondi L, Ribani L, Bottazzi M, Viscomi G, Vulcano V. Validation therapy (VT) in nursing home : A case-control study. *Arch Gerontol Geriatr*. janv 2007 ; 44 : 407-11.
31. O'Connor DW, Ames D, Gardner B, King M. Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *Int Psychogeriatr*. avr 2009 ; 21(02) : 225.
32. Deponte A, Missan R. Effectiveness of validation therapy (VT) in group: Preliminary results. *Arch Gerontol Geriatr*. 1 mars 2007 ; 44(2) : 113-7.
33. Van Weert JCM, Van Dulmen AM, Spreeuwenberg PMM, Ribbe MW, Bensing JM. Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care: EFFECTS OF SNOEZELLEN ON RESIDENTS. *J Am Geriatr Soc*. janv 2005 ; 53(1) : 24-33.
34. Richter T, Meyer G, Möhler R, Köpke S. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 déc 2012 [cité 16 oct 2019] ; Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008634.pub2>
35. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*. 1 juin 2002 ; 42(3) : 356-72.
36. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels [Internet]. 2010 févr. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels.pdf
37. Martin AJ, Marottoli R, O'Neill D. Driving assessment for maintaining mobility and safety in drivers with dementia. In : *The Cochrane Collaboration*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd ; 2013 [cité 16 oct 2019]. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006222.pub4>
38. Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L. Maintenance of Effects of the Home Environmental Skill-Building Program for Family Caregivers and Individuals With Alzheimer's Disease and Related Disorders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 mars 2005 ; 60(3) : 368-74.
39. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Rikkert MGMO. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers : randomised controlled trial. *BMJ*. 9 déc 2006 ; 333(7580) : 1196.
40. Laing and Buisson. Care of elderly people : UK market survey 2008. London ; 2008.
41. Libault D. Concertation Grand âge et autonomie. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2019.
42. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n°128 : Enjeux éthiques du vieillissement [Internet]. 2018. Disponible sur : http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_128.pdf
43. Aquino J-P, Bourquin M. Les innovations numériques et technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées. *Filière Silver Economie*; 2019.
44. Wilson RS. Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer Disease. *JAMA*. 13 févr 2002 ; 287(6) : 742.
45. Organisation Mondiale de la Santé. Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1>

LA CONSULTATION MÉMOIRE : COMMENT ORGANISER SA CONSULTATION !



La thèse en poche, l'assistantat ou le clinicat débute et parfois on vous demande d'embarquer rapidement pour un voyage dans l'univers de la consultation mémoire !

D'un coup, le fait d'être gériatre vous montre qu'il est nécessaire d'avoir acquis des compétences de neurologue, psychiatre, psychologue, médecin généraliste, infirmier.e, ergothérapeute, expert des tribunaux, travailleur social, ... Et vous avez seulement 1 heure (en général) devant vous à chaque consultation pour écouter, comprendre, examiner, annoncer, proposer un traitement, un accompagnement, un soutien aux aidants...

La consultation mémoire est à la fois la porte d'entrée pour une expertise d'un trouble cognitif mais bien souvent le lieu où la prise en soin gériatrique prend tout son sens. Peut arriver devant vous un patient de 50 ou de 99 ans, quelqu'un de totalement autonome ou presque grabataire, une personne totalement volontaire pour comprendre ce qui lui arrive ou « traîné de force » par un membre de sa famille car lui « va très bien et n'a pas de problème » !

Ce petit article ne se veut pas un guide de la consultation mémoire (il y a des livres écrits par des médecins bien plus expérimentés (1) !) mais il va essayer de vous apporter certains points importants à aborder dans votre consultation, quelques pistes d'organisation pour ne pas se laisser déborder et quelques références utiles. Dès le départ, n'oubliez pas que vous ne serez pas le seul à vous occuper de ce patient mais que vous allez travailler avec plusieurs professionnels pour un parcours diagnostique et un accompagnement gradué et personnalisé (2) !

Dans l'idéal et dans certains CMRR (3), vous pouvez être aidé au cours de votre consultation par un.e infirmier.e dédié.e et formé.e à la passation de certains tests. Cette aide est extrêmement précieuse mais n'existe pas partout... Ainsi, n'hésitez pas à déléguer si vous le pouvez ! Si vous êtes seul, fixez-vous des objectifs précis en fonction de chaque consultation.

Une heure ça passe TRÈS vite en consultation mémoire !!



Début de prise en charge

La **qualité de l'accueil et le respect des horaires** sont importants pour limiter le stress du patient et de son aidant (*Essayez d'obtenir un cadre agréable, des revues chaleureuses et pas uniquement les brochures des services d'aides à domicile et des télé-assistances...*). Il est recommandé de **connaître le parcours du patient et sa motivation** à venir consulter avant même de le rencontrer. Cela permet de vous adapter dès le premier contact. L'idéal est d'avoir pu **prendre connaissance en amont d'un courrier détaillé** provenant du médecin traitant.

L'HAS a édité un « **courrier type** » à destination des médecins généralistes pour adresser les patients en consultation mémoire (4). **N'hésitez pas à le partager avec eux.** Vous gagnerez du temps et avec une trame toute prête ils n'en perdront pas tant que ça (cf. encadré page 17, *un modèle type reprenant la trame officielle avec des petits plus...*) !

Si personne n'utilise ce courrier type dans votre service, pourquoi ne pas organiser **une action de communication auprès des médecins généralistes du secteur** ! (Petite astuce, sous le format d'un déjeuner de travail avec une mini-formation gratuite vous aurez probablement du succès !).

Les incontournables de l'interrogatoire

Aidé par ce formidable courrier vous avancerez plus vite ! Mais si les patients consultent sans (ou avec un « *Merci de recevoir M. X qui a des troubles cognitifs* »...) vous devrez colliger les antécédents, les **pathologies en cours**, les **traitements** médicamenteux (n'oubliez pas l'auto-médication, les « plantes » et thérapies non

conventionnelles), le **mode de vie**, **l'autonomie** fonctionnelle et décisionnelle et « **l'histoire de la maladie** » !

Il est important d'insister sur :

- La **plainte** du patient : sans plainte ou face à une anosognosie vous devrez changer votre stratégie d'approche pour tester « sans en avoir l'air ! » sinon la consultation risque d'être écourtée... (*pensez à l'aidant qui attend sûrement cette évaluation depuis des mois* !).
- Les **antécédents familiaux** (*faire un petit arbre généalogique dans l'idéal*) : Essayez de parler aussi des frères et sœurs, oncles et tantes. Renseignez les maladies neurologiques mais aussi des faits marquants (« *enfermé car fous* », suicide, « *voyait des gens qui sont morts* » ...). Un ou plusieurs cas de maladies neurologiques chez des jeunes ou des antécédents répétés dans la famille doivent vous alerter.
- Les **traitements psychotropes** (début de prise, pour quelle pathologie et quels symptômes, efficacité ou aggravation ?...).
- Les **changements** remarquables par l'entourage : quel type de modifications, l'impact sur la vie quotidienne... (*parfois délicat, dites bien que le point de vue de chacun est important* !).
- L'**état physique et psychique de l'aidant naturel** (*des maladies chroniques, des soins en cours ?*). Si vous êtes accompagné lors de votre consultation, l'entretien famille peut être réalisé par un.e infirmier.e qui recueillera aussi le risque d'épuisement de l'aidant.

Les incontournables de l'examen clinique, ça se passe entre vous et le patient !

Le **poids** est un indicateur essentiel à mesurer à **chaque fois** (et vous évaluez les praxies d'habillage en même temps) !

L'examen clinique doit obligatoirement comporter un **examen de la marche et de l'équilibre et un examen neurologique**.

Vous devez aussi vérifier l'absence de **déficit sensoriel** (les 5 sens sont importants !) et les fonctionnements sphinctériens.

Bien sûr, vous adaptez votre examen aux différentes pathologies car vous êtes gériatre !

Là encore la présence d'un.e infirmier.e peut vous aider par la prise des constantes, la recherche d'une hypotension orthostatique...

Une **anomalie précoce de l'examen neurologique doit vous alerter** sur une étiologie autre que la maladie d'Alzheimer !

Les premiers tests, (l'aidant attend encore un peu...)

Vous pourrez vérifier la **latéralité** manuelle du patient (*pas toujours celle de l'écriture car pour beaucoup de personnes âgées il était interdit d'écrire de la main gauche* !).

Les tests usuels recommandés par le GRECO sont :

- Mini-Mental Test.
- BREF (Batterie Rapide d'Efficiences Frontales).
- Test des 5 mots.
- Fluences verbales (catégorielles et alphabétiques).
- Test des praxies idéatoires et gestuelles .

La MoCA (Montreal Cognitive Assessment) est utile pour réaliser une évaluation globale. Une fois un test choisi il est souvent répété pour juger de l'évolution du patient. **Et là commence la mise en route de la stratégie diagnostique graduée !**

Des **résultats normaux avec une plainte persistante** ou des **résultats légèrement anormaux** peuvent conduire à proposer une **expertise** orthophonique et neuro-psychologique.

Un patient présentant des résultats très bas aux tests usuels sera mis en échec lors de l'évaluation neuropsychologique : cela peut ainsi le décourager à revenir, pour un bénéfice thérapeutique discutable. Néanmoins, vous pouvez lui proposer à la place une évaluation fonctionnelle (ergothérapeute dans l'idéal) et une imagerie minimale pour formuler une hypothèse étiologique, qui reste nécessaire pour adapter le plan de soins.

Quels examens complémentaires demander ?

Si cela n'a pas encore été réalisé il est recommandé de disposer d'un **bilan biologique « standard »** (5) (cf. encadré orange) et d'une **imagerie cérébrale**.

