

L'ANNÉE GÉRONTOLOGIQUE

VOLUME 38, 2024

Tome II

CONGRÈS NATIONAL 2024

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

Paris les 11 et 12 décembre 2024



Un laboratoire engagé pour comprendre et changer le cours de la maladie d'Alzheimer.

Fort de plus de 40 ans d'expertise, Eisai est fier d'être l'un des premiers laboratoires à s'être engagé dans la recherche contre les maladies neuro-évolutives dont la maladie d'Alzheimer.¹

Eisai, à travers sa philosophie *hhc* (*human health care*), a pour vocation de trouver des solutions pour faire progresser la qualité de vie des patients et de leurs familles et contribuer à l'amélioration du système de santé.

ALZ-137-10/23-AP

¹ Eisai. Innovation. https://www.eisai.com/innovation/research/key_therapeutic_areas/dementia/index.html. Consulté le 23/02/2024.



1 Terrasse Bellini
92800 PUTEAUX
TÉL. +33 (0)1 47 67 00 05

hhc
human health care

CONGRÈS NATIONAL 2024

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

Paris les 11 et 12 décembre 2024

REMERCIEMENTS

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



quand la
science rencontre l'
humain

where
science meets
humanity[™]

*Plaques amyloïdes dans le cerveau
Image microscopique par Thierry Bussiere, Unité de
recherche sur les maladies neurodégénératives*

Mike
Patient vivant avec
la maladie d'Alzheimer

2024/11/Biogen-2653530 | Sysimage 3561

Pionniers dans l'innovation scientifique

Biogen est une entreprise de biotechnologies qui développe et met à disposition des nouveaux traitements pour transformer la vie des patients. Nous nous appuyons sur une connaissance approfondie de la biologie humaine et nous mobilisons différentes approches dans des maladies sans solution pour apporter des traitements innovants ou pouvant avoir un impact significatif pour les patients.



www.biogen.fr

Biogen France SAS - Tour Légende - 20 place de La Défense - 92800 Puteaux
RCS Nanterre n° 398 410 126



	AMPHITHÉÂTRE BERLIOZ	SALLE MOLIERE • 3 ^{ème} étage
MERCREDI 11 DÉCEMBRE 2024		
09h00		
09h10	INTRODUCTION	
10h00	Les essais thérapeutiques sur la maladie d'Alzheimer prennent-ils réellement en compte ce qui est important pour les patients et les aidants ?	
10h30	Stratégie de prévention et de lutte contre les maladies neurodégénératives 2024 - 2028 : les axes et les mesures clés	
10h50	TABLE RONDE Comment organiser la pratique clinique pour suivre les recommandations de l'Agence Européenne du Médicament concernant la première immunothérapie anti-Alzheimer autorisée ?	
11h20	Pause-café et visite des posters dans l'espace exposition	
12h10	SESSION DE FORMATION CONTINUE Les nouvelles recommandations de la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux dans les maladies neurocognitives	11h00-13h00 Réunion du Réseau Recherche Alzheimer (Accessible aux membres seulement)
13h10	Communications orales	
14h15	Déjeuner libre	13h00-14h30 Réunion Investigateurs organisée par Novo Nordisk (Sur invitation seulement)
14h30	Pause-café et visite des posters dans l'espace exposition	
15h30	SYMPOSIUM LILLY	
16h30	SESSION DE FORMATION CONTINUE ATELIER Rôles et missions de l'IDE, du psychologue et de l'orthophoniste en consultation mémoire	ATELIER
17h00	Pause-café et visite des posters dans l'espace exposition	
17h50	SESSION DE FORMATION CONTINUE Symposium Maladie à corps de Lewy : du stade prodromal à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux	
18h50	Communications orales	
JEUDI 12 DÉCEMBRE 2024		
09h00	SESSION DE FORMATION CONTINUE Quoi de neuf dans la maladie d'Alzheimer ?	
10h00	SYMPOSIUM EISAI / BIOGEN	
11h00	Pause-café et visite des posters dans l'espace exposition	
11h30	Symposium de la Fédération des Centres Mémoire (FCM)	
12h30	TABLE RONDE Neuroinflammation, Gérosience et maladie d'Alzheimer Avec le soutien institutionnel de Novo Nordisk	
13h00	Déjeuner libre	Réunion Investigateurs organisée par Roche (Sur invitation seulement)
14h00		
14h15	Pause-café et visite des posters dans l'espace exposition	
14h30	SESSION DE FORMATION CONTINUE Marqueurs de la maladie d'Alzheimer	
15h20	Communications orales	
16h20	TABLE RONDE Les lieux de vie des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer	
17h10		

08h00-09h00

Accueil des participants

09h00-09h10

Introduction

Amphithéâtre Berlioz

S. ANDRIEU (Toulouse), M. CECCALDI (Marseille), M.E. SOTO-MARTIN (Toulouse), D. WALLON (Rouen)

09h10-10h00

Les essais thérapeutiques sur la maladie d'Alzheimer prennent-ils réellement en compte ce qui est important pour les patients et les aidants ?

Amphithéâtre Berlioz

Modérateurs : M. CECCALDI (Marseille), B. VELLAS (Toulouse)

- Essais thérapeutiques sur la maladie d'Alzheimer en 2024 : outcomes primaires et exploratoires
H. MOLLION (Lyon)
- Qu'est-ce qui compte réellement pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants ?
M. CECCALDI (Marseille)
- Comment intégrer le point de vue des patients et des aidants dans les essais thérapeutiques sur la maladie d'Alzheimer ?
D. ANGIONI (Toulouse)
- Discussion
D. ANGIONI (Toulouse), M. CECCALDI (Marseille), H. MOLLION (Lyon), B. VELLAS (Toulouse)

10h00-10h30

Stratégie de prévention et de lutte contre les maladies neurodégénératives 2024 - 2028 : les axes et les mesures clés

Amphithéâtre Berlioz

Modératrice : M.E. SOTO-MARTIN (Toulouse)

- Les axes et les mesures clés
A. FLANQUART (Paris), M.E. SOTO-MARTIN (Toulouse), B. VOISIN (Paris)
A. FLANQUART et B. VOISIN exercent leur fonction à la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)
M.E SOTO-MARTIN intervient en tant que Gériatre, Personnalité qualifiée pour la stratégie

10h30-10h50

TABLE RONDE

Comment organiser la pratique clinique pour suivre les recommandations de l'Agence Européenne du Médicament concernant la première immunothérapie anti-Alzheimer autorisée ?

Amphithéâtre Berlioz

Modérateur : F. NOURHASHEMI (Toulouse)

Participants : E. DUMAS (Annesse-et-Beaulieu), C. PAQUET (Paris), M.E. SOTO-MARTIN (Toulouse), D. WALLON (Rouen)

PROGRAMME

MERCREDI 11 DÉCEMBRE

10h50-11h20

Foyer Debussy

Pause-café et visite des posters

11h00-13h00

Salle Molière

Réunion Réseau Recherche Alzheimer

(Accessible aux membres seulement)

11h20-12h10

Amphithéâtre Berlioz

FORMATION CONTINUE

Les nouvelles recommandations de la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux dans les maladies neurocognitives

Modérateurs : J. ROCHE (Lille), P. SAIDLITZ (Toulouse), M.E. SOTO-MARTIN (Toulouse)

- **La crise « comportementale »**
J. ROCHE (Lille)
- **La contention physique**
O. DRUNAT (Paris)
- **Symptômes psychologiques et comportementaux des patients atteints de troubles psychiatriques sévères**
J.M. DOREY (Lyon)

12h10-13h10

Amphithéâtre Berlioz

Communications orales

Modérateurs : S. ANDRIEU (Toulouse), M. CECCALDI (Marseille)

- **Comment répondre aux personnes qui s'inquiètent d'antécédents familiaux de maladie neurocognitive ? Retour d'expérience de la consultation génétique au CMRR Limoges**
L. CARTZ-PIVER (Limoges)
- **Amélioration de l'accès à la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer par le développement d'un annuaire national des essais et études cliniques**
M. LEVY (Paris)
- **Lignes directrices de pratique clinique canadiennes 2024 sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)**
M.A. BRUNEAU (Verdun, Canada)
- **États des lieux des interventions non médicamenteuses dans les dispositifs Alzheimer**
C. TABUENCA (Paris)

13h00-14h30

Salle Molière

Réunion investigateurs organisée par Novo Nordisk

(sur invitation seulement)



13h10-14h15

Déjeuner libre

Foyer Debussy

14h15-14h30

Foyer Debussy



Retrouvez-nous sur l'exposition pour partager
un café avant la reprise des sessions !

14h30-15h30

Amphithéâtre Berlioz

SYMPOSIUM LILLY



**Regards croisés sur la maladie d'Alzheimer au stade débutant :
quel parcours de soin ?**

Modératrice : A. GABELLE (Montpellier)

*Orateurs : J. DUMURGIER (Paris), B. LOGNOS, (Saint-Georges-d'Orques),
C. THOMAS-ANTERION (Lyon), L. VOLPE-GILLOT (Paris)*

- Regards croisés
- Table ronde

15h30-16h30

Amphithéâtre Berlioz
FORMATION CONTINUE

ATELIER

**Rôles et missions de l'IDE, du psychologue et de
l'orthophoniste en consultation mémoire**

Modératrice : M.E SOTO MARTIN (Toulouse)

- Protocole National de Coopération
S. AUGUSTO (Toulouse)
- Rôle de la neuropsychologue en consultation mémoire
V. GOUTTE (Paris)
- Missions de l'orthophoniste en consultation mémoire
V. TCHERNIACK-LELOUCHE (Marseille)

15h30-16h30

Salle Molière

ATELIER

- Le programme Icope pour le repérage et le suivi des patients Alzheimer
*D. ANGIIONI (Toulouse), I. CARRIE REUX (Toulouse), J. DELRIEU (Toulouse),
D. PENNETIER (Toulouse), B. VELLAS (Toulouse)*
- Prévoir et anticiper les effets secondaires de l'immunothérapie dans la
maladie d'Alzheimer
J. DELRIEU (Toulouse)

PROGRAMME

MERCREDI 11 DÉCEMBRE

16h30-17h00

Pause-café et visite des posters

Foyer Debussy

17h00-17h50

Amphithéâtre Berlioz
FORMATION CONTINUE

Symposium Maladie à corps de Lewy : du stade prodromal à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux

Modérateur : J. DELRIEU (Toulouse)

- **Diagnostic de la maladie à corps de Lewy au stade prodromal**
M. VERNY (Paris)
- **Les troubles psycho-comportementaux dans la maladie à corps de Lewy : comment les évaluer**
J.M. DOREY (Lyon)
- **Les recommandations de la FCM sur la prise en charge des troubles psycho-comportementaux dans la maladie à corps de Lewy**
F. BLANC (Strasbourg)
- **Discussion**

17h50-18h50

Amphithéâtre Berlioz

Communications orales

Modérateurs : N. ADALI (Agadir, Maroc), F. BLANC (Strasbourg)

- **Vieillesse accélérée et trisomie 21 : évaluation de la fragilité à l'aide d'un outil adapté à la déficience intellectuelle chez des patients suivis en consultation gériatrique**
A. HIANCE DELAHAYE (Nantes)
- **Un comité de patients pour améliorer l'accessibilité, l'éthique et la transparence de la recherche clinique sur les maladies neurocognitives**
M. LANTA (Paris)
- **Impact de la valence émotionnelle sur la mémoire prospective dans la maladie d'Alzheimer**
C. JOUNY (Boulogne-Billancourt)
- **L'axe cerveau-intestin-microbiote et ses implications dans la maladie d'Alzheimer**
N. ADALI (Agadir, Maroc)

09h00-10h00

Amphithéâtre Berlioz

FORMATION CONTINUE

Quoi de neuf dans la maladie d'Alzheimer ?

Modératrice : S. ANDRIEU (Toulouse)

- Sur les essais cliniques de prévention
S. ANDRIEU (Toulouse)
- Les nouveaux traitement en cours d'essai dans la maladie d'Alzheimer
P.J. OUSSET (Toulouse)
- Résultats de la cohorte multicentrique prospective ALZAN évaluant l'utilisation des biomarqueurs sanguins pour le diagnostic et le suivi de la maladie d'Alzheimer
S. LEHMANN (Montpellier)

10h00-11h00

Amphithéâtre Berlioz

SYMPOSIUM EISAI / BIOGEN

Impact des thérapies sur la filière

de soins dans la maladie d'Alzheimer : comment s'organiser ?

Modérateur : E. DUMAS (Annesse-et-Beaulieu)



- Le rôle du CMRR dans le déploiement des thérapies à venir
J. DELRIEU (Toulouse)
- Le rôle de la CMT et de l'HDJ gériatrique dans le déploiement des thérapies à venir
L. VOLPE-GILLOT (Paris)
- Le rôle du médecin traitant : du diagnostic précoce au déploiement des thérapies à venir
E. DUMAS (Annesse-et-Beaulieu)
- Discussion

11h00-11h30

Foyer Debussy

Pause-café et visites des posters

11h30-12h30

Amphithéâtre Berlioz

Symposium de la Fédération des Centres Mémoire (FCM)

Modératrices : S. BOMBOIS (Paris), E. DUMAS (Annesse-et-Beaulieu)

- Présentation des recommandations pour le diagnostic précoce
J. DUMURGIER (Paris)
- L'immunothérapie anti-amyloïde : comment se préparer
J. DELRIEU (Toulouse), N. VILLAIN (Paris)
- Nouveau bureau de la FCM : les axes de travail du prochain mandat
D. WALLON (Rouen)

12h30-13h00

Amphithéâtre Berlioz

TABLE RONDE

Neuroinflammation, Gérosience et maladie d'Alzheimer

J. DELRIEU (Toulouse), J. LAGARDE (Paris)

- Rôle de l'inflammation cérébrale dans la maladie d'Alzheimer
J. DELRIEU (Toulouse)
- Overview rapide des thérapies modulant l'inflammation dans la maladie d'Alzheimer
J. DELRIEU (Toulouse)
- Discussion
F. BLANC (Strasbourg), J. DELRIEU (Toulouse), J. LAGARDE (Paris)

Avec le soutien institutionnel de



Les intervenants et modérateurs n'ont pas reçu de financement de la part du laboratoire.
Le contenu a été élaboré par le Comité Scientifique du Congrès de façon indépendante.

13h00-14h00

Salle Molière

Réunion investigateurs organisée par Roche



(sur invitation seulement)

13h00-14h15

Foyer Debussy

Déjeuner libre

14h15-14h30

Foyer Debussy



Retrouvez-nous sur l'exposition pour partager
un café avant la reprise des sessions !

14h30-15h20

Amphithéâtre Berlioz

Marqueurs de la maladie d'Alzheimer

Modérateurs : J. DELRIEU (Toulouse), C. PAQUET (Paris)

FORMATION CONTINUE

- Impact diagnostique des biomarqueurs du liquide cébrospinal de la maladie d'Alzheimer chez les patients âgés : résultats d'une étude prospective multicentrique nationale
T. DECAIX (Paris)
- Biomarqueurs Sanguins
C. PAQUET (Paris)
- IRM
C. DELMAIRE (Paris)

15h20-16h20

Amphithéâtre Berlioz

Communications orales

Modératrice : A. GABELLE (Montpellier)

- Mise à jour des critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer : recommandations du groupe de travail international (IWG)
N. VILLAIN (Paris)
- Efficacité et sécurité de la blarcamésine (ANAVEX®2-73) au stade débutant de la maladie d'Alzheimer : l'étude phase IIb/III ANAVEX2-73-AD-004
A. GABELLE (Montpellier)

16h20-17h10

Amphithéâtre Berlioz

TABLE RONDE

Les lieux de vie des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer

- Les colocations 100% Alzheimer, une alternative à l'EHPAD
A. BÉRARD (Paris), C. TABUENCA (Paris)
- Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire – Se sentir chez soi où que l'on soit
A. SMAGGHE (Paris)

SESSIONS DE FORMATION CONTINUE

Le Comité Scientifique et Les Entretiens Professionnels Formation (LEPF), ont associé leurs compétences afin de concevoir et délivrer une formation selon une démarche en conformité avec les exigences de qualité applicables à la Formation Professionnelle Continue (Référentiel Qualiopi).

Vous trouverez toutes les informations nécessaires sur le site du congrès, à la page Formation :

<https://www.uspalz.com/formation>

Numéro de déclaration d'activité

Les Entretiens Professionnels Formation (LEPF) 11.75.44359.75 (Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat).

Datadock : 0047668

Organisme certifié Qualiopi pour les actions de formation : 2022/17800.1

POSTERS

Les posters seront visibles pendant toute la durée du congrès dans le foyer Debussy.

Aide aux aidants

P-01 Quand le poids psychologique du fardeau impacte le poids physique des proche-aidants des patients Alzheimer...

D. HUVENT-GRELLE, D. FAUCOMPRESZ, M. HORVATH,
L. GRYMOMPRESZ, F. PUISIEUX (Lille)

Innovation dans les structures de soins

P-02 Avatars du PASA dans un établissement gériatrique hospitalier et médico-social

A. GILLARDEAUX-BACZYNSKI, A. POP (Nancy)

Intervention non médicamenteuse et Alzheimer

P-03 DATEI Dispositif Art-Thérapeutique Evaluation et Intervention - CMRR d'Ajaccio

M.C. BENETTI PAPANACCI (Ajaccio)

P-04 Imprimante 3 D au service des patients

M.P. LUCCHESI, N. BROCANDEL (La Garde)

P-05 Le fil rouge Almage : comment une activité «phare» basée sur une approche non médicamenteuse définie et mise en exergue tout au long de l'année apporte une dynamique nouvelle au sein du projet d'animation en EHPAD ?

T. BELLETTRE (L'Isle d'Abeau), B. DRAG (Mérignac),
C. LÉBOUCQ (Rueil-Malmaison), M. LHOPITAL (La Ville du Bois),
I. LOUNES, S. VAN GAALLEN (Paris), E. POL (Reims),
A. POUILLAIN (Fontainebleau), A. SAILLON (Neuilly-sur-Seine)

P-06 « Ouvrir l'UVP : repenser l'accompagnement sans unité fermée en EHPAD »

N. MURAT, G. LEFRAY, C. EON, C. BAILLY, L. BERTHELOT,
S. LAVOQUET (Janze)

P-07 Effets immédiats de séances de groupe de Tovertafel sur la communication motivationnelle de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

à un stade modéré à modérément sévère vivant en EHPAD en comparaison à des séances d'animations

R. GABORIAU (Saint-Etienne), M. FROISSARD,
F. DELPHIN-COMBE (Lyon)

Le parcours de soin du patient Alzheimer

P-08 Organisation du diagnostic et de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer débutante dans les structures de soins aux États-Unis

E. BALOCHE (Puteaux), T. JUDAY, R. BATRLA, F. FRECH (Nutley, États-Unis),
A. HOLUB, K. BETTS, S. KITCHEN, H. LIU, A. MALIK (Boston, États-Unis),
S. MATTHE (Los Angeles, États-Unis),
A. KHACHATURIAN (Rockville, États-Unis)

Le patient Alzheimer jeune

P-09 La maladie d'Alzheimer en absence de facteurs de risque, à propos d'un cas

H. BOULALA, A. MZAHAM, B. SADDIK FEKRAOUI (Constantine, Algérie)

P-10 Validation française du modified cued recall test, outil de référence international dans l'évaluation de la mémoire épisodique chez les adultes porteurs de trisomie 21

D. MARTET, M. DUPEYRON, Y. YILMAZ, M. CLERT, S. SACCO,
S. FALQUERO, C. BOUIS, M. AKKAYA, J. GALLARD, A. PICHOT,
G. RADICE, F. MONTESTRUC, F. BAZIN, A. HIANCE-DELAHAYE,
A-S. REBILLAT (Paris)

Les avancées thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer

P-11 Une étude de phase IIA évaluant l'effet d'un modulateur de la gamma-sécrétase chez des individus à risque ou au stade prodromal de la maladie d'alzheimer

P.J. OUSSET (Toulouse), R. TORTELLI, A. VOGT, E. GASPARD,
M. GARCIA VALDECASAS COLELL, F. ALCARAZ, T. MUGGLER,

G. KLEIN, L. KULIC, G. KERCHNER, I. GERLACH, T. VARDAR, L. SQUASSANTE, S. DE BUCK (Bâle, Suisse), TIANXU YANG (Beijing, Chine), D. PANTON, K. MAHIL, R. CRONEY (Welwyn, Royaume-Uni)

P-12 Étude des effets du sémaglutide dans la maladie d'Alzheimer débutante à l'aide de transcriptomique et protéomique « single cell »

A. BRIGUI (Puteaux), P. JOHANNSEN, M. BENTSEN, R. JEPPESEN, I.J. MALIK, L.B. KNUDSEN (Søborg, Danemark), K. ATTFIELD (Oxford, Royaume-Uni), KRISTIAN STEEN FREDERIKSEN (Copenhagen, Danemark), G.B. FRISONI (Genève, Suisse)

P-13 Comparaison des critères d'éligibilité et des caractéristiques à baseline entre les populations de patients des études evoke et evoke+, Clarity AD et TRAILBLAZER-ALZ-2

A. BRIGUI (Puteaux), M. SANO (New-York, Etats-Unis), J. CUMMINGS (Las Vegas, Etats-Unis), H. FELDMAN (La Jolla, Etats-Unis), OSKAR HANSSON (Malmö, Suède), L. BARDTRUM, R. JEPPESEN, P. JOHANNSEN, T. LEON, C.T. HANSEN (Søborg, Danemark), W. VAN DER FLIER, P. SCHELTENS (Amsterdam, Pays-Bas)

P-14 Raisons des échecs de screening dans les essais evoke et evoke+ sur le sémaglutide dans la maladie d'Alzheimer débutante

A. BRIGUI (Puteaux), M. SANO (New-York, Etats-Unis), J. CUMMINGS (Las Vegas, Etats-Unis), H. FELDMAN (La Jolla, Etats-Unis), OSKAR HANSSON (Malmö, Suède), W. VAN DER FLIER, L. BARDTRUM, R. JEPPESEN, P. JOHANNSEN, T. LEON, C.T. HANSEN, P. SCHELTENS (Amsterdam, Pays-Bas)

P-15 Différences régionales dans les caractéristiques démographiques et cliniques à Baseline dans les essais evoke et evoke+ sur le sémaglutide dans la maladie d'Alzheimer débutante

A. BRIGUI (Puteaux), W. VAN DER FLIER, P. SCHELTENS (Amsterdam, Pays-Bas), H.H. FELDMAN (La Jolla, Etats-Unis), O. HANSSON (Malmö, Suède), M. SANO (New-York, Etats-Unis), L. BARDTRUM, P. JOHANNSEN, R. JEPPESEN, C. THIM HANSEN, T. LEON (Las Vegas, Etats-Unis), J. CUMMINGS (Las Vegas, Etats-Unis)

P-16 ADN télomèractive et alzheimer

P. BLANCHEMAISON, G. GOUDET (Fiac)

Les grands problèmes de la prise en charge du patient Alzheimer

P-17 Enquête auprès des aidants de sujets diagnostiqués ou suspectés de maladie d'Alzheimer ou apparentée en France

