

16:15 – 17:45

Auditorium 1

Communications orales

Modérateur(s) : P. MANCKOUNDIA (Dijon), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- Santé gynécologique des femmes en EHPAD.
G. BERHAULT (Fort-de-France)
- Facteurs associés à la dénutrition de la personne âgée en service de court séjour gériatrique à Dakar
E. TOURE (Fort-de-France)
- Acquired deforming hypertonia in French Caribbean people : a cross-sectional analysis in long-term care units.
J-L. BARNAY (Fort-de-France)
- HAD en EHPAD : Création d'une unité HAD dédiée.
G. AMBROISINE (Paris)
- Dispositif innovant pour le répit des aidants en Guadeloupe : Projet ANAALS
J. SABIN (Montréal)
- Dépression et plainte mnésique en consultation mémoire, difficultés et intérêts du diagnostic différentiel à un stade précoce
E. FLECHON de THORE (FORT-DE-FRANCE)

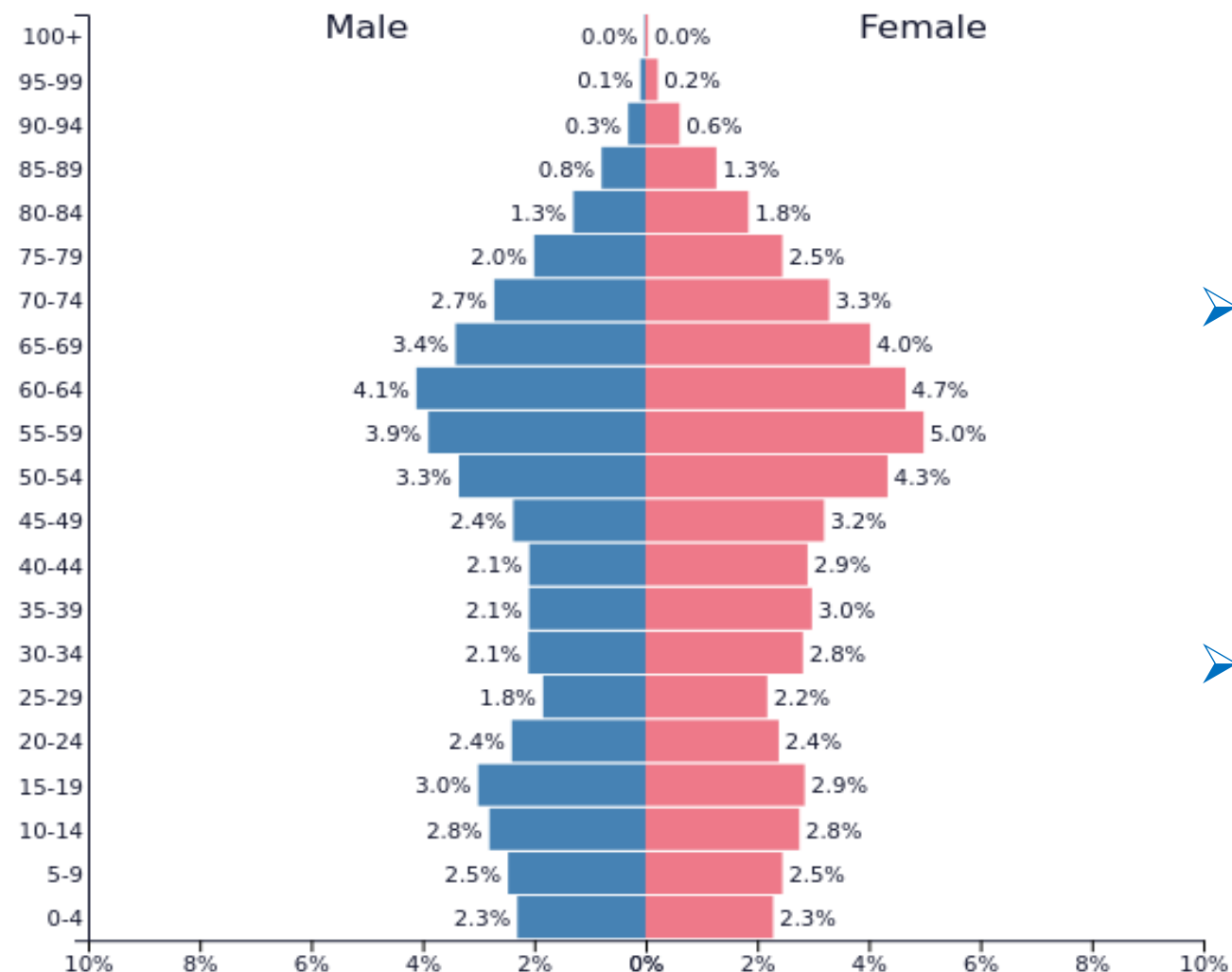
La santé gynécologique des femmes hébergées en EHPAD

SFC BERHAULT-DELINDE Gaëlle

CHU de Martinique

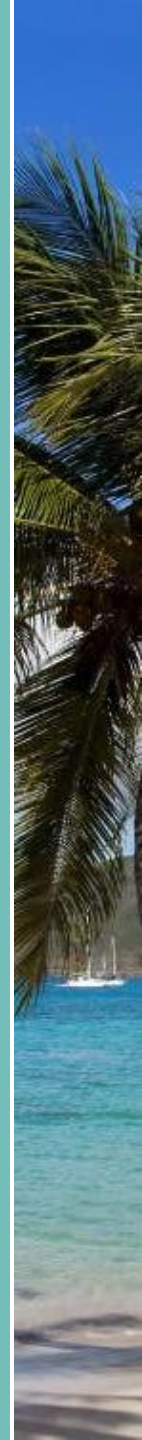
14.02.2025





Martinique - 2023
Population: **346,001**

- Martinique = région française avec la part la plus élevée de personnes de 65 ans et plus (Statiss 2023)
- Estimation à 40% en 2030 (*Insee*).



MFME (juin 2023 à juin 2024 – Etude SFC BERHAULT-DELINDE)

- 20,98 % des consultations externes de gynécologie médicale et de chirurgie gynécologique concernent des femmes de 65 ans et plus.
- 39,61 % des femmes : plus de 75 ans.
- Ce taux est de 3,54 % au niveau des urgences gynécologiques.

Tranches d'âge	Nombre
65-69	415
70-74	302
75-79	200
80-84	105
85-89	94
90-94	33
95-99	6
100-104	1
110-114	1
Total général	1157



- Consultation pour des pathologies gynécologiques à un stade souvent avancé
 - Symptôme le plus fréquent : métrorragies
 - Mode d'adressage principal : médecin traitant

- Pourquoi n'ont-elles pas consulté plus tôt ?

- Suivi gynécologique proposé ?

- Qu'en est-il des patientes hébergées en EHPAD ?