L'IRM est préférable (séquence T1, T2, T2*, FLAIR, coupe coronale) mais, en cas de contre-indication (*oubliez l'IRM chez les claustrophobes...*), un angio-scanner injecté peut être demandé (*ou un scanner non injecté pour les insuffisants rénaux claustrophobes*).

Au minimum : NFS, TSH, CRP, un ionogramme avec natrémie, une calcémie, une glycémie, une albuminémie et un bilan rénal (créatinine et sa clairance).

En fonction du contexte : vitamine B12, folates, bilan hépatique (transaminases, gammaGT), sérologie syphilitique, VIH ou de la maladie de Lyme.



La **ponction lombaire** peut être utile pour confirmer une suspicion de Maladie d'Alzheimer (biomarqueurs), rechercher des diagnostics différentiels et est presque indispensable pour les patients jeunes et/ou d'évolution rapide (*pour éliminer une étiologie rare comme une maladie de Creutzfeldt-Jakob, ou potentiellement curable comme une atteinte auto-immune et/ou paranéoplasique*).

Les **imageries fonctionnelles** (DAT-scan, scintigraphie cérébrale, spectroscopie, TEP-amyloïde...) ou l'EEG ne se demandent qu'au cas par cas. Certains examens sont très coûteux, non remboursés et de réalisation difficile pour les patients. N'hésitez pas à demander conseil à votre référent CMRR en cas de doute. L'organisation d'un staff pour les "dossiers difficiles" peut être un moyen de tisser des liens entre consultation mémoire et CMRR.

Quelle prise en charge proposer ?

Souvent, la première consultation ne permet pas de poser un diagnostic certain et énonçable en l'état au patient et sa famille.

Néanmoins, il est important d'expliquer au patient que vous mettez en place **une démarche diagnostique personnalisée et graduée en fonction de vos observations !**

Votre patient.e et son aidant.e doivent comprendre la suite à venir (examens paracliniques, évaluation cognitive plus complète) et doit être informé des **hypothèses diagnostiques**.

Aborder le sujet de la **recherche clinique** est important dès ce premier rendez-vous.

Le Courrier de synthèse

Toutes ces informations recueillies doivent retourner au médecin traitant ! Après avoir noté les éléments habituels d'une consultation (antécédents et pathologies, traitement, mode de vie, plainte, examen clinique, cognitif, examens complémentaires), il est conseillé de **reprendre les termes employés avec le patient et sa famille concernant les hypothèses diagnostiques**.

Je vous adresse Mme/M. X, âgé(e) de ans dont je suis le médecin traitant depuis ans pour demande d'avis (diagnostic, évaluation, suivi) :

Les problématiques sont les suivantes :

Le/la patient/e se plaint de depuis / (ou ne se plaint pas).

Son entourage décrit un changement de comportement, de personnalité et rapporte les événements suivants...

(Si possible signalement des risques civils, médicaux, financiers ou familiaux).

- Usage de la voiture ? O/N.
- Risques domestiques (gaz, plaque de cuisson, arme à feu (chasse), escalier, etc.) ? O/N.
- Patient isolé (capacité à donner l'alerte) ? O/N.
- Soutien possible de l'entourage ? O/N.
- Difficultés quant au suivi médical ou la gestion des médicaments difficiles ? O/N.
- Incidents marquant la vie domestique professionnelle ou sociale ? O/N.
- Incidents financiers ? O/N.
- Altération récente de la qualité de vie ? O/N.
- Addictions ? O/N.

Le/la patient/e ou l'entourage note des difficultés nouvelles et durables avec un retentissement sur :

- Vie domestique (ne le fait plus aujourd'hui ?).
- Vie sociale (risques domestiques et sociaux).
- Vie familiale (troubles du sommeil chez l'aidant, tension familiale).
- Vie professionnelle.
- Suivi médical (des problèmes associés à la prise des médicaments ?).

L'examen clinique récent montre :

- Poids = ----- kg, (stable/perte de poids) ?
- Tension artérielle (normale ?)
- Déficits sensoriels ?
- Chutes ? troubles de l'équilibre ?
- Symptômes comportementaux ?

Concernant l'histoire médicale de

Il/elle est actuellement traité(e) pour et avec ? (dossier pharmaceutique, ALD) ?

- Maladies cardiovasculaires avec
- Maladies neurologiques avec
- Troubles thymiques de type depuis avec
- Autres avec

Facultatif : l'évaluation de dépistage montre :

MMSE© ou autre test (date) : Autres scores (date) :

Biologie

Imagerie cérébrale : IRM de préférence, à défaut TDM :

Le principe d'une consultation mémoire a été accepté sans réserve ? (ou avec réticence) par X, son entourage ? Les deux ?

Aides et soins actuels, refus ?

Annonce diagnostique

Les examens faits, vous revoyez votre patient avec, cette fois, **un diagnostic probable** ou certain. **Le patient doit en être informé** (*sauf s'il exprime clairement le fait de ne pas vouloir savoir...*).

L'annonce d'une maladie neuro-évolutive, quelle qu'elle soit, est difficile mais ce diagnostic est important pour que le patient mette un mot sur ses difficultés et comprenne les enjeux de l'accompagnement proposé. (*Comment faire venir une orthophoniste pour une rééducation si le patient n'est pas au courant de son atteinte du langage...*).

Dans ces recommandations pour l'annonce et l'accompagnement de la Maladie d'Alzheimer et des maladies Apparentées (6), l'HAS énumère les principes de l'annonce diagnostique.

Suivi

Vous pourrez bien sûr personnaliser vos consultations de suivi mais c'est mieux si elles se déroulent en 3 (ou 4) temps. Il n'y a pas de délai officiel entre 2 consultations (*à adapter !*).

Un premier temps commun avec le patient et l'aidant : vous pourrez reprendre les événements marquants depuis la dernière consultation, les effets des prises en soin médicamenteuse et non médicamenteuse, l'évolution cognitive et comportementale perçue par chacun, les accompagnements reçus ou à venir...

Ensuite, **un temps séparé avec le patient** pour le suivi des tests cognitifs, l'examen clinique, l'évaluation de sa thymie, son comportement, son état clinique (au moins poids, marche, examen neurologique standard)... Il est conseillé de lui demander ce qu'il souhaite comme restitution avec l'aidant.

L'aidant ne doit être informé qu'avec l'accord du patient, et si l'accord ne peut être recueilli, le diagnostic peut être annoncé à sa personne de confiance (*et s'il n'y en a pas, vous faites au mieux !*).

Cette annonce aboutit à des propositions multiples concernant des domaines d'interventions très différents, sur le plan de la **rééducation**, de **l'accompagnement médico-social**, de **la thérapie**, de **la participation à des essais cliniques...**

Tout ne peut être entendu et appliqué en une seule fois ! (*Petit conseil : il est inutile d'essayer de convaincre un anosognosique ! Soyez clair dans votre annonce mais n'insistez pas*).

Un temps séparé avec l'aidant est plus difficile en l'absence d'infirmerie de consultation mais l'évaluation de **l'état de santé de l'aidant** fait partie du suivi de votre patient. N'hésitez pas à parler des dispositifs de soutien et de formation des aidants (associations d'aide aux aidants, associations spécialisées, plateformes de répit...).

Enfin **un temps de synthèse** est indispensable pour aborder **l'évolution à venir, la suite des prises en charge, les adaptations** éventuelles à faire, les **professionnels** à faire intervenir. On attend du médecin de la consultation mémoire d'aborder les thématiques parfois difficiles concernant les mesures de **protection juridique**, la poursuite ou non de la **conduite automobile, l'entrée en institution, l'aide à la rédaction des directives anticipées, ...**

Mais (jamais deux sans trois !) n'oubliez pas que vous n'êtes

Encore une fois **vous voyez seul le patient mais vous travaillez en équipe !** Le plan de soin proposé et détaillé doit être envoyé au **médecin traitant** car ce dernier va être un acteur incontournable pour sa réalisation. **Il peut assurer une consultation post-annonce** (rémunérée) **auprès du patient** pour réévaluer sa compréhension de la maladie annoncée, son évolution et le plan de soin proposé.

Si vous le pouvez, précisez dans votre courrier la date de la prochaine consultation. Vous pouvez aussi demander au médecin traitant de vous **tenir au courant de la réception de cette annonce**. Dans l'idéal, obtenez l'accord du patient pour devenir un de ses correspondants médicaux et recevoir les événements cliniques marquants.

pas seul ! Les **situations compliquées** en termes de comportement, dépendance, interactions aidant/aidé, problématiques financières, juridiques... **doivent être signalées auprès des partenaires** selon votre réseau et selon la problématique. En général vous disposez d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière (ou psychiatrique, ou mixte) ou d'un réseau gérontologique ou d'une MAIA, d'un CLIC, d'une Maison des Aînés et des aidants, d'une Maison du Département... Il est impératif de **connaître le réseau d'acteurs près de vos patients** (*quand vous serez un grand expert ils viendront peut-être de loin, ce sera plus dur !*) et ce **avant même de démarrer vos consultations !**

Le **numéro 21 de la gazette du Jeune Gériatre** consacrait un article sur les acteurs du domicile (*n'hésitez pas à le récupérer, disponible sur notre site internet !*) (7).

Le poster central (dans ce numéro 21), une fois complété et mis dans le bureau de consultation vous sera bien utile pour adresser vos patients et leurs aidants.