R. GENTHON, J.L. ANGELIS, O. PEIXOTO, S. BRUGNAUX, B. DUBOIS (Paris)

P-18 Enquête sur la prévalence de la maladie d'Alzheimer en France

J.L. ANGELIS, R. GENTHON, O. PEIXOTO, S. BRUGNAUX (Paris)

Les troubles du comportement

P-19 Entre hommes, les choses se règlent autrement. Utilité d'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) masculine

G. CORTE FRANCO, V. MERCIER-CUBIZOLLES, E. PEGOURIE, L. ENZINGER, V. GARNIER (Grenoble, Échirolles)

Les UCC

P-20 Démence et réalisation artistique

B. MERCIER, G. KOUAME, A. BOUTET, M. PERU, S. PEZIERE (Blois)

P-21 L'aromathérapie en UCC et les troubles psycho-comportementaux

D. NABTI, W. BOUSSADIA, L. MALO, N. SCHWALD, I. BENARD (Limeil-Brévannes)

Autres

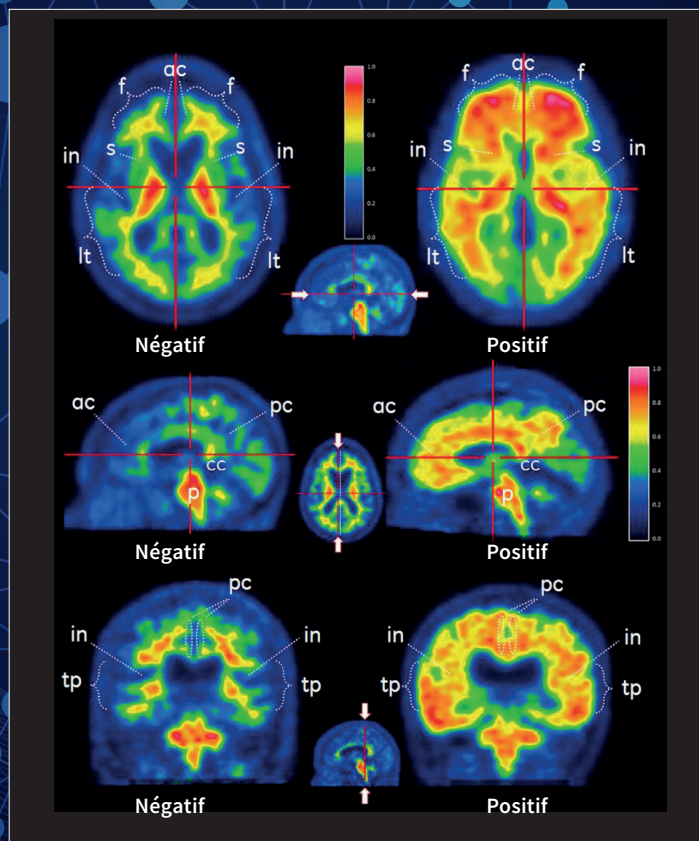
P-22 Développement d'une grille d'évaluation du degré d'application de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées en EHPAD

C. BOURGEOIS, C. JEANDEL (Montpellier, Montrouge), J. ERKES (Montpellier, Paris), V. VITOU (Paris), S. BAYARD (Montpellier)

P-23 Le rôle de la neuroinflammation dans la maladie d'Alzheimer : une revue systématique de la littérature

A. BRIGUI (Puteaux), M.T. HENEKA (Belvaux, Luxembourg), Serge GAUTHIER (Montréal, Canada), S. ANIL CHANDEKAR, J. HVIDD HAHN-PEDERSEN M. BENTSEN (Søborg, Danemark) Henrik ZETTERBERG, (Mölnådal, Suède ; London, Royaume-Uni ; Hong-Kong, Chine ; Madison, USA)

L'imagerie des plaques amyloïdes



Indications⁽¹⁾ :

Ce médicament est à usage diagnostique uniquement.

VIZAMYL est un médicament radiopharmaceutique indiqué pour l'imagerie en Tomographie par Émission de Positons (TEP) afin d'estimer la densité des plaques β -amyloïdes neuritiques dans le cerveau de patients adultes ayant une déficience cognitive qui sont en cours d'évaluation pour la maladie d'Alzheimer (MA) et pour d'autres causes de déficience cognitive. VIZAMYL doit être utilisé en complément à l'évaluation clinique.

Un résultat négatif de l'examen TEP indique une densité très faible à nulle de plaques amyloïdes, ce qui n'est pas compatible avec un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Pour les limites dans l'interprétation des résultats positifs de l'examen TEP, voir le RCP.

Place dans la stratégie diagnostique⁽²⁾ :

VIZAMYL (flutémétamol (¹⁸F)) a une place dans la stratégie diagnostique de la maladie d'Alzheimer, lorsque les recommandations en vigueur prévoient la réalisation d'une TEP chez des patients avec une présentation clinique atypique en raison d'une présentation mixte dont les patients avec une forme atypique au plan symptomatique ou un âge de début précoce (sujets de moins de 65 ans) et dans les circonstances suivantes : quand le déficit cognitif a été objectivement confirmé et que la cause du trouble cognitif reste incertaine après une évaluation par un médecin spécialisé et les explorations recommandées par les guidelines et lorsque la réalisation d'une ponction lombaire pour permettre la recherche et le dosage des biomarqueurs A β 42, Tau et phosphoTau dans le LCR est contre-indiquée, non réalisable ou a fourni les résultats non concluants (résultats équivoques non interprétables, résultats en discordance avec la présentation clinique).

Conditions de prescription et délivrance⁽¹⁾ :

Liste I. Médicament soumis à prescription médicale et réservé à l'usage hospitalier. Agréé Collectivités uniquement dans l'indication et la place dans la stratégie diagnostique citées ci-dessus.

(1) RCP Vizamyl.

(2) Avis de transparence Vizamyl 08/06/2022.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>



Editorial : Innovations dans la maladie d'Alzheimer : Entre espoir et défis, D. WALLON (Rouen).... 18

• Communications orales

Intervention non médicamenteuse et Alzheimer

Etats des lieux des interventions non médicamenteuses dans les dispositifs Alzheimer, C. TABUENCA, T. PHONG, J. MABIRE, L. RIZZOLO (Paris)..... 19

Impact de la valence émotionnelle sur la mémoire prospective dans la maladie d'Alzheimer, C. JOUNY, M. GRAA, D. MARTINEZ, A. ERGIS (Boulogne Billancourt, Villejuif)..... 19

Le parcours de soin du patient Alzheimer

Amélioration de l'accès à la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer par le développement d'un annuaire national des essais et études cliniques, M. LEVY, M. PANCHAL (Paris)..... 20

Le patient Alzheimer jeune

Comment répondre aux personnes qui s'inquiètent d'antécédents familiaux de maladie neurocognitive ? Retour d'expérience de la consultation génétique au CMRR Limoges, L. CARTZ PIVER, M. DREINAZA, J. BONNEFOND, A. BONILLA, B. CALVET (Limoges)..... 20

Les avancées thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer

Efficacité et sécurité de la blarcamésine (ANAVEX®2-73) au stade débutant de la maladie d'Alzheimer : L'étude phase IIb/III ANAVEX2-73-AD-004, A. GABELLE, T. GRIMMER, S. MACFARLANE, M. BORROT, H. BIANCOTTO, A. GUEDDOU, P. TRAN, L. VILLA, E. GORDON, N. GUIZARD, S. BARBE, O. COURRÈGES, J. LOPEZ-TALAVERA, K. JIN, W. CHEZEM, C. MISSLING, M. SABBAGH (Montpellier, Munich (Allemagne), Melbourne (Australie), Paris, New York (Etats-Unis), Phoenix (Etats-Unis)) 21

Les marqueurs plasmatiques de la maladie d'Alzheimer

Résultats de la cohorte multicentrique prospective ALZAN évaluant l'utilisation des biomarqueurs sanguins pour le diagnostic et le suivi de la maladie d'Alzheimer, S. LEHMANN, A. GABELLE, G. BUSTO, M. MARIE, C. DELABY, C. HIRTZ, G. BARNIER-FIGUE, F. PERREIN, C. TURPINAT, S. JURICI, K. BENNYNS (Montpellier, Nîmes, Perpignan)..... 21

Les troubles du comportement

Lignes directrices de pratique cliniques canadiennes 2024 sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), M. BRUNEAU (Verdun (Canada))..... 22

Prévention de la maladie d'Alzheimer

Vieillesse accélérée et trisomie 21 : Evaluation de la fragilité à l'aide d'un outil adapté à la déficience intellectuelle chez des patients suivis en consultation gériatrique, A. HIANCE DELAHAYE, C. LAFFON DE MAZIERES, A. BOURGERIE, C. BARATON, A. REBILLAT (Nantes, Paris) 23

Autres

Impact diagnostique des biomarqueurs du liquide cébrospinal de la maladie d'Alzheimer chez les patients âgés : Résultats d'une étude prospective multicentrique nationale, T. DECAIX, F. MOUTON-LIGER, J. DUMURGIER, E. COGNAT, A. VRILLON, E. BOUAZIZ-AMAR, C. PAQUET, M. LILAMAND (Paris)..... 24

Un comité de patients pour améliorer l'accessibilité, l'éthique et la transparence de la recherche clinique sur les maladies neurocognitives, M. LANTA, M. LEVY, M. PANCHAL (Paris)..... 24

Mise à jour des critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer : recommandations du groupe de travail international (IWG), B. DUBOIS , N. VILLAIN , H. FELDMAN, G. FRISONI, I. WORKING GROUP (Paris, Genève (Suisse), La jolla (Etats-Unis))	25
---	----

• Posters

Aide aux aidants

P-01 - Quand le poids psychologique du fardeau impacte le poids physique des proche-aidants des patients Alzheimer... , D. HUVENT-GRELLE, D. FAUCOMPRESZ, M. HORVATH, L. GRYMOMPRESZ, F. PUISIEUX (Lille)	26
--	----

Innovation dans les structures de soins

P-02 - Avatars du PASA dans un établissement gériatrique hospitalier et médico-social , A. GILLARDEAUX-BACZYNSKI, A. POP (Nancy).....	26
--	----

Intervention non médicamenteuse et Alzheimer

P-03 - DATEI dispositif art-thérapeutique évaluation et intervention - CMRR d' Ajaccio , M. BENETTI PAPADACCI (Ajaccio)	26
--	----

P-04 - Imprimante 3D au service des patients , N. BROCANDEL, M. LUCCHESI (La Garde)	27
--	----

P-05 - Le fil rouge Almage : Comment une activité "phare" basée sur une approche non médicamenteuse définie et mise en exergue tout au long de l'année apporte une dynamique nouvelle au sein du projet d'animation en EHPAD ? T. BELLETTRE, B. DRAG, C. LÉBOUCQ, M. LHOPITAL, I. LOUNES, E. POL, A. POUILLAIN, S. VAN GAALLEN, A. SAILLON (L'isle d'Abeau, Mérignac, La Ville du Bois, Reims, Paris, Rueil Malmaison, Fontainebleau, Neuilly sur Seine)	28
---	----

P-06 - «Ouvrir l'UVP : Repenser l'accompagnement sans unité fermée en EHPAD» N. MURAT, G. LEFRAY, C. EON, C. BAILLY, L. BERTHELOT, S. LAVOQUET (Janzé).....	28
--	----

P-07 - Effets immédiats de séances de groupe de Tovertafel sur la communication motivationnelle de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré à modérément sévère vivant en EHPAD en comparaison à des séances d'animations , M. FROISSARD, F. DELPHIN-COMBE, R. GABORIAU (Lyon, Saint Etienne).....	29
--	----

Le parcours de soin du patient Alzheimer

P-08 - Organisation du diagnostic et de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer débutante dans les structures de soins aux Etats-Unis , T. JUDAY, A. HOLUB, K. BETTS, S. MATTKE, S. KITCHEN, H. LIU, A. MALIK, E. BALOCHE, R. BATRLA, F. FRECH, A. KHACHATURIAN (Puteaux, Nutley (Etats-Unis), Boston (Etats-Unis), Los Angeles (Etats-Unis), Rockville (Etats-Unis)).....	29
--	----

Le patient Alzheimer jeune

P-09 - La maladie d'Alzheimer en absence de facteurs de risque, à propos d'un cas , H. BOULALA, A. MZAHAM, B. FEKRAOUI (Constantine (Algérie))	30
---	----

P-10 - Validation française du Modified Cued Recall test, outil de référence international dans l'évaluation de la mémoire épisodique chez les adultes porteurs de trisomie 21 , D. MARTET, M. DUPEYRON, Y. YILMAZ, M. CLERT, S. SACCO, S. FALQUERO, C. BOUIS, M. AKKAYA, J. GALLARD, A. PICHOT, G. RADICE, F. MONTESTRUC, F. BAZIN, A. HIANCE-DELAHAYE, A. REBILLAT (Paris).....	30
--	----

Les avancées thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer

P-11 - Une étude de phase IIA évaluant l'effet d'un modulateur de la gamma-sécrétase chez des individus à risque ou au stade prodromal de la maladie d'Alzheimer , R. TORTELLI, P. OUSSET, A. VOGT, E. GASPAR, M. GARCIA VALDECASAS COLELL, F. ALCARAZ, T. YANG, D. PANTON, K. MAHIL R. CRONEY, T. VARDAR, L. SQUASSANTE, S. DE BUCK, T. MUGGLER, G. KLEIN, L. KULIC, G. KERCHNER, I. GERLACH (Bâle (Suisse), Beijing (Chine), Welwyn (Royaume-Uni), Boulogne-Billancourt, Toulouse)	31
---	----

P-12 - Etude des effets du sémaglutide dans la maladie d'Alzheimer débutante à l'aide de transcriptomique et protéomique « Single Cell », A. BRIGUI, P. JOHANNSEN, M. BENTSEN, K. ATTFIELD, K. FREDERIKSEN, G. FRISONI, R. JEPPESEN, I. MALIK, L. KNUDSEN (Puteaux, Søborg (Danemark), Oxford (Royaume-Uni)) Copenhague (Danemark), Geneva (Suisse))	32
P-13 - Comparaison des critères d'éligibilité et des caractéristiques à baseline entre les populations de patients des études evoke et evoke+, Clarity AD et TRAILBLAZER-ALZ-2, A. BRIGUI, H. FELDMAN, P. SCHELTEN, O. HANSSON, M. SANO, W. VAN DER FLIER, L. BARDTRUM, P. JOHANNSEN, R. JEPPESEN, T. LEÓN, C. HANSEN, J. CUMMINGS (Puteaux, La Jolla (Etats-Unis), Amsterdam (Pays-Bas), Malmö (Suède), Søborg (Danemark), Las Vega (Etats-Unis), New York (Etats-Unis))	32
P-14 - Raisons des échecs de screening dans les essais evoke et evoke+ sur le sémaglutide dans la maladie d'Alzheimer débutante, A. BRIGUI, M. SANO, J. CUMMINGS, H. FELDMAN, O. HANSSON, W. VANDER FLIER, L. BARDTRUM, R. JEPPESEN, P. JOHANNSEN, T. LEÓN, C. HANSEN, P. SCHELTENS (Puteaux, New York (Etats-Unis), La Jolla (Etats-Unis), Lund (Suède), Malmö (Suède), Amsterdam (Pays-Bas), Las Vegas (Etats-Unis)).....	33
P-15 - Différences régionales dans les caractéristiques démographiques et cliniques à baseline dans les essais evoke et evoke+ sur le sémaglutide dans la maladie d'Alzheimer débutante, A. BRIGUI, W. VAN DER FLIER, P. SCHELTENS, H. FELDMAN, O. HANSSON, M. SANO, L. BARDTRUM, P. JOHANNSEN, R. JEPPESEN, C. HANSEN, T. LEÓN, J. CUMMINGS (Puteaux, Amsterdam (Pays-Bas), La Jolla (Etats-Unis), Lund (Suède), New York (Etats-Unis), Søbor (Danemark), Las Vegas (Etats-Unis), Malmö (Suède)).....	34
P-16 - ADN télomériques et Alzheimer, P. BLANCHEMAISON, G. GOUDET (Fiac).....	35
Les grands problèmes de la prise en charge du patient Alzheimer	
P-17 - Enquête auprès des aidants de sujets diagnostiqués ou suspectés de maladie d'Alzheimer ou apparentée en France, R. GENTHON, O. PEIXOTO, S. BRUGNAUX, J. ANGÉLIS, B. DUBOIS (Paris) .	35
P-18 - Enquête sur la prévalence de la maladie d'Alzheimer en France, R. GENTHON, O. PEIXOTO, S. BRUGNAUX, J. ANGÉLIS (Paris)	36
Les troubles du comportement	
P-19 - Entre hommes, les choses se règlent autrement. Utilité d'une unité de hébergement renforcée (UHR) masculine, G. CORTE FRANCO, V. MERCIER-CUBIZOLLES, E. PEGOURIE, L. ENZINGER, V. GARNIER (Echirrolles)	37
Les UCC	
P-20 - Démence et réalisation artistique, B. MERCIER, G. KOUAMÉ, A. BOUTET, M. PERU, S. PEZIÈRE (Blois)	37
P-21 - l'Aromathérapie en UCC et les troubles psycho-comportementaux, D. NABTI, W. BOUSSADIA, L. MALO, N. SCHWALD, I. BENARD (Limeil Brevannes)	37
Autres	
P-22 - Développement d'une grille d'évaluation du degré d'application de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées en EHPAD, C. BOURGEOIS, J. ERKES, V. VITOU, C. JEANDEL, S. BAYARD (Montpellier, Montrouge, Paris)	38
P-23 - Le rôle de la neuroinflammation dans la maladie d'Alzheimer : Une revue systématique de la littérature, A. BRIGUI, M. HENEKA, S. GAUTHIER, S. CHANDEKAR, J. HAHN-PEDERSEN, M. BENTSEN, H. ZETTERBERG (Puteaux, Luxembourg, Montreal (Canada), Søborg (Danemark), Mölndal (Suède), London (Royaume-Uni), Hong Kong (Chine), Madison (Etats-Unis))	39

EDITORIAL

INNOVATIONS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER : ENTRE ESPOIR ET DÉFIS

Après une longue période d'apparence silencieuse, où l'attente était forte pour les personnes concernées par la maladie d'Alzheimer, la recherche est parvenue à annoncer des progrès très significatifs, offrant de l'espoir à des millions de patients et de professionnels de santé dans le monde entier. Nous savons désormais que cette pathologie évolutive liée à une neurodégénérescence est caractérisée par une phase asymptomatique de plus de 20 ans suivie d'un déclin cognitif progressif entraînant un impact fonctionnel croissant pour les patients et pour leur entourage. Elle reste néanmoins un défi majeur en raison de sa complexité physiopathologique impliquant de multiples voies biologiques, mais aussi de sa diversité d'expression clinique ou de ses déterminants. Toutefois, les récentes avancées modifient continuellement notre compréhension et notre approche de son diagnostic et de son traitement.

Certaines des découvertes majeures concernent les mécanismes moléculaires et biologiques sous-jacents à la maladie d'Alzheimer. Un des aspects clés implique le rôle conjoint et majeur du peptide amyloïde et de la protéine tau dans le cerveau, mais des études récentes ont mis en lumière l'implication significative de la neuroinflammation. Les chercheurs ont ainsi démontré que l'inflammation contribue à la progression de la maladie d'Alzheimer en activant la microglie. Cette découverte ouvre la voie à de nouvelles approches thérapeutiques ciblant l'inflammation en complément potentiellement des stratégies anti-amyloïdes ou anti-protéine Tau actuellement évaluées.

Sur le plan thérapeutique, des progrès ont justement été réalisés dans le développement de traitements modifiant l'évolution de la maladie. L'introduction d'anticorps anti-amyloïdes et leur efficacité clinique ouvrent à chacun de nous, une nouvelle ère de prise en charge. Ces anticorps ont montré des résultats significatifs dans les essais cliniques de phase III en réduisant les dépôts amyloïdes et en ralentissant le déclin cognitif chez les patients aux premiers stades de la maladie. Très récemment, l'Europe vient d'emboîter le pas aux États-Unis et au Japon. En effet le Comité pour les médicaments à usage humain (CHMP) recommande la mise sur le marché d'une immunothérapie, mais avec des restrictions d'usage pour une population précisément définie, à l'instar du Royaume-Uni, en raison de préoccupations liées aux effets secondaires. Cette avancée majeure pour les patients européens soulève de nombreux défis : logistique, parcours de soins, évaluation des indications, suivi ou formation des professionnels. Le patient, au centre même de cette réflexion dans la balance bénéfico-risque, doit rester en mesure d'exprimer ses attentes, ses craintes et ses objectifs de prise en charge, en adéquation avec un principe d'autodétermination ou plus largement d'« empowerment », valeur importante de notre société contemporaine.

Une autre avancée majeure a été le développement de nouvelles méthodes diagnostiques, telles que des dosages plasmatiques non invasifs pour la maladie d'Alzheimer, l'imagerie amyloïde ou de nouveaux biomarqueurs pour les diagnostics différentiels (maladie à corps de Lewy, dégénérescences lobaires fronto-temporale). Ces tests en constante amélioration redéfinissent perpétuellement les algorithmes de nos stratégies diagnostiques afin d'améliorer la précision et la rapidité des diagnostics étiologiques préalables à une intervention appropriée.

Bien que la recherche de traitements curatifs se poursuive, les stratégies préventives prennent une importance croissante. Les recherches confirment que des facteurs modifiables du mode de vie, tels que l'activité physique, l'alimentation ou les activités cognitives, peuvent réduire le risque de déclin cognitif, même chez les individus génétiquement ou biologiquement à risque.

Malgré ces avancées, la maladie d'Alzheimer reste incurable à ce jour. Les problématiques psychocomportementales sont encore trop souvent oubliées des innovations et l'utilisation des traitements disponibles est très disparate. Plusieurs experts nationaux ont récemment mis à la disposition des professionnels de santé un guide de prise en soins. La variabilité des réponses aux traitements et les effets secondaires des médicaments constituent encore des défis pour les chercheurs et les cliniciens. Les approches de médecine personnalisée, qui adaptent les interventions en fonction des facteurs génétiques, biologiques, cliniques, des comorbidités et des modes de vie, vont ainsi devenir plus concrètes.

En conclusion, l'avenir de la recherche sur la maladie d'Alzheimer reste prometteur et le rythme de mise à disposition de nouveaux outils diagnostiques et traitements s'accélère. Un investissement continu dans la précision diagnostique, les essais cliniques, la recherche préventive, mais aussi dans les mesures d'accompagnement et l'adaptation des filières de soins sera crucial pour apporter ces innovations à chaque patient, quel que soit le stade de sa maladie. Alors que nous nous réunissons aujourd'hui lors de ce congrès scientifique, c'est avec un optimisme renouvelé que nous abordons les défis et les complexités de la maladie d'Alzheimer, prêts à traduire ces avancées en soins concrets pour les patients.

Excellent congrès à toutes et tous.

