

Les 5^{èmes}
Rencontres Internationales
de Gérontologie

*1^{er} Colloque international
sur la maladie d'Alzheimer*

**16-17
Novembre
2012**

Hôtel Adam Park
Marrakech



Bilan  dition 2012

SPONSOR OFFICIEL



PARTENAIRE



Remerciements.....	3
Programme.....	4
Abstracts et bilans de satisfaction.....	7
Le colloque en images.....	22
Les exposants et partenaires.....	27
Organisateurs.....	28

Mesdames, Messieurs,

Le Docteur Mustapha OUDHRIRI, Président de l'AGE, Karine LEFEUVRE, Professeur de l'EHESP et Sofia BOUALLALI, membre de l'ANADESSM, tiennent à vous renouveler tous leurs remerciements pour avoir contribué à la réussite des 5^{èmes} rencontres internationales de gériologie et du 1^{er} colloque international sur la maladie d'Alzheimer, qui se sont déroulés les 16 et 17 Novembre 2012 à Marrakech (Hôtel Adam Park).

Les échanges interculturels et les approches médicales, psychosociales, juridiques et politiques ont contribué sans nul doute à faire avancer la réflexion relative à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer comme véritable enjeu de santé publique.

Puissent ces rencontres permettre de réelles avancées en interne par le travail concerté entre associations oeuvrant pour la prévention et la lutte contre la maladie d'Alzheimer et entre sociétés savantes pour une bonne prise en charge gériologique de nos aînés, et continuer de nourrir des échanges riches entre nos pays.

Les co-responsables scientifiques du Colloque

*Dr Mustapha OUDRHRI, Président de l'AGE
Pr Karine LEFEUVRE, Professeur de l'EHESP, Département des Sciences Humaines et Sociales
Sofia BOUALLALI, Directrice, Membre de l'ANADESSMS*

PROGRAMME

Vendredi 16 NOVEMBRE 2012

Organisateurs : Association Gériatrie Espoir (AGE- Maroc) - Association Nationale des Directeurs d'Établissements Sanitaires Sociaux et Médico-Sociaux (ANDESSMS)- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

MALADIE D'ALZHEIMER ET DÉMENCES APPARENTÉES : QUELLE PRISE EN CHARGE À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT ? QUELLE PLACE POUR LES AIDANTS ?

POLITIQUE NATIONALE, PARCOURS DE SANTÉ ET PLACE DES AIDANTS

LE MATIN

■ 08h45-09h15 : Accueil des participants

■ 09h15-09h30 : Allocutions d'ouverture par les responsables scientifiques du colloque

LES POLITIQUES NATIONALES

Modérateurs : Dr Mustapha OUDRHIRI, Président de l'AGE et Karine LEFEUVRE-DARNAJOU, Professeur de l'EHESP

■ 09h30-09h50 : **L'EXEMPLE MAROCAIN : QUELLE PLACE POUR LA MALADIE D'ALZHEIMER DANS LE SYSTÈME DE SOINS MAROCAIN ?**

Dr Mustapha OUDRHIRI, Interniste Gériatre Casablanca

■ 09h50-10h10 : **L'EXEMPLE FRANÇAIS : LE PLAN ALZHEIMER.**

Mme Sandrine LEMERY, Chargée de mission sur le Plan Alzheimer, Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), Paris

■ 10h10-10h30 : **L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADES D'ALZHEIMER DANS LES ÉTABLISSEMENTS.**

Maitre Olivier POINSOT, Avocat au Barreau de Montpellier, conseiller pour la relecture des Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence Nationale d'Évaluation de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM)

■ 10h30-10h50 : Débat avec une approche comparative

LE PARCOURS DE SANTÉ D'UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA PATHOLOGIE ALZHEIMER

Modérateurs : Sofia BOUALLALI, Directrice d'EHPAD et Dr Saïd BELKADI, Directeur d'Hôpital, CHU Mohammed VI

■ 11h10-11h30 : **QUELLE STRATÉGIE TERRITORIALE DE LA PRISE EN CHARGE ?**

Dr Dominique BURONFOSSE, Gériatre, Vice-Président de la conférence de territoire et Médecin coordonnateur de la nouvelle Fédération territoriale de gériatrie, Pays de Lorient

■ 11h30-11h50 : **QUELLE FONCTION POUR LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE ? PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER D'ARGONNE : PRÉSENTATION DE L'OFFRE ET DU PARCOURS DE LA PERSONNE ÂGÉE. AVANTAGES ET LIMITES.**

Mme Isabelle JEANNESSON, Directrice adjointe du Centre Hospitalier d'Argonne, et son équipe

PROGRAMME

- 11H50-12H10 : QUE PEUT APPORTER UN CENTRE DE JOUR POUR UN MALADE ALZHEIMER ?
PRÉSENTATION DU CENTRE ALBARAKA AIN CHOCK.

Dr Mustapha OUDRHIRI, Interniste et gériatre à Casablanca, Président de l'AGE

- 12H10-12H30 : Débat avec la salle

- 12H30-14H00 : Déjeuner

L'APRES-MIDI

FORUM : OUVERTURE DES DÉBATS AU GRAND PUBLIC. COMMENT DÉVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS ?

*Modérateurs : Dr Alice BREINING, Gériatre au service de gériatrie à la Salpêtrière, Paris
Dr Najib KISSANI, Neurologue, Président de l'Association Espoir Maroc Alzheimer*

- 14H00-14H15 : OUVERTURE DES DÉBATS AU GRAND PUBLIC AVEC PROPOS INTRODUCTIFS SUR L'ENQUÊTE EN POPULATION GÉNÉRALE SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER EN FRANCE.

Dr Alice BREINING, Gériatre au service de gériatrie à la Salpêtrière, Paris

- 14H15-14H30 : QUELLES STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE DES AIDANTS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER. **Dr Lamia CHRAIBI FOURNIS, Gériatre, Paris**

- 14H30-14H45 : LES REPRÉSENTATIONS DE LA MALADIE : ASPECT PSYCHO-SOCIAUX. **Isabelle DONNIO, Psychologue-consultante, chargée d'enseignement à l'E.H.E.S.P.**

- 14H45-15H00 : Débats

Modérateur : Céline PEYNOT, Elève D3S

- 15h30-17H00 : TABLE RONDE : L'INFORMATION DES AIDANTS SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LE RÔLE DES ASSOCIATIONS POUR ÉVITER L'ISOLEMENT ET L'ÉPUISEMENT DES AIDANTS :
Table ronde en présence des associations :

- AGE : Dr Mustapha OUDRHIRI
- Association Maroc-Alzheimer
- Association Espoir Alzheimer : Dr Adali NAWAL
- AMAMA (association marocaine de l'Alzheimer et des maladies apparentées) :
Mr Mohamed OUADI, Président
- Association Tunisie Alzheimer : Me Mahmoud MILI, Dr KAROUI
- Association France Alzheimer : Mme Marie-Odile DESANA, Présidente
- Association Française des Aidants : Mme Florence LEDUC, Présidente

- Débats avec la salle

- Clôture de la journée

Samedi 17 NOVEMBRE 2012

ACTUALITÉS SUR LA PRISE EN CHARGE GÉRIATRIQUE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER

Organisateur : Association Gériologie Espoir (AGE- Maroc)

MATIN : 09h00-12h30

1^{ÈRE} SÉANCE : LA MÉDECINE D'URGENCE EN GÉRIATRIE

Modérateurs : Pr G. Berrut, Pr M. Mouhaoui, Pr M. Maamar

PARTICULARITÉS DU PATIENT ÂGÉ EN MÉDECINE D'URGENCE

Dr Alice BREINING, Service de gériatrie à la Salpêtrière Paris

LA PERSONNE ÂGÉE EN RÉANIMATION

Pr Amine Ali ZEGGWAGH, Chef de service de réanimation médicale CHU Ibn Sina Rabat

PRISE EN CHARGE D'UNE CONFUSION AUX URGENCES

Pr Philippe CHASSAGNE, Chef de service de médecine interne et de gériatrie Rouen France

Pause

2^{ÈME} SÉANCE : L'ANTIBIOTHÉRAPIE ET LA PRÉVENTION CARDIO-VASCULAIRE EN GÉRIATRIE

Modérateurs : Pr M. ADNAOUI, Pr P. CHASSAGNE, Pr L. ESSAADOUNI

CONDUITE PRATIQUE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE EN GÉRIATRIE

Pr Abdelfatah CHAKIB, Infectiologue CHU Ibn Rochd Casablanca

QUELLE PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE POUR LE PATIENT ÂGÉ ?