N.B : la population vivant dans une maison de retraite a doublé en 10 ans en Martinique et les femmes y sont encore majoritaires (63% en Martinique en 2020)





Gynecology

Recommandations pour le suivi gynécologique des femmes de 65 ans et plus





Prolapsus

Sécheresse vaginale /prurit vulvaire

**Saignements post-
ménopausiques**

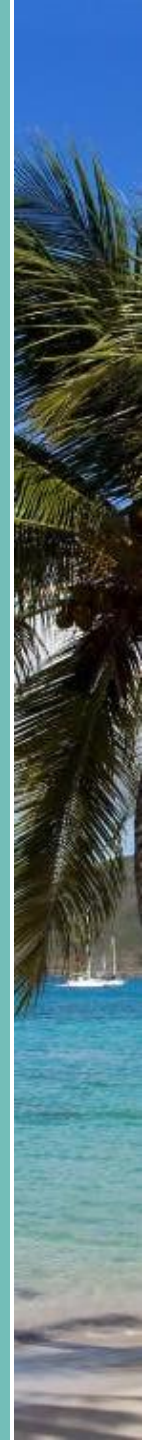
Incontinence

**Augmentation du risque de
cancer**

Dyspareunies

	Age group					
	18–29 years	30–39 years	40–49 years	50–59 years	60–69 years	70–79 years
Diseases						
Urinary incontinence (currently, n=3,276)	4.2%	11.4%	17.1%	23.2%	30.1%	42.3%
Osteoporosis (lifetime, n=313)	n.s.	n.s.	n.s.	4.1%	12.7%	25.2%
Uterus prolapse (lifetime, n=136)	0.2%	0.0%	2.5%	4.7%	4.6%	7.6%
Breast cancer (lifetime, n=112)	0.0%	0.1%	1.3%	2.9%	5.4%	6.2%
Gynaecological cancers (lifetime, n=87)	0.2%	0.9%	1.1%	3.3%	3.6%	1.7%

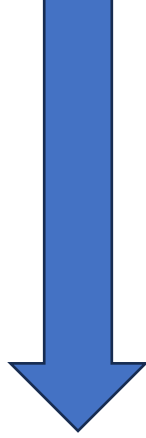
Krause, Journal of Health Monitoring , 2020



Pourtant :

- en France, les femmes, semblent en vieillissant, et ce dès la ménopause, être moins suivies sur le plan gynécologique (Badet-Phan)
- Réticence des femmes à parler des « petits maux de la vieillesse »
- Selon les recommandations officielles, les frottis ne sont plus nécessaires après 65 ans et les mammographies après 74 ans dans le cadre d'un dépistage organisé (HAS)

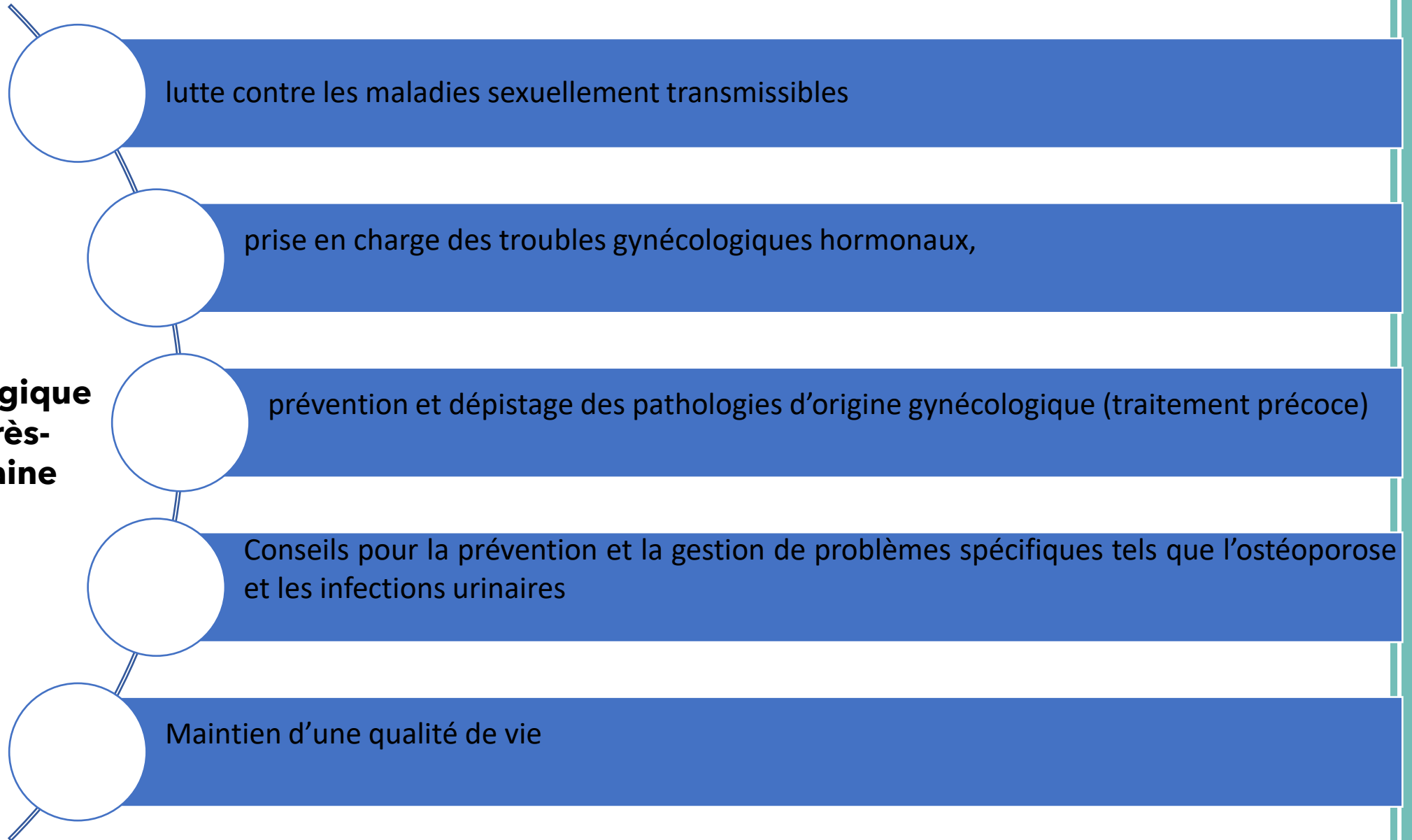




CNGOF conseille un **examen clinique annuel avec examen des seins et examen gynécologique sans donner de limite d'âge** + dépistage après l'âge de 75 ans laissé au jugement de chaque médecin en fonction des facteurs de risque