Pr. David WALLON
Responsable du Centre Mémoire de Ressource et de Recherche
Centre National de Référence Malades Alzheimer Jeunes
Service de Neurologie
CHU-Hôpitaux de Rouen

COMMUNICATIONS ORALES

INTERVENTION NON MÉDICAMENTEUSE ET ALZHEIMER

ÉTATS DES LIEUX DES INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES DANS LES DISPOSITIFS ALZHEIMER

C. TABUENCA (1), T. PHONG (1), J. MABIRE (1), L. RIZZOLO (1)

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

But : Depuis 2002, l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer réalise tous les deux ans une enquête nationale auprès des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée et de leurs aidants dont l'objectif est de suivre la mise en œuvre des politiques publiques. Les interventions non médicamenteuses (INM) sont centrales dans l'accompagnement des personnes malades pour les aider à mieux vivre avec la maladie et réduire et/ou compenser l'impact des troubles dans leur quotidien. Pour la première fois, l'enquête nationale 2023 fait un focus sur les INM pour mieux cerner leur déploiement sur le territoire français. **Méthodes :** L'enquête 2023 dédiée aux INM a porté sur 13 639 structures actives (10 337 établissements d'hébergement, 1 542 accueils de jour, 1 187 lieux d'information et 573 dispositifs d'aide aux aidants). L'envoi de l'enquête a été réalisé en ligne et en version papier et s'est déroulé en deux vagues (décembre 2022 et février 2023) avec 3 relances (mai, juillet et septembre 2023). Les dispositifs devaient préciser s'ils proposaient des INM parmi un choix proposé : activité basée sur la danse, sur la mémoire, activité physique, musicale, artistique, avec des animaux, avec des végétaux, stimulation sensorielle, réhabilitation cognitive, stimulation cognitive, ou autre. Pour chaque INM organisée, il était demandé de préciser si son objectif était thérapeutique, sa fréquence par semaine, la durée d'une séance, le profil de la personne encadrant l'INM (salarie de la structure, intervenant extérieur ou bénévole), si l'intervenant a suivi une formation spécifique pour mettre en place l'INM, et les raisons de ne pas inclure des participants le cas échéant (stade avancé de la maladie, troubles du comportement, contrainte physique, contrainte sensorielle, raison personnelle). **Résultats :** 37% des dispositifs (4 996) ont répondu à l'enquête avec un taux de retour de 36% pour les établissements d'hébergement (3 686), 49% pour les accueils de jour (760), 33% pour les lieux d'information (388) et 28% pour les dispositifs d'aide aux aidants (162). Les résultats, en cours de traitement et d'analyse, seront présentés par dispositifs, par INM et par zones géographiques. **Discussion :** Cette enquête permettra de connaître l'offre de soins et d'accompagnement en termes d'INM dans les dispositifs de prises en charge et les éventuelles disparités régionales.

IMPACT DE LA VALENCE ÉMOTIONNELLE SUR LA MÉMOIRE PROSPECTIVE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

C. JOUNY (2,3), M. GRAA (3), D. MARTINEZ (3), A. ERGIS (3)

(1) *Université Paris Cité, Boulogne Billancourt, FRANCE;* (2) *Hopital Paul Brousse - AP HP Université Paris Saclay, Villejuif, FRANCE;* (3) *EA 4468, Institut de Psychologie, Centre Henri-Piéron, Université de Paris Cité, Boulogne Billancourt, FRANCE*

But : La mémoire prospective (MP) est définie comme la mémoire des intentions, permettant de se rappeler et d'accomplir des actions futures, telles que se rendre à un rendez-vous médical. Une atteinte de la MP affecte sévèrement l'autonomie, essentielle pour les activités quotidiennes. La MP est altérée dès les stades précoces de la maladie d'Alzheimer (MA). L'objectif de cette recherche était d'examiner les effets de la valence émotionnelle sur les performances en MP chez les patients atteints de MA au stade léger. En effet, plusieurs études ont montré que la valence émotionnelle peut renforcer la trace mnésique lors de l'encodage d'informations, même chez les patients Alzheimer. Graa et Ergis (2021) ont évalué cet effet chez des patients MA, et ont montré que, malgré des déficits plus prononcés que ceux de sujets âgés sains, les patients obtenaient des scores statistiquement comparables à ceux des contrôles dans des tâches basées sur des événements lorsqu'elles étaient associées à une valence émotionnelle positive et que le lien entre l'indice et l'action était fort. **Méthodes :** Douze patients avec une MA au stade léger ont participé à cette étude. L'évaluation de la MP consistait en une tâche vidéo tournée dans un centre commercial. Les participants devaient mémoriser 11 tâches, dont 8 event-based et 3 time-based. Préalablement, lors de la phase d'apprentissage des paires indice-action, (2 time-based et 4 event-based), ils devaient fournir une justification positive ou négative, au moyen d'une phrase pour 6 des tâches. Leurs performances ont été comparées à celles d'un autre groupe de patients MA pour lesquels l'induction de la valence émotionnelle lors de l'apprentissage des tâches avait été faite via des images à valence positive, négative ou neutre, et testée avec la même vidéo (Graa & Ergis, 2021). Lors du visionnage de la vidéo, les patients devaient se rappeler des tâches à réaliser et mettre la vidéo en pause pour les annoncer à l'examineur. **Résultats :** Les résultats ont montré que la création de phrases émotionnelles a amélioré la composante rétrospective de la MP chez les patients de la MA, tandis que son effet sur la composante prospective est moins clair. Une différence significative entre la production de phrases à valence émotionnelle et l'induction par images positives et négatives a été observée uniquement dans les conditions event-based, lorsque les phrases étaient à connotation positive et les images à valence négative. **Discussion :** Les phrases avec une connotation émotionnelle positive ont amélioré la réalisation des tâches en MP chez les patients. Ces résultats ouvrent des perspectives pour des recherches futures visant à approfondir notre compréhension des interactions entre les émotions et la MP chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT ALZHEIMER

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS À LA RECHERCHE CLINIQUE SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER PAR LE DÉVELOPPEMENT D'UN ANNUAIRE NATIONAL DES ESSAIS ET ÉTUDES CLINIQUES

M. LEVY (1), M. PANCHAL (1)

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

But : La Fondation Vaincre Alzheimer (FVA), reconnue d'utilité publique, poursuit trois missions principales : guérir, soigner et prévenir la maladie d'Alzheimer (MA). Une étude menée par la Fondation en 2017 a révélé que 87 % des Français ne savent pas vers qui se tourner pour participer aux essais cliniques en cours. Par ailleurs, ils sont également peu informés sur ces études cliniques et leur importance. Pour pallier ce manque et dans le cadre de sa mission «soigner», la Fondation a développé, en partenariat avec la Fédération des Centres Mémoires (FCM), un annuaire national des essais et études cliniques sur la MA et les maladies neurocognitives. Cet annuaire vise à rendre l'information sur la recherche clinique accessible et compréhensible pour les patients et les aidants, et à promouvoir l'accès à l'innovation thérapeutique. Il a également pour objectif de faciliter le recrutement pour les nouveaux essais cliniques sur la MA en France. **Méthodes :** L'annuaire a été lancé en 2022 et est continuellement amélioré. Le site internet recense les essais cliniques, à visée thérapeutique et non thérapeutique, initiés par des promoteurs industriels et académiques en France métropolitaine et d'outre-mer. Il est conçu pour être simple d'utilisation, permettant de trouver facilement des essais cliniques selon divers critères. Depuis 2024, il est soutenu par le Réseau Français de Recherche des CMRR sur les Essais Cliniques, dans le but de renforcer sa visibilité auprès des professionnels de santé et de proposer un registre le plus exhaustif possible de toutes les recherches cliniques sur les maladies neurocognitives en France. **Résultats :** L'information sur les essais cliniques en France est désormais plus accessible au public concerné par la maladie d'Alzheimer et les autres maladies neurocognitives. Actuellement, l'annuaire répertorie 33 essais cliniques, avec un nombre en constante augmentation. Il permet aux patients et/ou aux aidants de sélectionner des essais selon plusieurs critères : géographiques, profils des participants et types d'essais. Une enquête de satisfaction réalisée au premier semestre 2024 a montré que 90,6 % des utilisateurs ayant répondu ont trouvé les informations fournies utiles, 94 % ont trouvé la navigation correcte voire facile, et le site a obtenu une note générale de 7/10. **Discussion :** Devenu un outil indispensable pour améliorer l'accès des malades à l'innovation thérapeutique, l'annuaire des essais et études cliniques gagnerait à être encore plus visible auprès des professionnels de santé, non seulement afin de relayer l'information aux patients, mais aussi pour constituer un registre exhaustif des essais en cours. Les prochaines étapes visent à intégrer les résultats des études, qu'ils soient positifs ou négatifs, afin de garantir une transparence totale de la recherche clinique sur la MA et les maladies neurocognitives.

LE PATIENT ALZHEIMER JEUNE

COMMENT RÉPONDRE AUX PERSONNES QUI S'INQUIÈTENT D'ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIE NEUROCOGNITIVE ? RETOUR D'EXPÉRIENCE DE LA CONSULTATION GÉNÉTIQUE AU CMRR LIMOGES

L. CARTZ PIVER (1,2,4), M. DREINAZA (4), J. BONNEFOND (4), A. BONILLA (3), B. CALVET (1,3)

(1) *CMRR, Limoges, FRANCE*; (2) *CHU Limoges, Limoges, FRANCE*; (3) *CH Esquirol, Limoges, FRANCE*; (4) *Faculté de médecine, Limoges, FRANCE*

But : Parmi les personnes qui consultent, nombreuses sont inquiètes du fait d'antécédents cognitifs familiaux. D'après la littérature, le risque de maladie génétique reste faible pour les formes précoces de maladie d'Alzheimer MA (1 à 3% des cas), mais atteint 30 à 40% en cas de dégénérescence fronto-temporales DFT. Un partenariat avec service de Génétique médicale du CHU Limoges a permis d'organiser une consultation génétique au CMRR Limoges depuis 2016. Ce travail en rapporte les résultats et cherche à identifier des facteurs cliniques, neuropsychologiques ou d'imagerie prédictifs du caractère génétique de la maladie. **Méthodes :** La consultation génétique est proposée aux patients souffrant de forme précoce de MA, c'est-à-dire dont les premiers symptômes sont apparus avant 65 ans, ayant un antécédent de MA précoce chez au moins un membre de la famille. Elle est proposée aussi à tous les patients souffrant de DFT, même sans antécédent familial et quel que soit l'âge de début. Une conseillère génétique participe au temps d'échanges et d'information, puis le consentement écrit du patient est recueilli. Les prélèvements sanguins sont adressés aux laboratoires spécialisés, CHU Rouen pour la MA et CHU La Pitie Salpêtrière, Paris pour les DFT. La restitution des résultats se fait en consultation mémoire. En cas d'identification d'un gène responsable de la maladie, les proches du patient sont obligatoirement informés et peuvent consulter dans le service de Génétique médicale. Pour les besoins de l'étude, les données cliniques, neuropsychologiques et d'imagerie ont été recueillies dans les dossiers des patients. **Résultats :** Entre 2016 et mars 2023, une analyse génétique a été réalisée chez 28 patients souffrant MA précoce et chez 50 patients souffrant de DFT. Chez les 28 MA précoces, deux maladies génétiques autosomiques dominantes ont été identifiées (0,7% des cas) : une anomalie PSEN 1 et une duplication APP. Parmi les facteurs de risque génétique, des anomalies aux gènes ADAM10 et TREM2 ont été identifiées chez deux patients et 15 patients portaient au moins un allèle APOE4, dont 2 étaient ApoE4/E4. Les formes génétiques avaient 56,3 ans (+/- 6,66) et 59% étaient féminins. Aucun facteur clinique, neuropsychologique ou d'imagerie permettait de prédire le caractère génétique. Parmi les 50 patients DFT, 19 maladies génétiques autosomiques dominantes ont été identifiées, soit 37% des cas. Les anomalies touchaient C9orf72 (53%), GRN (24%), MAPT (12%) ou TARDBP (12%). Les formes génétiques avaient 64,76 ans ± 8,28, ils étaient 65% masculins. Ils présentaient significativement plus de troubles du comportement alimentaire (56% versus 22%, p = 0.02) et plus de décès (35% versus 9%, p = 0.047). **Discussion :** Dans cette courte série, des maladies génétiques autosomiques dominantes ont été identifiées chez 0,7%

des MA précoce et chez 37% des DFT, ces chiffres sont comparables à ceux de la littérature. Chez les MA précoces, le facteur de risque génétique le plus fréquent reste l'APOE 4. Les troubles du comportement alimentaires semblent être de bons prédicteurs d'une forme génétique de DFT. Le partenariat avec les services de Génétique clinique est essentiel pour l'accompagnement des proches des patients, en terme d'information et de conseil. Ceux-ci peuvent s'ils le souhaitent accéder au diagnostic pré symptomatique afin de participer aux protocoles d'essais thérapeutiques qui se développent rapidement dans ce domaine.

LES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ DE LA BLARCAMÉSINE (ANAVEX®2-73) AU STADE DÉBUTANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER : L'ÉTUDE PHASE IIB/III ANAVEX2-73-AD-004

A. GABELLE (1), T. GRIMMER (2), S. MACFARLANE (3), M. BORROT (4), H. BIANCOTTO (4), A. GUEDDOU (4), P. TRAN (4), L. VILLA (4), E. GORDON (4), N. GUIZARD (4), S. BARBE (4), O. COURRÈGES (4), J. LOPEZ-TALAVERA (5), K. JIN (5), W. CHEZEM (5), C. MISSLING (5), M. SABBAGH (6)

(1) Université de Montpellier, CHU Gui de Chauliac, Montpellier, FRANCE; (2) Technical University of Munich, School of Medicine, Munich, ALLEMAGNE; (3) The Dementia Centre, HammondCare, Melbourne, AUSTRALIE; (4) Qynapse SAS, Paris, FRANCE; (5) Anavex Life Sciences, New York, ETATS-UNIS; (6) Barrow Neurological Institute, Phoenix, ETATS-UNIS

But : Évaluer l'efficacité et la sécurité de la blarcamésine (ANAVEX®2-73), un traitement oral de type petite molécule, activateur du récepteur sigma-1 (SIGMAR1) au stade débutant de la maladie d'Alzheimer (MA) grâce à la restauration de l'homéostasie cellulaire, y compris l'amélioration de l'autophagie. **Méthodes :** Un essai multicentrique, randomisé, en double aveugle, contrôlé versus placebo, de phase IIB/III d'une durée de 48 semaines (ANAVEX2-73-AD-004 NCT04314934) a été initié, suivi d'une phase d'extension en ouvert (ATTENTION-AD/NCT04314934). Les co-critères principaux cognitifs et fonctionnels évaluent les changements entre baseline et 48 semaines de l'ADAS-Cog13 et l'ADCS-ADL. Les critères de jugement secondaires étaient la CDR-SB, le ratio A β 42/40 plasmatique et la volumétrie cérébrale par IRM. Tous les paramètres cliniques ont été analysés à l'aide du modèle mixte pour mesures répétées (MMRM), les mesures de biomarqueurs plasmatiques ont été analysées par le test t de Welch et les examens d'IRM volumétriques par modèle linéaire. **Résultats :** 508 patients avec une MA précoce ont été randomisés ; 338 patients avec soit 30 mg soit 50 mg par jour et 170 patients sous placebo. Dans la population en intention-de-traiter (n=462, âge moyen 73,7 ans; 48,7 % femmes), 73,1 % ont terminé l'essai. Le critère de jugement co-primaire a été atteint dans la règle de contrôle de multiplicité, puisque les différences dans la moyenne des moindres carrés (LSM) entre les groupes blarcamésine et placebo préspecifiés étaient significatives pour l'ADAS-Cog13 (-2,027 [95% CI -3,522 à -0,533]; P=0,008), pour la CDR-SB (-0,483 [95% CI -0,853 à -0,114]; une tendance non significative étant observée pour l'ADCS-ADL (0,775 [95% CI -0,874 à 2,423]; P=0,357). Le ratio A β 42/40-plasmatique a augmenté dans le groupe blarcamésine vs. placebo, (P=0,048) et l'atrophie cérébrale a diminué (P=0,002). Les sujets avec le gène SIGMAR1 à l'exclusion des porteurs du variant muté SIGMAR1 rs1800866, ont un plus grand bénéfice clinique avec une progression clinique ralentie de 49,8% à 48 semaines sur ADAS-Cog13. Au moins 1 événement indésirable grave (EAE) est survenu chez 56 participants (16,7 %) sous blarcamésine et 17 (10,1 %) sous placebo. Les EAE courants comprenaient des étourdissements majoritairement transitoires et léger à modéré en gravité. Un décès dans le groupe sous blarcamésine et un décès sous placebo n'ont pas été considérés comme liés au traitement. **Discussion :** La blarcamésine présente de bons profils de sécurité et d'efficacité chez les patients MA précoce, avec les deux doses. Dans le groupe traité versus placebo, un ralentissement de la progression clinique de 36,3 % à 48 semaines est observé avec la blarcamésine (34,6 % dans le groupe 30 mg et 38,5 % dans le groupe 50 mg) sur l'ADAS-Cog13 et une différence de 27,6% pour la CDR-SB. Des résultats positifs cohérents sont observés sur les biomarqueurs amyloïdes biologiques et neurodégénératifs en imagerie. Les patients présentant un profil variant du gène SIGMAR1 spécifique montrent une meilleure réponse au traitement. La blarcamésine orale une fois par jour pourrait représenter un nouveau traitement pour les stades débutants de la MA et ouvrir de nouvelles voies pour une médecine personnalisée.

LES MARQUEURS PLASMATIQUES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

RÉSULTATS DE LA COHORTE MULTICENTRIQUE PROSPECTIVE ALZAN ÉVALUANT L'UTILISATION DES BIOMARQUEURS SANGUINS POUR LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

S. LEHMANN (1), A. GABELLE (2), G. BUSTO (2), M. MARIE (1), C. DELABY (1), C. HIRTZ (1), G. BARNIER-FIGUE (4), F. PERREIN (3), C. TURPINAT (2), S. JURICI (4), K. BENNYS (2)

(1) LBPC-PPC, Univ Montpellier, IRMB CHU de Montpellier, INM INSERM, Montpellier, France, Montpellier, FRANCE; (2) CMRR, Univ Montpellier, IRMB CHU de Montpellier, INM INSERM, Montpellier, France, Montpellier, FRANCE; (3) Centre Mémoire, CHU de Nîmes, France, Nîmes, FRANCE; (4) Consultation mémoire, CH de Perpignan, France, Perpignan, FRANCE

But : L'objectif principal de l'étude prospective multicentrique ALZAN est d'évaluer les performances (sensibilité, spécificité) des dosages sanguins A β 40/42 et phospho-Tau-181 et -217 pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer (MA). Les objectifs secondaires incluent : la performance de biomarqueurs sanguins additionnels dont NfL et GFAP, la capacité des biomarqueurs sanguins à prédire les profils du LCR et à diagnostiquer d'autres maladies neurodégénératives (démence fronto-temporale, démence à corps de Lewy...). **Méthodes :** La cohorte ALZAN (<https://clinicaltrials.gov/study/NCT05427448>) est composée de patients vus en consultation mémoire aux CHU de Montpellier, de Nîmes et

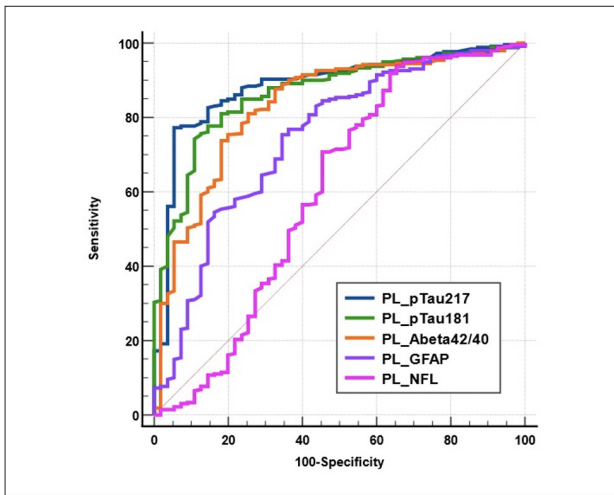


Figure : courbe de ROC illustrant les performances des différents biomarqueurs sanguin pour la détection d'une amyloïdose cérébrale définie par le ratio Abeta42/40 du LCR.

au CH de Perpignan, qui ont, dans le cadre du soin, un dosage des biomarqueurs du LCR (Aβ40/42, Tau, pTau181). Les données clinico-biologiques, dont le statut ApoE et le MMSE, sont recueillies sur les dossiers médicaux selon une grille préétablie. L'évaluation des performances des biomarqueurs, notamment de la sensibilité et de la spécificité, sera réalisée en utilisant des courbes ROC. L'intérêt de la combinaison des marqueurs (régression logistique) et l'influence de facteurs confondants (« forest plot ») sera établi. Le nombre de sujets à inclure est de 342. La fin des inclusions est prévue pour le 31/07/24 (au 20/06/24, 330 patients ont été inclus). **Résultats** : Les résultats intermédiaires ci-dessous ont été établis après 80% des inclusions et sont basés sur la capacité des biomarqueurs sanguins à détecter une amyloïdose cérébrale définie par le ratio Aβ40/42 du LCR. Comme illustré sur la figure, les AUC en ordre décroissant sont les suivants : pTau217 0,886 (0,845-0,919), pTau181 0,867 (0,824-0,902), Ratio Abeta42/40 0,833 (0,787-0,872), GFAP 0,744 (0,692-0,792) et NfL 0,602 (0,546-0,656). L'intérêt des biomarqueurs pour la confirmation diagnostique, pris seuls ou en combinaison, sera établi une fois toutes les

inclusions réalisées. Une analyse de l'influence de l'âge, du sexe, de l'indice de masse corporelle et de la présence d'une insuffisance rénale sur les concentrations des marqueurs et sur les performances diagnostiques sera effectuée.

Discussion : Les études sur cohortes rétrospectives montrent des performances des marqueurs sanguins qui permettent d'envisager leur utilisation au niveau individuel, avec la perspective d'un diagnostic plus précoce et rapide, ce qui est important pour la prise en charge des patients, en particulier avec l'arrivée de nouveaux traitements. Il est cependant essentiel de valider ces marqueurs en vie réelle pour définir les seuils pathologiques, tester leur performances pris individuellement ou en combinaison et au final définir leur l'intérêt et leurs limites. Les résultats obtenus sur toute la cohorte seront présentés et discutés.