Pensez aussi à avoir des listes des **paramédicaux et rééducateurs** (orthophonistes, infirmier.e.s, psychomotricien.nes, psychologues, kinésithérapeutes...) **par secteur géographique** en vous assurant de leurs compétences pour ce public. Un coup de téléphone ou par mail (*des messageries sécurisées existent*) pour nouer un lien est idéal. C'est un travail fastidieux au début mais une fois vos listes prêtes vous pourrez **adresser vos patients avec confiance** et vous éviterez les échecs de prise en

charge ! (*là encore, un moment convivial annuel de la consultation mémoire avec les acteurs du territoire peut s'avérer fort utile pour tisser des liens*).

En somme, en consultation mémoire vous ne vous ennuierez jamais mais on attend de vous une expertise sur tous les plans ! N'hésitez pas à bien vous entourer autant à l'hôpital qu'en extra-hospitalier et surtout à vous former avant de vous lancer (8) !

Pour ce faire, sont à votre disposition :

- Une **formation nationale transdisciplinaire**, à **Lille**, sur 2 ans : le Diplôme Inter-Universitaire Diagnostique et Prise en Charge

de la Maladie d'Alzheimer et des Maladies Apparentées (DIU MA2), coordonnée par le Dr Thibaud LÉBOUVIER. Vous trouverez plus d'infos sur le site : <https://www.diu-ma2.fr/>

- Le tout nouveau site internet de la fédération des centres mémoires : www.centres-memoire.fr / En devenant adhérent (10 € en individuel, 50€ pour tous les membres d'une Consultation Mémoire reconnue, 150 € pour un CMRR), vous aurez accès à des cours, informations, actualités du site.

Je tiens à remercier spécifiquement :

- Le Pr Pierre KROLAK-SALMON, président de la Fédération des Centres Mémoire et du CMRR de Lyon pour sa relecture, ses corrections et ses encouragements envers notre association.
- Le Dr Thibaud LÉBOUVIER, responsable du DIU MA2 qui m'a donné l'idée de cet article lors de ses enseignements.
- Mme Véronique CHAMBARD, infirmière sur l'équipe mobile extra-hospitalière et sur la consultation mémoire du Centre Hospitalier Lyon-Sud, pour ses fins conseils et son expertise.
- Aux relecteurs de l'association des Jeunes Gériatres : Fanny DURIG (reine de l'orthographe), Alexandre BOUSSUGUE et Sophie SAMSO (rédacteurs en chef) et Matthieu PICCOLI.

Nathalie JOMARD

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

(Pour toutes remarques, suggestions, critiques : nathalie.jomard@chu-lyon.fr)

1. Hugonot-Diener L., Guide Pratique de la consultation en gériatrie, 2014, 3^{ème} édition, Elsevier-Masson. Le GRECO (Groupe de Réflexion sur les Evaluations COgnitives) a également édité un certain nombre d'ouvrages comme le GREMOIRE.
2. Krolak-Salmon P, et al. Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. Presse Med. (2017), <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.10.029>
3. CMRR : Centre Mémoire Ressource Recherche.
4. Guide Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_8_optimiser_consultations_memoire.pdf
5. Recommandations HAS 2011 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge
6. Recommandations HAS 2012 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1104702/fr/reco2clics-maladie-d-alzheimer-annonce-et-accompagnement-du-diagnostic
7. Samso, S. Les acteurs du domicile, La gazette du jeune gériatre n°21, été 2019. Disponible sur : <http://www.assojeunesgeriatres.fr/pages/pedagogie/les-anciens-numeros.html>
8. Cours du DIU MA 2 : La consultation mémoire (Dr LÉBOUVIER, Dr THOMAS-ANTERION, Pr KROLAK-SALMON).

LE MÉTIER DE NEUROPSYCHOLOGUE

Qu'est-ce que la neuropsychologie ?

La neuropsychologie est une branche, une spécialité scientifique de la psychologie. Cette discipline a pour vocation d'étudier les relations entre les structures cérébrales et le fonctionnement psychologique, qu'il soit cognitif, comportemental ou encore émotionnel.

Il est difficile de situer précisément l'origine de la neuropsychologie. Au XVIII^{ème} siècle déjà, avant la période dite « scientifique », un neuro-anatomiste Allemand, Franz Gall, a diffusé à travers ses travaux que différentes facultés mentales étaient sous-tendues par divers organes cérébraux indépendants.

A la suite de cette méthode phrénologique, une approche plus scientifique est apparue, notamment avec Broca au XIX^{ème} siècle qui cherchait à mettre en lien des perturbations acquises du langage avec les sièges des lésions responsables des troubles : la neuropsychologie clinique est née !

Dans les années 1960, la neuropsychologie est devenue une discipline essentielle des services de neurologie, de neurochirurgie et de gériatrie.

L'essor des disciplines comme la neuro-anatomie, l'histologie et la physiologie ne sont pas pour

rien dans l'apparition de la neuropsychologie, et celles-ci se sont fait rejoindre par les sciences du comportement, la linguistique et bien d'autres sciences cognitives, ce qui fait de la neuropsychologie une approche multidisciplinaire.

Qui est le neuropsychologue ?

Le neuropsychologue, ou psychologue spécialisé en neuropsychologie est détenteur d'un master (BAC+5) qui lui confère le statut protégé de psychologue. Aujourd'hui en France, une trentaine de Master 2 proposent la formation de neuropsychologue.

Une des missions de ce clinicien est celle de l'évaluation des troubles de certaines fonctions cérébrales, dans une perspective diagnostique et de suivi chez des patients de tous âges et présentant toutes pathologies neurologiques (pathologies neurodéveloppementales, pathologies neurodégénératives, psychiatriques, lésions vasculaires, troubles toxiques, etc.). Le neuropsychologue peut également avoir pour mission la rééducation des troubles au moyen de différentes approches comme les TCC (Thérapies cognitives et comportementales). Le but étant ici de soutenir les capacités cognitives affaiblies mais aussi d'apprendre des stratégies compensatoires.

L'intervention du neuropsychologue ne se limite pas au patient mais peut également s'étendre à l'entourage de ce dernier.

Où exerce le neuropsychologue ?

La neuropsychologie s'exerce auprès d'un public varié : de l'enfant à la personne âgée, et se pratique donc dans de multiples établissements : SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile), SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), Centres de rééducation, EHPAD, etc. et bien sûr à l'hôpital dans les services de neurologie, de gériatrie, de psychiatrie, de pédiatrie, etc.

Évolution du métier dans le temps ?

La neuropsychologie est une jeune discipline, les premiers masters étant apparus en 1992, malgré cela la croissance fut très rapide avec l'ouverture de nombreux masters aboutissant à cette spécialité ces 20 dernières années, et bien qu'il n'y ait pas de chiffres officiels, le nombre de psychologues neuropsychologues ce serait multiplié par dix durant la dernière décennie.

La jeunesse de la discipline explique une partie de la difficulté de l'insertion professionnelle, en effet peu de retraités libèrent des postes.

Par ailleurs on observe un ralentissement des ouvertures de postes ces dernières années. Donc de nombreux jeunes diplômés pour peu de postes vacants.

La consultation mémoire : quand faire appel au neuropsychologue ?

Le neuropsychologue intervient rarement en premier lieu dans le cadre de la consultation mémoire. En effet, lorsqu'un patient ressent des difficultés face aux actes de la vie quotidienne, c'est vers un spécialiste qu'il est orienté, gériatre ou neurologue, médecin qui lors de son entretien effectuera généralement des tests de « débrouillage » afin de fournir des éléments de base pour orienter la prise en soins.

Le neuropsychologue est consulté lorsque le patient présente des troubles cognitifs ou comportementaux qui peuvent être variés : problèmes de mémoire, de concentration, de compréhension, de communication, mais également des perturbations comportementales, émotionnelles, psycho-affectives, etc.

Les causes sous-jacentes sont tout aussi variées : pathologies neurodégénératives, psychiatriques, vasculaires, inflammatoires, séquelles de traumatismes crâniens, etc.

Dans le cadre de la consultation mémoire les rôles du psychologue spécialisé en neuropsychologie sont d'aider au diagnostic, d'évaluer le retentissement des troubles et enfin d'aider à la prise en soins.

En fonction des résultats obtenus lors du bilan neuropsychologique, et en association avec les résultats des autres examens demandés par le médecin (imagerie, bilans sanguins, etc.), le spécialiste pourra alors élaborer les

hypothèses diagnostiques retenues ainsi que les pistes de prise en soins afin de les exposer au patient et à son entourage.

Déroulé d'une consultation ?

La durée d'une consultation neuropsychologique est variable, elle peut aller d'une heure et demie à près de trois heures, mais elle se déroule généralement toujours de la même manière. Trois étapes se succèdent, soit lors du même rendez-vous, soit en plusieurs fois, en fonction de la fatigabilité et de l'anxiété du patient.

La première étape est celle de l'entretien clinique lors duquel le psychologue recueille des informations relatives à la vie quotidienne, mais également des éléments autobiographiques et investit l'état émotionnel du patient auprès de ce dernier mais également de son entourage quand cela est possible.

La seconde étape est celle des tests psychométriques (batteries, tests mnésiques, tests des fonctions exécutives, instrumentales, échelles comportementales, etc.) qui permet d'objectiver les capacités atteintes mais également celles qui sont préservées.

Enfin, la consultation se termine par un retour oral de ce qui vient de se passer : ressenti du patient quant à ses performances, réponses aux questions qu'il peut se poser, fournir quelques pistes de prise en soins, etc.

Le neuropsychologue rédigera par la suite un compte rendu de la consultation restituant les données cliniques recueillies, les résultats obtenus aux tests, leurs interprétations et fournira un profil cognitif des différents domaines évalués : profil mnésique, exécutif, comportemental, émotionnel, etc. Le compte rendu

doit mettre en évidence les points faibles mais également les points forts afin d'orienter vers une prise en charge adaptée au mieux à l'individualité de la personne. Il précisera également si un bilan de suivi est nécessaire et proposera parfois une orientation vers d'autres professionnels comme des orthophonistes, des psychologues cliniciens, des assistantes sociales, etc.