**Suivi
gynécologique
pour l'après-
cinquantaine**

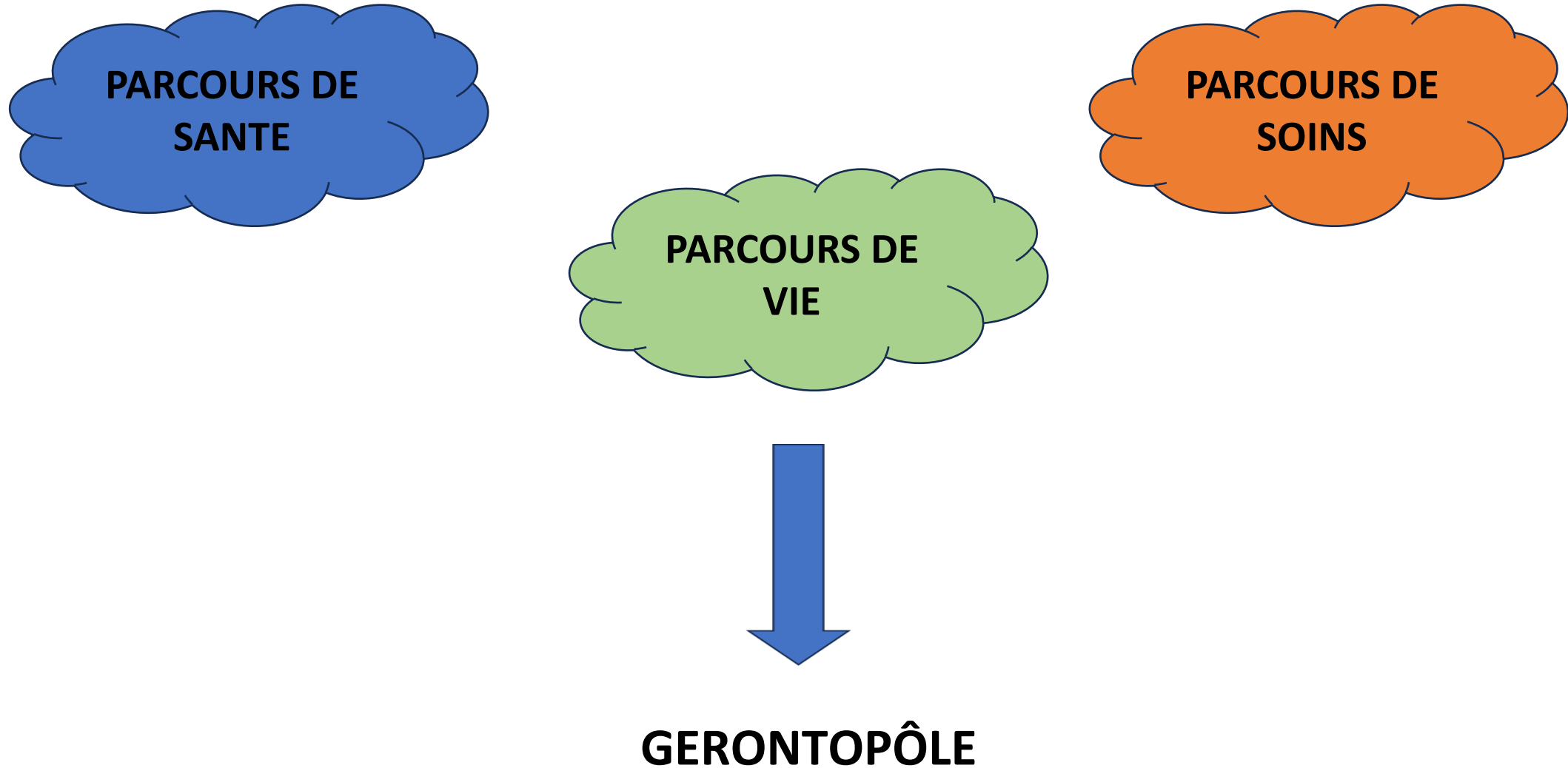


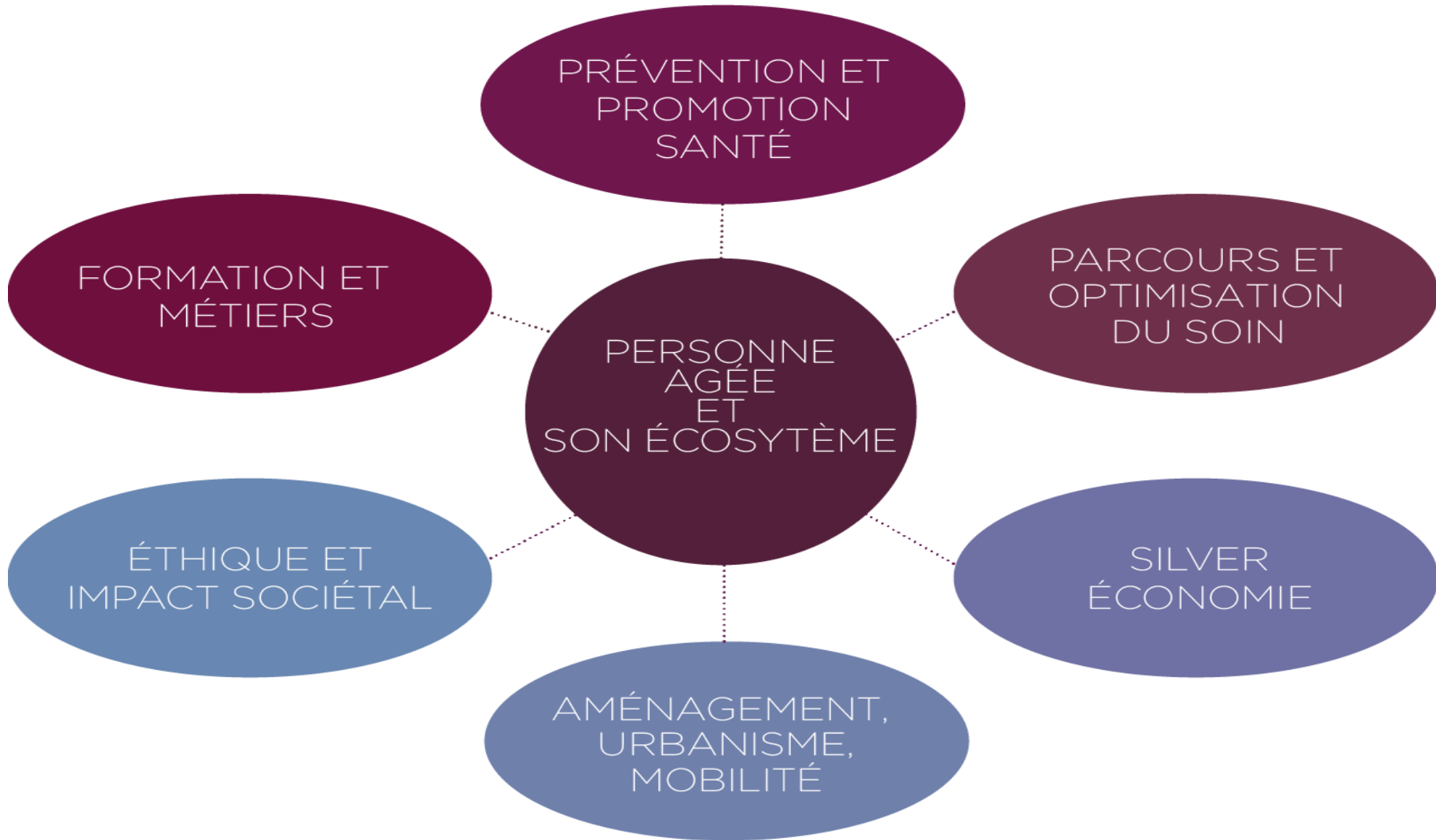


Santé gynécologique des femmes hébergées en EHPAD



La loi de modernisation du système de santé français





Gérontopôle Auvergne Rhône-Alpes (AURA)



Place de la gynécologie médicale ?



➤ Promotion et maintien de la santé gynécologique en EHPAD :

- Particularités liées au vieillissement
- Présence de maladies chroniques
- Degré d'autonomie
- Aspects psychologiques



Pré-enquête téléphonique auprès de certains centres d'hébergement

1. Suivi médical

- Appel du médecin généraliste dédié en cas de symptômes
- Présence d'un médecin coordonnateur et de visite hebdomadaire de médecins généralistes
- Présence de médecins salariés en charge quotidiennement des personnes hébergées.