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUES CANADIENNES 2024 SUR L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)

M. BRUNEAU (1)

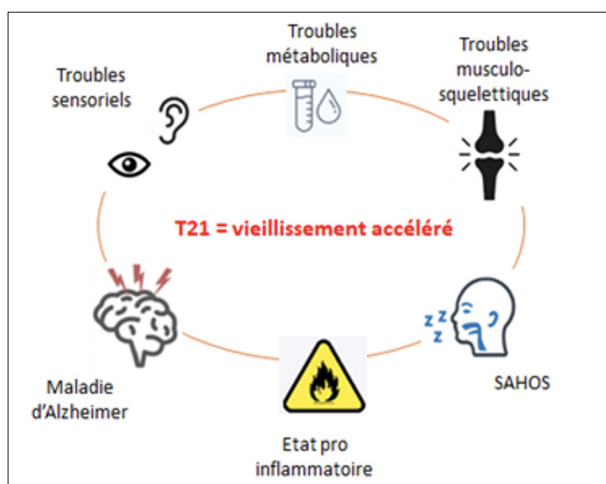
(1) Commission Canadienne de santé Mentale des Aînés, Verdun, CANADA

But : Les SCPD sont des symptômes non cognitifs tels que des changements de comportement et d'humeur qui surviennent fréquemment dans les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Les SCPD sont associés à un pronostic altéré, à une charge accrue pour les proches aidants, et à une altération de la qualité de vie et de la santé des proches aidants. L'évaluation précoce des SCPD est recommandée pour orienter l'élaboration d'un plan de soins centré sur la personne. Les lignes directrices de pratique clinique (LDPC) sur les SCPD de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) visent à orienter la prise de décision partagée entre les personnes atteintes de TNCM, les proches aidants et les professionnels de la santé au Canada et à aider les gestionnaires des soins de santé, les décideurs politiques et les chercheurs à comprendre les champs d'action futurs afin de développer des services de santé et des interventions visant à prévenir et à réduire les SCPD. **Méthodes** : Un groupe d'experts a élaboré les LDPC de la CCSMPA afin de fournir des conseils sur l'évaluation et la prise en charge des SCPD dans le cadre des soins prodigués aux personnes atteintes de TNCM dans un contexte canadien. Le groupe d'experts a suivi le processus pour l'élaboration des lignes directrices du Guideline International Network (GIN)-McMaster Guideline Development Checklist. Le cadre Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) a été appliqué pour déterminer la force des recommandations et la qualité des données probantes. **Résultats** : Le groupe d'experts a formulé des recommandations concernant l'évaluation et la prise en charge de l'agitation, de la psychose, des symptômes dépressifs et la dépression, de l'anxiété, des expressions sexuelles à risque et de la déprescription. Les LDPC contiennent 11 déclarations de bonnes pratiques et 63 recommandations pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD, notamment des approches non pharmacologiques et pharmacologiques organisées en fonction des groupes de symptômes des SCPD. **Discussion** : Les LDPC sur l'évaluation et la prise en charge des SCPD de la CCSMPA offrent aux professionnels de la santé des données probantes et des recommandations actualisées dans un contexte canadien. Ces lignes directrices présentent des limites, notamment le fait que, pour certains domaines, il n'existe que relativement peu d'études de qualité permettant de formuler des recommandations fondées sur des données probantes, en particulier en ce qui concerne les interventions non pharmacologiques pour les SCPD autres que l'agitation et la dépression, et les interventions pharmacologiques pour les SCPD autres que l'agitation. Il existe un besoin urgent de recherche dans ces domaines. La CCSMPA prévoit que ces lignes directrices stimuleront l'amélioration des soins cliniques. La CCSMPA a développé une ressource de transfert de connaissances pour rassembler les données probantes relatives aux SCPD sur le site Web Behaviours in Dementia Toolkit (www.behavioursindementia.ca).

PRÉVENTION DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

VIELLISSEMENT ACCÉLÉRÉ ET TRISOMIE 21 : EVALUATION DE LA FRAGILITÉ À L'AIDE D'UN OUTIL ADAPTÉ À LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE CHEZ DES PATIENTS SUIVIS EN CONSULTATION GÉRIATRIQUE

A. HIANCE DELAHAYE (1), C. LAFFON DE MAZIERES (2), A. BOURGERIE (2), C. BARATON (1), A. REBILLAT (2)
 (1) Institut Lejeune, Nantes, FRANCE; (2) Institut Lejeune, Paris, FRANCE



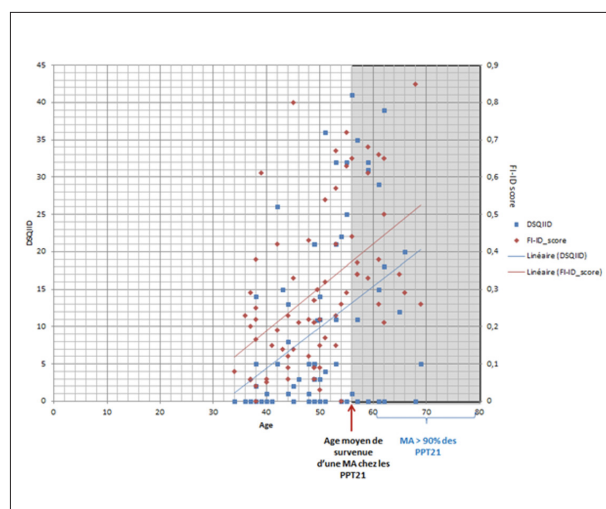
Pathologies associées à la trisomie 21 responsable d'un vieillissement prématuré

But : Les personnes avec déficience intellectuelle (DI) représentent environ 1 à 2% de la population. Les progrès médicaux et de prise en charge ont permis une augmentation de leur espérance de vie. Le risque de développer des troubles neurocognitifs majeurs hors trisomie 21 est 5 fois plus élevé qu'en population générale. La polypathologie et la polymédication sont également plus fréquentes et plus précoces. Le degré de fragilité observé à l'âge de 50 ans est comparable à des individus âgés de 70 ans. La trisomie 21 (T21) est la 1ère cause de DI d'origine génétique (environ 40 000 personnes en France). L'espérance de vie a particulièrement augmentée dans cette population puisqu'elle était autour de 25 ans dans les années 1980 alors qu'elle est actuellement d'environ 60 ans. Leur vieillissement accéléré est en particulier dû à la forte prévalence de la maladie d'Alzheimer (forme génétique) qui s'ajoute aux autres comorbidités qui impactent leur autonomie (troubles neuro-sensoriels et musculo-squelettiques, syndrome d'apnée du sommeil par exemple). Il est donc primordial de dépister précocement la fragilité dans cette population. L'ID-IF Short Form validé chez les

personnes avec DI semble être un outil pertinent pour aider les cliniciens à mettre en place des interventions précoces chez les adultes T21. L'objectif est d'évaluer la fragilité en appliquant l'ID-IF Short form chez des patients porteurs de trisomie 21 suivis en consultation gériatrique. **Méthodes :** Etude descriptive rétrospective d'un échantillon de patients T21 suivi en consultation de gériatrie à l'Institut Jérôme Lejeune (Paris et Nantes) pour lesquels la fragilité a été évaluée en utilisant l'ID-IF Short form. En dehors des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, lieu de vie), les autres données recueillies concernent le niveau de DI, le nombre de médicaments, le nombre de comorbidités et l'évaluation du fardeau de l'aidant à l'aide de l'échelle de Zarit lorsque cela a été possible. **Résultats :** Parmi 187 patients porteurs de T21 (âge moyen 50 ± 9 ans), 51% étaient des hommes et 74% vivaient en institution. La majorité avait plus de 2 comorbidités en dehors de la T21 (88%) et 46 patients (25%) étaient atteints d'une maladie d'Alzheimer. Le groupe fragile comprenait 65 patients (35%) d'un âge moyen de 54 ± 8 ans, 23 (35%) présentaient au moins 5 comorbidités, 25 (38%) avaient un ADL < 3, 24 (37%) prenaient au moins 5 médicaments et 37 (57%) étaient atteints d'une maladie d'Alzheimer. Il y avait une différence significative entre le groupe « fragile » et les 2 autres groupes (« non fragile » et « pré fragile ») en terme d'âge, de niveau d'autonomie, de nombre de comorbidités, de polymédication et du fait d'être atteint d'une maladie d'Alzheimer (p < 0.05). **Discussion :** Les personnes porteuses de T21 sont à haut risque de vieillissement pathologique. La maladie d'Alzheimer est actuellement la principale cause de mortalité dans cette population. Le dépistage de la fragilité avec l'ID-IF short form est réalisable en consultation et paraît être un outil pertinent pour suivre d'une manière plus précise ces patients. L'objectif in fine est de mieux connaître la trajectoire de vieillissement des patients T21 et de ceux qui présentent une autre cause de DI et de mettre en place des interventions gériatriques précoces dans ces populations spécifiques.

	Total (n = 187)	Non fragiles (n = 62)	Pré-fragiles (n = 60)	Fragiles (n=65)	p*
Age (moy ± SD)	50 ± 9	47 ± 7	50 ± 9	54 ± 8	< 0.001
Sexe (H)	96 (51%)	30 (48%)	35 (58%)	31 (48%)	0.47
Niveau de DI ⁽¹⁾					0.06
légère ou modérée	164 (88%)	61 (98%)	50 (83%)	53 (82%)	
sévère	23 (12%)	1 (1.6%)	10 (17%)	12 (18%)	
Mode de vie					< 0.001
EANM ⁽²⁾	109 (58%)	42 (68%)	36 (60%)	32 (49%)	
EAM ⁽³⁾	30 (16%)	1 (21%)	9 (15%)	20 (31%)	
En famille	42 (22%)	15 (24%)	13 (22%)	13 (20%)	
En autonomie	6 (31%)	4 (6%)	2 (3%)	0	
ADL ⁽⁴⁾					< 0.001
< 3	25 (13%)	0	0	25 (38%)	
≥ 3	162 (87%)	62 (100%)	60 (100%)	40 (62%)	
Comorbidités					0.28
0 ou 1	21 (11%)	13 (21%)	2 (3%)	6 (9%)	
2 à 4	113 (60%)	37 (60%)	40 (67%)	36 (56%)	
5+	53 (28%)	12 (19%)	18 (30%)	23 (35%)	
Maladie d'Alzheimer	46 (25%)	0	9 (15%)	37 (57%)	< 0.001
Polymédication					0.001
0 ou 1	52 (28%)	30 (48%)	10 (18%)	11 (17%)	
2 à 4	94 (51%)	30 (48%)	34 (57%)	30 (20%)	
5+	41 (22%)	2 (4%)	15 (25%)	24 (37%)	
DSQIID ⁽⁵⁾ n=161	12	3	12	24	< 0.001
ZARIT ⁽⁶⁾ n=70	24	21	26	26	0.9

* comparaison du groupe « fragile » avec le groupe « pré-fragiles » et « non fragiles ».
 (1) Déficience intellectuelle; (2) EANM = Etablissements d'Accueil Non Médicalisés (foyer de vie, foyer d'hébergement pour travailleurs, habitats partagés); (3) EAM = Etablissements d'Accueil Médicalisés (foyers d'accueil médicalisés, les maisons d'accueil spécialisées, EHPAD/USLD), (4) ADL = Activities of Daily Living selon Katz et al., (5) DSQIID = Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities.



Caractéristiques sociodémographiques et données recueillies en fonction du niveau de fragilité (non fragile, pré-fragile et fragile) évalué à partir de l'ID-IF Short Form

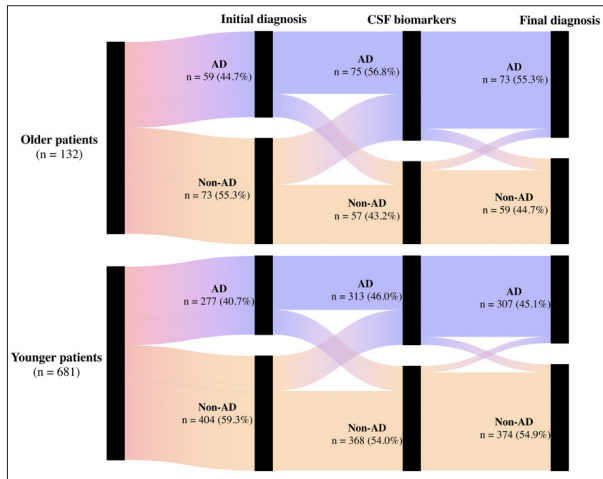
Score de fragilité (FI-ID short form) et score du DSQIID (dépistage des troubles neurocognitifs) en fonction de l'âge

AUTRES

IMPACT DIAGNOSTIQUE DES BIOMARQUEURS DU LIQUIDE CÉRÉBROSPINAL DE LA MALADIE D'ALZHEIMER CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS : RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE NATIONALE

T. DECAIX (1,2), F. MOUTON-LIGER (3), J. DUMURGIER (4,5), E. COGNAT (3,5), A. VRILLON (3,5), E. BOUAZIZ-AMAR (3,5), C. PAQUET (3,5), M. LILAMAND (1,3,5)

(1) Hôpital Lariboisière-Fernand Widal (AP-HP), Département de Gériatrie, Paris, FRANCE; (2) Université de Paris-Cité, UMR 8038 CitCoM, CNRS, Paris, FRANCE; (3) Université de Paris-Cité, UMRS-1144, Inserm, Paris, FRANCE; (4) Université de Paris-Cité, Inserm U1153, Epidemiology of Ageing and Neurodegenerative diseases, Paris, FRANCE; (5) Hôpital Lariboisière-Fernand Widal (AP-HP), Centre de Neurologie Cognitive, Paris, FRANCE



Sankey-Plot intéressant la classification des patients selon le diagnostic initial, les résultats des biomarqueurs du liquide cérébrospinal et le diagnostic final des patients âgés et des patients plus jeune

But : L'utilisation de biomarqueurs du liquide cérébro-spinal (LCS) dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer (MA) est de plus en plus fréquente dans la pratique clinique. De plus, il sera désormais indispensable que la MA soit documentée par des biomarqueurs pour bénéficier des futurs traitements anti-amyloïdes. Bien que leur utilité ait été démontrée, leur intérêt en pratique clinique chez les patients âgés reste débattu pour différentes raisons : caractère invasif de la ponction lombaire, co-pathologies cognitives, etc. L'objectif de cette étude était d'évaluer si la connaissance des résultats des biomarqueurs de la MA dans le LCS était associée au même gain de confiance diagnostique chez les adultes âgés de plus de 80 ans que chez les patients plus jeunes. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique incluant des médecins (neurologues et gériatres) de consultation mémoire qui avaient rempli un questionnaire en deux parties pour tous leurs patients ayant bénéficié d'une ponction lombaire diagnostique avec biomarqueurs amyloïdes et tau caractéristiques de la MA. Les cliniciens ont indiqué leur hypothèse diagnostique principale et une estimation de leur confiance diagnostique [échelle

de 1 à 10] avant et après connaissance des résultats des biomarqueurs. La fréquence du diagnostic avant et après les résultats des biomarqueurs du LCS a été déterminée à l'aide de la méthode de Net Reclassification Improvement (NRI), en comparant sujets de plus et de moins de 80 ans. **Résultats :** Chez 813 patients âgés de $69,4 \pm 9,8$ ans, nous avons observé un gain de confiance similaire dans les biomarqueurs du LCR entre les patients plus âgés et plus jeunes, à la fois pour les diagnostics de MA et les diagnostics différentiels. Chez les patients plus âgés, la valeur ajoutée des biomarqueurs du LCR était plus importante dans le cas de biomarqueurs du LCS indiquant un profil de MA lorsque l'hypothèse initiale était " non MA ", conduisant à un diagnostic final de MA (delta de confiance à $2,4 \pm 1,6$ contre $1,1 \pm 2,1$, p-value, $p=0,03$). Le NRI était légèrement meilleur chez les patients plus âgés que chez les patients plus jeunes (43,4 % contre 39,6 % respectivement). **Discussion :** La valeur ajoutée sur le plan diagnostique des biomarqueurs semblait supérieure ou égale chez les patients de plus de 80 ans comparés aux plus jeunes. L'intégration de ces biomarqueurs semble utile dans le contexte de la consultation mémoire du patient âgé pour améliorer la précision diagnostique au même titre que chez les individus plus jeunes.

UN COMITÉ DE PATIENTS POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ, L'ÉTHIQUE ET LA TRANSPARENCE DE LA RECHERCHE CLINIQUE SUR LES MALADIES NEUROCOGNITIVES

M. LANTA (1), M. LEVY (1), M. PANCHAL (1)

(1) Fondation Vaincre Alzheimer, Paris, FRANCE

But : Fondation reconnue d'utilité public, la Fondation Vaincre Alzheimer est une fondation qui a pour vocation trois missions, celles de guérir, prévenir et soigner la maladie d'Alzheimer. A travers sa mission soigner, la Fondation a pour but d'aider les patients, les aidants, et les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des maladies neurocognitives. Pour cela, la Fondation Vaincre Alzheimer souhaite renforcer le lien entre patients, médecine et recherche et a mis en place un comité de patients afin de porter la voix des malades pour améliorer la prise en charge et donner un accès le plus clair et accessible possible aux essais cliniques. Le comité de patient va donc avoir deux principaux objectifs : (i) améliorer l'information destinée aux personnes malades et aux aidants sollicités pour participer à un essai en relisant les notes d'information ou les projets d'essais cliniques. (ii) Représenter les personnes malades et leurs aidants par des témoignages ou des consultations que ce soit pour des groupes universitaires ou entreprises privées, promoteurs ou encore lors de colloques, afin de leur faire part de leurs besoins. **Méthodes :** Créé en 2018, le comité de patients compte actuellement 13 membres. Ce comité est composé de personnes malades, de proches aidants, de binômes malade/aidant. Les patients sont atteints par la maladie à différents stades et viennent de la France entière avec un intérêt commun pour la recherche apportant un panel représentatif de la population touchée par la maladie. Les membres sont tous bénévoles et volontaires et ont accès dès leur intégration dans le comité à une formation et un guide d'aide à la relecture tout en étant accompagnée par la coordinatrice pour les aspects techniques si nécessaire.

Résultats : Depuis sa création, le comité de patients est sollicité en moyenne 20 fois par an dans le cadre de ses deux principales missions. Il a permis la relecture de plusieurs notes d'information, permettant aux promoteurs d'essais de réduire le délai de retour des comités de protection des personnes et rester ainsi compétitifs, sans seconde soumission. Les retours des patients et aidants sont également très positifs. Ils se sentent valorisés par leur action et beaucoup plus acteurs de leur prise en charge. **Discussion :** Grâce à ses diverses actions, le comité de patients contribue à l'élaboration d'une recherche plus éthique. Déjà impliqué dans la relecture des notes d'information et la collecte de témoignages, le comité souhaite également participer à la co-construction des études cliniques en amont. Les patients pourraient ainsi donner leur avis sur la qualité de vie, la méthodologie de l'étude et aider à identifier les obstacles à l'inclusion. Le suivi des études par le comité sera également crucial pour renforcer la transparence de la recherche auprès des participants aux études cliniques. La relecture et la diffusion des résultats demeurent ainsi essentielles. La fondation envisage ensuite de créer un label gage de qualité pour améliorer la visibilité des relectures effectuées par le comité de patients.

MISE À JOUR DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER : RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL INTERNATIONAL (IWG)

B. DUBOIS (1,2), N. VILLAIN (1,2), H. FELDMAN (5), G. FRISONI (3,4), I. WORKING GROUP (1,2,3,4,5)

(1) Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, FRANCE; (2) Sorbonne Université, Paris, FRANCE; (3) Université de Genève, Genève, SUISSE; (4) Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, SUISSE; (5) University of California San Diego, La Jolla, ETATS-UNIS

But : Un mouvement émerge en faveur de la définition strictement biologique de la maladie d'Alzheimer (MA), appuyée par des biomarqueurs désormais plus accessibles, une position renforcée par les révisions récentes des critères de l'Alzheimer's Association (AA). Bien que cette approche vise à encourager le développement de traitements, notamment pour la prévention des symptômes et de la démence, des interrogations subsistent quant à la maturité de cette définition biologique, à son contexte d'application et à son adoption clinique. Le groupe de travail international (IWG) présente ses recommandations actualisées pour 2024, proposant une vision alternative de la MA comme entité clinico-biologique, en insistant sur l'utilisation d'entités nosologiques distinctes, telles que «asymptomatique à risque» et «présymptomatique», plutôt que sur un continuum physiopathologique. **Méthodes :** Une revue systématique de la littérature a été réalisée sur PubMed entre le 1er juillet 2020 et le 1er septembre 2024, en utilisant les mots-clés suivants : biomarker, amyloid, tau, neurodegeneration, preclinical, CSF, PET, Plasma, et Alzheimer's disease. L'analyse et la rédaction collaborative des recommandations a été dirigée par les 4 auteurs principaux, en interaction avec 41 contributeurs de l'IWG. **Résultats :** L'IWG contextualise les biomarqueurs «Core 1» de l'AA (biomarqueurs de la protéinopathie A β et tau phosphorylé soluble) et «Core 2» (protéinopathie tau agrégée) comme des facteurs de risque pour l'expression clinique de la MA. Bien que l'IWG reconnaisse que ces biomarqueurs reflètent la présence de la pathologie ou physiopathologie de la MA, il préconise leur utilisation dans un contexte clinique pour l'évaluation diagnostique. En particulier, lorsque des biomarqueurs sont détectés chez des individus asymptomatiques ou cognitivement normaux, l'IWG recommande de les interpréter comme des facteurs de risque de la maladie, plutôt que comme un diagnostic de MA clinico-biologique. Cette approche s'apparente à celle de l'hypercholestérolémie, un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires. Dans une utilisation clinique, l'IWG propose les catégories suivantes : a) «asymptomatique à risque» pour les sujets cognitivement normaux et positifs aux biomarqueurs «Core 1», reflétant un risque accru de progression vers une démence de type Alzheimer, sans certitude quant à l'apparition des symptômes ; b) «présymptomatique», pour les cas où les données indiquent un risque proche de celui des mutations autosomiques dominantes. Cette catégorie pourrait être élargie à mesure que de nouvelles études longitudinales testeront la combinaison de certains biomarqueurs, facteurs de résilience sur l'expression clinique des symptômes chez des sujets cognitivement normaux. Ces distinctions sont cruciales, car la MA reste un diagnostic redouté, pouvant entraîner des répercussions négatives pour ceux qui ne développeraient jamais de symptômes. **Discussion :** Cette vision alternative clinico-biologique de l'IWG pourrait se révéler précieuse dans divers contextes cliniques, notamment face à l'augmentation de l'utilisation des biomarqueurs, y compris sanguins, bien que l'utilisation de ces derniers chez les cognitivement normaux ne soit pas recommandée par l'AA. Si certaines divergences terminologiques peuvent sembler des élucubrations sémantiques, leur impact sur les individus «à risque» ou «affectés par la maladie» pourrait être significatif. Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer ces critères.

POSTERS

AIDE AUX AIDANTS

P-01 - QUAND LE POIDS PSYCHOLOGIQUE DU FARDEAU IMPACTE LE POIDS PHYSIQUE DES PROCHE-AIDANTS DES PATIENTS ALZHEIMER...