Pr Gilles BERRUT, Pôle de Gériologie Clinique CHU Nantes

SYMPOSIUM BOTTU : SAVOIR PRENDRE EN CHARGE UNE DOULEUR EN GÉRIATRIE

Pr Lamia ESSAADOUNI, Chef de Service de Médecine Interne CHU Ibn Tofail Marrakech

APRES-MIDI : 14h30-18h30

3^{ÈME} SÉANCE : Modérateur : Pr Ilham SLASSI

QUEL SUIVI GYNÉCOLOGIQUE CHEZ LA FEMME ÂGÉE ? Pr Mahjoub GHAZLI, Gynécologue CHU de Casablanca

SYMPOSIUM NOVARTIS : PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE PARKINSON, CE QU'IL FAUT SAVOIR

Pr Marc VERNY, Chef de service de gériatrie à la Salpêtrière Paris

Pause

4^{ÈME} SÉANCE : ACTUALITÉS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

Modérateurs : Pr M. VERNY, Dr Rajaa RABHI

EPIDÉMIOLOGIE DES DÉMENCES DANS LES PAYS EMERGENTS ET EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

Dr Rajaa RABHI, Neurologue et SG de l'AGE

COMORBIDITÉS ET DÉMENCE. PR PHILIPPE CHASSAGNE, Chef de service de médecine interne et de gériatrie Rouen France

IMAGERIE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER. Pr Marc VERNY, Chef de service de gériatrie à la Salpêtrière Paris

LA MALADIE D'ALZHEIMER, QUOI DE NEUF ? Pr Gilles BERRUT, Pôle de Gériologie Clinique CHU Nantes

CLÔTURE DES RENCONTRES

P R O G R A M M E



Quelle place pour la maladie d'Alzheimer dans le système de soins marocain ? Cas de la région du grand Casablanca

Dr Kamal BOUISK, Lauréat de l'INAS

Dr Mustapha OUDRHIRI, Interniste et gériatre à Casablanca, Président de l'AGE

Les objectifs visés par une étude réalisée, au niveau de la région du grand Casablanca pendant le mois de mars et avril 2012, sont de décrire un état des lieux et d'identifier les besoins de prise en charge médicale ou médicosociale des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et de proposer des recommandations pour améliorer leurs prises en charge en répondant à la question :
Quels sont les services mis à la disposition des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et comment répondre efficacement aux besoins des malades et leurs aidants afin d'améliorer la prise en charge de la maladie ?

Les résultats de cette étude se résument à la difficulté de prise en charge de la maladie aussi bien dans sa composante médicale que sociale renforcée par la rareté de certains professionnels de santé, le diagnostic à des stades avancés et le coût élevé de la prise en charge exagéré par le manque d'information et la perception dramatique de la situation avec des répercussions énormes sur l'état physique et moral de l'aidant.

Difficulté consolidée par un faible appui des associations et un manque de parcours de soins structuré ainsi que l'absence de toute structure de répit.

Le retentissement négatif de la maladie sur l'ensemble de la famille est contrasté par le renforcement du lien de parenté, le sens élevé de la responsabilité et le dévouement de la part de l'ensemble des aidants malgré l'immensité et la grandeur du fardeau.



L'exemple français : Le plan Alzheimer

Sandrine Lemery, Chargée de mission sur le Plan Alzheimer, Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), Paris

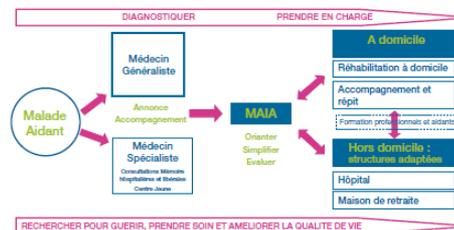
Le plan Alzheimer 2008-2012 a poursuivi et élargi l'action entamée par les deux précédents plans Alzheimer depuis 2001.

Il comporte trois grands objectifs à l'horizon fin 2012 :

- améliorer la connaissance de la maladie pour la guérir : c'est un effort de recherche sans précédent pour mettre la France à la pointe de la recherche et trouver ou valider un diagnostic ou un traitement.
- dans le domaine de la santé et de la solidarité : en attendant de trouver, le plan vise à améliorer la qualité de vie de la personne malade et de ses proches
 - au moment du choc de la découverte de la maladie en favorisant le diagnostic précoce et accompagné ;
 - tout au long de la maladie en renforçant et rendant plus cohérente l'offre de soins et d'accompagnement autour de la personne malade.
- changer le regard sur la maladie en en faisant un enjeu de société aux niveaux local, national et international et en mettant la personne malade au cœur du dispositif.

A l'approche de la fin de ce plan, le bilan suivant peut être dressé : les objectifs scientifiques et sociétaux seront atteints, voire dépassés d'ici fin 2012. En particulier, la reconnaissance européenne et internationale du plan dès 2008 a contribué à changer le regard sur la maladie. En ce qui concerne l'amélioration concrète de la qualité de vie des malades et des familles, le déploiement des solutions de terrain préconisées par le plan est en marche : certaines solutions ont atteint leurs objectifs tandis que d'autres sont en cours de généralisation et ne sont complètes que sur quelques territoires. Une ou deux années supplémentaires seront nécessaires pour atteindre leur déploiement complet.

Parcours personnalisé Alzheimer 2012





L'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades d'Alzheimer dans les établissements

Maitre Olivier POINSOT, Avocat au Barreau de Montpellier, conseiller pour la relecture des Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence Nationale d'Evaluation de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM)

Au-delà des dispositifs généraux de respect des droits et de promotion de la qualité de l'accueil en établissement médico-social, la France s'est engagée depuis 2008 dans une démarche de conception, de mise en œuvre et d'évaluation de modalités d'accueil particulièrement adaptées aux besoins des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Issue du point n° 16 du « plan Alzheimer » 2008-2012, cette initiative vise à impliquer les opérateurs dans le développement de formes particulières d'accueil telles que l'accueil temporaire dit « de répit » et l'accueil en structure adaptée aux spécificités comportementales des résidents, sous forme d'unité d'hébergement renforcé (UHR) ou de pôle d'activités et de soins adaptés (PASA).

Quelle que soit la forme d'accompagnement, la recherche d'une meilleure qualité de prise en charge passe, du point de vue de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) par la poursuite de deux objectifs primordiaux, le respect de la personne et la qualité des soins dont elle bénéficie, qui vont se traduire par le déploiement de solutions institutionnelles en rapport avec l'exercice effectif des droits des malades.