2. Suivi gynécologique : peu de questions relatives à la sphère génitale sauf en cas de symptômes



- peu d'études sur la santé gynécologique et le suivi gynécologique des femmes en établissement d'hébergement.
- Etudes abordent le sujet de la **sexualité des personnes âgées hébergées en EHPAD.**



- Sujet de la santé sexuelle de ces femmes à explorer : « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité, qui ne se borne pas seulement à l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. »



« Si l'on veut que le vieillissement soit quelque chose de positif, il faut aussi que la vie plus longue s'accompagne de possibilités d'être en bonne santé, de participer et d'être en sécurité ». (OMS, 2002)



« Tant que l'Homme n'est pas mort, il n'a pas fini d'être créé. » (proverbe peul)



Perspectives - Doctorat

- Représentations socio-culturelles des patientes et soignants de la santé gynécologique de la personne âgée ?
- Demandes et besoins en terme de suivi gynécologique de prévention des femmes hébergées en EHPAD en Martinique ?
- Place de la gynécologie médicale dans le parcours de soin et le parcours de vie de la femme hébergée en institution en Martinique : leviers et freins
- Besoin en formation des professionnels



« La vieillesse n'est pas un naufrage, c'est une autre manière de naviguer » (Olievenstein C., 1999)



16:15 – 17:45

Auditorium 1

Communications orales

Modérateur(s) : P. MANCKOUNDIA (Dijon), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- Santé gynécologique des femmes en EHPAD.
G. BERHAULT (Fort-de-France)
- Facteurs associés à la dénutrition de la personne âgée en service de court séjour gériatrique à Dakar
E. TOURE (Fort-de-France)
- Acquired deforming hypertonia in French Caribbean people : a cross-sectional analysis in long-term care units.
J-L. BARNAY (Fort-de-France)
- HAD en EHPAD : Création d'une unité HAD dédiée.
G. AMBROISINE (Paris)
- Dispositif innovant pour le répit des aidants en Guadeloupe : Projet ANAAIS
J. SABIN (Montréal)
- Dépression et plainte mnésique en consultation mémoire, difficultés et intérêts du diagnostic différentiel à un stade précoce
E. FLECHON de THORE (FORT-DE-FRANCE)

FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉNUTRITION DE LA PERSONNE ÂGÉE EN SERVICE DE COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE À DAKAR

Elsa Maimouna TOURÉ



PLAN

I. INTRODUCTION

II. MATERIELS ET METHODES

III. PRESENTATION DES RESULTATS

IV. DISCUSSION

CONCLUSION

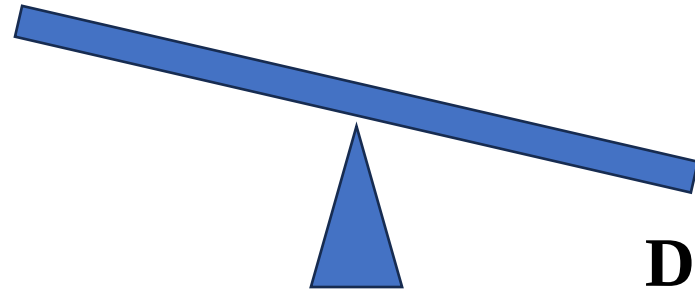


I. INTRODUCTION: La dénutrition

- **La dénutrition - malnutrition protéino énergétique:**

Etat pathologique *de déséquilibre nutritionnel*

Apports nutritionnels



Dépenses énergétiques

- Origine multifactorielle
- Syndrome gériatrique pivot

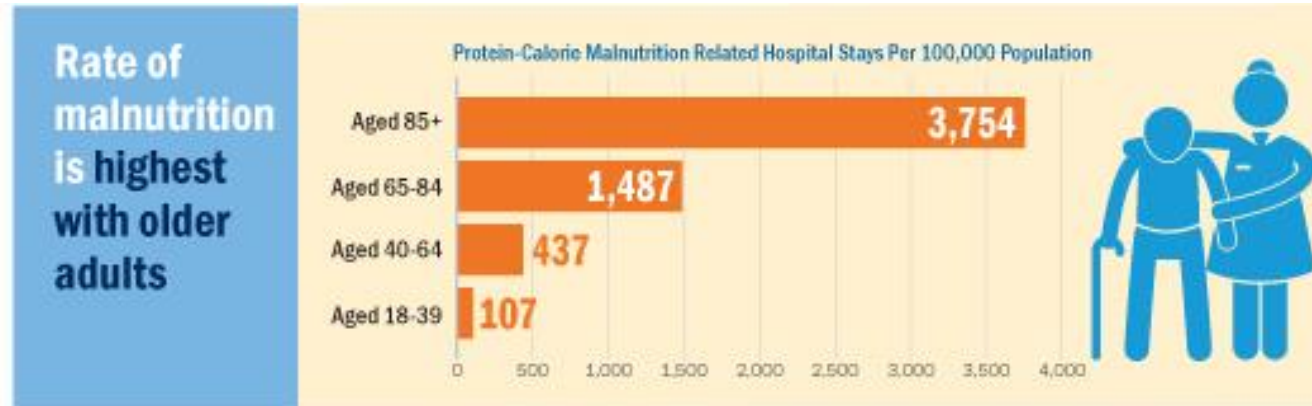
➡ La perte d'autonomie et la dépendance

I. INTRODUCTION: Transitions démographiques et épidémiologiques

- Selon l'OMS, d'ici 2050: OMS 2017
 - Doublement population plus de 60 ans 12% à 22%
 - Afrique subsaharienne : 46 millions (5%) → 157 millions (9%)
 - **Transition épidémiologique**
 - Pathologies infectieuses transmissibles
 - **Émergence** de maladies chroniques
- ➡ **Syndromes gériatriques**



I. INTRODUCTION: Prévalences



Guenter et al. Today's Geriatric Medicine.2020.

- Dans la littérature occidentale et orientale: **16 et 78%**
- En Afrique, *études en milieu communautaire*:
 - Algérie: 42,9%
 - Cameroun: 19,7%
 - Sénégal: IPRES : 6,6%
- *Rares études sur l'épidémiologie intra hospitalière africaine*

Devant:

- Haute prévalence
 - Retentissement important
 - Rareté des données intra hospitalières en Afrique subsaharienne
- Notre intérêt: Facteurs associés à la dénutrition chez les sujets âgés hospitalisés à Dakar

Objectif: Déterminer les facteurs associés à la dénutrition du sujet âgé en milieu hospitalier à Dakar



II. MATERIELS ET METHODES



II. MATERIELS ET METHODES

- **Type et période de l'étude:** Etude rétrospective
 - 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022
- **Cadre d'étude:** Service de court séjour gériatrique
 - CHNU de Fann à Dakar - Sénégal.
- **Critères d'inclusion:**
 - Patients de 60 ans et plus
 - Hospitalisés dans le service



II. MATERIELS ET METHODES

- **Variables étudiées:** 3 principales caractéristiques
 - Sociodémographiques
 - Cliniques
 - Evolutives
- **Collecte et analyse des données:**
 - Dossiers médicaux d'hospitalisation
 - Base de données Microsoft Excel
 - IBM SPSS 24.0



III. PRESENTATION DES RESULTATS



Echantillon global d'étude

- 375 dossiers de patients admis dans le service
- Age moyen: $79,96 \pm 8,497$ ans
- H/F: 0,89