D. HUVENT-GRELLE (1), D. FAUCOMPRESZ (1), M. HORVATH (1), L. GRYMOMPRESZ (1), F. PUISIEUX (1)
(1) CHU Lille, Lille, FRANCE

But : L'accompagnement de patients souffrant de troubles neurocognitifs (TNC) peut s'avérer éprouvant pour le proche aidant et conduire à une situation d'épuisement avec altération de sa qualité de vie physique et psychologique. **Méthodes :** Etude observationnelle, prospective, monocentrique, réalisée sur 7 mois de novembre à mai 2023 auprès des aidants des patients accueillis en hôpital de jour mémoire, pôle de gériatrie, du CHU de Lille. Nos objectifs étaient : - Identifier les caractéristiques des aidants ayant subi une variation récente de leur poids - Evaluer la relation entre variation de poids et fardeau de l'aidant (utilisation de l'échelle MiniZarit) - Evaluer le degré de fatigue exprimé de l'aidant (utilisation d'une échelle numérique EN) - Evaluer la relation entre variation de poids de l'aidant et qualité de vie (utilisation de l'échelle WHOQOL). **Résultats :** Nous avons pu inclure 106 dyades patients-aidants. Nous avons noté une variation de poids (VP) chez 3/4 des aidants en lien avec leur statut. Parmi les aidants qui avaient perdu du poids, il s'agissait principalement des conjoints (55.5%). Ceux qui avaient pris du poids, étaient principalement les enfants (62.3%). Notre étude établit un lien significatif entre la VP et le statut de l'aidant (p:0.046), un lien entre VP et sévérité des TNC du patient (p:0.031). Nous avons aussi établi un lien significatif entre la VP et le fardeau psychologique des aidants (cf échelle WHOQOL, domaine D3/ relations sociales, p:0.053) et enfin un lien entre l'utilisation de l'EN fatigue et la VP (p: 0.007). **Discussion :** L'accompagnement d'un patient souffrant de TNC peut être éreintant pour le proche aidant avec une repercussion sur son poids (en lien avec un fardeau d'accompagnement élevé, un degré de fatigue important, une qualité de vie altérée). Il convient ainsi au médecin de proposer une surveillance régulière du poids du proche aidant (examen facile à réaliser, non onéreux) afin de prévenir les situations d'épuisement.

INNOVATION DANS LES STRUCTURES DE SOINS

P-02 - AVATARS DU PASA DANS UN ETABLISSEMENT GERIATRIQUE HOSPITALIER ET MEDICO-SOCIAL

A. GILLARDEAUX-BACZYNSKI (1), A. POP (1)
(1) Association Les Maisons Hospitalières, NANCY, FRANCE

But : Partant d'un PASA en déploiement, sur la base réglementaire du Cahier des charges relatif aux PASA de la DGAS, inventer de nouveaux cadres d'interventions non médicamenteuses (INM) pour répondre aux besoins identifiés et évalués des résidents de l'EHPAD et des patients du SLD en terme : 1) d'accompagnement des troubles psycho-comportementaux ; 2) de stimulation des capacités cognitives et d'autonomie ; 3) d'amélioration de la qualité de vie et du lien social ; 4) de soutien aux proches-aidants. **Méthodes :** Le déploiement des INM au travers de la diversification du PASA s'est déroulé dans l'établissement entre 2019 et 2024. Cette démarche a impliqué 1) des choix organisationnels: coordination avec les secteurs de soin et d'hébergement, identification de l'équipe ASG, des participants et des différents cadres (lieux, rythme, durée et fréquence) ; 2) des choix cliniques : modulation des attentes en termes de participation et de bénéfice, engagement d'une partie des ASG dans une démarche favorisant le soutien aux travailleurs porteurs de handicap. **Résultats :** La proposition concerne la création d'un PASA-mobile et d'un PASA en demi-journée, alternativement à l'EHPAD et au SLD. Seront présentés : des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ainsi que la création de techniques d'adaptation particulières à certains handicaps moteurs, neurosensoriels ou cognitifs (indicateurs de la méthode Montessori). **Discussion :** Les freins constatés chez les résidents, les proches-aidants, et les équipes soignantes limitant l'adhésion au projet du PASA et des AVATARS du PASA sont abordés.

INTERVENTION NON MÉDICAMENTEUSE ET ALZHEIMER

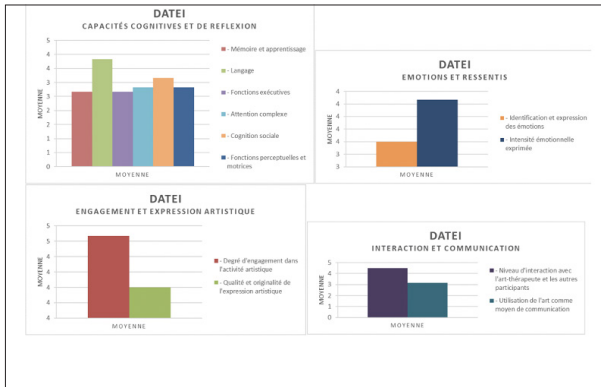
P-03 - DATEI DISPOSITIF ART-THÉRAPEUTIQUE EVALUATION ET INTERVENTION - CMRR D'AJACCIO

M. BENETTI PAPADACCI (1)
(1) Centre Hospitalier d' Ajaccio, Ajaccio, FRANCE

But : Présentation du Dispositif Art-Thérapeutique pour l'Évaluation et l'Intervention (DATEI), validé par des experts en neuro et psychologie, conçu pour évaluer et intervenir de manière efficace auprès des patients. L'objectif est de fournir un outil complet, sous forme de grille, permettant de suivre l'évolution des participants et d'ajuster le soutien thérapeutique en conséquence. Cette approche vise à promouvoir l'engagement, l'expression artistique, ainsi que le développement des compétences cognitives, émotionnelles et sociales des participants. L'art-thérapie, forme de psychothérapie utilisant le processus créatif, a pour but d'améliorer le bien-être mental, émotionnel et physique des individus. **Méthodes :** La grille DATEI évalue plusieurs critères permettant de mesurer l'évolution des patients dans divers domaines : L'étude a été menée auprès de 15 patients répondant aux critères suivants : Personnes âgées suivies au Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées au stade léger à modéré (MMS > 20) Vivant à domicile Désireuses de participer à l'étude Plusieurs phases : Entretien

<p>1 Engagement et expression artistique</p> <p>Évaluer le degré d'engagement dans le processus créatif et la qualité de l'expression artistique.</p>	<p>2 Émotions et ressentis</p> <p>Identifier et analyser l'identification et l'expression des émotions par le biais de l'art.</p>
<p>3 Interaction et communication</p> <p>Observer le niveau d'interaction et l'utilisation de l'art comme moyen de communication.</p>	<p>4 Capacités cognitives et de réflexion</p> <p>Évaluer les fonctions cognitives, perceptuelles, motrices et sociales impliquées dans le</p>

Critères d'évaluation



DATEI

communication, les capacités cognitives et de réflexion. Ce dispositif innovant vise à favoriser le développement global des patients en utilisant l'art comme outil principal, essentiel pour mesurer les progrès et adapter les interventions thérapeutiques. En proposant une variété d'activités artistiques, nous répondons aux besoins individuels des patients tout en créant un environnement thérapeutique stimulant et de soutien. Ce cadre permet d'évaluer les progrès de manière systématique et d'adapter les interventions pour maximiser l'efficacité thérapeutique. L'utilisation de la grille DATEI constitue une avancée significative dans l'évaluation et l'intervention en art-thérapie, permettant une approche plus structurée et personnalisée pour chaque patient, et ouvrant la voie à de nouvelles recherches et applications cliniques dans ce domaine.

préliminaire : Évaluations : Echelle de dépression gériatrique (GDS) Echelle de qualité de vie (QOL-AD) Séances d'art-thérapie : Séances de 45 à 60 mns, une fois par semaine La première séance : objectifs et les activités Les séances suivantes alternent entre création artistique et moments de réflexion et de partage. Ajustement des objectifs Rapport final : À la sixième séance, utilisation de la grille DATEI pour évaluer les progrès. **Résultats :** Nous constatons une réelle amélioration : les critères d'évaluation DATEI Mémoire et apprentissage : Capacité à mémoriser, apprendre de nouvelles informations. Langage : Utilisation efficace, expressive du langage. Fonctions exécutives : Compétences de planification, prise de décision et organisation. Attention complexe : Capacité à maintenir une attention soutenue, filtrer les distractions, se concentrer sur les tâches. Cognition sociale : Compréhension des interactions sociales, interprétation des émotions des autres. Fonctions perceptuelles et motrices : Coordination motrice, perception visuelle, auditive. Degré d'engagement dans l'activité artistique : Niveau d'implication, d'investissement. Qualité et originalité de l'expression artistique : Créativité, authenticité, originalité. Identification et expression des émotions : Capacité à identifier, nommer et exprimer des émotions. Interaction : Degré d'interaction et d'engagement, utilisation de l'art. **Discussion :** La grille DATEI est conçue pour couvrir divers aspects tels que l'engagement, les émotions, l'interaction et la

P-04 - IMPRIMANTE 3 D AU SERVICE DES PATIENTS

N. BROCANDEL (1), M. LUCCHESI (1)

(1) URCC Hôpital Clémenceau CHITS, La Garde, FRANCE

But : L'Hôpital Georges CLEMENCEAU de TOULON dispose d'un service d'unité cognitivo- comportementale qui met en place des thérapies non médicamenteuses pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentées. Depuis 2022, avons développé des couverts adaptés aux patients sur mesure et personnalisés imprimés grâce à l'imprimante 3D. Ses couverts ont permis une meilleure préhension des couverts lors de la prise des repas. Depuis 2023, nous avons créé des supports de rééducation pour diversifier les activités motrices et cognitives en personnalisant nos outils et créer de nouvelles solutions adaptées à nos patients. **Méthodes :** L'ergothérapeute et l'équipe d'URCC a dessiné et imprimé différents supports de rééducation pour les imprimer en 3D. Les supports ont été élaborés avec le logiciel FUSION 360 en open source. Les objets ont été imprimés sur des ULTIMAKER 2 à la médiathèque de HYERES et une 3D PRUSA au FAB LAB de TOULON. Notre ergothérapeute a été formé sur le logiciel fusion 360 et Tinkercad. Les impressions ont été financées par des dons (autofinancement). Nous avons comme contrainte l'adaptation de ce support à des patients présentant des troubles cognitifs, et donc sur le risque de blessure, ou d'avalé accidentel ; ainsi qu'à une préhension facilitée. Les ateliers se déroulent avec l'ergothérapeute et l'équipe soignantes : aides-soignantes, infirmières et médecin. Nous proposons des ateliers de 30 à 45 minutes avec 2 séances hebdomadaires, Les groupes sont constitués de 3 à 4 patients. Nous pouvons aussi le proposer hors atelier au cas par cas, en mesure d'apaisement à certains patients **Résultats :** L'intérêt de ces prises en charges est multiple : Au niveau cognitif : Ces activités permettent de travailler la mémoire procédurale, la mémoire de travail, les fonctions exécutives et visuo-spatiales, les praxies, les gnosies. Au niveau motricité : les différents supports sollicitent les préhensions fines et globales. L'association réglettes- vis et écrou / papillon permettent un travail bimanuel avec résistance. L'avantage de l'impression 3D est de dimensionner l'objet pour une préhension optimale pour le patient. L'utilisation de l'imprimante 3D permet une meilleure réactivité dans l'approvisionnement du matériel de rééducation. L'impression des matériaux se fait avec un plastique recyclable de type PLA. Les couts de production de support de rééducation sont réduits par rapport au commerce spécialisé. Certains objets ont un cout 4 fois inférieurs à un support de grande consommation. **Discussion :** Les nouvelles technologies permettent de diversifier les activités thérapeutiques non médicamenteuses. Elles ont permis de créer et d'innover dans la prise en charges de nos patients. Il serait nécessaire d'évaluer les répercussions de ce nouveau support d'activité thérapeutique non médicamenteuses avec l'échelle NPI. En un second temps, Il serait intéressant de créer une base de données en permettant un échange de fichier 3D avec d'autres centre de rééducation. Ces échanges permettraient un accès libre à d'autres structures n'ayant pas de budget mais qui voudrait acquérir de nouveaux supports. Cette base de données permettrait de diffuser les modèles 3D à des services qui souhaite s'équiper et diversifiés leurs activités.

Un partenariat avec une école d'ingénieur et FAB LAB permettrait de concevoir les pièces en respectant les contraintes techniques pour éviter les zones de fragilité lors de la construction.

P-05 - LE FIL ROUGE ALMAGE : COMMENT UNE ACTIVITÉ "PHARE" BASÉE SUR UNE APPROCHE NON MÉDICAMENTEUSE DÉFINIE ET MISE EN EXERGUE TOUT AU LONG DE L'ANNÉE APPORTE UNE DYNAMIQUE NOUVELLE AU SEIN DU PROJET D'ANIMATION EN EHPAD ?

T. BELLETTRE (1), B. DRAG (2), C. LÉBOUCQ (6), M. LHOPITAL (3), I. LOUNES (5), E. POL (4), A. POUILLAIN (7), S. VAN GAALLEN (5), A. SAILLON (8)

(1) Almage Alzheimer Centers, L'isle d'Abeau, FRANCE; (2) Les Parentèles de Mérignac, Mérignac, FRANCE; (3) Les Parentèles de la Ville du Bois, La Ville du Bois, FRANCE; (4) Les Parentèles de Reims, Reims, FRANCE; (5) Les Parentèles de la Rue Blanche, Paris, FRANCE; (6) Résidence La Bruyère, Rueil Malmaison, FRANCE; (7) La Villa Baucis, Fontainebleau, FRANCE; (8) Centre de Psychologie Cognitive Appliquée, Neuilly sur Seine, FRANCE



But : L'objectif de cette étude interventionnelle de soins courants était d'évaluer l'impact de la démarche "fil rouge" sur la dynamique institutionnelle en EHPAD. Le "fil rouge" est un marqueur identitaire de la Méthode Almage qui aspire à créer une impulsion nouvelle dans la prise en charge en diversifiant l'approche thérapeutique chaque année. Il donne du sens aux professionnels autour d'un thème fédérateur. En 2024, le thème défini était " Les Olympiades" en lien avec l'organisation des Jeux Olympiques en France. Au travers de ce thème, nous avons pu mettre en exergue la pratique d'Activités Physiques Adaptées reconnue scientifiquement comme une prise en charge non médicamenteuse efficace dans la maladie d'Alzheimer. **Méthodes :** Population : 6 EHPAD Centres Alzheimer (547 résidents). Matériel : ateliers thérapeutiques ou animations thématiques réalisés en lien avec le fil rouge "Les Olympiades".

Procédure : critères de jugement de l'étude : nombre d'événements temps forts mensuels, nombre de nouveaux ateliers thérapeutiques sur le thème, nombre d'évolutions d'ateliers pérennes en lien avec le thème, engagement et participation des résidents, engagement et participation de l'équipe, engagement et participation des familles, nombre de nouveaux partenariats en lien avec le thème. **Résultats :** (Etude en cours) Les premiers résultats ont montré que chaque mois, deux ateliers "fil rouge" en moyenne étaient réalisés au travers de la mise à l'honneur d'un sport autour d'initiations à la pratique sportive, des conférences et des sorties. Plusieurs ateliers thérapeutiques hebdomadaires ont été adaptés au fil rouge tels que l'atelier éveil corporel (exemple : éveil corporel spécial rugby), la revue de presse (exemple : lecture de l'Equipe commentée), l'atelier cognitif (exemple : quiz autour d'un sport), l'atelier créatif (décoration de l'établissement), l'atelier moteur (exemple : flag foot), le club cinéma (films autour du sport), etc., permettant de



proposer une approche nouvelle. Les familles et le personnel ont proposé d'initier les résidents à partir de leur propre pratique sportive : escrime, judo, golf, etc. En revanche, nous n'avons pas observé une participation plus importante des familles sur leur présence aux animations "fil rouge" comparativement aux autres ateliers hebdomadaires proposés. L'évaluation de l'appréciation de l'atelier par les résidents a montré un taux de satisfaction positif avec, en majorité, un souhait de voir proposer d'autres ateliers en lien avec le sport mis à l'honneur. **Discussion :** Le fil rouge contribue à développer un nouveau défi d'animation différent chaque année et permet de maintenir en éveil l'esprit de créativité de l'équipe et des familles, par de nouvelles activités. Le fil rouge pouvant aborder de multiples thèmes, il stimule des réminiscences variées chez les résidents (thèmes antérieurs : musique, 5 sens, théâtre, médiation animale, intergénérationnel, etc.) et réactive leur curiosité, source de motivation et prétexte au mouvement (principe 7 de la Méthode Almage).

P-06 - « OUVRIR L'UVP : REPENSER L'ACCOMPAGNEMENT SANS UNITÉ FERMÉE EN EHPAD »

N. MURAT (1), G. LEFRAY (1), C. EON (1), C. BAILLY (1), L. BERTHELOT (1), S. LAVOQUET (1)

(1) EHPAD "La Colline" - CH de la Roche aux Féés, Janzé, FRANCE

But : Nous dressons le bilan à un an de l'ouverture d'une unité fermée de 12 lits dans un EHPAD public hospitalier. Appuyée par les rapports de la Défenseure des Droits et de l'IGAS - qui prônent l'expérimentation d'un accompagnement sans enfermement - la réflexion est issue des constats suivants : difficultés d'accueil et de sortie de cette unité, pas de liberté d'aller et venir, sur stimulation et majoration des troubles comportementaux, épuisement des professionnels, résidents hors de cette unité ne bénéficiant pas d'un accompagnement spécifique, absence de diffusion du savoir faire des soignants de l'unité à leurs collègues. **Méthodes :** • Création d'une équipe mobile d'ASG intervenant dans tout l'EHPAD, auprès de résidents repérés en équipe pluridisciplinaire, 7 jours sur 7, en lien avec leurs collègues des différentes allées:

aide aux soins d'hygiène, repas thérapeutiques, activités individuelles ou en petits groupes, préparation de la soirée et au coucher. Les objectifs sont de ralentir la perte d'autonomie, prévenir les troubles comportementaux, limiter la confusion des nouveaux résidents, accompagner l'angoisse vespérale, transmettre les savoir faire aux autres soignants.

- Renforcement des différents outils d'accompagnement non médicamenteux.
- Développement de l'usage de domotique pour accompagner la déambulation (détection d'ouverture de porte).
- Lien renforcé avec une UCC pour la gestion de crise, contact avec une UHR pour d'éventuels cas particuliers.

Résultats : Pour les résidents et leurs proches : autonomie préservée, diminution des psychotropes, augmentation du périmètre de marche et des chutes (mais pas plus de chutes "graves"), diminution des troubles comportementaux, accompagnement plus inclusif, pas de changement de chambre ni d'unité au gré de l'évolution de la maladie. Pour les ASG : meilleure qualité de vie au travail, sens retrouvé dans l'exercice de leur métier. Pour l'établissement : montée en compétence de tous les professionnels, respect de la liberté d'aller et venir, aucun résident exclu d'un accompagnement spécifique.

Discussion : Cette initiative a été saluée par les experts évaluateurs en avril 2024 et nous souhaitons ouvrir des pistes de réflexion sur des manières différentes d'accompagner les personnes atteintes de maladies neurodégénératives avec troubles comportementaux en EHPAD. Nous pourrions développer les conditions préalables à la réussite d'une telle ouverture (en particulier la communication en amont, le simple fait d'enfermer des résidents leur donnant une image de dangerosité). L'établissement porte le projet de la reconstruction d'un nouvel hôpital dans 4 ans, équipé d'un PASA, qui sera un outil de plus. Le projet architectural initial comporte une unité "protégée", pour laquelle nous réfléchissons à une réaffectation d'usage, car il n'y aura plus d'unité de vie fermée dans l'EHPAD de Janzé.

P-07 - EFFETS IMMÉDIATS DE SÉANCES DE GROUPE DE TOVERTAFEL SUR LA COMMUNICATION MOTIVATIONNELLE DE PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER À UN STADE MODÉRÉ À MODÉRÉMENT SÉVÈRE VIVANT EN EHPAD EN COMPARAISON À DES SÉANCES D'ANIMATIONS

M. FROISSARD (1), F. DELPHIN-COMBE (2), R. GABORIAU (3)

(1) Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, FRANCE; (2) Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE; (3) MJ LAB, Saint-Etienne, FRANCE

But : Des recherches précédentes ont montré une amélioration de la qualité de vie et une diminution de l'apathie chez les utilisateurs de la Tovertafel. La présente étude s'intéresse aux deux composantes de la communication motivationnelle que sont la motivation comportementale et la communication verbale (initiation et maintien de l'activité verbale). Il s'agit de questionner l'effet de séances de groupe de Tovertafel sur la communication motivationnelle des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré à modérément sévère vivant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Méthodes : Une étude de cas suivant une méthodologie SCED (Single Case Experimental Design) en deux phases a été menée : une phase A contrôle de cinq séances d'animations et une phase B de huit séances de Tovertafel. Des échelles comportementales ont été complétées après chaque séance, l'initiation de l'activité verbale a été mesurée grâce aux nombres de mots produits à des fluences alphabétiques en F, A et S entre 0 et 15 secondes, le maintien de l'activité verbale a été évalué par le nombre de mots produits à des fluences alphabétiques en F, A et S entre 16 et 60 secondes et par une épreuve fluence en langage spontané. Enfin, la motivation comportementale a été évaluée grâce à deux questionnaires d'apathie. L'AES-S (Apathy Evaluation Scale-Self-rated) complété par les soignants et l'AES-I (Apathy Evaluation Scale-Informant) complété par les participants.

Résultats : Quatre participants atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré à modérément sévère vivant dans le même EHPAD ont été inclus. L'évaluation de l'initiation de l'activité verbale montre des résultats significativement supérieurs pour tous les participants. L'évaluation du maintien de l'activité verbale montre des résultats significativement supérieurs pour un participant aux fluences mais des résultats significativement supérieurs pour les quatre participants aux fluences en langage spontané. Les résultats à l'AES-I ne sont significatifs que pour un participant. Les scores à l'AES-S sont significativement inférieurs pour deux participants.

Discussion : L'amélioration significative du maintien de l'activité verbale est partiellement démontrée par les résultats aux fluences alphabétiques mais est établie par l'augmentation significative du nombre de mots produits en langage spontané. Les résultats de l'évaluation de l'initiation verbale constituent de nouvelles connaissances pour la littérature au sujet des bénéfices de l'utilisation de la Tovertafel sur la communication des patients en EHPAD. A la lumière de ces résultats, il pourrait être envisagé d'utiliser la Tovertafel comme support de prise en soins orthophonique intégrant ainsi le résident et sa famille comme le suggère Rousseau (2018) dans sa proposition de thérapie écosystémique.

LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT ALZHEIMER

P-08 - ORGANISATION DU DIAGNOSTIC ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER DÉBUTANTE DANS LES STRUCTURES DE SOINS AUX ÉTATS-UNIS

T. JUDAY (2), A. HOLUB (3), K. BETTS (3), S. MATTKE (4), S. KITCHEN (3), H. LIU (3), A. MALIK (3), E. BALOCHE (1), R. BATRLA (2), F. FRECH (2), A. KHACHATURIAN (5)

(1) EISAI, Puteaux, FRANCE; (2) Eisai, Nutley, ETATS-UNIS; (3) Analysis Group, Boston, ETATS-UNIS; (4) The USC Brain Health Observatory, Los Angeles, ETATS-UNIS; (5) Brain Watch Coalition/The Campaign to Prevent Alzheimer's Disease, Rockville, ETATS-UNIS

But : Selon les dernières avancées et actualités dans la maladie d'Alzheimer débutante, il est essentiel d'optimiser le diagnostic pour améliorer la qualité de vie des patients. Cette étude a évalué le lien entre les caractéristiques des patients

et la spécialité des médecins en fonction du diagnostic, de l'orientation des patients et du traitement de la maladie d'Alzheimer débutante dans les établissements de santé. **Méthodes** : Cette étude transversale a été menée entre août et septembre 2023 afin d'extraire les données des dossiers médicaux de patients âgés de 50 à 89 ans diagnostiqués avec la maladie d'Alzheimer débutante (trouble cognitif léger [TCL] ou démence stade léger) au cours des deux dernières années et ayant effectué une visite dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois. Des modèles d'équation d'estimation généralisée prenant en compte des regroupements en fonction des spécialistes ont été réalisés pour évaluer le lien entre les caractéristiques des patients et la spécialité des médecins en fonction de l'utilisation des biomarqueurs et de l'imagerie dans le diagnostic, et si les patients sont orientés vers des traitements de stimulations cognitives ou comportementales, et vers des immunothérapies anti-amyloïdes (IAA). **Résultats** : 1 284 dossiers patients ont été analysés (817 TCL et 467 démence stade léger). Le jeune âge des patients (<65 ans vs 65 ans et plus) [rapport de côte ajusté (aOR-adjusted odds ratio : 1,73 ; IC 95% : 1,22-2,44)] et la spécialité du médecin (neurologue vs médecin généraliste) [aOR : 2,55; IC 95% : 1,49- 4,38] sont des facteurs qui ont été positivement corrélés à l'utilisation des biomarqueurs et de l'imagerie. Une probabilité plus faible d'utilisation des biomarqueurs et de l'imagerie était également liée à l'origine ethnique non hispanique (aOR=0,58; CI=0,37-0,91). L'orientation vers un spécialiste était plus fréquente chez les patients atteints de démence au stade léger (aOR : 1,27 ; IC95% : 1,05 - 1,53) que chez les patients atteints de TCL. Les patients plus jeunes (aOR : 2,82 ; IC95% : 1,32 - 6,06) avaient également une probabilité accrue de recevoir une IAA. Bien que cela ne soit pas significatif, la réalisation d'un test biomarqueur ou d'imagerie (aOR : 2,04 ; IC95% : 0,85 - 4,93) et le sexe féminin (aOR : 1,44 ; 95% IC : 0,94 - 2,21) ont été associés à une probabilité accrue de recevoir une IAA (p=ns). De même, les patients résidant en zone urbaine/suburbaine avaient une plus grande probabilité d'être orientés vers un spécialiste (aOR : 1,31; IC95% : 0,89 - 1,94) et de recevoir une IAA (aOR : 1,41 ; IC95% : 0,48 - 4,13). **Discussion** : Tandis que le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ne cessent d'évoluer, de nouvelles recherches devront analyser plus spécifiquement les mesures prises par les assurances maladie et leur impact, ainsi que le besoin de formation des médecins et l'organisation du système de soins dans la gestion de la maladie d'Alzheimer débutante et dans d'autres maladies chroniques affectant la mémoire, la mobilité et les troubles de l'humeur.

LE PATIENT ALZHEIMER JEUNE

P-09 - LA MALADIE D'ALZHEIMER EN ABSENCE DE FACTEURS DE RISQUE, A PROPOS D'UN CAS

H. BOULALA (1), A. MZAHAM (1), B. FEKRAOUI (1)

(1) CHU Constantine, Constantine, ALGERIE

But : La maladie d'Alzheimer constitue la première cause de démence reconnue de nombreux facteurs de risque modifiables et non modifiables habituellement retrouvés chez la plupart des patients. **Méthodes** : Nous rapportons un cas clinique diagnostique comme maladie d'Alzheimer chez un sujet jeune sans facteur de risque évident. **Résultats** : Un homme âgé de 56 ans, un ingénieur en agronomie, avec un bon mode de vie, il est sans antécédents pathologiques personnels ni familiaux. Il exerce comme loisirs la chasse et le jardinage et il faisait constamment de l'activité physique. Il a commencé à présenter des troubles mnésiques intéressants essentiellement la mémoire épisodique, suivis de troubles de l'attention, du calcul et une diminution de ses capacités de planification et du raisonnement. Le patient a consulté deux ans après le début de la symptomatologie, et il a bénéficié d'un bilan neuropsychologique, biologique et une imagerie cérébrale qui avait objective une discrète atrophie temporale gauche. Le diagnostic d'une maladie d'Alzheimer a été retenu après résultat de PET SCAN FDG. Une étude génétique était négative. **Discussion** : La maladie d'Alzheimer peut s'exprimer chez le sujet jeune sans facteurs de risque habituels et sans prédisposition génétique.

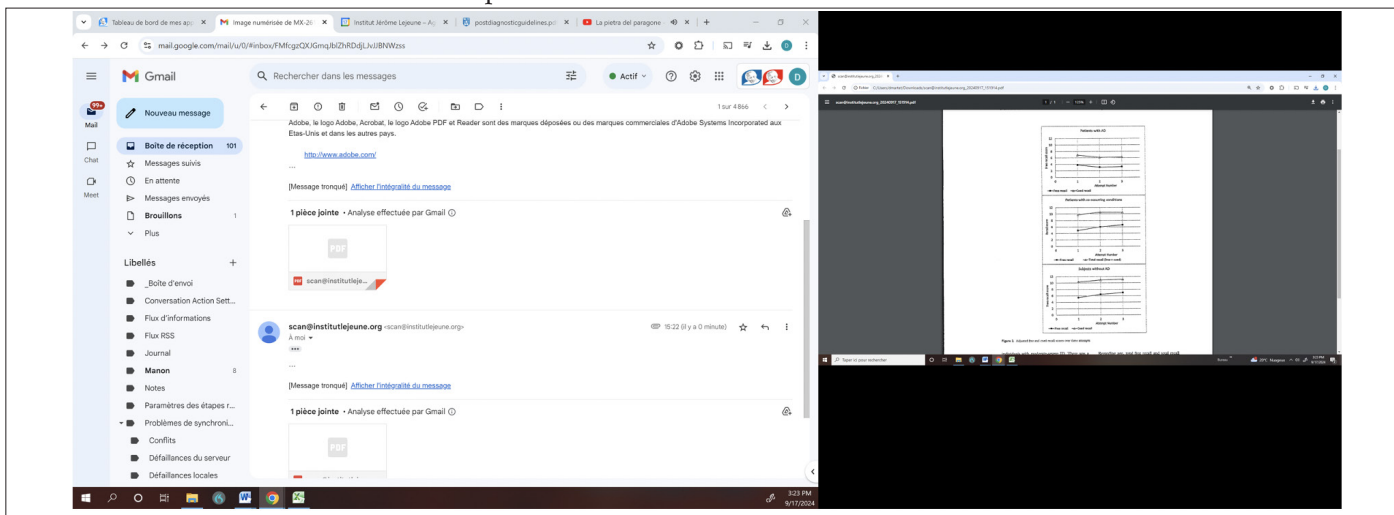
P-10 - VALIDATION FRANÇAISE DU MODIFIED CUED RECALL TEST, OUTIL DE RÉFÉRENCE INTERNATIONAL DANS L'ÉVALUATION DE LA MÉMOIRE ÉPISODIQUE CHEZ LES ADULTES PORTEURS DE TRISOMIE 21

D. MARTET (1), M. DUPEYRON (1), Y. YILMAZ (1), M. CLERT (1), S. SACCO (1), S. FALQUERO (1), C. BOUIS (1), M. AKKAYA (1), J. GALLARD (1), A. PICHOT (1), G. RADICE (1), F. MONTESTRUC (1), F. BAZIN (1), A. HIANCE-DELAHAYE (1), A. REBILLAT (1)

(1) Institut Jérôme Lejeune, Paris, FRANCE

But : Le Modified Cued Recall Test (mCRT) est une adaptation du RL/RI-16 de Grober et Buschke (1987) visant à évaluer la mémoire épisodique chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (Devenny et al. 2002). Ce test, initialement en anglais, puis traduit dans plusieurs langues a montré de bonnes propriétés psychométriques (sensibilité, validité, spécificité) quelle que soit la langue d'administration. Il permettrait également de discriminer les personnes avec un Trouble Neurocognitif Majeur ou Mineur dû à la maladie d'Alzheimer (Benejam et al, 2020). Ceci représente l'atout majeur de ce test puisqu'il est maintenant connu que les personnes porteuses de trisomie 21 ont un risque génétique de développer cette condition en raison de la triplification du gène de l'APP, qui est présent sur le chromosome 21. **Méthodes** : Nous présentons ici une validation française de cet outil chez des personnes porteuses de trisomie 21. Il s'agit d'une étude rétrospective unicentrique incluant 194 participants âgés de plus de 30 ans. Les patients ont été répartis en 3 groupes (patients diagnostiqués avec une maladie d'Alzheimer, patients sains, patients avec des troubles cognitifs et présentant des comorbidités) pour une première analyse et en groupes de niveau de déficience intellectuelle (léger, modéré ou modéré-sévère) pour une seconde, qui éliminait les patients diagnostiqués avec une maladie d'Alzheimer. Les scores aux trois rappels (libres et totaux) ainsi que les scores au rappel différé (libre et total), le nombre d'intrusions de mots extra-listes et de persévérations ont été consignés et analysés par rapport à ces deux

variables. Enfin, l'index de Youden a été utilisé afin de déterminer un cut-off discriminant entre les patients sains et ceux présentant une maladie d'Alzheimer. **Résultats** : Les patients diagnostiqués avec une maladie d'Alzheimer ne montraient aucune courbe d'apprentissage lors des rappels libres et totaux contrairement aux patients sains ou avec des comorbidités. L'écart entre le rappel libre et le rappel indicé était également plus faible chez ces patients, démontrant une moindre efficacité de l'indiciage. Enfin, leurs scores aux trois rappels libres et totaux étaient statistiquement inférieurs à ceux des deux autres groupes (Figure 2). Ils commettaient également plus d'intrusions de mots extra-listes que les autres groupes. Par rapport au niveau intellectuel, les patients ayant une déficience intellectuelle légère avaient de meilleurs scores à l'ensemble des rappels, y compris différé, que les patients présentant une déficience intellectuelle modéré-sévère. L'index de Youden a été effectué sur les scores des rappels libres et totaux. La première analyse a déterminé un cut-off optimal de 22 points au rappel total avec une sensibilité et une spécificité de 0.92 et 1.00. La deuxième a établi un cut-off de 15 points au rappel libre immédiat, avec une sensibilité et une spécificité de 0.92 et 0.86. **Discussion** : Le mCRT est un test valide en français pour évaluer la mémoire épisodique chez les patients porteurs de déficience intellectuelle. Il permet également de discriminer les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer des patients sains. Compte-tenu de ces éléments, des études sur le lien entre scores au mCRT et biomarqueurs sanguins de la maladie d'Alzheimer ont récemment vu le jour. L'institut Jérôme Lejeune prend actuellement part à une étude prospective investiguant ces mêmes liens au sein du consortium européen Horizon 21.



Adjusted free and cued recall scores over three attempts

LES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

P-11 - UNE ÉTUDE DE PHASE IIA EVALUANT L'EFFET D'UN MODULATEUR DE LA GAMMA-SÉCRÉTASE CHEZ DES INDIVIDUS À RISQUE OU AU STADE PRODROMAL DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

R. TORTELLI (1), P. OUSSET (8), A. VOGT (1), E. GASPARD (1), M. GARCIA VALDECASAS COLELL (1), F. ALCARAZ (1), T. YANG (2), D. PANTON (3), K. MAHIL (3), R. CRONEY (3), T. VARDAR (4), L. SQUASSANTE (5), S. DE BUCK (6), T. MUGGLER (1), G. KLEIN (1), L. KULIC (1), G. KERCHNER (1), I. GERLACH (1)

(1) Roche Pharma Research and Early Development, F. Hoffmann-La Roche Ltd, Bâle, SUISSE; (2) Product Development Safety Risk Management (PDS), Roche (China) Holding Ltd, Beijing, CHINE; (3) Roche Innovation Center Welwyn, Roche Pharma Research and Early Development, Roche Products Limited, Welwyn, ROYAUME-UNI; (4) Product Development Safety Risk Management (PDS), F. Hoffmann-La Roche Ltd, Bâle, SUISSE; (5) Product Development Data Sciences, F. Hoffmann-La Roche Ltd, Bâle, SUISSE; (6) Pharmaceutical Sciences, Roche Pharma Research and Early Development, F. Hoffmann-La Roche Ltd, Basel, Switzerland, Bâle, SUISSE; (7) Roche SAS, Boulogne-Billancourt, FRANCE; (8) Centre de recherche clinique du Gérotopôle, Toulouse, FRANCE

But : Présenter le design de l'étude de phase IIa GABriella évaluant l'effet du RG6289 sur les patients à charge amyloïde positive. Le RG6289 est un nouveau modulateur de la γ -sécrétase (GSM) sélectif et en prise orale quotidienne. **Méthodes** : Le design de l'étude est issu des enseignements des études non cliniques et de Entry-into-human (EIH) réalisées chez des volontaires sains. Dans l'étude EIH, la molécule a montré un profil de tolérance favorable, réduit la production de substances isoformes amyloïdogènes longues A β 42 et A β 40 (CSF et plasma) et augmenté les niveaux d'isoformes A β 38 et A β 37 (CSF) plus courtes et non amyloïdogènes. **Résultats** : GABriella est une étude randomisée, en double aveugle, contrôlée versus placebo, multicentrique, visant à déterminer la dose optimale pour explorer l'effet du RG6289 sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA). L'essai collectera des informations sur la sécurité et la tolérance, ainsi que sur l'effet pharmacodynamique de la prise quotidienne du RG6289 sur les biomarqueurs liés à la MA. L'essai vise à recruter environ 245 patients âgés de 60 à 85 ans, amyloïdes positifs (≥ 24 centiloïdes sur la TEP amyloïde) et soit cognitivement sains, soit présentant une déficience cognitive légère (MCI) due à la MA. Un score global de 0 ou 0,5 sur l'échelle d'évaluation de la démence clinique lors du dépistage est inclus. Les patients seront attribués à l'un des trois niveaux de dose, sélectionnés sur la base d'un modèle PK/PD de population, ou à un placebo administré sur 72 semaines. Les principaux critères d'évaluation sont la tolérance et l'effet du RG6289 sur la charge amyloïde. De

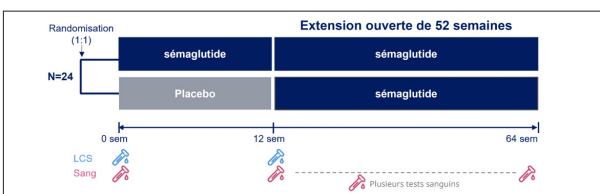
plus, d'autres biomarqueurs circulants et d'imagerie ainsi que des biomarqueurs pharmacocinétiques et numériques seront explorés. **Discussion** : GABriella est le premier essai clinique explorant l'effet d'un GSM sélectif pénétrant dans le cerveau sur des patients amyloïdes positifs, sans troubles cognitifs ou qui souffrent de MCI en raison de la MA.

P -12 - ÉTUDE DES EFFETS DU SÉMAGLUTIDE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER DÉBUTANTE À L'AIDE DE TRANSCRIPTOMIQUE ET PROTÉOMIQUE « SINGLE CELL »

A. BRIGUI (1), P. JOHANNSEN (2), M. BENTSEN (2), K. ATTFIELD (3), K. FREDERIKSEN (4), G. FRISONI (5), R. JEPPESEN (2), I. MALIK (2), L. KNUDSEN (2)

(1) Novo Nordisk, Puteaux, FRANCE; (2) Novo Nordisk A/S, Søborg, DANEMARK; (3) Oxford Centre for Neuroinflammation, Nuffield Department of Clinical Neurosciences, John Radcliffe Hospital, University of Oxford, Oxford, ROYAUME-UNI; (4) Danish Dementia Research Centre, Department of Neurology, Copenhagen University Hospital – Rigshospitalet & Department of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, DANEMARK; (5) Laboratory of Neuroimaging of Aging, University Hospitals and University of Geneva, Geneva, SUISSE

But : Les agonistes du récepteur du glucagon-like peptide 1 (GLP-1RA) pourraient avoir un potentiel thérapeutique dans la maladie d'Alzheimer (MA). Des données cumulatives ont indiqué une réduction potentielle du déclin cognitif chez les personnes atteintes de la MA, tandis que des données de vie réel ont montré une diminution du risque de démence chez les patients atteints de diabète de type 2. De plus, des études précliniques révèlent que les GLP-1RA ont un impact sur la neuroinflammation et d'autres processus biologiques supposés être impliqués dans la physiopathologie de la MA, y compris des effets sur les cellules immunitaires centrales et périphériques. La sécurité et l'efficacité du GLP-1RA sémaglutide dans la MA débutante (CDR global 0,5-1) sont en cours d'investigation dans deux études de phase 3. L'objectif de cette étude exploratoire est d'investiguer l'effet du sémaglutide sur l'inflammation centrale (LCS) et périphérique (sang) dans une population similaire en utilisant la transcriptomique single cell (c'est-à-dire, l'évaluation de l'expression génique de cellules individuelles) pour compléter et élargir la compréhension moléculaire du sémaglutide et de la MA. **Méthodes** : Étude multicentrique, randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo, à groupes parallèles est conçue pour évaluer les effets du sémaglutide sur l'inflammation centrale et périphérique chez les participants atteints de MA débutante (NCT05891496 ; Figure). Les 24 participants auront entre 55 et 75 ans et présenteront une positivité établie pour l'amyloïde. L'inflammation centrale et périphérique sera étudiée en utilisant le séquençage de l'ARN à cellule unique, le séquençage des récepteurs des lymphocytes T (TCR) et la protéomique ; les biomarqueurs liés à la MA (y compris la protéine d'acides fibrillaires gliales (GFAP) et le pTau217) permettront de relier les changements cellulaires aux proxys de la pathologie de la MA. Les changements cellulaires, protéiques et de biomarqueurs seront évalués après



Design de l'étude

12 semaines de traitement. **Résultats** : L'étude devrait être conclue fin 2024. **Discussion** : L'investigation des cellules du LCS et des cellules mononucléaires de sang périphérique au niveau cellulaire unique, combinée aux changements protéiques et de biomarqueurs chez les mêmes personnes atteintes de MA débutante, représente une opportunité sans précédent pour comprendre à la fois les effets du sémaglutide et le rôle des processus immunitaires dans la MA débutante.

P-13 - COMPARAISON DES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET DES CARACTÉRISTIQUES À BASELINE ENTRE LES POPULATIONS DE PATIENTS DES ÉTUDES EVOKE ET EVOKE+, CLARITY AD ET TRAILBLAZER-ALZ-2

A. BRIGUI (1), H. FELDMAN (2), P. SCHELTENS (3), O. HANSSON (4), M. SANO (8), W. VAN DER FLIER (5), L. BARDTRUM (6), P. JOHANNSEN (6), R. JEPPESEN (6), T. LEÓN (6), C. HANSEN (6), J. CUMMINGS (7)

(1) Novo Nordisk, Puteaux, FRANCE; (2) Alzheimer's Disease Cooperative Study, Department of Neurosciences, University of California San Diego, La Jolla, ETATS-UNIS; (3) EQT Life Sciences Partners, Amsterdam, PAYS-BAS; (4) Clinical Memory Research Unit, Department of Clinical Sciences Malmö, Lund University, Lund & Memory Clinic, Skåne University Hospital, Malmö, SUEDE; (5) Alzheimer Center Amsterdam, Department of Neurology, Department of Epidemiology and Data Science, Amsterdam Neuroscience, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, PAYS-BAS; (6) Novo Nordisk A/S, Søborg, DANEMARK; (7) University of Nevada, Las Vegas, ETATS-UNIS; (8) Icahn School of Medicine at Mount Sinai & James J. Peters VAMC, Bronx, New York, ETATS-UNIS

But : Les essais evoke et evoke+ sont des essais de phase 3, randomisés et contrôlés par placebo, qui étudient actuellement l'agoniste du récepteur du glucagon-like peptide-1, sémaglutide, en tant que traitement modificateur de la maladie (DMT) chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) débutante. La comparaison des populations des essais evoke et evoke+ avec d'autres programmes de phase 3 pour les DMT dans la MA débutante n'a pas été décrite. **Méthodes** : Nous comparons les critères d'inclusion/exclusion et les caractéristiques initiales des populations des essais evoke/evoke+ avec ceux de Clarity AD (lecanemab) et de TRAILBLAZER-ALZ-2 (donanemab) : deux récents essais de phase 3 évaluant des anticorps monoclonaux anti-amyloïdes chez les personnes atteintes de MA débutante. Une comparaison descriptive est présentée. Le cleaning des données des populations d'étude randomisées des 3 806 participants des essais evoke/evoke+ est en cours. **Résultats** : D'après le Tableau, les quatre essais ont rapporté un échantillon total randomisé de 7 337 participants. La plage d'âge la plus large était dans Clarity AD (50-90 ans contre 55-85 ans dans evoke/evoke+ et 60-85 ans dans TRAILBLAZER-ALZ-2). L'origine ethnique différait d'un essai à l'autre, avec le plus grand nombre absolu de participants non blancs dans evoke/evoke+ (741 contre 402 dans Clarity AD et 148 dans

	evoke & evoke+	Clarity AD		TRAILBLAZER ALZ-2	
Randomisé	N=3 806	N=1 795		tau combiné N=1 736	
	Total N=3 806	lecanemab n=859	Placebo n=875	donanemab n=860	Placebo n=876
Nombre de pays impliqués	40	14		8	
Nombre de sites	566	235		277	
Sexe, femme	1 996 (52,4)	443 (51,6)	464 (53,0)	493 (57,3)	503 (57,4)
Age, année	72,2 (7,1)	71,4 (7,9)	71,0 (7,8)	73,0 (6,2)	73,0 (6,2)
Race, n (%)					
Blanc	2 930 (76,9)	655 (76,3)	677 (77,4)	781 (90,9)	807 (92,1)
Asiatique	623 (16,4)	147 (17,1)	148 (16,9)	57 (6,6)	47 (5,4)
Afro-américain	41 (1,1)	20 (2,3)	24 (2,7)	19 (2,2)	21 (2,4)
Afro-américain (États-Unis uniquement)	26 (4,7)	NR	NR	18 (2,9)	16 (2,5)
Autre	77 (2,0)	37 (4,3)	26 (3,0)	NR	NR
NR/manquant	124 (3,3)	NR	NR	1 (0,1)	0
Origine ethnique (États-Unis uniquement)					
Hispanique/Latino	131 (23,6)	NR	NR	35 (5,7)	36 (5,7)
Non-hispanique/latino	409 (73,8)	NR	NR	583 (94,3)	594 (94,3)
Scolarité ≥13 ans	NR	NR	NR	606 (70,5)	637 (72,8)
Années d'études	13,4 (3,9)	NR	NR	NR	NR
Critères d'évaluation cliniques					
ADCOMS	0,5 (0,2)	0,4 (0,1)	0,4 (0,1)	NR	NR
ADAS-Cog-13	26,7 (7,4)	NR	NR	28,7 (8,8)	29,3 (8,9)
ADAS-Cog-14	NR	24,45 (7,08)	24,37 (7,56)	NR	NR
ADCS-ADL	NA	NA	NA	66,3 (8,6)	66,4 (8,3)
ADCS-ADL-MCI	39,2 (7,5)	41,2 (6,6)	40,9 (6,9)	NR	NR
CDR-SB	3,7 (1,6)	3,17 (1,34)	3,22 (1,34)	4,0 (2,1)	3,9 (2,1)
Score CDR global, n (%)					
0	3 (0,1)	NR	NR	2 (0,2)	4 (0,5)
0,5	2 725 (71,6)	694 (80,8)	706 (80,7)	514 (60,8)	532 (61,2)
1	1 022 (26,8)	165 (19,2)	169 (19,3)	304 (36,0)	308 (35,4)
2	26 (0,7)	NR	NR	25 (3,0)	25 (2,9)
MMSE	24,1 (3,0)	25,5 (2,2)	25,6 (2,2)	22,4 (3,8)	22,2 (3,9)

Les données sont moyennes (ET), sauf indication contraire.