Il n'y a pas de consultation mémoire « type », chacune d'elle s'articule en fonction du patient en face de nous, de ce qu'il peut et de ce qu'il veut bien nous donner. C'est la bienveillance qui prône et qui régit les échanges avec le patient.

Le neuropsychologue ne peut être seulement un « technicien », il est psychologue avant tout et accorde de ce fait une importance primordiale à la clinique et à l'alliance thérapeutique.



Lucile BUREAU
Neuropsychologue,
Centre Hospitalier d'Angoulême
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

RÉDACTION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE CLINIQUE 3/3

Dans la *Fiche pratique* de ce numéro de la *Gazette du jeune gériatre* nous concluons notre feuilleton sur la mise au point d'un protocole de recherche clinique.

Nous avons détaillé dans le numéro d'avril l'intérêt d'un tel protocole. Dans le numéro de juillet nous nous sommes intéressés aux éléments qui doivent figurer dans celui-ci. Et dans ce numéro, nous allons parler du « où ? » et du « comment ? » le publier.

La promotion des bonnes pratiques en recherche clinique en gériatrie est un point central de notre association et nous avons à cœur de mettre en avant celle-ci.

Où publier un protocole de recherche clinique ?

Le site qui permet le référencement de l'ensemble des protocoles de recherche clinique est le site www.clinicaltrials.gov. Il recense l'ensemble des protocoles d'études cliniques à travers le monde, que celles-ci soient financées par des fonds privés ou publics.

Certaines revues (celles qui sont en conformité avec les recommandations du *International Committee of Medical Journal Editors*) vous demanderont le numéro d'identification du protocole de votre étude. Et cela ne sera pas une option, c'est un prérequis pour que les résultats de votre étude soient analysés par les reviewers.



Comment publier un protocole de recherche clinique ?

Nous ne reviendrons pas en détail sur les avantages de publier un protocole de recherche clinique (cf. Gazette n°20).

Nous avons détaillé dans la Gazette n°21 les éléments qui doivent figurer dans le synopsis du protocole de recherche. Vous trouverez à cette adresse ces éléments repris par le site clinicaltrials.gov (<https://prsinfo.clinicaltrials.gov/definitions.html>). En reprenant ces éléments, vous aurez le contenu qui doit figurer dans le protocole.

Les règles de rédaction d'un protocole sont sensiblement les mêmes que pour n'importe quel autre article scientifique. Il faudrait garder en tête de :

- Faire des phrases courtes ;
- Aller droit au but ;
 - Votre propos n'est-il pas noyé dans des digressions ?
 - Tous les mots sont-ils nécessaires ?
- Utiliser toujours le même terme pour désigner la même chose (s'il y a des répétitions ce n'est pas grave, il s'agit d'un article scientifique et non d'une œuvre littéraire) ;
- Pour la rédaction en Anglais, si vous n'êtes pas à l'aise dans la langue de Shakespeare, faites-vous aider par quelqu'un qui la maîtrise et surtout qui l'utilise dans le domaine médical.

« En fin de compte, cela me paraît très difficile... qui pourrait m'aider ? »

Très bonne question !

Lors des Journées annuelles de la JAIG de cette année, votre association a réaffirmé son souhait de remplir sa mission de promouvoir la recherche dans le domaine gériatrique.

C'est pour cela que des groupes de travaux sont en train d'être mis en place entre jeunes gériatres :

- Si vous avez des travaux réalisés non publiés, n'hésitez pas à nous contacter !
- Si vous êtes volontaires pour aider de jeunes gériatres à valoriser leurs travaux de recherche, n'hésitez pas à nous contacter !



Alexandre BOUSSUGE
Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Association des Jeunes Gériatres jeunesgeriatres@gmail.com

Référence : <https://www.clinicaltrials.gov/>

Dans cette édition, nous avons le plaisir de vous révéler l'affiche de la 2^{ème} Journée Annuelle des Jeunes Gériatres qui se tiendra à Lille le vendredi 3 avril 2020. Pour sa réalisation, l'AJG a refait appel à Good Bye Hippocrate. Drôle de nom pour un graphiste ? Pas tant que cela car Good Bye Hippocrate, c'est un médecin urgentiste qui raccroche de plus en plus souvent blouse et stétho pour faire du dessin son deuxième métier. Avec une émotion particulière cette fois puisque son internat, il l'a fait à Lille ! La boucle est bouclée...

A l'AJG, nous sommes très heureux de collaborer avec lui pour la deuxième année consécutive car nous adorons ses créations : affiches promotionnelles comme ici, mais aussi posters d'art personnalisés, imprimés en tirages uniques. Allez donc sur son compte Instagram ou Facebook pour découvrir quelques uns de ses travaux !



@good_bye_hippocrate

Cette édition est également l'occasion de revenir sur l'actualité été-automne 2019 !

Cet été, nous avons également mené une nouvelle campagne de promotion de l'internat de gériatrie sur les réseaux sociaux, sous le thème **#AUDACE** reprenant les lettres de Avenir, Unanimité, Découverte, Adaptation, Communication et Expert, valeurs fortes de la gériatrie.

Une nouvelle vidéo (Point G) a été publiée en lien avec le site devenirgeriatre.org, construit en collaboration avec la SFGG, le CNEG et l'ANAIG.

Pour la 3^{ème} année d'existence du DES de Gériatrie, le nombre de postes pourvus n'a jamais été aussi élevé. De plus, pour près de 80 % des postes pourvus (tenant compte de la spécialité comme de l'inter-région), ils ont été le 1^{er} vœu de l'interne au moment du choix. **Qui a dit que la Gériatrie n'était pas attractive ?**

Lors de notre assemblée générale extraordinaire début septembre, nous avons changé nos statuts et règlement intérieur pour pouvoir mieux tenir compte de l'éloignement

des membres et réaliser des réunions et des votes dématérialisés. Nous avons aussi acté notre intégration au Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNP).

L'AJG a également été très présente lors des Universités d'Eté du CNP de Gériatrie mi-septembre, pour la seconde année consécutive. L'occasion de nombreux échanges et de mettre en avant des propositions phares pour résoudre la crise des urgences. Merci à celles et ceux qui ont répondu à notre enquête à ce propos ! Les conclusions de ces travaux seront envoyées sur nos réseaux sociaux et aux adhérents par courriel : il n'est jamais trop tard pour vous abonner !

Une délégation de l'AJG a également participé au congrès de l'EUGMS à Cracovie fin septembre, pour discuter avec nos collègues européens des spécificités portées par la jeune génération de la gériatrie française.

La remise du rapport Libault (vous en trouverez une lecture commentée sur le site de l'AJG), a donné

lieu à une mission sur l'attractivité des métiers du grand âge, confiée à Mme Myriam El Khomri, à qui nous avons pu remettre 4 pages de propositions début octobre.

Nous avons été conviés mi-octobre à participer aux assises des Médecins Coordinateurs et échanger autour d'une table ronde consacrée à l'hospitalisation non programmée.

Enfin, nous sommes présents aux Journées Annuelles de la SFGG (du 25 au 27 novembre 2019 à Paris), avec un stand où vous pourrez venir nous rencontrer (et vous détendre). Ce sera aussi l'occasion de tenir notre Assemblée Générale Annuelle*, le 26 novembre à 18h15 à l'Hôpital Broca en Salle de réunion au 1^{er} étage (54-56 rue Pascal 75013 PARIS).

Parce que la gériatrie de demain, nous l'écrirons tous ensemble, nous avons aussi besoin de vous pour porter les projets qui vous tiennent à cœur ! Rejoignez-nous !

Le Conseil d'Administration
Pour l'AJG

* Ne tient pas lieu de convocation. Une convocation a été envoyée par la poste ou par le web.

2ème JOURNÉE ANNUELLE DES JEUNES GERIATRES

LILLE

Institut Gernez Rieux

03/04/2020



JOH Graphisme : @good_bye_hippocrate



Inscription obligatoire avant le 27/03/2020

Gratuit pour les adhérents AJG.

Tarifs réduits et infos sur assojeunesgeriatres.fr

EFFECT OF RELOCATION ON NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN ELDERLY ADULTS LIVING IN LONG-TERM CARE



Kamal El Haddad MD, Philippe de Souto Barreto PhD, Stéphane Gerard MD, Aurélie Prouff MD, Bruno Vellas MD, PhD, Yves Rolland MD, PhD

First published: 08 October 2018

J Am Geriatr Soc 66:2183–2187, 2018

Intérêt de l'article

Montrer l'impact de l'environnement institutionnel dans lequel le patient vit sur l'évolution des symptômes comportementaux et psychologiques des troubles neurocognitifs (TNC).

Plus de 80 % des personnes présentant des TNC vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont des symptômes comportementaux et psychologiques à type d'agitation (SCPD). L'évolution des symptômes neuropsychiatriques dépendrait de la pathologie sous-jacente, de l'environnement institutionnel dans lequel le patient évolue et serait aggravée par la désorientation spatiale.

Il existe de nombreuses études antérieures dans la littérature mais avec des résultats contradictoires. Dans ces études on retrouve des biais de confusion liés à des changements multiples concernant les équipes soignantes, les protocoles de soins, les traitements. De plus on ne retrouve pas d'études sur les unités Alzheimer, uniquement des résultats spéculatifs et empiriques.