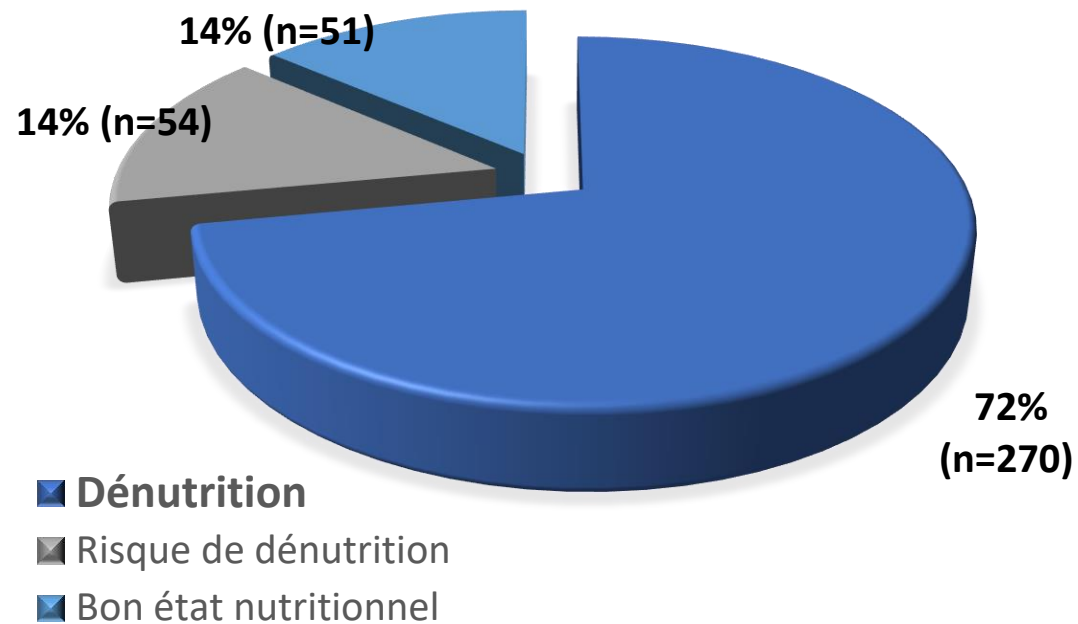


Schéma 1: Etat nutritionnel de la population générale



Profil de comorbidités des patients dénutris

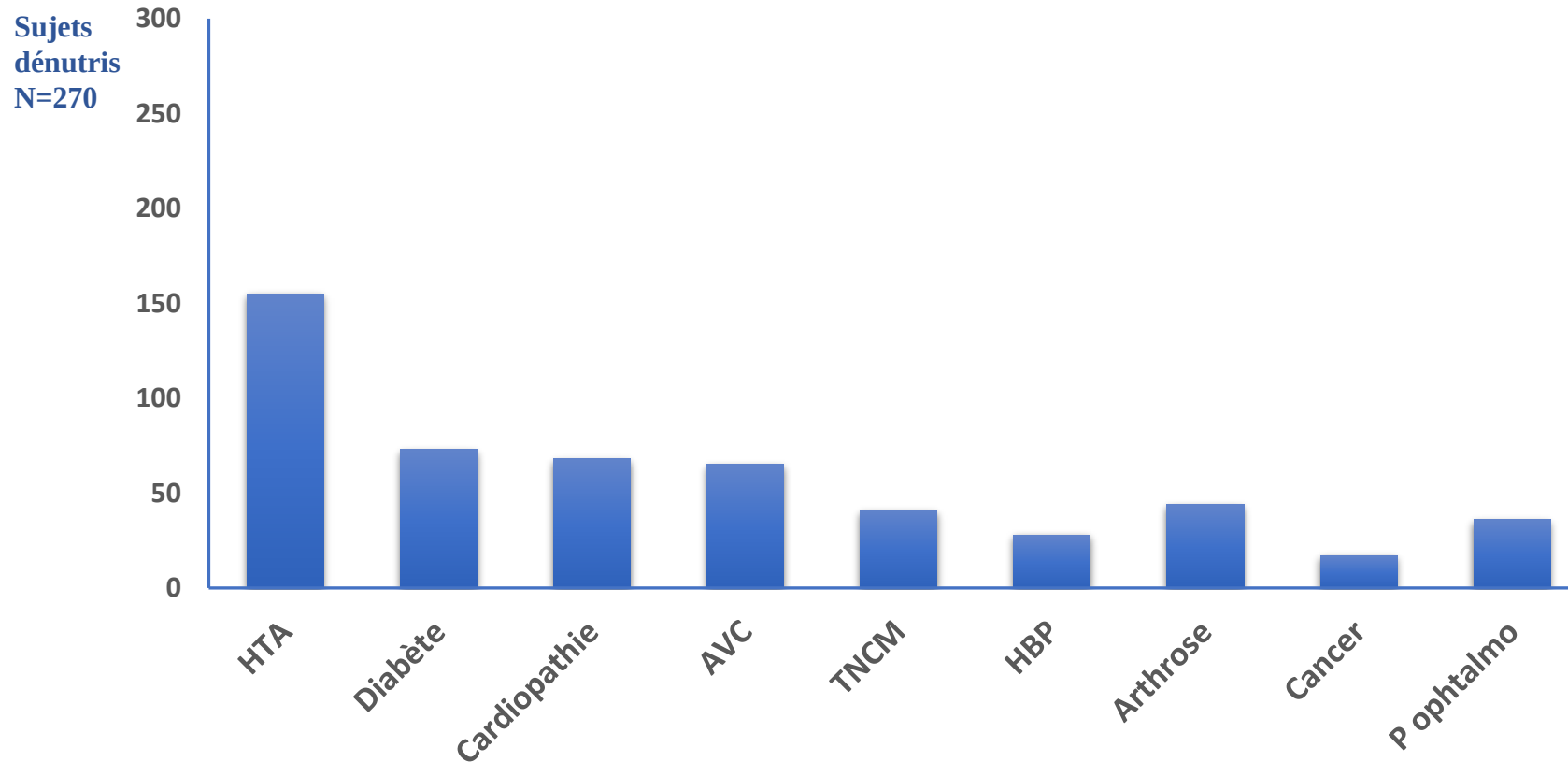


Schéma 2: Antécédents et comorbidités fréquemment retrouvés chez les patients dénutris (N=270)