Quelle stratégie territoriale de prise en charge des personnes âgées

Dr Dominique Buronfosse, Gériatre, Vice-Président de la conférence de territoire et Médecin coordonnateur de la nouvelle Fédération territoriale de gériatrie, Pays de Lorient

La publication de la Loi dite « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » le 21 juillet 2009 entraîne de lourdes conséquences pour l'organisation du système de santé français. Elle institue une territorialisation des politiques de santé. Les réformes qu'elle porte doivent permettre aux Institutions et Structures de s'adapter aux nouveaux besoins de santé de la population. Elles impactent les prises en charge habituelles des personnes âgées et les remettent en cause.

Dans ce domaine, le territoire de santé n°3 de la Région Bretagne (France) s'est appuyé sur plus de vingt années de réflexion gérontologique, une pratique éprouvée et permanente de la concertation, pour élaborer une stratégie territoriale de prise en charge des personnes âgées.

Le Projet du territoire, approuvé par les Tutelles, fixe comme objectif stratégique la création d'un « dispositif territorial coordonné et intégré » en 2016. Les objectifs opérationnels, développés au cours de la présentation, privilégient la fluidité du parcours de soin, la structuration de filières de prise en charge, le développement de partenariats et les évolutions des cultures professionnelles.

L'existence d'un groupe de travail multidisciplinaire actif, d'une culture gérontologique partagée par les professionnels du territoire et le soutien de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, des Conseils Généraux du Morbihan et du Finistère, de la Communauté Hospitalière du territoire... sont autant d'atouts dans la réalisation du Projet rendue complexe par la confrontation des logiques et la multitude des périmètres de toutes natures.



Quelle fonction pour la filière gériatrique ? Intervention du Centre Hospitalier de Sainte-Ménéhould

Mme Isabelle JEANNESSON, Directrice adjointe du Centre Hospitalier d'Argonne, et son équipe

Le Centre Hospitalier d'Argonne se situe sur un territoire de santé de 15 000 habitants et propose différents services à visée gériatrique : un service de médecine, un service de soins de suite et de réadaptation, une maison de retraite avec un service dédié aux personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou apparentée, une unité de soins de longue durée, un accueil de jour, un service de soins infirmiers à domicile.

Il s'inscrit dans une filière gériatrique constituée des différentes phases de l'accompagnement et de la prise en charge des patients âgés en y associant les établissements de santé, les médecins de ville, les structures médico-sociales et les partenaires sociaux.

L'accompagnement des personnes âgées est organisé autour d'une coordination.

Nous vous proposons de décrypter notre filière gériatrique : son fonctionnement, ses acteurs, ses avantages mais aussi ses limites.

L'information des aidants sur la maladie d'Alzheimer et le rôle des associations pour éviter l'isolement et l'épuisement des aidants

Mme Marie-Odile DESANA, Présidente Association France Alzheimer

En France, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées touchent près de 850 000 personnes. Chaque année, 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués, soit près de 700 cas par jour.

Un récent sondage a permis de montrer que 86% des Français se disent « inquiets » par la maladie d'Alzheimer, et que 9 Français sur 10 considèrent que la maladie d'Alzheimer est un enjeu de société prioritaire.

Cette inquiétude s'explique notamment par l'investissement financier, physique et moral des aidants familiaux. Une étude réalisée en 2010 par France Alzheimer montre, en effet, que le reste à charge financier total du couple aidant-aidé s'établit en moyenne autour de 1 000 euro par mois, et que l'aidant consacre en moyenne 6,5 heures par jour à son proche malade.

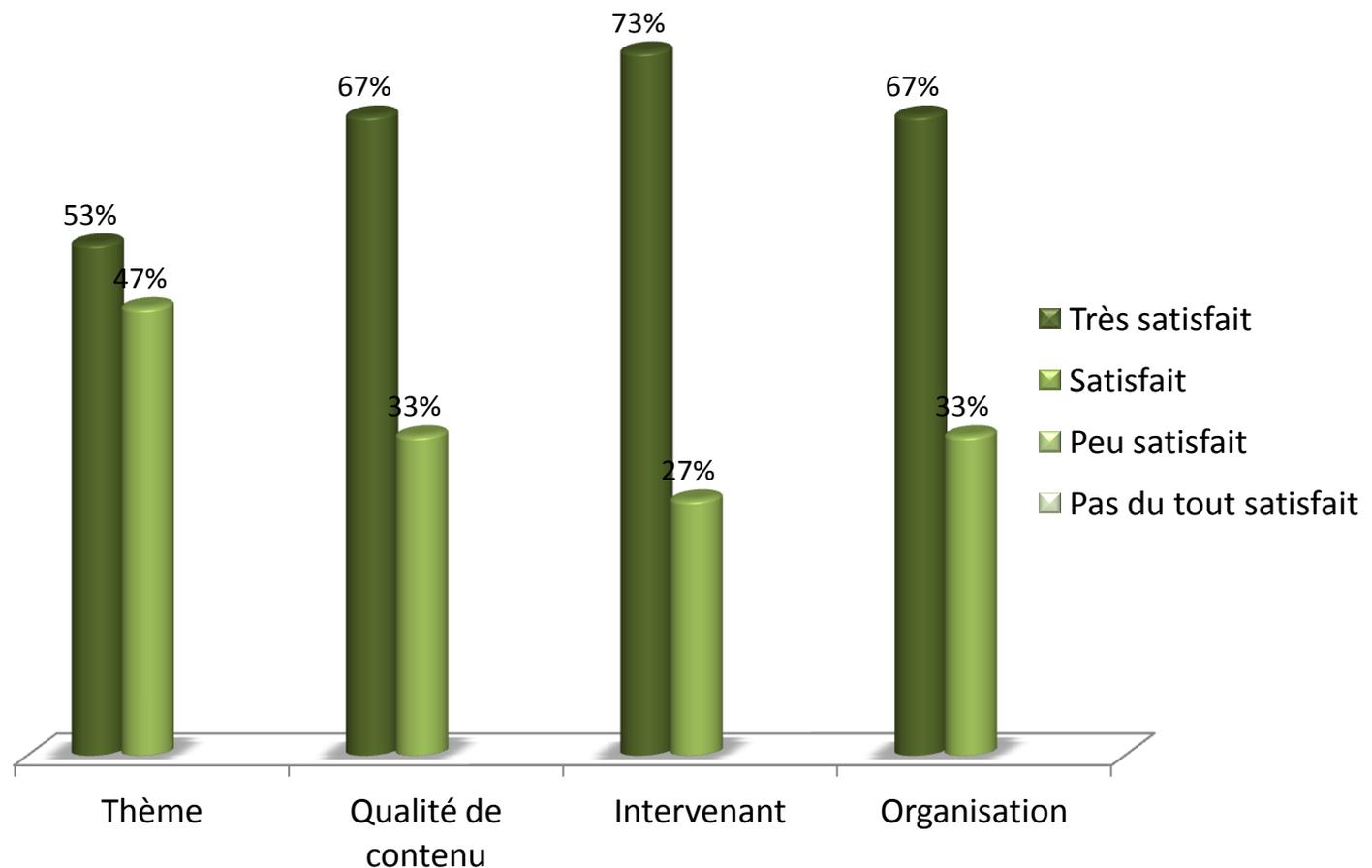
Afin de rompre l'isolement et l'épuisement des aidants familiaux, France Alzheimer propose des actions de soutien et d'accompagnement variées : séjours Vacances-Répét Alzheimer, Haltes relais France Alzheimer, Café mémoire France Alzheimer, formation des aidants, groupes de paroles, sorties conviviales ou culturelles, etc.