ADAS-Cog-13/14, Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale 13/14 ; ADCOMS, Alzheimer's Disease Cooperative Study Composite Score ; ADCS-ADL-MCI), Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living Inventory-(Mild Cognitive Impairment) ; CDR(SB), Clinical Dementia Rating-(Sum of Boxes) ; ET, écart-type ; MMSE, Mini-Mental State Examination ; NR, non rapporté.

Tableau : Comparaison à Baseline des données démographiques et des caractéristiques cliniques dans les essais de phase 3 de la MA débutante

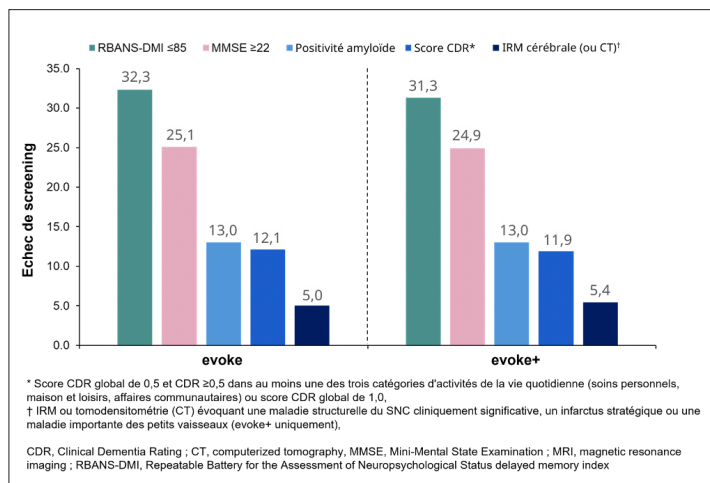
au niveau du CDR-Sum of Boxes, du Mini-Mental State Examination et du CDR global. **Discussion** : Les quatre études ciblaient des patients atteints de MA à un stade débutant défini biologiquement, mais différaient dans les critères cognitifs d'inclusion. TRAILBLAZER-ALZ-2 différait d'evoke, evoke+ et Clarity AD en incluant des patients plus atteints et en utilisant la TEP tau pour la stadification. Un nombre plus élevé de participants non blancs ont été inclus dans evoke, evoke+ et Clarity AD par rapport à TRAILBLAZER-ALZ-2. Les données pour evoke et evoke+ sont encore en cours de cleaning.

P-14 - RAISONS DES ÉCHECS DE SCREENING DANS LES ESSAIS EVOKE ET EVOKE+ SUR LE SÉMAGLUTIDE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER DÉBUTANTE

A. BRIGUI (1), M. SANO (2,3), J. CUMMINGS (10), H. FELDMAN (4), O. HANSSON (5,6), W. VAN DER FLIER (7), L. BARDTRUM (8), R. JEPPESEN (8), P. JOHANNSEN (8), T. LEÓN (8), C. HANSEN (8), P. SCHELTENS (9)

(1) Novo Nordisk, Puteaux, FRANCE; (2) Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, ETATS-UNIS; (3) James J Peters VAMC, New York, ETATS-UNIS; (4) Alzheimer's Disease Cooperative Study, Department of Neurosciences, University of California San Diego, La Jolla, ETATS-UNIS; (5) Clinical Memory Research Unit, Department of Clinical Sciences Malmö, Lund University, Lund, SUEDE; (6) Memory Clinic, Skåne University Hospital, Malmö, SUEDE; (7) Alzheimer Center Amsterdam, Department of Neurology, Department of Epidemiology and Data Science, Amsterdam Neuroscience, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, PAYS-BAS; (8) Novo Nordisk A/S, Søborg, DANEMARK; (9) EQT Life Sciences Partners, Amsterdam, PAYS-BAS; (10) University of Nevada, Las Vegas, ETATS-UNIS

But : Les essais sur la maladie d'Alzheimer (MA) rapportent un taux élevé d'échec de screening (par exemple, des candidats potentiellement éligibles à l'essai qui ne remplissent pas les critères d'inclusion/exclusion lors du screening) en



Les 5 principales catégories d'échec du screening dans les essais evoke et evoke+

TRAILBLAZER-ALZ-2 ; participation hispanique aux États-Unis, 23,6 % dans evoke/evoke+ contre 11,4 % dans TRAILBLAZER-ALZ-2). Les critères cognitifs d'inclusion différaient également : evoke/evoke+ et Clarity AD exigeaient des déficits dans la mémoire épisodique lors du dépistage (basé sur le test WMS IV-Logical Memory II et le RBANS, respectivement). Les troubles cognitifs légers et la démence légère dus MA dans evoke/evoke+ sont définies par un score global de l'échelle clinique de la démence (CDR) de 0,5 et 1,0, respectivement. Toutes les études exigeaient que les participants démontrent une positivité à l'amyloïde. TRAILBLAZER-ALZ-2 incluait la pathologie tau par tomographie par émission de positons (TEP) lors du dépistage, avec une faible pathologie tau comme raison la plus fréquente d'exclusion de l'étude. La population de TRAILBLAZER-ALZ-2 présentait plus de déficience

en raison de plusieurs facteurs, dont des critères d'éligibilité stricts. Ici, nous rapportons les principales raisons des échecs de screening lors de la phase de screening de 12 semaines des essais en cours evoke (NCT04777396) et evoke+ (NCT04777409) sur le sémaglutide dans la MA débutante. **Méthodes** : Les critères d'inclusion clés étaient l'âge de 55 à 85 ans ; un trouble cognitif léger dû à la MA (CDR global de 0,5 plus un CDR ≥ 0,5 dans ≥ 1 des trois catégories des activités quotidiennes) ou une démence légère due la MA (CDR global de 1,0) ; un indice de mémoire différée RBANS-DMI ≤ 85 ; un MMSE ≥ 22 ; une positivité à l'amyloïde (confirmée par Ponction lombaire pour PET scan). De plus, evoke+ autorisait l'inclusion de participants présentant une pathologie significative des petits vaisseaux (≥ 1 infarctus lacunaire et/ou des changements de la substance blanche liés à l'âge > 2 [substance blanche > 20 mm]). Parmi les critères

d'exclusion figuraient des preuves de troubles neurologiques autres que la MA ; des preuves de troubles psychiatriques cliniquement pertinents ou instables ; une IRM/tomographie par ordinateur (TDM) suggérant une maladie structurale cliniquement significative du système nerveux central (SNC) (autre que les changements autorisés pour evoke+) ou suggérant des infarctus stratégiques. Les taux d'échec de screening ont été résumés de manière descriptive. Le cleaning des données des 3 806 individus randomisés est en cours pour evoke/evoke+. **Résultats** : Le nombre total d'échecs de screening était de 2 836 (58,6 %) pour evoke et 3 087 (59,8 %) pour evoke+. Les cinq principales catégories d'échecs de screening pour evoke et evoke+ étaient le score RBANS-DMI \leq 85, le score MMSE \geq 22, la positivité à l'amyloïde, le score CDR, et l'IRM/TDM suggérant une maladie du SNC (autre que les changements autorisés pour evoke+) ou des infarctus stratégiques (Figure). Cela reflétait la procédure de dépistage hiérarchique appliquée lors du dépistage, où les individus étaient d'abord évalués sur les scores cognitifs, suivie de l'exclusion d'autres troubles neurologiques et enfin, la confirmation de la positivité à l'amyloïde. **Discussion** : La procédure de screening hiérarchique dans evoke et evoke+ a conduit à exclure la plupart des patients non éligibles tôt dans le processus de dépistage. Les principales raisons des échecs de screening étaient les scores d'évaluation cognitive.

P-15 - DIFFÉRENCES RÉGIONALES DANS LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES À BASELINE DANS LES ESSAIS EVOKE ET EVOKE+ SUR LE SÉMAGLUTIDE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER DÉBUTANTE

A. BRIGUI (1), W. VAN DER FLIER (2), P. SCHELTENS (3), H. FELDMAN (4), O. HANSSON (5,10), M. SANO (6,7), L. BARDTRUM (8), P. JOHANNSEN (8), R. JEPPESEN (8), C. HANSEN (8), T. LEÓN (8), J. CUMMINGS (9)

(1) Novo Nordisk, Puteaux, FRANCE; (2) Alzheimer Center Amsterdam, Neurology, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam UMC, VU University Medical Center, Amsterdam, PAYS-BAS; (3) EQT Life Sciences Partners, Amsterdam, PAYS-BAS; (4) Alzheimer's Disease Cooperative Study, Department of Neurosciences, University of California San Diego, La Jolla, ETATS-UNIS; (5) Clinical Memory Research Unit, Department of Clinical Sciences, Malmö, Lund University, Lund, SUEDE; (6) Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, ETATS-UNIS; (7) James J. Peters Department of Veterans Affairs Medical Center, New York, ETATS-UNIS; (8) Novo Nordisk A/S, Søborg, DANEMARK; (9) University of Nevada, Las Vegas, ETATS-UNIS; (10) Memory Clinic, Skåne University Hospital, Malmö, SUEDE

But : Les différences dans les caractéristiques des patients selon les régions géographiques peuvent entraîner une hétérogénéité dans les populations d'essais cliniques. evoke (NCT04777396) et evoke+ (NCT04777409) sont deux essais randomisés de phase 3, internationaux, investiguant le sémaglutide vs placebo chez des individus atteints de troubles cognitifs légers ou de démence légère due à la maladie d'Alzheimer (MA) (MA débutante). Nous présentons les caractéristiques à Baseline à travers les régions géographiques dans evoke/evoke+. **Méthodes** : Les données à Baseline ont été regroupées en cinq régions (Asie, Europe, Amérique latine [LATAM], Amérique du Nord et Reste du monde [RoW]). Les caractéristiques démographiques et cliniques ont été calculées pour chaque essai (evoke ; evoke+), ainsi que les données combinées (evoke/evoke+) pour chaque région. Les critères d'inclusion étaient les mêmes pour les deux essais ; à l'exception du fait qu'evoke+ autorisait l'inclusion de participants présentant une pathologie significative des petits vaisseaux (\geq 1 infarctus lacunaire et/ou $>$ 2 changements de la substance blanche liés à l'âge [substance blanche $>$ 20 mm]). **Résultats** : Sur les 3806 individus atteints de MA débutante inclus, il y en avait 1986, 707, 602, 303 et 208 en Europe, en Amérique du Nord, en Asie, en LATAM et dans le RoW, respectivement. Les taux d'échec de screening étaient de 54,6 % à 67,8 % selon les régions et étaient les plus élevés en Amérique du Nord. L'âge moyen était de 71,7

Caractéristiques	Asie n=602	Europe n=1 986	LATAM n=303	Amérique du Nord n=707	RoW n=208
Screené	1 473	4 655	805	2 473	590
Echec de screening	858 (58,2)	2 540 (54,6)	483 (60,0)	1 676 (67,8)	366 (62,0)
Sexe, femme	355 (59,0)	1 034 (52,1)	179 (59,1)	327 (46,3)	100 (48,1)
Age, année	71,7 (7,3)	71,8 (7,1)	72,5 (6,8)	73,3 (7,0)	73,1 (6,4)
IMC, kg/m ²	22,9 (3,2)	25,8 (4,2)	27,1 (4,6)	27,0 (5,1)	26,7 (5,1)
Origine ethnique					
Hispanique ou Latino	-	48 (2,4)	262 (86,5)	134 (19,0)	2 (1,0)
Pas Hispanique ou Latino	598 (99,3)	1 773 (89,3)	41 (13,5)	556 (78,6)	204 (98,1)
Statut APOE4					
Porteur APOE4	362 (60,2)	1 158 (60,9)	149 (51,4)	389 (56,5)	141 (70,5)
Non-porteur APOE4	239 (39,8)	744 (39,1)	141 (48,6)	299 (43,5)	59 (29,5)
Pathologie des petits vaisseaux : evoke+	15 (3,8)	22 (2,3)	4 (3,5)	10 (2,7)	3 (3,1)
DT2	99 (16,4)	224 (11,3)	64 (21,1)	109 (15,4)	28 (13,5)
Médicaments contre la MA					
Tout médicament contre la MA	387 (64,3)	1 163 (58,6)	174 (57,4)	367 (51,9)	126 (60,6)
Anticholinestérases	370 (61,5)	997 (50,2)	144 (47,5)	290 (41,0)	93 (44,7)
Mémantine*	14 (2,3)	235 (11,8)	60 (19,8)	161 (22,8)	48 (23,1)
Années d'études	12,5 (3,4)	13,2 (4,0)	12,5 (4,5)	14,9 (3,5)	14,7 (3,2)
CDR - global					
0,5	457 (75,9)	1 440 (72,5)	199 (65,7)	514 (72,7)	124 (59,6)
1	137 (22,8)	527 (26,5)	98 (32,3)	180 (25,5)	80 (38,5)
CDR-SB	3,5 (1,8)	3,7 (1,5)	4,2 (1,8)	3,7 (1,5)	4,1 (1,5)
ADCS-ADL-MCI	37,7 (7,2)	39,8 (7,4)	37,2 (7,9)	39,7 (7,3)	38,5 (7,1)
ADAS-Cog-13	26,9 (8,1)	27,1 (7,4)	27,2 (7,5)	25,1 (6,7)	26,7 (6,7)
MoCA	19,1 (3,5)	18,7 (3,7)	18,4 (3,7)	19,1 (3,6)	18,5 (3,6)
ADCOMS	0,5 (0,2)	0,5 (0,2)	0,5 (0,2)	0,4 (0,2)	0,5 (0,2)
MMSE	23,9 (3,1)	24,0 (3,0)	23,6 (3,3)	24,6 (2,9)	23,7 (3,1)
NPI	2,7 (4,3)	4,7 (7,3)	5,5 (7,4)	5,2 (7,4)	4,7 (7,8)
RBANS-DMI	53,5 (12,9)	56,7 (13,6)	58,7 (14,0)	60,1 (13,7)	57,4 (13,2)

Les données sont moyennes (ET) ou n (%).
*Comprend le chlorhydrate de mémantine. Le cleaning des données des 3 806 individus randomisés est en cours dans evoke/evoke+.

ADAS-Cog-13, Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale 13; ADCOMS, Alzheimer's Disease Composite Score ; ADCS-ADL-MCI, Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living Inventory-Mild Cognitive Impairment ; APOE, apolipoprotéine E ; CDR, Clinical Dementia Rating ; CDR-SB, Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes ; DT2, diabète de type 2 ; ET, écart-type ; IMC, indice de masse corporelle ; LATAM, Amérique latine ; MMSE, Mini-Mental State Examination; MoCA, Montreal Cognitive Assessment ; NPI, Neuropsychiatric Inventory ; RBANS-DMI, Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status delayed memory index ; RoW, Reste du monde

Tableau : Caractéristiques à Baseline d'evoke/evoke+ par région (total)

à 73,3 ans, et 46,3 à 59,1 % des participants étaient des femmes (Tableau). Les scores cognitifs étaient similaires à travers les régions : le score moyen (écart-type) du MMSE était de 23,6 (3,3) à 24,6 (2,9) et le CDR-SB était de 3,5 (1,6) à 4,2 (1,8) (Tableau). Dans evoke+, la pathologie des petits vaisseaux était la plus faible en Europe (2,3 %) et la plus élevée en Asie (3,8 %). Le statut de porteur de l'apolipoprotéine E4 était le plus bas dans la région LATAM (51,4 %) et le plus élevé dans le RoW (70,5 %), et la proportion d'individus atteints de diabète de type 2 variait de 11,3 % à 21,1 %. Dans l'ensemble, 51,9 à 64,3 % des individus recevaient un traitement pour la MA, avec une utilisation la plus élevée et la plus faible en Asie et en Amérique du Nord, respectivement. **Discussion** : evoke et evoke+ ont recruté avec succès des individus atteints de MA débutante du monde entier, assurant que le sémaglutide bénéficiera potentiellement à des individus de diverses ethnies. Malgré cette diversité, les scores cognitifs étaient largement similaires à travers toutes les régions géographiques. La compréhension de ces données à Baseline permettra de généraliser les résultats d'evoke/evoke+ à des populations mondiales atteintes de MA débutante.

P-16 - ADN TÉLOMÈRACTIVES ET ALZHEIMER

P. BLANCHEMAISON (1), G. GOUDET (1)

(1) HBN, Fiac, FRANCE

But : HBN, laboratoire français spécialisé dans la biochimie organique, créé en 2012, investit depuis plus d'une décennie dans la recherche sur l'adn et sur les maladies neurodégénératives pour mettre en avant le rôle de certaines plantes inscrites à la pharmacopée européenne dans le traitement préventif, voire curatif, de la maladie de Parkinson, et plus essentiellement dans la maladie d'Alzheimer. Le but étant la démonstration que l'utilisation de certains actifs naturellement présents dans le totum de plantes spécifiques représente une avancée potentielle dans les traitements admissibles, tout en limitant les risques liés aux effets secondaires des molécules isolées, tirées des mêmes plantes. **Méthodes :** Fabriqué en milieu pharmaceutique, ADN-Téломéractives© est un complément alimentaire à base d'extraits de plantes, oligo-éléments, vitamines et minéraux essentiels, dont l'action de certains actifs sur l'adn participe à lutter contre les effets du vieillissement (réglementation EFSA sur les allégations de santé - autorisation de mise sur le marché en 2013). Ce sont ces comprimés qui ont fait l'objet de tests in vitro et in vivo par des prestataires privés et public – dont l'INP avec des résultats très encourageants. Les doses testées sont des doses utiles, proportionnellement aux doses ingérées, ce qui permet de rester cohérent s'il fallait faire un pont entre l'expérimental et le réel. Les études ont pour sujets des souris et des rats traités avec du Bêta amyloïde 1/42, par injection ou par gavage, correspondant à un Alzheimer humain. Pour les essais in vitro, le matériel est issu de cultures neuronales, astrocytaires ou tissulaires humaines. **Résultats :** Les résultats montrent des significativités fortes dans l'ensemble des voies reconnues de la maladie d'Alzheimer (hyperphosphorylation de Tau, agrégats de plaques amyloïdes, stress oxydatif et neuro-inflammation). ADN Téломéractives© permet en laboratoire la repousse des nouveaux neurites et la création de nouvelles synapses. La restauration du déficit de plasticité synaptique – et l'augmentation durable du taux de transmission – justifie qu'au terme de dix semaines, par gavage, des souris sénescences avec Alzheimer humain ont pu recouvrer l'ensemble de leurs fonctions cognitives lors d'une étude comportementale. Le composé protège avec succès les neurones de l'hippocampe de la toxicité des neurotoxiques dans toutes les lectures, sur tous les modèles et souvent dès les doses les plus faibles et la neutralisation des espèces radicalaires intracellulaires sur modèle neurones-like humains avoisine les 100%. **Discussion:** D'autres recherches sont d'ores et déjà programmées, en collaboration avec la recherche publique, (sur des organoïdes de cerveaux humains), mais seule une étude clinique sur l'homme confirmerait ces résultats prometteurs. Est également envisagée une étude observationnelle sur des malades souffrants de la maladie d'Alzheimer, à divers stades et divers âges, dans un cadre clinique. Des demandes de partenariats ont été lancées à cet effet. Nous avons bon espoir, car sur la base de nos études, HBN s'est déjà vu délivrer plusieurs brevets d'applications sur le traitement des maladies neurodégénératives (France, Europe, Royaume-Uni, États-Unis, Russie, Japon – entrée en phase du Canada). Les plantes mises en exergue prouveront peut-être un jour qu'elles sont en capacité de permettre aux malades d'Alzheimer d'améliorer leurs symptômes, et/ou d'agir comme agent de prévention dans les familles à risques.