Profil de diagnostic des patients dénutris

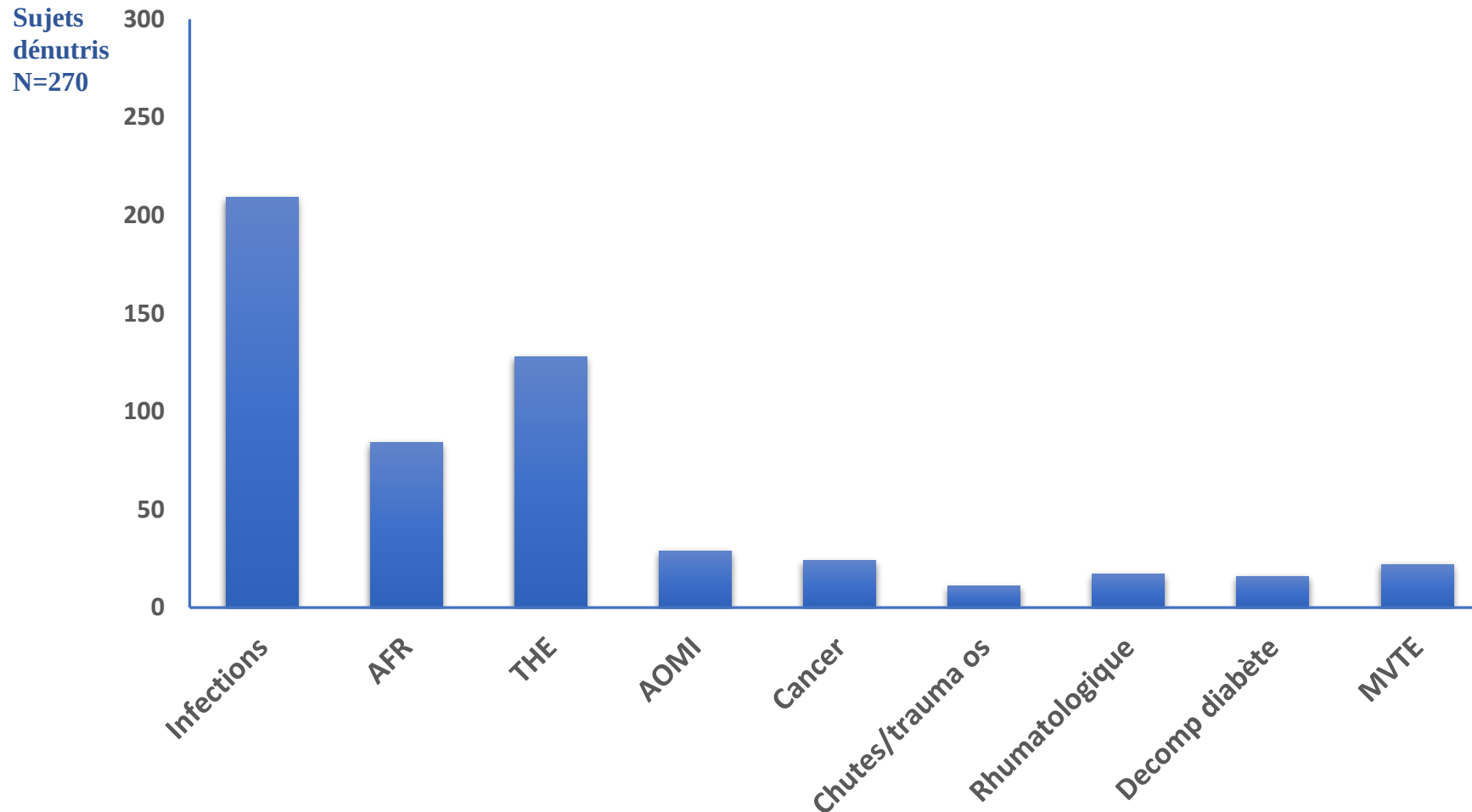


Schéma 3: Diagnostics les plus fréquemment retrouvés chez les sujets dénutris (N=270)

THE: Troubles hydroélectrolytiques **AFR:** Altération fonction rénale



Profil gériatrique des patients dénutris

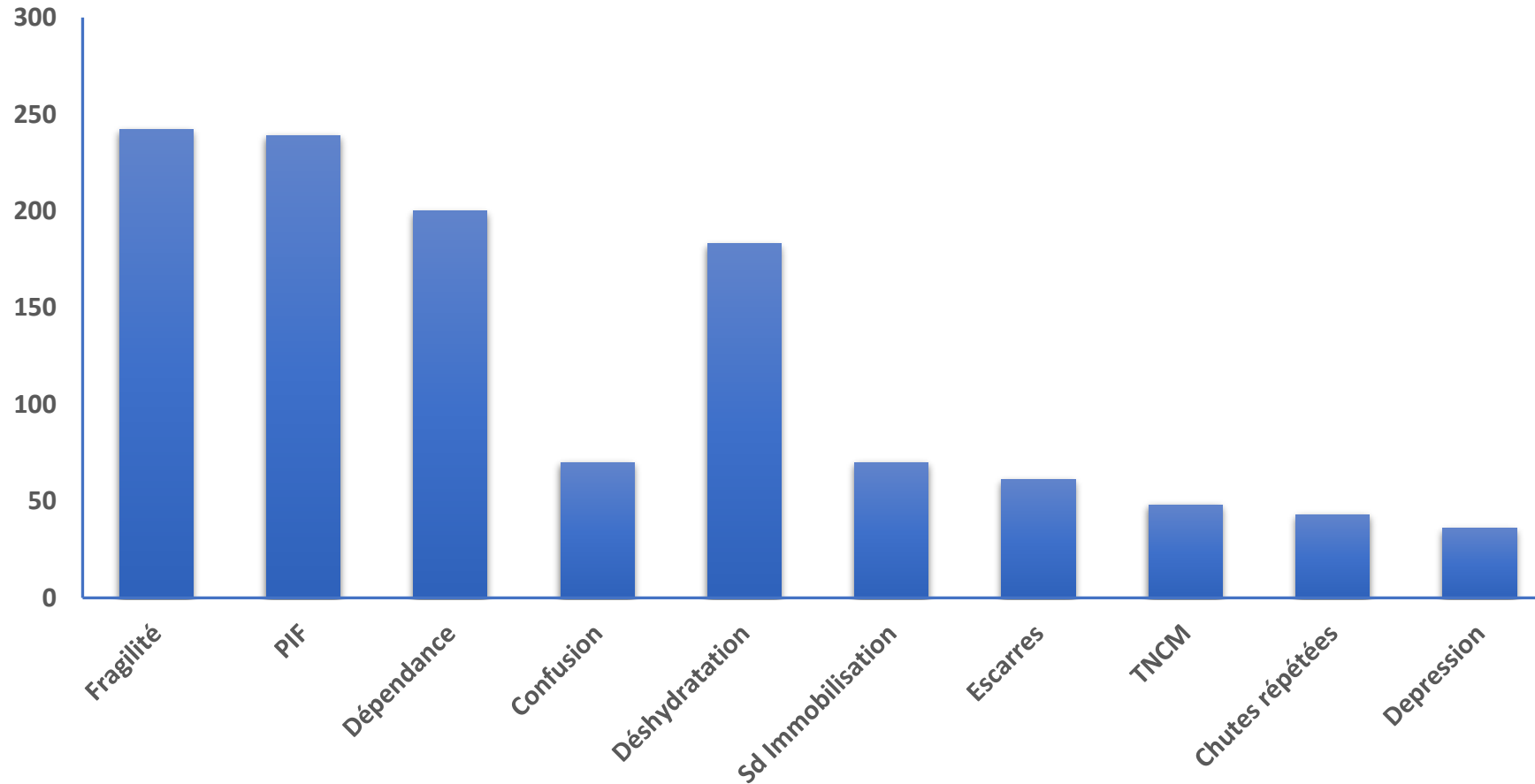


Schéma 4: Syndromes gériatriques les plus fréquemment retrouvés chez les sujets dénutris (N=270)

PIF: Perte d'indépendance fonctionnelle



Profil évolutif des patients dénutris

- Evolution favorable du diagnostic 55,6%
- Evolution défavorable du tableau clinique **23,7%**
- La durée d'hospitalisation moyenne
 - Patients dénutris **10,92 jours $\pm$ 7,323 jours**
 - Patients non dénutris 8,54 jours $\pm$ 5,785



Liens d'association directe avec la dénutrition

Tableau I: Caractéristiques cliniques statistiquement liées à la dénutrition

Caractéristiques cliniques		Effectifs	Fréquences N=270	P-value	IC
Antécédents	Cardiopathie	68	25,2%	<u>0,032</u>	<u>1,050-3,582</u>
	HBP	28	10,4%	0,034	1,036-8,908
Diagnostic	Infections	209	77,3%	<u>0,007</u>	<u>1,174-2,918</u>
	Altération FR	84	31,1%	<u>0,007</u>	<u>1,213-3,791</u>



Liens d'association directe avec la dénutrition

Tableau II: Caractéristiques cliniques statistiquement liées à la dénutrition

Caractéristiques cliniques	Effectifs	Fréquences	P-value	IC
(Syndromes gériatriques)		N=270		
Fragilité	242	89,6%	0,000	2,377-6,114
PIF	239	88,5%	0,000	2,767-8,669
Dépendance	200	74,1%	0,007	1,220-3,689
Déshydratation	183	67,8%	0,000	2,764-7,397
Sd immobilisation	70	25,9%	0,016	1,066-3,637
Escarres	61	22,6%	0,016	1,148-4,562



Liens d'association directe avec la dénutrition

Tableau III: Caractéristiques évolutives statistiquement liées à la dénutrition

Caractéristiques cliniques (Evolution)	Effectifs	Fréquences N=270	P-value	IC
Evolution défavorable	64	23,7%	0,045	1,008-3,446
Dépendance à J15	38	14,07%	0,018	1,180– 14,180