L'objectif de l'étude est donc d'examiner l'évolution des SCPD chez les personnes âgées, présentant des TNC ou non, vivant en EHPAD, après un déménagement dans une nouvelle structure avec une architecture et un environnement adaptés, tout en gardant la même équipe soignante.

Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, en un seul bras. Elle a été effectuée de mai à septembre 2010 avec une équipe et un protocole de soins identique avant et après le déménagement.

La population étudiée avait une médiane d'âge de 82.3 ans (Intervalle interquartile 75.5-89.2).

Les **critères d'inclusion** sont le lieu de vie en EHPAD depuis au moins 30 jours. Pour le **recueil des données**, les symptômes neu-

ropsychiatriques ont été évalués pour chaque résident via une évaluation gériatrique standardisée = NPI/NH (inventaire neuropsychiatrique adaptée pour les EHPAD) à 1 semaine avant le déménagement, puis à 1, 4 et 12 semaines.

Le **critère de jugement principal** était un critère simple et objectif où il était mis en évidence la différence du score NPI avant et après le changement de lieu de vie.

L'**analyse statistique** a montré une différence entre les 2 unités analysées (unité Alzheimer et unité simple) par un test de CHI-2 et un test de Wilcoxon.

Les statistiques ont été réalisées via une analyse multivariée avec un modèle mixte de régression. Des ajustements ont été effectués pour tenir compte des facteurs de confusion potentiels : âge, sexe, GIR, durée d'institutionnalisation, nombre de prescription de psychotrope par résident. Le risque d'erreur de première espèce était de 5 % avec un intervalle de confiance à 95 %.

Résultats

Il a été mis en évidence un plus mauvais score NPI-NH pour les résidents d'unité de soin spéciale avec une médiane de 10 points. Les symptômes plus couramment observés étaient l'anxiété (58,6 %), l'agitation ou l'agressivité (50 %), l'apathie (47,4 %), l'irritabilité (43,9 %), les délires (43,1 %), la dépression (42,2 %).

Table 1. Characteristic of Nursing Home Residents Before Relocation

Variable	All Residents, n=116	Regular Unit, n=102	Special Care Unit, n=14
Age, median (IQR)	82,3 (75,5-89,2)	83,1 (75,8-89,3)	81,2 (73,1-85,8)
Female, n(%)	77(66,4)	70 (68,7)	7 (50)
Duration of institutionalization, years, median (IQR)	2,1 (0,7-5,3)	2 (0,9-5,0)	2,9 (0,3-8,1)
Comorbidites, n(%)			
Hypertension	77 (66,3)	70 (68,6)	7 (50)
Cerebrovascular accident	17 (14,6)	15 (14,7)	2 (14,2)
Dementia	79 (68,1)	68 (66,6)	11 (78,5)
Depression	35 (30,1)	31 (30,3)	4 (28,5)
Psychosis	16 (13,7)	13 (12,7)	3 (21,4)
Mini-Mental State Examination score, median (IQR)	9 (0-15)	9,5 (0-15)	0 (0-14)
Stage, n(%)			
Mild (19-23)	13 (12,7)	12 (13,6)	1 (7,1)
Moderate (10-18)	31 (30,3)	28 (31,8)	3 (21,4)
Severe (0-9)	55 (53,9)	48 (52,2)	9 (64,2)
Neuropsychiatric Inventory for the Nursing Home score, median (IQR)	22 (11-34,5)	21 (10-32)	31,5 (18-56)
Groupe iso-ressources score, median (IQR)	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-2)
Stage, n(%)			
1	48 (45,2)	44 (46,8)	4 (33,3)
2	36 (33,9)	30 (31,9)	6 (50)
3	13 (12,2)	13 (13,8)	0 (0)
4	7 (6,6)	6 (6,3)	1 (8,3)
5	1 (0,9)	1 (1,0)	0 (0)
6	1 (0,9)	1 (1,0)	0 (0)
Treatment, n(%)			
Memantine	12 (10,3)	8 (7,8)	4 (28,5)
Antipsychotic	24 (20,6)	18 (17,6)	6 (42,8)
Benzodiazepine	61 (52,5)	49 (48,0)	12 (85,7)
Hypnotic	35 (30,1)	27 (26,4)	8 (57,1)
Anticholinesterase inhibitor	7 (6,0)	6 (5,9)	1 (7,1)

Recorded for 102 residents in total and 18 residents on the regular unit.
IQR = interquartile range

En ce qui concerne le critère de jugement principal, il a été mis en évidence une diminution du score NPI-NH. C'est-à-dire une réduction significative des SCPD à 4 et 12 semaines chez les patients en unité fermée avec une diminution significative au cours du temps des délires, des euphories, de la désinhibition, de l'apathie et de l'agitation. En parallèle il a été montré une augmentation des comportements moteurs.

Table 2. Neuropsychiatric Inventory for the Nursing Home (NPI/NH) Score Variation on the Regular Unit and the Specialized Care Unit (SCU) After Relocation, Adjusted for Age and Sex.

Week	NPI/NH Score (SE)		Within-Group Adjusted Mean Difference (SE)		Interaction Between Time and SCU, β (95 % Confidence Interval) P-Value ^a
	Regular Unit	SCU	Regular Unit	SCU	
0	21.7 (1.5)	36.5 (4.1)			
1	21.3 (1.5)	36.2 (4.1)	-0.4 (1.1) .72	-0.3 (2.9) .90	-0.05 (-6.1 -6.2) .98
4	20.7 (1.5)	23.9 (4.2)	-1.0 (1.1) 0.38	-12.5 (3.0) <.001	-11.5 (-17.9 to -5.2) <.001
12	21.4 (1.6)	23.5 (4.2)	-0.2 (1.2) .83	-13.0 (3.0) <.001	-12.8 (-19.1 to -6.4) <.001

Table 3. Neuropsychiatric Inventory for the Nursing Home (NPI/NH) Score Variation in the Regular Unit and the Specialized Care Unit (SCU) After Relocation, Adjusted for Age, Sex, Groupes Iso-Ressources (GIR), Duration of Institutionalization, Number of Psychotropic Prescriptions per Resident,

Week	NPI/NH Score (SE)		Within-Group Adjusted Mean Difference (SE)		Interaction Between Time and SCU, β (95 % Confidence Interval) P-Value ^a
	Regular Unit	SCU	Regular Unit	SCU	
0	22.5 (1.4)	34.4 (4.2)			
1	22.5 (1.5)	33.9 (4.2)	-0.08 (1.1) .93	-0.4 (2.9) .88	-0.3 (-6.5 -5.9) .91
4	21.1 (1.5)	23.5 (4.2)	-1.4 (1.1) .18	-10.8 (2.9) <.001	-9.3 (-15.6 to -3.1) <.003
12	21.7 (1.5)	20.3 (4.2)	-0.8 (1.1) .45	-14.08 (2.9) > .001	-13.2 (-19.5 to -6.8) >.001

Conclusion

A un mois du déménagement, on retrouve une amélioration du score NPI-NH de 13 points chez les résidents qui avaient le score le plus haut. Il y a une mise en évidence d'un effet positif d'une nouvelle structure comportant une lumière naturelle, un système de ventilation, l'ensemble permettant une meilleure circulation, mais aussi une mise en évidence d'une augmentation des comportements moteurs (+ 3 points à S12) liée à la possibilité de déambulation, qui explique en parallèle la diminution des symptômes d'agitation, d'anxiété, d'agressivité, d'apathie. L'étude a permis de renforcer l'hypothèse qu'un lieu de vie adapté a un effet préventif et thérapeutique sur les SCPD, particulièrement chez les résidents avec des troubles neuropsychiatriques sévères. Un lieu adapté avec des petites unités reliées entre elles par un couloir central, des espaces avec une lumière naturelle, un accès au jardin facilité, une isolation thermique adaptée, aide par ailleurs au renforcement des cycles de sommeil et limite les hyper-stimulations sensorielles.

L'avis du jeune gériatre

Ce travail de recherche met en avant la positivité d'un « Bien-être architectural » permettant de diminuer les symptômes psychomoteurs chez les patients présentant des troubles neurocognitifs. Notion importante de surcroît chez les patients avec des troubles neurocognitifs sévères où la liberté de déambulation devrait être au centre de la prise en charge, car si limitée, accroît les troubles neurocognitifs et les symptômes moteurs. Importance à terme des enjeux médicosociaux.

Pour rappel, il est nécessaire de différencier les deux types de contentions : la chimique, prescription d'urgence psychiatrique ou neurologique (confusion) lorsque le risque d'auto- ou hétéro-agressivité reste majeur, et la contention physique étant plus une mesure complémentaire d'exception à court terme justifiée en dernier recours quand la situation clinique l'impose, toutes deux devant être réévaluées quotidiennement. Cependant, il faut garder à l'esprit les nombreux effets secondaires qui en découlent (aggravation des troubles, rétention aiguë d'urines nécessitant une sonde vésicale souvent arrachée, etc.). Il en résulte souvent une augmentation de l'anxiété et de l'agressivité des patients. La relation soignant/soigné étant alors affectée et cela aboutissant à une méfiance des patients envers les « blouses blanches ». De plus il est souvent difficile d'équilibrer les traitements médicamenteux en phase aiguë. Ces mesures nécessitant une approche pluridisciplinaire associées à un soutien psychologique en intégrant l'entourage du patient.

De mon point de vue, l'enjeu majeur est de diminuer les phénomènes moteurs des patients dès le début des TNC avec un traitement médicamenteux de fond en commençant par les plus petites posologies et en réévaluant fréquemment leur indication. Ceci dans un but d'éviter l'introduction des contentions chimique/physique en hospitalisation souvent difficile à appréhender pour les familles avec le risque de perte d'autonomie iatrogène souvent fatale.