Vendredi 16 NOVEMBRE 2012

Organisateurs : Association Gériatrie Espoir (AGE- Maroc) - Association Nationale des Directeurs d'Établissements Sanitaires Sociaux et Médico-Sociaux (ANDESSMS)- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

MALADIE D'ALZHEIMER ET DÉMENCES APPARENTÉES : QUELLE PRISE EN CHARGE À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT ? QUELLE PLACE POUR LES AIDANTS ?

POLITIQUES NATIONALES, PARCOURS DE SANTÉ ET PLACE DES AIDANTS





Dr Lamia CHRAIBI FOURNIS, Praticien Hospitalier Gériatre, Hôpital Béclère, Clamart (Paris)

La prévalence de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en France est de 860 000 personnes dont 2/3 de femmes (Etude Paquid), avec une incidence de plus de 225 000 nouveaux cas par an, 5 % des plus de 65 ans et 25 % des plus de 80 ans sont touchés, 20,5 % des femmes et 13,2 % des hommes de plus de 75 ans sont touchés, pour ce qui est de l'univers familial environ 3 millions de personnes en France sont directement concernées par cette maladie, 1,3 million de malades Alzheimer d'ici 2020, soit 1/4 de plus de 65 ans.

Les aidants sont le plus souvent le ou la conjoint(e) souvent âgé(e). C'est plus souvent une femme (80%). C'est parfois un enfant adulte ou un aidant jeune entre 14 et 21 ans.

La durée de l'aide de l'aidant à domicile (Etude Pixel, Charge des aidants DRESS au Ministère de la santé) est de 6 ans en moyenne et de 6 heures /jour en moyenne 7j/7 pouvant aller jusqu'à 14h/jour au stade très évolué de la maladie.

L'aidant participe grandement à la qualité de vie du malade dément en ce qui concerne la qualité de vie matérielle et affective, les aides et soins liés à la perte d'autonomie, la prise des médicaments, la surveillance des effets et de la tolérance, la sécurité et retarde l'entrée en institution (Thomas P., Hazif-Thomas C., Lalloué F., Poch B., Pariel S., Ingrid R., Viéban, F., Ploton L., Belmin J., Clément J.P. « Qualité de vie du malade dément à domicile et qualité de vie de l'aidant. Etude Pixel » La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie, 2005, 22 (111): 33-42).

L'impact de la relation d'aide sur la santé des aidants entraîne un stress chronique avec d'une part un retentissement social notamment d'isolement, de restriction du réseau relationnel, de difficultés financières et d'autre part une souffrance psychologique et morale « le fardeau » en particulier l'épuisement (échelle de ZARIT), la dépression (risque 3 fois plus élevé), l'augmentation de la consommation de psychotropes... Les facteurs de risque de dépression de l'aidant, relatifs au patient sont l'intensité des troubles du comportement, le degré de dépendance, le niveau d'atteinte cognitive et relatifs à l'aidant ou à la relation aidant-aidé c'est l'âge élevé, le sexe féminin, la perception négative de son rôle et de ses capacités à faire face à l'aidant, l'importance du lien affectif, la cohabitation, la nature de la relation antérieure. La dépression persiste après l'entrée en hébergement et peut survenir après le décès. L'impact sur la santé physique des aidants est le défaut de soins, la réponse immunologique altérée, la diminution de réponse en anticorps à la vaccination (tétanos, grippe), la diminution de réaction d'hypersensibilité cutanée à un pannel d'antigènes (multitest), la capacité de cicatrisation moins rapide, le taux de mortalité plus élevé (40 à 60 %).

L'impact de la relation d'aide formelle et informelle inadaptée sur la qualité de vie des malades Alzheimer est l'aggravation des troubles comportementaux, la maltraitance (physique, psychologique, médicamenteuse), la dénutrition, l'institutionnalisation en urgence...

Les différents programmes d'aide aux aidants sont, soit l'éducation pour augmenter les connaissances sur la maladie et informer sur les soins et les services, soit les groupes de soutien pour partager les expériences, se soutenir, rompre l'isolement, pour renforcer des liens sociaux entre familles, soit la psychothérapie pour contrôler ses émotions, pour aider à l'engagement dans des activités agréables ou positives, soit des soins de répit en accueil de jour, en hébergement temporaire pour donner du temps libre à l'aidant, l'accueil de nuit, l'accueil de week-end, les séjours vacances, soit ce qu'on appelle un multi-composant (éducation, soutien, psychothérapie, répit). L'évaluation de l'effet des interventions sur les aidants repose sur, le sentiment de fardeau (échelle de ZARIT), les symptômes dépressifs (échelle GDS), le bien-être subjectif, les connaissances,



les compétences, le comportement du malade, le délai d'entrée en institution. Le résultat des études sur les interventions sur les aidants est qu'il y a des effets positifs sur l'aidant, des effets positifs sur le malade, qu'ils retardent l'entrée en hébergement. Celles qui semblent les plus efficaces sont les multi-composantes ou éducatives avec un nombre important de séances et avec une prise en charge en groupe et individuelles. Une étude américaine (Mittelman, *Neurology* 2006; 67 (9):1592-99) sur 406 conjoints de malades d'Alzheimer vivant à domicile entre 1991 et 1997, groupe d'intervention (n = 203), groupe contrôle (n = 203), intervention de type multi-composant, 6 séances d'éducation 1 fois par semaine, service téléphonique de conseils pour gérer les crises, avec suivi (entrée en institution) a pour résultat que l'intervention retarde l'entrée en institution de 557 jours dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle, une amélioration de la qualité de vie de l'aidant qui dit « mieux faire son travail ».

LES EXPÉRIENCES EN FRANCE SONT :

« **Le fil mauve** », une étude multicentrique, réalisée par le Pr Belmin et son équipe, Hôpital Charles Foix (santé de l'homme, 377, 2005 : pages 7-9) proposant un programme d'éducation court de 6 séances de 2h30 sur 6 semaines et mixte en groupe (4 séances) et individuelle (2 séances). Les objectifs en séance de groupe, améliorer l'information de l'aidant, la compréhension de la maladie et des symptômes, le contrôle émotionnel, le recours aux aides naturelles et professionnelles. Les objectifs en séance individuelle sont de construire un projet personnel en formulant un objectif personnel, un suivi du projet, de renforcer l'image positive du rôle de l'aidant. L'évaluation est que 80 aidants ont bénéficié du programme (groupe contrôle = 54), que le fardeau est plus amélioré chez l'aidant conjoint que chez l'aidant enfant, que les connaissances/compétences sont améliorées, le recours aux aides est plus utilisé par les aidants enfants et que la qualité de vie de l'aidant est améliorée.

Le programme de guidance des aidants familiaux de patients atteints de maladie d'Alzheimer (Pancrazi M.P. « Souffrance des familles de malades déments » Rev. Fr. de psychiatrie et psychologie Med. 1998; 17: 19-23) est une intervention de type multi-composant, court de 6 séances de 2h en groupe, dont les objectifs sont de comprendre la maladie d'Alzheimer, les aides et démarches pour soutenir la vie à domicile, l'impact sur l'aidant de l'accompagnement de son proche, de reconnaître et apprendre à gérer les troubles du comportement, d'apprendre à stimuler le patient et à animer la vie au quotidien, d'apprendre à mieux communiquer et à aménager le logement .