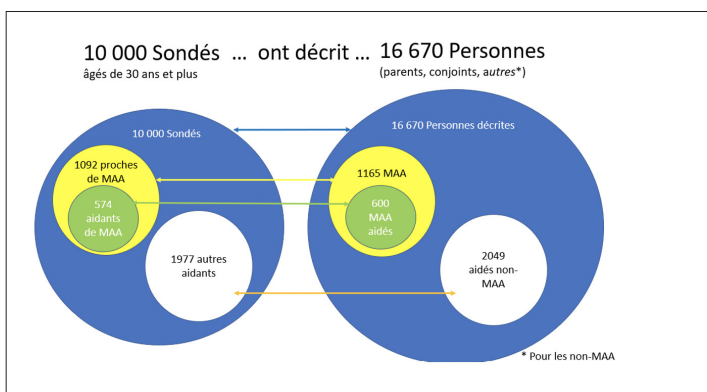
LES GRANDS PROBLÈMES DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALZHEIMER

P-17 - ENQUÊTE AUPRÈS DES AIDANTS DE SUJETS DIAGNOSTIQUÉS OU SUSPECTÉS DE MALADIE D'ALZHEIMER OU APPARENTÉE EN FRANCE

R. GENTHON (1), O. PEIXOTO (2), S. BRUGNAUX (2), J. ANGÉLIS (1), B. DUBOIS (1)

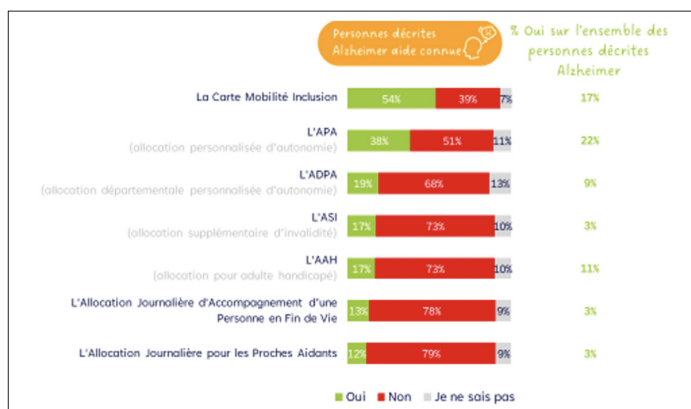
(1) Fondation Recherche Alzheimer, Paris, FRANCE; (2) BVA, Paris, FRANCE

But : La FRA a lancé avec l'institut BVA une enquête auprès des aidants de sujets atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée (MAA) dans le but d'en apprécier le retentissement sur les aidants familiaux. **Méthodes :** Un échantillon national représentatif de 10 000 personnes résidant en France, âgées de 30 ans ou plus a été interrogé par internet en octobre 2023 selon la méthode des quotas au sujet de leur père, mère ou conjoint potentiellement touchés par les MAA. Les quotas et le redressement ont été établis à partir des données INSEE 2019. Une pondération a été appliquée afin de corriger le biais « taille de fratrie » (base redressée de personnes décrites : 9 006). Les sujets ont été classés MAA s'ils avaient reçu un diagnostic de MAA et/ou s'ils présentaient au moins 4 des 9 symptômes évocateurs de MAA. Les



Populations étudiées

participants se déclarant comme « aidants » ont répondu à un questionnaire sur leur expérience et leurs attentes. **Résultats :** 11% des Français de 30 ans ou plus ont au moins un père, une mère ou un conjoint atteint de MAA et 6% aident ce proche. 80% des personnes atteintes sont aidées, 73% par une personne de la famille (enfant 51%, conjoint 32%). La maladie reste encore taboue selon 60% des aidants, et est considérée comme très perturbante pour le malade et sa famille (95%). 60% des aidants pensent même qu'il est facile de devenir maltraitant. Pour 59% d'entre eux, la maladie fait plus peur que le cancer. Alors que 92% des aidants estiment que le nombre de malades augmente, 71% perçoivent les moyens consacrés à la recherche comme insuffisants. Le retentissement pour les aidants est important avec des effets négatifs sur leur santé



Un recours minoritaire aux aides de l'Etat. L'APA, aide la plus perçue

• un maintien à domicile facilité (39% des aidants), • un soutien financier (35%), • une augmentation du nombre de structures d'accueil spécialisées (33%). **Discussion :** En dépit des mesures mises en place, les familles sont en première ligne de l'aide aux personnes atteintes de MAA, qui font peser sur elles un énorme poids psychologique, physique et économique. Elles ont le sentiment d'être peu soutenues, et restent mal informées des possibilités d'aide. Comparée à celle des autres aidants leur situation paraît plus difficile. Cette enquête originale constitue une base de réflexion. Sa répétition permettra de juger de l'effet des évolutions des politiques de prise en soin de ces sujets.

P-18 - ENQUÊTE SUR LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER EN FRANCE

R. GENTHON (1), O. PEIXOTO (2), S. BRUGNAUX (2), J. ANGÉLIS (1)

(1) Fondation Recherche Alzheimer, Paris, FRANCE; (2) BVA, Paris, FRANCE

But : Il n'existe pas d'estimation récente de la prévalence de la maladie d'Alzheimer et apparentées (MAA) en France. La Fondation Recherche Alzheimer a lancé avec l'institut BVA une grande enquête dans le but de mettre à jour les derniers chiffres connus. **Méthodes :** Un échantillon national représentatif de 10 000 personnes âgées de 30 ans ou plus a été interrogé par internet en octobre 2023 selon la méthode des quotas au sujet de leur père, mère ou conjoint potentiellement touchés par les MAA. Les quotas et le redressement ont été établis à partir des données INSEE 2019. Une pondération spécifique a été appliquée afin de corriger le biais « taille de fratrie » (plus grande probabilité d'être identifié pour un parent MAA de famille nombreuse) (base redressée de personnes décrites : 9 006). La prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées a été estimée d'une part - hypothèse basse - par le nombre de personnes décrites ayant eu un diagnostic médical d'une MAA, et d'autre part par le nombre de sujets présentant 4 ou plus des symptômes retenus pour qualifier une MAA (voir tableau). Le décompte des sujets répondant à l'une ou l'autre de ces deux populations constitue l'hypothèse haute de la prévalence. **Résultats :** Les 10 000 répondants ont décrit 16 670 personnes (conjoint, père, mère encore en vie), dont 1 165 touchées par les MAA selon l'un des critères. 1,9% des 16 670 personnes décrites avaient reçu un diagnostic de MAA. Rapporté à la population générale, ce chiffre conduit à une estimation de 453 000 patients atteints de MAA. 4,8% des personnes décrites avaient au moins 4 des symptômes cibles. Au total, cela conduit à une estimation de 1 287 000 personnes diagnostiquées ou suspectées, soit 2% de la population française. **Discussion :** La méthodologie utilisée présente évidemment des biais. Ainsi un malade sans conjoint ni descendant aura complètement échappé à cette enquête. La définition des cas suspectés à partir de la recherche des symptômes cibles repose sur l'appréciation par un tiers, non professionnel. Néanmoins l'exigence de la présence d'au moins quatre des symptômes cibles rend plausible une origine neurodégénérative aux troubles rapportés. Il n'existe que peu de données françaises sur la prévalence de la MA et des MAA. Les données de prescription ne sont pas pertinentes puisque les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ne sont indiqués que pour la MA et la MCL, ne sont plus remboursés et ne sont prescrits ni à tous les malades ni à tous les stades de la maladie. Ce sont donc les données françaises (Etude Paquid et données SNIIRAM) confortées par les données de l'étude de Rotterdam qui ont conduit à évaluer la prévalence de la

	Population française rapportée comme diagnostiquée (%)		Extrapolation en nombre de personnes	
	%	SD	N	SD
MA	0,37	0,30-0,45	238 400	190 200-286 100
DFT	0,04	0,0-0,07	23 800	23 800-47 800
MCL	0,04	0,0-0,07	23 800	23 800-47 800
Autres	0,26	0,19-0,34	166 900	119 200-214 600
TOTAL MAA	0,71	0,64-0,82	453 000	381 500-524 600
4 symptômes cibles ou plus de MAA	2,0	1,8-2,2	1 287 000	1 168 000- 1 406 000

Estimations de la prévalence des MAA dans la population française

MA en France à 900 000 patients (INSERM 2017) avec une projection à 1,2 million en 2020. Les chiffres de MAA décrits ici sur la base du diagnostic déclaré ou suspecté (1 287 000) sont donc très cohérents avec le chiffre attendu. Un enseignement important de cette enquête est le faible nombre de diagnostics rapportés de MAA. Il conduit à suspecter soit un réel sous-diagnostic, soit un défaut de l'intégration du diagnostic par les familles. La répétition de cette enquête pourra apporter des éléments sur l'évolution de la réception de la maladie avec l'arrivée attendue de traitements et de méthodes diagnostiques plus accessibles.

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

P-19 - ENTRE HOMMES, LES CHOSES SE RÈGENT AUTREMENT. UTILITÉ D'UNE UNITÉ DE HÉBERGEMENT RENFORCÉE (UHR) MASCULINE

G. CORTE FRANCO (1), V. MERCIER-CUBIZOLLES (1), E. PEGOURIE (1), L. ENZINGER (1), V. GARNIER (1)

(1) CHU Grenoble Alpes, Echirolles, FRANCE

But : Analyser l'intérêt d'une UHR masculine. **Méthodes :** Evaluer l'évolution d'une UHR masculine et ses avantages par l'analyse de dossiers. L'UHR au sein du Centre de Gérontologie CHU Grenoble Alpes avec 14 lits et une chambre d'apaisement a été labélisée en Novembre 2011. A ce moment elle accueillait 11 hommes et 3 femmes et en Nov. 2017 elle était devenue 100% masculine. Nous avons analysé les indications et le profil des résidents en UHR entre le 1/11/2017 et le 1/11/2023. **Résultats :** 45 résidents ont été accueillis depuis novembre 2017. La durée de séjour était très variable, entre 110 à 2303 jours. Trente-deux résidents soit 71 % ont été admis pour des actes hétéro-agressifs, 5 résidents soit 11 % pour des troubles du comportement sexuel et 5 résidents pour une agitation non compatible avec une admission en unité de psychogériatrie. Les profils neurocognitifs de ces résidents sont : des troubles neurocognitifs dégénératifs de type Alzheimer (12 résidents soit 26 %), vasculaire (14 résidents soit 31%), mixte (11 résidents soit 24%), Démence à Corps de Lewy 4 résidents et Démence Fronto Temporale 3 résidents. 9 résidents ont été imposés par l'ARS ou les directions des établissements en raison de la complexité de leur prise en charge. **Discussion :** L'UHR est devenue 100 % masculine car la principale indication d'admission est l'hétéro-agressivité ainsi que les troubles du comportement sexuel qui apparaissent chez les hommes avec différentes pathologies neurocognitives au stade sévère. L'ambiance « hostile » avec agitation, désinhibition verbale et parfois altercations est plus propice aux hommes. Nous utilisons la chambre d'apaisement si nécessaire ou bien la fermeture en chambre pour limiter le recours aux psychotropes avec une sédation importante, ceci permet d'accueillir les résidents compliqués des autres structures de psychogériatrie, notamment les agressifs et avec un comportement de désinhibition sexuelle important. Ces troubles psycho-comportementaux, bien que stabilisés, induisent une certaine appréhension des professionnels de l'Unité et des familles. Une bonne communication et coordination entre l'équipe et les familles est vitale. Pourtant il est plus difficile de transférer un résident de cette UHR masculine vers un secteur de psychogériatrie ou autre lieu de vie. Les durées de séjour sont bien supérieures aux durées de séjour prévisibles vue le profil de nos résidents.

LES UCC

P-20 - DÉMENCE ET RÉALISATION ARTISTIQUE

B. MERCIER (1), G. KOUAMÉ (1), A. BOUTET (1), M. PERU (1), S. PEZIÈRE (1)

(1) centre hospitalier de Blois, blois, FRANCE

But : Existe-t'il un lien entre l'altération des fonctions cognitives et l'évolution de la réalisation artistique chez des patients artistes présentant une maladie neurodégénérative ? **Méthodes :** Analyse de 4 cas de patients hospitalisés en UCC à l'hôpital de Blois : - une DFT chez un sculpteur; - une DFT chez un peintre - une APP chez un écrivain - et une MA chez un dessinateur-styliste de mode. **Résultats :** Localisation cérébrale des fonctions artistique et créative. **Discussion:** La poursuite de la création artistique dépend de la zone atteinte en lien avec la maladie neurodégénérative.

P-21 - L'AROMATHÉRAPIE EN UCC ET LES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

D. NABTI (1), W. BOUSSADIA (1), L. MALO (1), N. SCHWALD (1), I. BENARD (1)

(1) Hôpital Emile Roux, Limeil Brevannes, FRANCE

But : Les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) prennent en charge des patients présentant des troubles du comportement liés à une Maladie d'Alzheimer ou Maladie Apparentée (MAMA). Ces troubles sont majoritairement productifs : agitation, agressivité, déambulation, idées délirantes, mais peuvent aussi se présenter sous forme de dépression, anxiété, apathie et troubles du sommeil. En l'absence de traitement spécifique et afin de limiter la prise de psychotropes, la HAS préconise une approche non médicamenteuse en première intention pour tempérer ces troubles. Parmi les différentes approches non médicamenteuses, notre UCC de 16 patients utilise l'aromathérapie. Il s'agit d'une thérapie par les huiles essentielles, dont l'objectif global est d'améliorer le bien-être et le confort, et donc de diminuer les troubles du comportement. Elle s'inscrit dans une approche humaine et globale de la personne (bio-psycho-socio-environnementale). **Méthodes :** D'une part, l'activation séquentielle d'un diffuseur atmosphérique, au cours de la journée a été mise en place au sein de l'unité afin de diminuer l'anxiété et l'agitation, et d'améliorer le sommeil des patients. Elle concerne par ailleurs l'ensemble des personnes présentes lors de la diffusion (patients, professionnels, visiteurs). D'autre part, une synergie aromatique personnalisée (dilution d'huiles essentielles dans des huiles végétales) peut être proposée, en collaboration avec le patient (choix des essences) et en fonction du bénéfice recherché. Il est notamment possible de créer une synergie aux propriétés relaxantes (en application percutanée avec un roll-on sur des points richement vascularisés tels que derrière les oreilles ou à la face antérieure des poignets, ou par l'intermédiaire d'un toucher massage). Il est également possible de créer une synergie à visée antalgique, pour les douleurs articulaires (en application locale), ou encore une synergie pour améliorer le confort digestif (par massage abdominal, toute douleur ou constipation opiniâtre pouvant exacerber les troubles du comportement). **Résultats :** L'utilisation de l'aromathérapie par voie aérienne, pour l'ensemble des patients, et par voie cutanée, pour les patients concernés par l'un des inconforts

sus-cités, a montré un réel bénéfice : un apaisement, une diminution de l’anxiété, une amélioration du sommeil ainsi qu’un confort articulaire et digestif. Une comparaison des échelles neuro-psychiatriques (NPI) avant et après la mise en place des diffuseurs montre une diminution des troubles psycho-comportementaux, dans leur intensité, ainsi qu’une diminution du recours aux psychotropes. **Discussion** : Les effets positifs que l’on a observés dans la mise en place de l’aromathérapie à l’UCC demandent à être confirmés (le nombre de patients de notre étude étant trop faible pour être statistiquement significatif).

AUTRES

P-22 - DÉVELOPPEMENT D’UNE GRILLE D’ÉVALUATION DU DEGRÉ D’APPLICATION DE LA MÉTHODE MONTESSORI ADAPTÉE AUX PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD

C. BOURGEOIS (1,2), J. ERKES (1,3), V. VITOU (5), C. JEANDEL (2,4), S. BAYARD (1)

(1) Université Paul Valéry Montpellier 3, Montpellier, FRANCE; (2) Fondation Partage & Vie, Montrouge, FRANCE; (3) AG&D Montessori Lifestyle, Paris, FRANCE; (4) Centre Hospitalo-Universitaire de Montpellier, Montpellier, FRANCE; (5) Gerond’If, Paris, FRANCE

But : Les approches centrées sur la personne sont au cœur des recommandations internationales actuelles concernant l’accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs. La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées est l’une de ces approches les plus documentées à ce jour. Appliquée en Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), elle aurait des impacts positifs tant sur les résidents que sur les professionnels. Pourtant, aucun outil de mesure de la fidélité d’implémentation de la méthode n’existe à l’heure actuelle. Cette mesure revêt pourtant une importance capitale dans l’étude d’une approche centrée sur la personne, puisqu’elle renseigne sur le niveau d’application réel d’une intervention, comparativement à ce qui est envisagé théoriquement. Nos objectifs sont de (1) développer une grille évaluant le degré d’application de la méthode Montessori en EHPAD ; (2) explorer sa sensibilité à l’hétérogénéité des pratiques entre institutions avant formation ; (3) étudier sa sensibilité au changement après formation. **Méthodes** : Une grille d’évaluation a été développée en collaboration avec deux méthodologistes, et douze experts (français, belges, suisses, américains, australien) de la méthode Montessori adaptée. Constituée de 70 items dans sa version finale, le temps de complétion de la grille est estimé à 10-20 minutes. Au total, 333 participants issus de 29 EHPAD français ont été recrutés pour compléter la grille, entre février 2022 et mai 2023. Ils ont tous été interrogés à l’issue de leur formation à la méthode Montessori, et 125 d’entre eux ont été de nouveau invités à compléter la grille 3 à 4 mois après leur formation initiale. **Résultats** : Une présentation de la grille est disponible dans le tableau ci-joint. Cet outil peut être complété par tous les professionnels intervenant en EHPAD. Avant formation, une variabilité du degré d’application de certains des principes de la méthode est observée. Après la formation, les scores sur toutes les sous-parties et sur le score total à la grille ont significativement augmenté entre la ligne de base et l’évaluation 3 à 4 mois post-formation, parfois avec de fortes tailles d’effet. **Discussion** : La grille d’application de la méthode Montessori adaptée est sensible à des différences de pratiques entre établissements, nos données révélant que chaque établissement

Parties et sous-parties (nombre items)	Description	Exemple d’item
A mon niveau (15)	Postures et pratiques individuelles du soignant dans les divers accompagnements du quotidien	<i>A la fin d’une activité ou d’une interaction, je demande « Avez-vous aimé faire cela ? Pourriez-vous le refaire une autre fois ? » et je respecte la réponse exprimée.</i>
Au niveau de l’établissement (55)		
Voir les résidents autrement (4)	Evaluations des capacités préservées, recueil de l’histoire de vie et des préférences des résidents, ces informations étant facilement accessibles	<i>Des informations concernant « Qui est la personne », ses préférences et intérêts, sont recueillies et rendues facilement accessibles à tous les professionnels et intervenants.</i>
Du choix et du contrôle (11)	Participation active des résidents à la vie de l’établissement, choix et préférences pris en compte, liberté de prise de décision et de mouvement	<i>Les choix et préférences exprimés par les résidents concernant les soins et les toilettes sont pris en compte et respectés.</i>
Environnement préparé, adapté (16)	Aménagement et adaptation de l’environnement pour tous, selon les capacités de chacun avec des éléments de facilitation d’accès/utilisation des espaces et matériels	<i>Un badge adapté est proposé aux résidents pour qu’ils puissent être appelés par leur nom et favoriser les interactions sociales.</i>
Activités adaptées et porteuses de sens (9)	D’activités occupationnelles à des activités ayant un sens pour les individus, mises à disposition de manière adaptée et engageante	<i>Des activités sont disponibles à toute heure, et pas uniquement aux moments listés dans les plannings d’animations.</i>
Comportements réactionnels (5)	D’une gestion symptomatologique des comportements « problématiques » à une réflexion pluridisciplinaire et structurée pour répondre aux besoins de la personne	<i>Les « comportements problématiques » présentés par certains résidents ayant des troubles cognitifs sont vus comme des réactions humaines à des besoins non satisfaits et non comme des symptômes d’une maladie.</i>
Familles et proches (4)	Accompagnement des proches et sollicitation pour participer à l’accompagnement du résident dans la philosophie Montessori	<i>Un accompagnement ou des formations sont proposés aux proches des résidents pour faciliter des interactions positives et vivantes lors de leurs visites.</i>

Présentation de la grille Montessori

interrogé a amorcé son parcours dans la mise en place de la méthode avec des acquis différents. Les mesures post-formation révèlent également qu’une mise en place de la méthode quasi-immédiate et uniforme n’est ni réaliste, ni même souhaitable. Un tel changement de paradigme et de philosophie institutionnelle nécessite du temps, de la collaboration entre les professionnels mais aussi avec les résidents et leurs proches. Cette grille apparaît comme un outil pertinent pour de futurs projets de recherche, comme contrôle de la fidélité d’implémentation. Elle peut également servir de support à une analyse de pratiques institutionnelles.

P-23 - LE RÔLE DE LA NEUROINFLAMMATION DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

A. BRIGUI (1), M. HENKA (2), S. GAUTHIER (3), S. CHANDEKAR (4), J. HAHN-PEDERSEN (4), M. BENTSEN (4), H. ZETTERBERG (5,6,7,8,9,10)

(1) *Novo Nordisk, Puteaux, FRANCE*; (2) *Luxembourg Centre for Systems Biomedicine, Université du Luxembourg, Belvaux, LUXEMBOURG*; (3) *AD and Related Disorders Research Unit, McGill Center for Studies in Aging, Departments of Neurology & Neurosurgery, Psychiatry, and Medicine at McGill, Montreal, CANADA*; (4) *Novo Nordisk A/S, Søborg, DANEMARK*; (5) *Department of Psychiatry and Neurochemistry, Institute of Neuroscience and Physiology, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Mölndal, SUEDE*; (6) *Clinical Neurochemistry Laboratory, Sahlgrenska University Hospital, Mölndal, SUEDE*; (7) *Department of Neurodegenerative Disease, University College London Institute of Neurology, Queen Square, London, ROYAUME-UNI*; (8) *UK Dementia Research Institute at University College London, London, ROYAUME-UNI*; (9) *Hong Kong Center for Neurodegenerative Diseases, Clear Water Bay, Hong Kong, CHINE*; (10) *Wisconsin Alzheimer's Disease Research Center, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, University of Wisconsin-Madison, Madison, ETATS-UNIS*

But : Plusieurs acteurs de la neuroinflammation pourraient être des cibles thérapeutiques ainsi que des biomarqueurs à des fins pronostiques Cette revue systématique de la littérature (RSL) vise à étudier le rôle de la neuroinflammation dans la MA et explore l'association de la neuroinflammation avec la progression de la maladie d'Alzheimer. **Méthodes:** Une RSL a été réalisée conformément au Cochrane et PRISMA. Des recherches systématiques ont été menées le 10 février 2023 à l'aide des bases de données MEDLINE, Embase et PsycInfo pour rechercher des articles en anglais depuis 2012 sur la MA ou les troubles cognitifs légers (TCL) dus à la MA, en utilisant la neuroinflammation ou d'autres mots-clés immuns. Deux évaluateurs indépendants ont examiné les titres et examiné les documents en texte intégral pour en déterminer la pertinence. **Résultats :** Le RSL a identifié 3 669 articles provenant des trois bases de données. Après vérification et examen de l'éligibilité, 114 études ont été incluses dans le rapport SLR et des données détaillées ont été extraites de 56 études. Les biomarqueurs inflammatoires du liquide céphalo-rachidien (LCR), à savoir YKL-40 (6 études), sTREM2 (5 études) et GFAP (4 études), ont été identifiés comme jouant un rôle clé dans la neuroinflammation de la MA. **Discussion :** Les données issues des biomarqueurs consolident le rôle de la neuroinflammation dans la physiopathologie de la MA et soutiennent l'utilisation clinique du GFAP à des fins pronostiques, comme recommandé dans la révision 2023 du NIA-AA pour le diagnostic et la stadification de la MA. Le lien entre la neuroinflammation et trouble cognitive variait avec les biomarqueurs. Des études supplémentaires sont nécessaires avant que ces biomarqueurs du LCR puissent être largement introduits dans en pratique clinique.



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

Alzheimer

10-11 DÉCEMBRE 2025

Palais des Congrès - Issy-les-Moulineaux

www.uspalz.com



Lilly

DIAGNOSTIQUER LA MALADIE D'ALZHEIMER
AVANT L'APPARITION DES 1^{ERS} SYMPTÔMES,
C'EST POSSIBLE ?

Dans la maladie d'Alzheimer,
les changements dans le cerveau peuvent commencer
jusqu'à 20 ans avant l'apparition des symptômes^{1,2}



LA MALADIE D'ALZHEIMER VOUS INTÉRESSE ?
RESTONS CONNECTÉS !

¹ Aisen PS et al. On the path to 2025: understanding the Alzheimer's disease continuum. *Alzheimers Res Ther.* 2017;9(1):60. ² Porsteinsson AP et al. Diagnosis of early Alzheimer's disease: clinical practice in 2021. *J Prev Alzheimers Dis.* 2021;8(3):371-386. 3

LILLY FRANCE

24 boulevard Vital Bouhot
92521 Neuilly sur Seine Cedex.
Tél : 01 55 49 34 34

www.lilly.com/fr

Société par Actions Simplifiée - R.C.S. Nanterre B 609 849 153.