Pauline DUCAT
Pour l'Association des Jeunes Gériatres



UNE MALADIE DE HUNTINGTON À DÉBUT TARDIF

Victoire Leroy^{1,2}, Patrick Friocourt³

1. Médecine Interne Gériatrique, CHU de Tours | 2. Pôle de Gérontologie, CHU de Lille | 3. Médecine Interne Gériatrique, CH de Blois.

La maladie de Huntington est une pathologie neurodégénérative rare, en particulier dans le domaine gériatrique. Pourtant, il existe des formes à début tardif, dont la présentation est souvent atypique.

Nous présentons ici le cas d'une patiente âgée de 88 ans, hospitalisée en septembre pour des mouvements anormaux d'aggravation rapidement progressive, l'amenant à consulter en urgence. Elle avait pour antécédents une hypertension artérielle équilibrée sous trithérapie, une ostéoporose non traitée, une hypothyroïdie substituée (sur goitre multi-hétéro-nodulaire), une fibrillation atriale anticoagulée, une bioprothèse aortique, et un pacemaker (modèle contre-indiquant la réalisation d'une IRM). On ne retrouvait par ailleurs pas de notion de mouvements anormaux ou troubles cognitifs chez les apparentés au premier degré et leur descendance.

La patiente rapportait des mouvements anormaux d'apparition très rapidement progressive, jusqu'à

être mise en difficulté dans la marche et la réalisation de mouvements fins. Elle ne décrivait alors pas d'événement similaire précédent, mais évoquait un épisode d'allure grippale récent. Il n'y avait pas notion de prises de neuroleptiques. L'examen clinique révélait rapidement la nature choréique de ces mouvements anormaux, de topographie bilatérale et symétrique des 4 membres et de la langue, de fréquence irrégulière. Le reste de l'examen clinique était par ailleurs normal, notamment sur le plan neurologique. On ne notait pas d'argument pour un déclin cognitif. Le bilan biologique ne mettait en évidence qu'une discrète hyperleucocytose à neutrophiles. Le bilan auto-immun, infectieux et toxique était normal et le ponction lombaire ne retrouvait pas d'anomalies, ainsi que le scanner cérébral.

Un bilan étiologique revenait négatif. La patiente rentrait à domicile devant l'évolution spontanément favorable. Une hypothèse virale était alors retenue.

Cependant, en consultation de contrôle, l'histoire rapportée cette fois par la fille était différente, avec une notion de mouvements anormaux du bras droit évoluant depuis un an. De plus, persistaient des mouvements choréiques du membre supérieur droit et une impersistance motrice au niveau de la langue et de la face.

Dans ce contexte, le bilan étiologique a été élargi avec une recherche génétique de la maladie de Huntington, qui a permis de confirmer le diagnostic. Une même recherche était alors effectuée auprès des apparentés au premier degré, notamment sa fille, qui ne portait pas le gène.

Un traitement symptomatique par HALOPERIDOL à faible dose était introduit, permettant une amélioration partielle des mouvements anormaux. Persistaient quelques dyskinésies bucco-faciales ou des mouvements anormaux des 4 membres lors d'épisodes émotionnels. L'évolution est hélas marquée par des troubles cognitifs d'aggravation progressive, ainsi que des troubles du comportement à type d'agressivité et agitation.

Pour en savoir plus :

La maladie de Huntington est une maladie rare du système nerveux, avec une prévalence estimée autour de 5 à 10/100 000 habitants. C'est une maladie neurodégénérative, au cours de laquelle on observe une atrophie striatale qui se majore progressivement jusqu'à atteindre tout l'encéphale (1). Classiquement, elle se manifeste autour de 30 à 50 ans, et les formes à révélation tardive restent mineures (autour de 4 à 5 % après 60 ans (2)).

La mutation responsable, mise en évidence en 1993, est une répétition inhabituelle de triplets CAG sur le gène HTT (3), lui-même sur le bras court du chromosome 4. La maladie de Huntington s'observe le plus souvent pour une répétition supérieure à 36 triplets.

On observe une triade clinique évocatrice :

- Une atteinte motrice, dont le syndrome choréique est le plus fréquent (mouvements involontaires rapides, amples, brusques et irréguliers), mais aussi et notamment une impersistence motrice (incapacité de maintenir des mouvements simples comme fermer les yeux ou tirer la langue, en particulier lorsqu'une seconde consigne est donnée au patient), des dyskinésies, notamment oro-faciales (4).
- Une atteinte cognitive de type sous-cortico-frontale d'aggravation progressive (5).
- Une atteinte psycho-comportementale, précédant souvent les signes moteurs (6) : apathie voire syndrome dépressif

le plus fréquemment, mais aussi syndrome anxieux (34 à 61 % des cas), et de manière plus rare et plus tardive une symptomatologie psychotique parallèlement au déclin cognitif.

En soi, une chorée de Huntington doit être évoquée devant tout mouvement choréique, mais il faut aussi savoir y penser devant d'autres troubles neurologiques, malgré leur manque de spécificité. Le diagnostic repose avant tout sur la recherche d'antécédents familiaux, mais aussi sur l'imagerie cérébrale et surtout l'analyse génétique. L'IRM cérébrale met en évidence une atrophie prédominante à la tête des noyaux caudés.

Chez le sujet âgé, le diagnostic est moins évident, mais reste possible. La présentation clinique est plus frustrée, en particulier souvent monosymptomatique, à prédominance motrice (7). De plus, les antécédents familiaux manquent souvent, soit par méconnaissance, soit dans le cas de mutations « de novo ».

En conclusion, cette observation rappelle que les maladies génétiques ne sont pas l'apanage des sujets jeunes. Chez le sujet âgé, le diagnostic n'est pas aisé compte tenu du terrain peu évocateur, des comorbidités et de l'absence d'histoire familiale. Or, à ce jour, et malgré l'absence de traitement spécifique, il est important de diagnostiquer ces malades, notamment pour proposer par la suite un diagnostic familial et une prise en charge anticipée.

Victoire LEROY

Pour l'Association des Jeunes Gériatres

Références

1. Defebvre L et al, La maladie de Huntington, *Neurologies* 2009 ; vol 12 ; numéro 114. Dossier.
2. James, C. M., Houlihan, G. D., Snell, R. G., Cheadle, J. P., & Harper, P. S. (1994). Late-onset Huntington's disease : a clinical and molecular study. *Age and ageing*, 23(6), 445-448.
3. Hoogeveen, A. T., Willemsen, R., Meyer, N., Roolj, K. E. D., Roos, R. A., Ommen, G. J. B. V., & Galjaard, H. (1993). Characterization and localization of the Huntington disease gene product. *Human molecular genetics*, 2(12), 2069-2073.
4. Oh, D.-S., Park, E.-S., Choi, S.-M., Kim, B.-C., Kim, M.-K., & Cho, K.-H. (2011). Oromandibular Dyskinesia as the Initial Manifestation of Late-Onset Huntington Disease. *Journal of Movement Disorders*, 4(2), 75-77.
5. Paulsen, J. S. (2011). Cognitive Impairment in Huntington Disease: Diagnosis and Treatment. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 11(5), 474-483.
6. Roos, R. A. (2010). Huntington's disease : a clinical review. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 5, 40.
7. Lipe, H., & Bird, T. (2009). Late Onset Huntington Disease : Clinical and Genetic Characteristics of 34 Cases. *Journal of the Neurological Sciences*, 276(1-2), 159-162.



ANNONCES DE RECRUTEMENT



Le Centre Hospitalier de Versailles recrute pour le pôle de Gériatrie

Un Médecin temps plein

Gériatre ou Généraliste sur un statut de d'Assistant ou de Praticien Hospitalier Contractuel pour le service de Gériatrie Aiguë Polyvalente sur le site de l'Hôpital MIGNOT (Le Chesnay) à partir de février 2020.

Le service est constitué de 24 lits. L'équipe médicale est composée de 4 temps plein seniors dont deux PH, un assistant spécialiste et 4 internes (1 /DES de Gériatrie, 1 /DES d'Urgence et 2 /Médecine Générale). Le service accueille aussi 5 à 6 externes (PIFO).

Il sera responsable de 8 lits à 10 lits. Il assurera la formation de l'interne de son secteur et des externes. Il pourra participer aux RCP, animer les bibliographies bimensuelles. Une astreinte samedi matin et dimanche matin sur 5. Pas de garde.

Les 2 services sont intégrés au sein du pôle de Gériatrie et animent la Filière Gériatrique Grand Versailles.



Contacts :
Dr Anne Bornand (Chef du service de Gériatrie Aiguë Polyvalente)

Tél. : 01 39 63 84 17 — abornand@ch-versailles.fr

Dr Delphine Romain (Chef du service de Gériatrie RICHAUD)

Tél. : 01 39 63 93 22 — dromain@ch-versailles.fr

Un Médecin temps partiel

Gériatre ou Généraliste (Statut de Praticien Hospitalier) en EHPAD sur le site de l'Hôpital RICHAUD (Versailles) à pourvoir dès maintenant.

L'équipe médicale est composée de 8 médecins PH ou PHC. Le service comprend un SSR gériatrique de 62 lits et places, une équipe mobile SSR, un hôpital de jour d'évaluation, une consultation mémoire labellisée et un EHPAD de 133 lits.

Il aura pour mission d'assurer le suivi médical d'une unité de 43 résidents, de travailler avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Il participera aux astreintes opérationnelles du site et à la continuité de soins dans le service.