Le programme psycho éducatif d'aide aux aidants de J. De Rotrou, psychologue (De Rotrou J., Chausson C., Cantegreil I., Wénisch E., Rigaud A.S. « Prise en charge des patients déments et de leurs aidants naturels et professionnels » La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie, 2004, 11(107):352-354) consiste en une stimulation cognitive auprès du malade et une intervention psychoéducatrice des aidants en 12 séances collectives hebdomadaires, en groupe de 8 à 12 participants dont les objectifs est de comprendre la maladie d'Alzheimer pour comprendre le malade et lui apporter un soutien psychologique et des aides adaptées, de verbaliser les répercussions de la maladie sur soi-même et sur les proches, de vivre une expérience collective de partage de sentiments et des réflexions, à partir d'échanges interactifs facilitant l'émergence de solutions possibles et adaptées avec une 13^{ème} séance 3 mois après l'arrêt de la prise en charge.

En conclusion, les stratégies et programmes d'aide aux aidants permettent d'apporter les meilleurs soins au patient (aide indirecte), des aides professionnelles à domicile pour la perte d'autonomie du patient, des prises en charge de répit (accueil de jour, hébergement temporaire), des aides financières, une aide et un soutien moral et psychologique envers l'aidant, de créer des associations de familles de malades, une meilleure information sur la maladie et les ressources pour faire face, des approches psychothérapeutiques pour atténuer la charge ressentie, des soins médicaux (dépressions, maladie somatiques négligées)...



Enquête en population générale sur la maladie d'Alzheimer en France

Dr Alice Breining, B. Lavallart, S. Pin, C. Léon, S. Moulias, P. Arwidson, François Beck, C. Berr, M. Verny

La présente enquête réalisée auprès de la population française a pour principaux objectifs de mesurer les perceptions générales, connaissances et comportements vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer (MA). L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé a réalisé une enquête par téléphone en 2008 auprès d'un échantillon national représentatif de la population française. L'échantillon a été construit selon la méthode des quotas.

Un total de 2013 personnes représentatives de la population française ont été interrogées. Les principaux résultats sont les suivants : (1) La population française pense que la MA peut avoir des effets dévastateurs pour la famille du malade (93%) ; (2) Elle a une assez bonne connaissance des signes évocateurs de la MA mais une perception plus floue des difficultés rencontrées en début de maladie ; (3) Les personnes interrogées souhaiteraient à l'unanimité (91%) connaître leur diagnostic en cas de signes évocateurs ; (4) 38% des personnes interrogées ont connu dans le passé ou connaissent actuellement une personne malade dans leur entourage. Si les personnes interrogées sont plutôt réservées sur la prise en charge des patients atteints de MA, elles sont par contre très enthousiastes dans l'action des pouvoirs public.

Les représentations de la MA évoluent de façon positive et même si la MA reste perçue comme une calamité, la population générale reste optimiste quant à des solutions futures.

Particularités du patient âgé en médecine d'urgence

Dr Alice Breining, Centre de Gériatrie Hôpital de la Salpêtrière, AP-HP et UPMC, Paris

Les urgences représentent, en France, une autoroute d'accès à l'hôpital pour les patients âgés avec 10% des passages mais environ 50% d'hospitalisations au décours. Or la prise en charge aux urgences des personnes âgées, souvent polypathologiques et polymédiquées les exposant au risque iatrogène, ayant des présentations cliniques atypiques, peut être difficile du fait d'une évaluation optimale très chronophage dans des conditions mêmes de l'urgence où il manque de temps disponible. Il est indispensable de rechercher le maximum d'informations concernant le patient âgé, de dépister les pathologies mais aussi les patients et les situations à risque. Un examen clinique rigoureux et systématique ainsi qu'un minimum d'examens biologiques sont requis. Un raisonnement gériatrique permettra de faire la part entre vieillissement, pathologie chronique et facteur de décompensation aigu, à traquer car rentable en termes de diagnostic et de traitement. Dans le cadre d'une démarche structurée, l'autonomie doit être systématiquement évaluée chez les patients âgés, à travers des questions simples ou des échelles adaptées, pour proposer la meilleure prise en charge au décours du passage aux urgences en termes d'orientation idéale ou d'organisation d'un retour à domicile adapté. Du fait de la population vieillissante et de cette spécificité gériatrique, différents modes d'intervention de gériatre aux urgences sont testés et devront être développés dans les années à venir pour faire coïncider le temps des urgences et le temps des patients âgés, souvent opposés.



Les représentations de la maladie d'Alzheimer, Aspects Psychosociaux

Isabelle Donnio, Psychologue-consultante, Chargée d'enseignement EHESP

Les représentations de la maladie d'Alzheimer s'inscrivent dans un contexte de représentations négatives du vieillissement dans une société valorisant l'autonomie, la performance, la rapidité, la jeunesse ... Tour à tour, les disciplines biomédicales, puis psychosociales, mais aussi les éclairages philosophiques, juridiques et éthiques ont contribué à proposer des visions complétées, voire renouvelées des représentations de cette maladie. L'image de la maladie a évolué grâce aux progrès réalisés dans la prise en compte des personnes malades et de leur entourage. Certaines initiatives de professionnels et d'associations de malades et de familles, soutenues aujourd'hui à travers certaines des expérimentations des plans Alzheimer et dans les politiques publiques nationales, permettent d'engager un changement sensible dans les représentations sociales.

Depuis la mise en avant de cette priorité de santé publique avec, notamment la journée mondiale Alzheimer, de nombreuses manifestations ont contribué à changer l'image de la maladie et à en faire un enjeu de société en France et dans le monde. Mais surtout, le risque d'exclusion de ces personnes de notre société a enfin été pris en compte.

Le pari du sens formulé par certains pionniers il y a plus de 20 ans, est aujourd'hui en passe d'être reconnu à travers les propositions d'accompagnement psychosocial telles que les Bistrot Mémoire, les thérapies dites « non médicamenteuses » et les nouveaux dispositifs susceptibles d'accueillir et inclure ces personnes dans la société civile.