Durée d'hospitalisation en jours: $10,92 \pm 7,323$ jours ; **p = 0,017**



IV.DISCUSSION



IV. DISCUSSION

Études des corrélations	Notre étude	Littérature
CARDIOPATHIE	Corrélation entre dénutrition et cardiopathie p=0,032	- Avec patients en obésité sarcopénique (<i>Soysal et al, en 2022</i>) - Risque de mortalité x3 chez insuffisants cardiaque - Facteur indépendant de l'aggravation de l'IC et mortalité (<i>Tonet et al, 2021</i>)



IV. DISCUSSION

Études des corrélations	Notre étude	Littérature
FRAGILITÉ	p-value=0,000	Fragilité et Sarcopénie +++ avec dénutrition (<i>Almohaisen et al 2022</i>)
PIF ET DÉPENDANCE	p-value = 0,000 p-value = 0,007	En Espagne: Dépendance aux ADL et dénutrition P-value=0,009 [OR=7,61(1,649-35,108)] (<i>Jiménez et al 2018</i>)



IV. DISCUSSION

Études des corrélations	Notre étude	Littérature
SD D'IMMOBILISATION	p-value = 0,016	En Turquie une forte corrélation p-value < 0,001 (<i>Asma et al, 2023</i>)
ESCARRES	p-value = 0,016	En Hollande : - Univarié p < 0,05 [OR=4,74 (2,48-9,08)] - Multivarié p < 0,01 [OR = 5,02 (1,69-14,92)]. (<i>Verbrugghe 2013</i>) Au Brésil: p < 0,05 [OR=10,46 (3,25;33,69)] (<i>Brito et al, 2013</i>)



IV. DISCUSSION

Études des corrélations	Notre étude	Littérature
EVOLUTION DEFAVORABLE	p-value = 0,045	Complications post SCA (<i>Soo et al, 2017</i>)
LA DURÉE HOSPITALISATION	10,92 ± 7,323 jours p=0,017	Risque sur: - durée de l'hospitalisation, - pronostic, incidence événements aigus et complications (<i>Donini et al, 2015</i>)
ADL J+15	p-value = 0,018	La dépendance et la perte d'autonomie attendu à moyen et long terme dans la dénutrition (<i>Raynaud-Simon et al, 2011</i>)



CONCLUSION

La dénutrition au Sénégal:

- *Extrêmement fréquente en hospitalisation aigue*
- Fréquemment retrouvée dans les **cardiopathies**, **infections** et **altération de la fonction rénale**
- **S'associe à la majorité des syndromes gériatriques**
- Favorise la survenue de **complications**, **l'allongement de la durée d'hospitalisation** et **la dépendance**
- **DÉFI À RELEVER** dans la prise en charge gériatrique



MERCI DE VOTRE ATTENTION

**Decade  of Healthy Ageing
2020-2030**

16:15 – 17:45

Auditorium 1

Communications orales

Modérateur(s) : P. MANCKOUNDIA (Dijon), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- Santé gynécologique des femmes en EHPAD.
G. BERHAULT (Fort-de-France)
- Facteurs associés à la dénutrition de la personne âgée en service de court séjour gériatrique à Dakar
E. TOURE (Fort-de-France)
- Acquired deforming hypertonia in French Caribbean people : a cross-sectional analysis in long-term care units.
J-L. BARNAY (Fort-de-France)
- HAD en EHPAD : Création d'une unité HAD dédiée.
G. AMBROISINE (Paris)
- Dispositif innovant pour le répit des aidants en Guadeloupe : Projet ANAALS
J. SABIN (Montréal)
- Dépression et plainte mnésique en consultation mémoire, difficultés et intérêts du diagnostic différentiel à un stade précoce
E. FLECHON de THORE (FORT-DE-FRANCE)

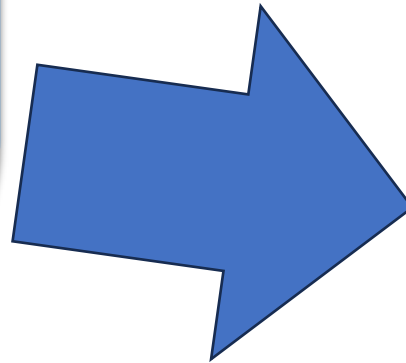
Acquired deforming hypertonia in French Caribbean people: a cross-sectional analysis in long-term care units of Martinique

Dr José-Luis Barnay, PH médecine physique et réadaptation
CHU de la Martinique
UMR-1058, PCCEI



De quoi s'agit-il ???

...contracture, joint
contracture,
...hypertonia,
deforming
hypertonia...



Quelle est
l'importance de
cette entité ?

C'est plutôt rare ?

C'est
moyennement
fréquent

C'est très fréquent ?



Les HDAs

Fréquence de l'atteinte du MI : 80,1%



**Défaut d'abd
/ flessum de hanche**
40 %



**Equin et ou
varus du pied**
37.3 %



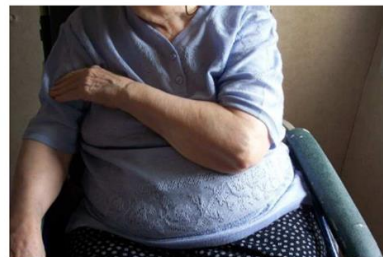
Flessum de genou
55.1 %



Griffe d'orteils
16.2 %

- 25,6 % des patients en USLD
- 20,2 % des patients en EHPAD
- **Distribution :**
 - Rarement unique
 - Membres inférieurs +++
 - Bilatérales +++
 - 30% des cas, 3 membres
 - 25% ,4 membres

Fréquence de l'atteinte du MS : 68,5%



Défaut d'abd épaule
39.3 %



Défaut d'ext coude
46.1 %



**Flessum poignet
et/ou griffe des doigts**
40.9 %

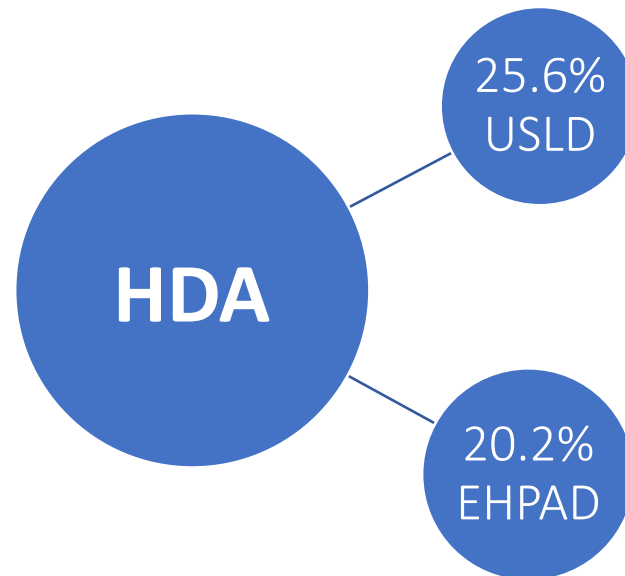
Définitions

1. Joint contracture
 - ✓ Deficiency in joint mobility (30° ?)
2. Rentissement fonctionnel
3. Installation durable
4. Résistance à la mobilisation passive
 - ✓ Soins, habillage
 - ✓ Transferts
 - ✓ Occupations, participation



Hypertonie déformante acquise

« ...toute **déformation articulaire** avec **réduction d'amplitudes** et **augmentation de la résistance à la mobilisation passive**, quelle qu'en soit la cause, et à l'origine d'une **gêne fonctionnelle**, d'un inconfort ou de toutes autres limitations dans les activités de vie quotidienne ».