LES HÉLIANTINES

Des résidences au service des seniors

RECRUTE pour ses EHPAD :

UN MÉDECIN COORDONNATEUR H/F

0,9 ETP en CDI

200 lits « hébergement » et 10 lits UVA répartis en 10 petites structures localisées dans un rayon de 15 km sur l'ARTOIS dans le Pas-de-Calais.



PROFIL :

- Titulaire d'une capacité de gériatrie ou d'un DU médecin coordonnateur.
- Fort d'un potentiel relationnel et promotion du travail d'équipe.
- Mission suivant le code de l'action sociale et des familles Art. 0312-158. Modifié par décret n° 02011-1047.

RENSEIGNEMENTS
ET ENVOI DES CANDIDATURES :

Mme Billeret (v.billeret@les-heliantines.fr)

Siège : 245 rue des Résistants - 62980 Noyelles-les-Vermelles.

Tél. : 03 21 64 34 11



Le Centre Hospitalier du pays d'Apt recrute un Gériatre Temps Plein

Ce poste est dédié à la prise en charge en court séjour gériatrique. Le court séjour gériatrique doit être créé en 2020 afin de finaliser la filière gériatrique hospitalière du pays d'Apt selon le projet d'établissement.

LES PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS SONT LES SUIVANTES :

- Généraliser les formations gériatriques pour le personnel soignant.
- Créer un court séjour gériatrique.
- Développer une activité d'hôpital de jour gériatrique pour les évaluations programmées gériatriques.
- Mettre en place une plateforme pour les aidants au niveau du CH.
- La sortie et le post hospitalisation.

- Envisager le développement de ressources hospitalières en SSIAD et en HAD (orientation gériatrique) en lien avec l'HADAR ».

Le Centre Hospitalier dispose d'un SSR, USLD, équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, EHPAD, Ehpad hors les murs en expérimentation 2019-2020. Le gériatre recruté sera en charge de mettre en œuvre le projet de création des lits dédiés sur le court séjour en cohérence avec les 4 gériatres de l'établissement. Le poste de gériatre sera affecté sur l'unité de court séjour. L'unité actuelle de médecine interne va dédier des lits la fonction gériatrie pour la création d'une unité de 12 lits et 4 places ambulatoires.

Lettre de motivation et CV à adresser à la Direction des Affaires Médicales - CH du pays d'Apt
225, route de Marseille - BP 172 - 84405 Apt Cedex - Tél. : 04 90 04 33 00 - a.blanc@ch-apt.fr



LES CLINIQUES DE RÉADAPTATION DU NORD DIJONNAIS recherchent 1 MÉDECIN GÉRIATRE



Les Cliniques de Réadaptation du Nord Dijonnais sont composées de deux centres de Soins de Suite et de Réadaptation de 90 et 60 lits situés dans l'agglomération nord dijonnaise (Messigny-et-Vantoux, Fontaine-lès-Dijon). La Maison de Jouvence est un centre de Soins de Suite et de Réadaptation polyvalent de 60 lits (30 lits polyvalents et 30 lits gériatrie) situé à Messigny-et-Vantoux. L'équipe médicale est composée de 3 médecins.

H/F - Poste CDI - Temps complet ou temps partiel (0.8 à 1 ETP).
Date de prise de fonction souhaitée : Novembre - Décembre 2019.

PRINCIPALES MISSIONS :

- Activité SSR (les lits sont répartis entre les médecins).
- Participation aux différents groupes de travail et instances (CME, douleur, hygiène, nutrition, qualité).
- Plateaux techniques : Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Diététicienne, Psychologue.
- Pharmacie à usage intérieur.

Une astreinte commune aux deux établissements est réalisée par l'ensemble des médecins.

Adresser candidature et CV à la Direction de l'établissement : direction@ccgf.fr
SSR Jouvence Réadaptation, 20, Rue des Alisiers, 21380 Messigny-et-Vantoux





**PÔLE GÉRIATRIQUE
RENNAIS**

MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU GÉRIATRE, coordonnateur en EHPAD (H/F)

En contrat à durée indéterminée (CDI) à temps plein

Contexte : Le groupe **UGECAM Bretagne Pays de la Loire**, opérateur de santé de l'Assurance Maladie, déploie ses activités de soins, de rééducation, et de réinsertion en Bretagne et Pays de la Loire. Avec ses 1337 lits et places, l'UGECAM Bretagne et Pays de la Loire gère 10 établissements de santé et 4 établissements médico-sociaux, et emploie plus de 1400 salariés. Le Pôle Gériatrique Rennais est un établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) à but non lucratif de 470 lits et places dont 250 lits d'hospitalisation, 76 lits de médecine, 150 lits de soins de suite, 60 lits USLD et 160 lits EHPAD.

Avec une capacité de 80 lits chacun, les « chènes roux » et les « chènes blancs » constituent les EHPAD du pôle gériatrique rennais, implanté dans un parc arboré de 7 hectares à Chantepie, à proximité immédiate de Rennes.

Mission/Activités :

Nous recherchons un médecin généraliste ou gériatre à temps plein (H/F) pour assurer la mission de médecin coordonnateur en EHPAD, en collaboration avec la direction d'établissement et la direction médicale.

Vos missions sont principalement les suivantes :

1-Définir l'organisation générale des soins dans

l'établissement et notamment :

- Participer à l'élaboration du projet de soins.
- Organiser la prise en charge médicale.
- Veiller à la qualité de la prise en charge gériatrique.
- Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques.
- Contribuer à l'évaluation de la qualité des soins et à la démarche d'amélioration continue de la qualité.

2-Organiser la prise en charge médicale et paramédicale et notamment :

- Formaliser les protocoles de soins adaptés.
- Garantir la qualité des soins prodigués.
- Participer à la prise en charge médicale.

Par ailleurs, vous serez acteur du réseau gérontologique du territoire.

Formation :

Vous êtes titulaire du diplôme d'Etat en médecine générale et d'une capacité en gériatrie.

Conditions particulières :

Rémunération : Convention Collective Nationale des Organismes de Sécurité Sociale Niveau 10E ou 11E à négocier selon profil – Grille du personnel soignant, éducatif et médical. **Rémunération brute annuelle sur 14 mois.**

Poste à pourvoir dès que possible.

Temps partiel envisageable.



Merci d'adresser votre candidature par courrier avec la référence de l'offre à :
Pôle Gériatrique Rennais – Pôle Ressources Humaines

100, avenue André Bonnin – 35135 CHANTEPIE – ou par mail à : arh.rennes@ugecam.assurance-maladie.fr

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



RECRUTE

DES MÉDECINS GÉRIATRES OU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À TEMPS PLEIN AYANT UN INTÉRÊT POUR LA GÉRIATRIE

Possibilité d'évolution vers un poste permanent

Postes à pourvoir immédiatement

Candidatures à adresser à : Monsieur le Directeur
Groupement Hospitalier de Territoire « Rance Émeraude »
Direction des Affaires Générales et des Affaires Médicales
Centres hospitaliers de Saint Malo, Dinan, Cancale
02 99 21 20 12 - direction@cht-ranceemeraude.fr



POUR TOUT RENSEIGNEMENT

CENTRE HOSPITALIER de Saint-Malo

(Ile et Vilaine - Bretagne)

1 POSTE - EHPAD

Madame le Docteur LE GAGNE, Chef de pôle de gériatrie

Tél. secrétariat : 02 99 99 21 20 20

CENTRE HOSPITALIER « René Pleven » de DINAN

(Côtes-d'Armor - Bretagne)

2 POSTES – COURT SEJOUR GÉRIATRIQUE ET SSR

Monsieur le Docteur THIRION, chef de pôle de gériatrie

Tél. secrétariat : 02 96 85 78 98

CENTRE HOSPITALIER de Cancale

(Ile et Vilaine - Bretagne)

1 POSTE – SSR

Madame RADUREAU, Directrice - Tél : 02 22 75 12 01

Madame le Docteur LE GAGNE - Tél. secrétariat : 02 99 21 20 20



CENTRE HOSPITALIER
SAINT NICOLAS
BAR-SUR-AUBE

LE CENTRE HOSPITALIER DE BAR-SUR-AUBE RECRUTE

**MÉDECIN
(H/F)**



Le centre hospitalier Saint Nicolas de Bar-sur-Aube est composé d'un secteur sanitaire et médico-social :

- Une unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 30 lits.
- Une unité de Médecine/SSR de 30 lits.
- Un EHPAD de 130 lits dont 14 lits d'unité de vie protégé.

Depuis 2015, le CH de Bar-sur-Aube est membre des Hôpitaux Champagne Sud (HCS), un groupement hospitalier rassemblant tous les établissements publics de santé de l'Aube et du Sézonnais.

CANDIDATURE DÉTAILLÉE À ADRESSER À :

Monsieur le Directeur, Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube
2 rue Gaston Cheq - 10200 Bar-sur-Aube
Mail : bernard.mabileau@hcs-sante.fr

RENSEIGNEMENTS :

Dr Xavier SCHMIDT, Président de CME
Mail : xavier.schmidt@ch-bsa.fr
03.25.27.09.97

POSTE PROPOSÉ :

- Poste de médecin à temps plein service de médecine/SSR.

CONTRAT : CDI

CONDITIONS DE RECRUTEMENT ATTRACTIVES :

- Possibilité de logement à proximité de l'établissement.
- Frais de déplacements pris en charge par l'établissement.

Vous trouverez une équipe dynamique en constante recherche d'amélioration de la prise en soins globale des patients et résidents.

Les différentes unités proposent des activités variées, un travail en équipe pluridisciplinaire, un engagement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Site internet : www.ch-barsuraube.fr



LE GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES (GHSa)

recrute des Médecins Généralistes ou Gériatres

pour ses services de médecine, de soins de suite et de réadaptation et son unité de soins de longue durée.