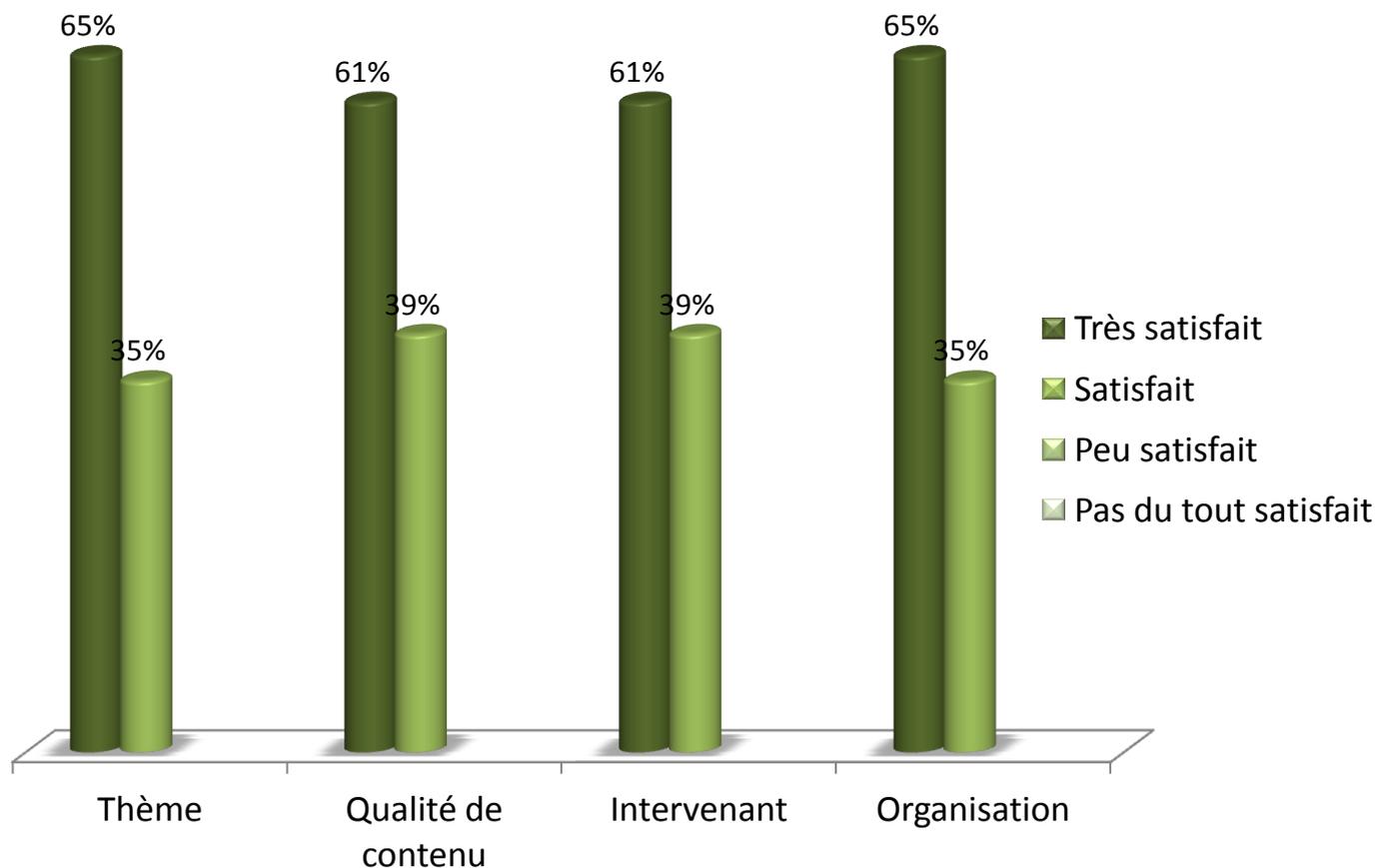
Vendredi 16 NOVEMBRE 2012

Bilan d'évaluation

Organisateurs : Association Gériatrie Espoir (AGE- Maroc) - Association Nationale des Directeurs d'Établissements Sanitaires Sociaux et Médico-Sociaux (ANDESSMS)- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

MALADIE D'ALZHEIMER ET DÉMENCES APPARENTÉES : QUELLE PRISE EN CHARGE À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT ? QUELLE PLACE POUR LES AIDANTS ?

FORUM : OUVERTURE DES DÉBATS AU GRAND PUBLIC. COMMENT DÉVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS ?





Prise en charge d'une confusion aux urgences

**Pr Philippe CHASSAGNE, Service de médecine interne et de gériatrie.
Université de Rouen France**

La confusion est un syndrome fréquent observé chez 10 à 20 % des malades âgés consultant aux urgences où elle est volontiers occultée jusqu'à 80 % des cas par les médecins en particulier dans sa forme hypo-active. Elle relève de plusieurs causes ou mécanismes simultanés et ne doit pas être négligée en raison de conséquences délétères pour la santé des séniors. La confusion est ainsi associée à une surmortalité à court terme (6 mois), à une dépendance accrue et à un risque d'admission en institution prématurée. Plus récemment des auteurs ont démontré que les malades confus avaient un risque de développer un état démentiel au décours de leur état confusionnel significativement supérieur. Compte tenu de ces éléments (fréquence et conséquences) un repérage des sujets à risque dès l'arrivée aux urgences est possible en ciblant particulièrement les malades âgés dépendants, ayant des antécédents de troubles cognitifs et/ou une privation sensorielle. Ce repérage justifie la recherche d'une confusion au moyen d'outil validé telle que la CAM. Le diagnostic de confusion établi, une enquête médicale stratifiée qui sera focalisée en particulier sur les éventuels accidents iatrogènes médicamenteux doit être engagée.

A distance d'un état confusionnel une vérification de l'intégrité des fonctions cognitives doit être planifiée le risque de développement d'un état démentiel (patent ou latent) devant toujours être gardé en mémoire (théorie de « l'overlap syndrome » associant confusion et état démentiel).

Comorbidités et démence

**Pr Philippe CHASSAGNE, Service de médecine interne et de gériatrie.
Université de Rouen France**

La comorbidité ou encore polypathologie est une des caractéristiques des malades âgés relevant d'une prise en charge spécialisée dans une filière gériatrique. Les syndromes démentiels, au premier rang desquels figure la maladie d'Alzheimer, affectent près de 20 % des sujets âgés de plus de 80 ans et ne sont diagnostiqués que chez seulement 50 % des malades. L'association d'un syndrome démentiel à une maladie chronique comme l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), une valvulopathie aortique, une interventions chirurgicale programmée, ou encore à un cancer modifie profondément la prise en charge de cette pathologie le plus souvent gérée par des spécialistes d'organe non gériatre. Deux cas de figure existent donc : 1/ la maladie démentielle est identifiée et dès lors la prise en charge spécifique de la maladie chronique est alors significativement réduite par rapport à ce qu'elle serait chez un sujet âgé de même âge dont l'état cognitif serait préservé (exemples : moins de recours à l'épuration extrarénale en cas d'IRCT, moins de recours à une radiothérapie ou à une chimiothérapie adjuvante dans le cancer du sein) ou, 2/ la maladie démentielle est méconnue et alors c'est la conduite pratique de ces thérapeutiques complexes et coûteuses qui en est modifiée et cela dès l'initiation du programme de soins (exemples : impossibilité de conduire les séances d'épuration extra-rénale, perte d'autonomie fonctionnelle précoce menaçant la poursuite d'une chimiothérapie ambulatoire).

Le renforcement des coopérations entre les professionnels de santé spécialistes impliqués dans la prise en charge de ces maladies chroniques (qui sont très majoritairement en partie liée au vieillissement des populations) avec les équipes de gériatrie est un enjeu majeur. L'oncogériatrie est une illustration de ces modèles nouveaux de soins en cours de développement et de validation.

Samedi 17 NOVEMBRE 2012

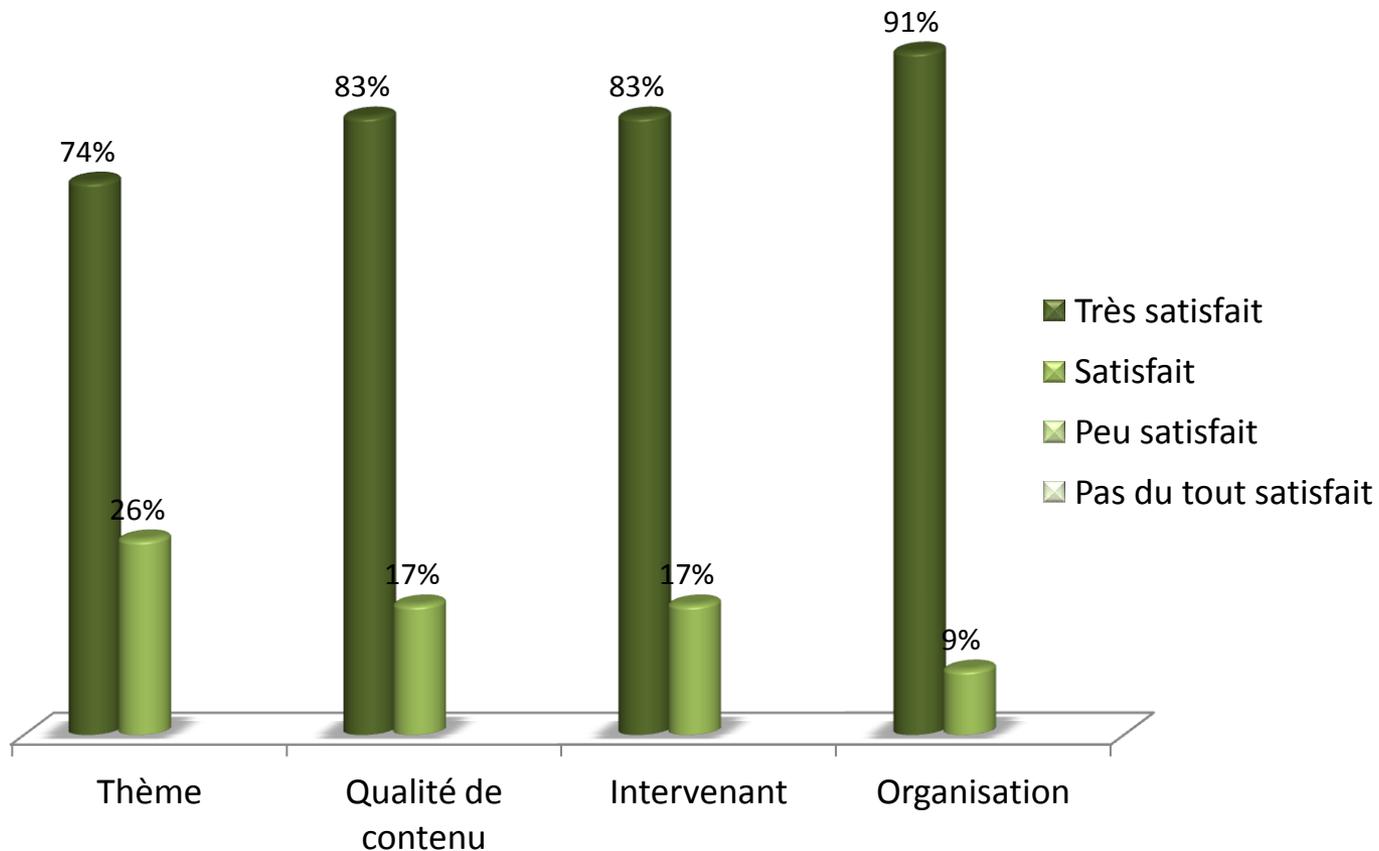
Bilan d'évaluation

ACTUALITÉS SUR LA PRISE EN CHARGE GÉRIATRIQUE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER

Organisateur : Association Gériatrie Espoir (AGE- Maroc)

1^{ÈRE} SÉANCE : LA MÉDECINE D'URGENCE EN GÉRIATRIE

2^{ÈME} SÉANCE : L'ANTIBIOTHÉRAPIE ET LA PRÉVENTION CARDIO-VASCULAIRE EN GÉRIATRIE





Prise en charge de la maladie de Parkinson de la personne âgée

Pr Marc VERNY Chef de service du Centre de Gériatrie Hôpital de la Salpêtrière, AP-HP et UPMC, Paris

La maladie de Parkinson idiopathique est fréquente dans la population âgée en prévalence, bien sûr, mais aussi en terme d'incidence. En effet, selon certains auteurs elle serait d'environ 120 cas pour 100 000 par an entre 75 et 85 ans. Dans cette tranche d'âge et a fortiori chez les plus âgés, le diagnostic de la maladie de Parkinson est parfois difficile avec des modifications de la présentation clinique, notamment du fait des comorbidités. De plus les diagnostics différentiels sont plutôt plus nombreux que chez des personnes plus jeunes.

Dans certains cas difficiles, la possibilité récente de proposer une exploration de la voie nigro-striée par un DAT scan est parfois utile. Quant à l'évolution et les complications de la maladie dans la population âgée, elle diffère également avec finalement peu de dyskinésies et de phénomènes on-off comme on en constate chez des parkinsoniens plus jeunes.

En revanche, il faut être très attentif à l'existence de troubles cognitifs et leur évolution vers un syndrome démentiel. De ces particularités que nous développerons, résulte une prise en charge qui doit être adaptée et qui n'est pas que médicamenteuse.

En règle générale, dans cette population âgée, les anticholinergiques doivent être bannis et les agonistes dopaminergiques utiliser avec la plus grande prudence. Il faut préférer un traitement «simple» par L-Dopa avec une adaptation des doses tenant compte des possibles effets secondaires rapidement gênant comme l'hypo-tension orthostatique ou les hallucinations.

Certains produits tel que les inhibiteurs de la COMT peuvent être utilisés dans certaines conditions. Il faut pouvoir proposer rapidement à ces patients une prise en charge en kinésithérapie et en orthophonie (travail notamment sur la dysarthrie et les troubles de déglutition).

Quel suivi gynécologique chez la femme âgée?

Pr Mahjoub GHAZLI, Gynécologue, Casablanca

Si la ménopause n'est pas une maladie, elle doit être placée sous le signe de la prévention et du dépistage. Après la ménopause et en l'absence de THS, beaucoup de femmes estiment que le suivi gynécologique n'est plus d'aucune utilité. Erreur ! Car c'est à la ménopause, et plus précisément à partir de 50 ans, que les risques augmentent de façon importante.

On en dénombre deux. Il s'agit des cancers (surtout du sein et de l'utérus), et des maladies cardiovasculaires qui sont souvent mises en cause dans la maladie d'Alzheimer, thème principal de notre rencontre.

La femme ménopausée doit consulter son médecin une fois par an pour un examen de routine. Outre l'examen gynécologique, celui-ci comporte obligatoirement la palpation des seins.

D'une façon générale, la surveillance gynécologique doit comporter une mammographie de dépistage tous les deux ans entre 50 et 74 ans et un frottis du col de l'utérus tous les deux ans également.

Le THS garde toujours sa place dans l'amélioration de la qualité de vie de la femme âgée, malgré la polémique. Et si on prend comme exemple la maladie d'Alzheimer, notre thème principal aujourd'hui, plusieurs études sont favorables à son utilisation à condition qu'il soit bien instauré.



Epidémiologie des démences dans Les pays Emergents et en Voie de Développement

Dr RABHI Rajaa, Neurologue à l'Hôpital My Youssef à Casa, secrétaire général de l'AGE

Près de 35,6 millions de personnes dans le monde sont atteintes de démence. Ce nombre devrait doubler d'ici 2030 (passant à 65,7 millions) et plus que tripler d'ici 2050 (pour atteindre 115,4 millions). On trouve des cas de démence dans tous les pays, plus de moitié (58%) des personnes concernées vivant dans un pays à revenu faible ou intermédiaire. D'ici 2050, cette proportion est susceptible de dépasser 70%. On essaie à travers notre travail de voir les caractéristiques épidémiologiques des démences dans les pays émergents et en voie de développement et de parler de l'expérience du centre de la mémoire de l'hôpital des spécialités de Rabat dans la maladie d'ALZHEIMER et les autres demences.