CONTACTS

Romain Fève, DRH-DAM

romain.feve@ch-ghsa.fr - 03 24 38 66 05

Dr Catherine Froment, Chef du Pôle n° 2,

site de Rethel (Médecine, SSR)

catherine.froment@ch-ghsa.fr - 03 24 38 66 39

Dr Yves Zylberg, Chef du pôle n°3, site de

Vouziers (Médecine, SSR, USLD, SSIAD, HAD)

yves.zylberg@ch-ghsa.fr - 03 24 38 71 86

Dr Abdellatif Diani, Président de la CME

abdellatif.diani@ch-ghsa.fr - 03 24 38 66 58

www.ch-ghsa.fr



Le Groupe Hospitalier Sud Ardennes propose une offre de soins complète répartie sur deux sites complémentaires : le site de Rethel et le site de Vouziers.

Le GHSa en chiffre c'est : 600 professionnels, 600 lits et places et 50 praticiens.

Le GHSa est organisé autour de 4 pôles d'activités : 3 pôles d'activités cliniques et 1 pôle médicotechnique.

Sur le site de Rethel : 36 lits de médecine-SSR, dont 6 lits identifiés en soins palliatifs.

Sur le site de Vouziers : 24 lits de médecine-SSR, dont 4 lits identifiés en soins palliatifs + SMTI : 20 lits.

CONDITIONS DE CANDIDATURE

Praticiens de plein exercice ou ayant satisfait aux épreuves de vérification des connaissances dans le cadre de la Procédure d'Autorisation d'Exercice de la médecine en France.

Sont souhaités :

- Diplôme spécialisé en gériatrie/gérontologie.

- Une D.U. de soins palliatifs serait apprécié.

Bénéficier d'une autorisation de séjour sur le territoire national en cours de validité.



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR, ÉTABLISSEMENT DE RÉFÉRENCE DU « GROUPEMENT HOSPITALIER DES PORTES DE PROVENCE »

RECHERCHE DEUX GÉRIATRES À TEMPS PLEIN

pour compléter l'équipe actuelle de 8 praticiens, un poste sur le Court Séjour Gériatrique et un poste sur les lits d'hébergement et de Soins de Suite et de Réadaptation.

Polyvalence souhaitée dans le cadre d'astreintes sur l'ensemble de la filière gériatrique qui comporte :

- 30 lits de Court Séjour Gériatrique.
- 46 lits de soins de suite dont 10 d'UCC (Unité cognitivo-comportementale) et 6 EVC.
- 40 lits d'USLD.
- 114 lits d'EHPAD (dont 10 d'Unité Sécurisée) répartis sur 2 sites.
- Équipes mobiles de Gériatrie Intra et Extra Hospitalière.
- Des consultations (mémoire, gériatrique et onco-gériatrique).

Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat (statut en fonction du candidat). Compétences gériatriques souhaitées :

capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinale.

Montélimar est une ville agréable, dynamique, située à 1h30 de Lyon, Montpellier, Grenoble et Marseille en Drôme Provençale (accès autoroutier et TGV).

Les bâtiments de Gériatrie de « Roche-Colombe » sont récents, climatisés et agréables, en proximité du plateau technique.

**Renseignements :**

Dr FRANÇAIS-HOFMANN Véronique - Responsable du Pôle Gériatrie
veronique.francais-hofmann@gh-portesdeprovence.fr - 04 75 53 22 56

A-S. GONZALVEZ (DA, DRH-DAM), direction@gh-portesdeprovence.fr
S. MAGNETTE (ACH, DAM), sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr
04 75 53 41 29

Film de présentation de la structure : <https://youtu.be/Y6KMjGON4Mc> - Site Internet : www.gh-portesdeprovence.fr

**LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SAINT-ÉTIENNE**

Situé à 50 mn de Lyon et à 2H50 en TGV de Paris.

Service de gériatrie, filière complète : 3 hôpitaux de jour SSR, 3 équipes mobiles, une consultation mémoire, 150 lits de court séjour/SSR et 150 lits d'unité de soin de longue durée.

**RECRUTE GÉRIATRES**
Temps plein ou Temps partiel h/f

Inscrit(e)s au tableau de l'Ordre.

Sur 2 postes de praticien hospitalier vacants.

Pour tous renseignements ou dépôt de candidature contacter :

Le Professeur Thomas CELARIER – Chef de service
04 77 12 70 34 – thomas.celarier@chu-st-etienne.fr
Ou la Direction des Affaires Médicales
04 77 12 70 50 – dam.ag@chu-st-etienne.fr

**LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE (SAVOIE)**

358 lits et places dont 103 MCO.

41 lits de médecine + 4 lits de surveillance continue + 40 lits de chirurgie + 16 lits de maternité + 2 lits d'UHCD.

Secteur personnes âgées :

116 lits EHPAD dont 26 Alzheimer + 30 lits SLD + 10 places accueil de jour Alzheimer + 14 places PASA.

70 km de Chambéry, à 100 km de Grenoble, à 170 km de Lyon, à proximité des stations de ski.

recherche

Un MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET/OU UN MÉDECIN GÉRIATRE

Projet médical à venir.

Réflexion sur la mise en place d'un court séjour gériatrique.

Poste de Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel Temps plein ou Temps partiel.

Pour tout renseignement, contacter :

Madame Laurence PONSONNAILLE, Responsable des Affaires Médicales
lalex@ch-sjm.fr – 04 79 20 60 00



Centre Hospitalier de Saint-Jean-de-Maurienne
179, rue du Docteur Grange – 73300 Saint-Jean-de-Maurienne
Tél. : 04 79 20 60 20 – Fax : 04 79 20 60 10



Une conception originale
de l'Hospitalisation à domicile

L'ARAR SOINS À DOMICILE

RECHERCHE :
un Médecin
Coordonnateur
HAD H/F

L'ARAR Soins à Domicile est une association loi 1901 sans but lucratif.

Elle a pour vocation d'assurer la continuité des soins hospitaliers à domicile (Hospitalisation à domicile) et de faciliter le retour et le maintien à domicile en toute sécurité des patients avec pour seul objectif de contribuer à une meilleure qualité de vie et à une plus grande autonomie de ceux-ci. L'ARAR, c'est plus de 30 ans de développement au service des Réunionnais.

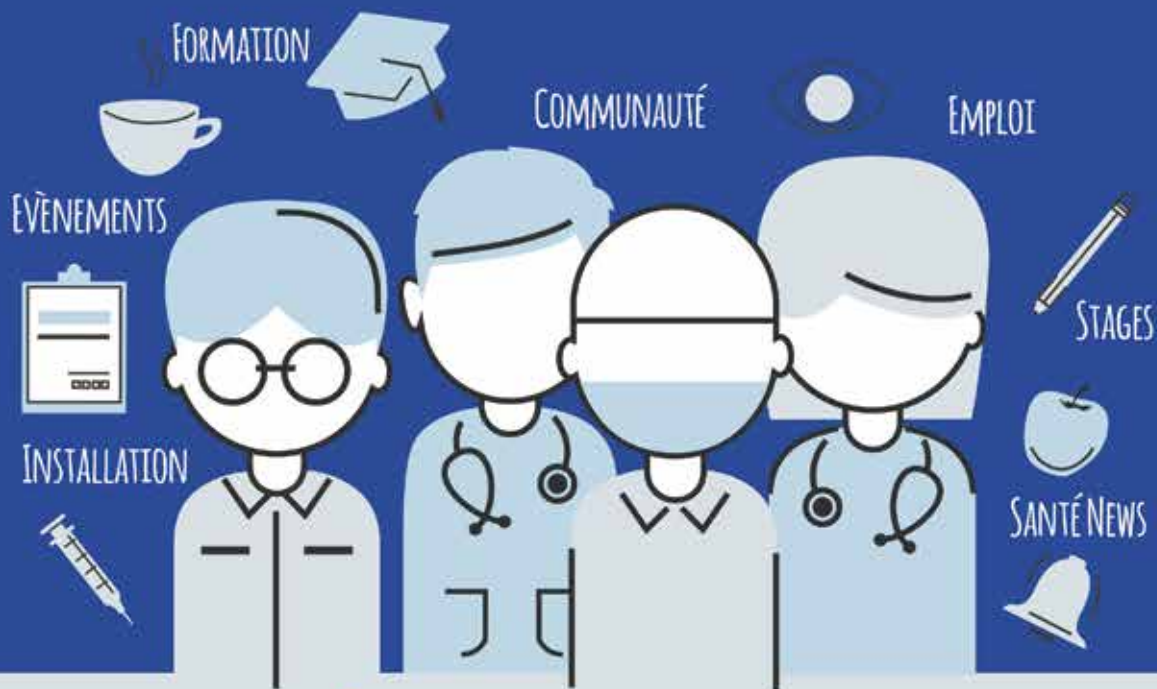
Mission : Vous avez pour mission de participer à la prise en charge des patients dans notre activité d'Hospitalisation à Domicile (HAD). Vous participez à la démarche qualité ainsi qu'au fonctionnement des différentes instances médicales internes. Vous participez aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) des professionnels médicaux de l'établissement.

Profil : Docteur en Médecine, dynamique, rigoureux (se), organisé(e).
DU Soins Palliatifs, Douleur ou Gériatrie souhaités.

Conditions : Contrat CDD ou CDI, temps partiel ou temps plein, secteur Nord/Est.



Merci d'adresser votre dossier de candidature (lettre et CV) qui sera étudié en toute confidentialité au
Service des Ressources Humaines de l'ARAR Soins à Domicile - 4, rue de Hanoi ZAC Balthazar - 97419 LA POSSESSION - recrutement@arar.fr



Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