Imagerie dans la maladie d'Alzheimer

Pr Marc VERNY Chef de service du Centre de Gériatrie Hôpital de la Salpêtrière, AP-HP et UPMC, Paris

Depuis quelques années les progrès enregistrés dans la connaissance de la maladie d'Alzheimer ont amené à proposer de nouvelles propositions de critères de diagnostic. La place de la neuro-imagerie y est importante rejoignant le statu de bio-marqueurs. Nous envisagerons les différentes possibilités d'imagerie morphologique (scanner et/ou IRM cérébrale), fonctionnelle (SPECT et PET scanner) pouvant même dans les développements les plus récents proposer un marquage de la protéine amyloïde. Nous préciserons ces différents résultats et leurs intérêts respectifs ainsi que la place qu'occupent ces explorations dans la stratégie diagnostique actuelle de la maladie d'Alzheimer en particulier dans la population âgée. Nous évoquerons aussi certaines perspectives d'avenir.

Samedi 17 NOVEMBRE 2012

Bilan d'évaluation

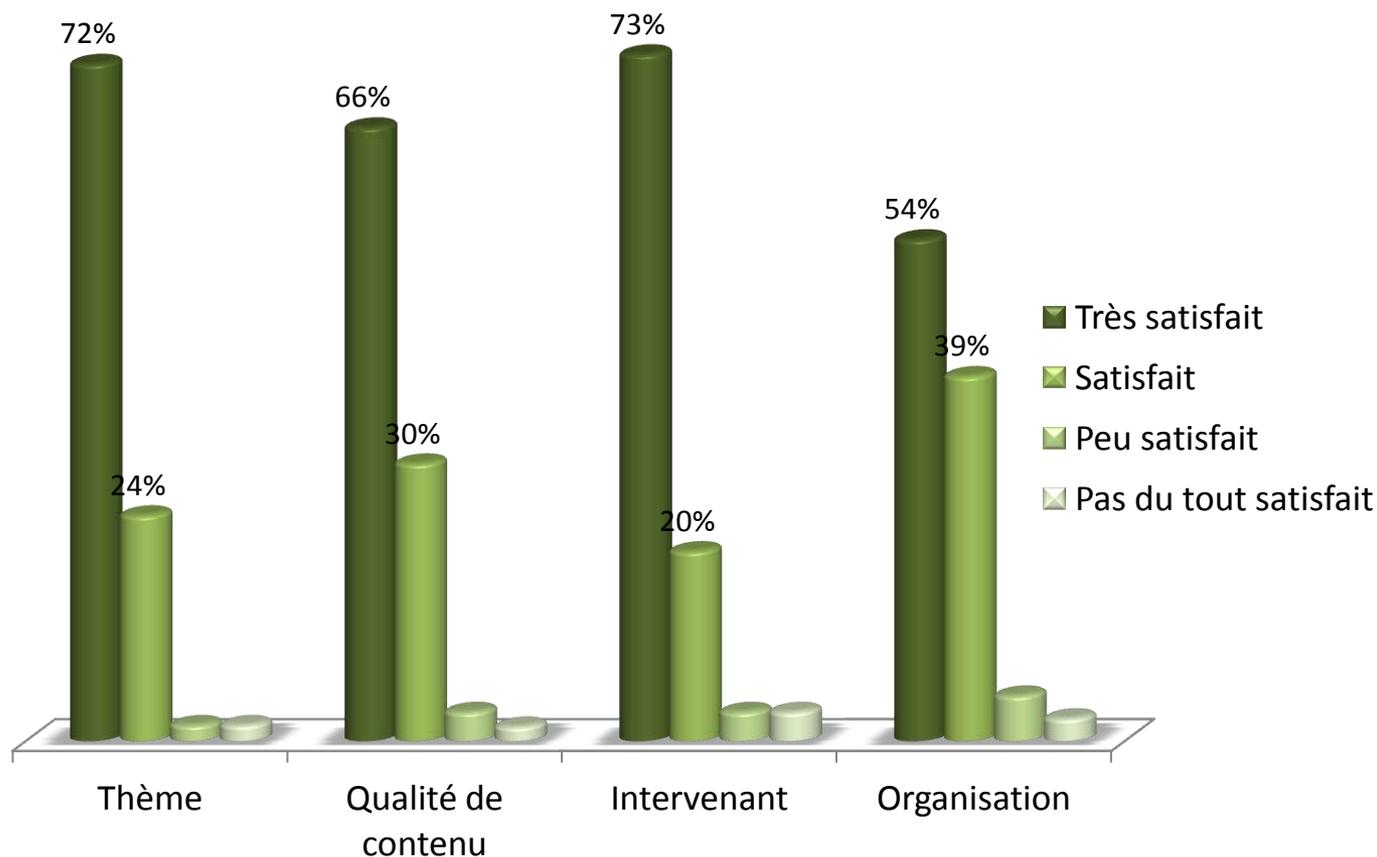
ACTUALITÉS SUR LA PRISE EN CHARGE GÉRIATRIQUE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER

Organisateur : Association Gériatrie Espoir (AGE- Maroc)

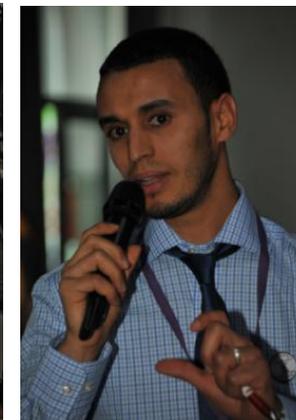
3^{ÈME} SÉANCE : QUEL SUIVI GYNÉCOLOGIQUE CHEZ LA FEMME ÂGÉE ?

SYMPOSIUM NOVARTIS : PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE PARKINSON, CE QU'IL FAUT SAVOIR

4^{ÈME} SÉANCE : ACTUALITÉS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER



Le colloque en images...

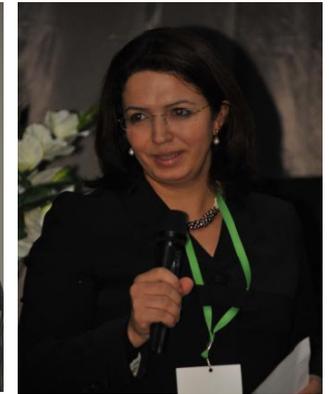


Le colloque en images...



Les 5^{èmes}
Rencontres Internationales
de Gériatrie
1^{er} Colloque international
sur la maladie d'Alzheimer

Le colloque en images...



Les 5^{èmes}
Rencontres Internationales
de Gériatrie
1^{er} Colloque international
sur la maladie d'Alzheimer

Le colloque en images...



Le colloque en images...

Les gagnants de la Tombola

1er PRIX

**1 BILLET ALLER - RETOUR
CASA / PARIS /CASA offert par l'AGE**

2ème PRIX

**1 WEEK END A L'ADAM PARK 5*
offert par le même hôtel (2 nuits)**

3ème PRIX

**1 OUVRAGE : « GERIATRIE POUR LE
PRATICIEN » offert par les
Laboratoires BOTTU**

4ème PRIX

**1 OUVRAGE « HOPITAL A LA VIE A
LA MORT » édition Gallimard
ILLUSTRE AVEC DES AQUARELLES
DE MME HERRENSCHMIDT offert par
l'EHESP**



EXPOSANTS

TECNIMED
STRIPHARMA
SERVIER
SANOFI
LILLY
MSD
BIOCOL
LAPROPHAN

SPONSOR OFFICIEL



PARTENAIRE



Merci à tous et rendez-vous pour la
prochaine édition



Organisateurs



maroc.easycom@gmail.com

Tel : 05 22 25 77 33 / 05 22 25 76 72

Fax : 05 22 23 68 43