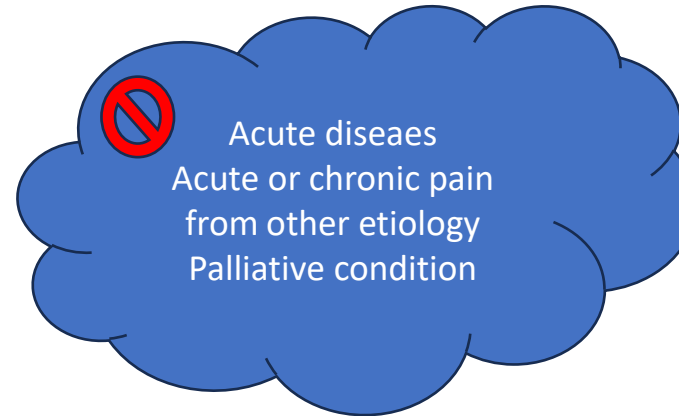


Article

Acquired Deforming Hypertonia in Afro-Caribbeans: A Cross-Sectional Analysis in Long-Term Care Units

Nicolas Kerjean ¹, Rishika Banydeen ¹ , Bertrand Glize ², Michel Bonnet ¹, Patrick Rene-Corail ¹, Maturín Tabue Teguo ¹, Moustapha Dramé ¹ , Patrick Dehail ² and Jose-Luis Barnay ^{1,*} 

- 81 patients éligibles
 - FDF, Lamentin, Trinité
- Population:
 - 84,9 moyenne d'âge, 49% femme
 - GIR moyen 1.2, GMP 924 _(853 Fce)
- HDA : 77.8% _[68.7%; 86.8%]
 - 86% bilateral
 - 66% > 5



Conséquences des HAD reportées par les soignants

Type of impact	Upper limb			Hip Adductum/Flessum (n=35)	Lower limb		Toe claw (n=13)	Cervical spine (n=36)
	Shoulder adductum (n=40)	Elbow Adductum or Flessum (n=35)	Wrist or Finger Flessum (n=32)		Knee Flessum (n=43)	Foot equinus and/or varus (n=38)		
Hygiene or nursing care	32 (83)	32 (87)	28 (88)	30 (87)	35 (84)	31 (82)	9 (69)	24 (67)
Dressing ^a /Shoeing ^b /Sitting installation ^c	32 (80)	31 (89)	25 (63)	30 (89)	35 (84)	29 (76)	9 (69)	27 (75)
Prehension difficulty ^a /verticalization or transfer ^{b,c}	17 (43)	27 (77)	15 (47)	22 (77)	29 (68)	25 (66)	8 (62)	4 (11)
Armchair installation for lower limbs				26 (74)	29 (67)	26 (68)	9 (69)	
Cutaneous complication								
Mycosis or Maceration	31 (78)	26 (74)	27 (85)	20 (57)	25 (58)	24 (63)	10 (77)	8 (22)
Pressure Wound	5 (13)	20 (57)	6(19)	12 (34)	16 (37)	20 (52)	7 (54)	11 (31)
Pain								
Spontaneous	4(10)	12 (34)	3 (9)	5 (14)	8 (19)	11 (29)	4 (31)	1 (3)
Induced	31 (84)	5 (14)	28 (88)	25 (83)	35 (84)	33 (87)	15 (85)	17 (47)



Retentissement

- Retentissements fonctionnels avec conséquences sur :
 - Hygiène et la continence
 - Habillage
 - Alimentation autonome
 - Plaies par frottements, macérations ou mycose
 - Positionnement (lit/fauteuil)
 - Douleurs (spontanée / induite)
 - Marche / Transferts /Retournement
- Au long terme, une aggravation sur le plan psychique et sur le plan des autres comorbidités s'associent à la perte d'autonomie.



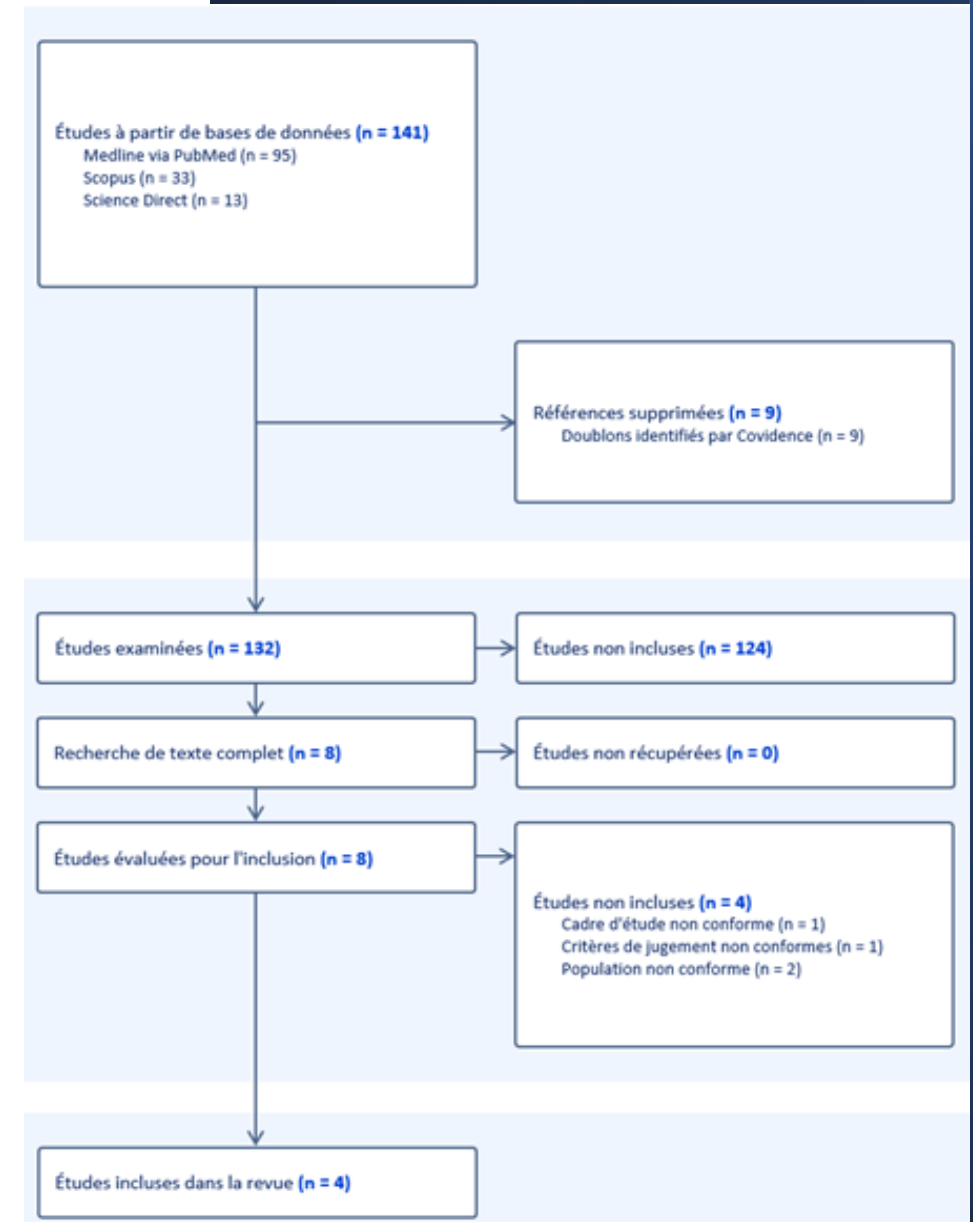
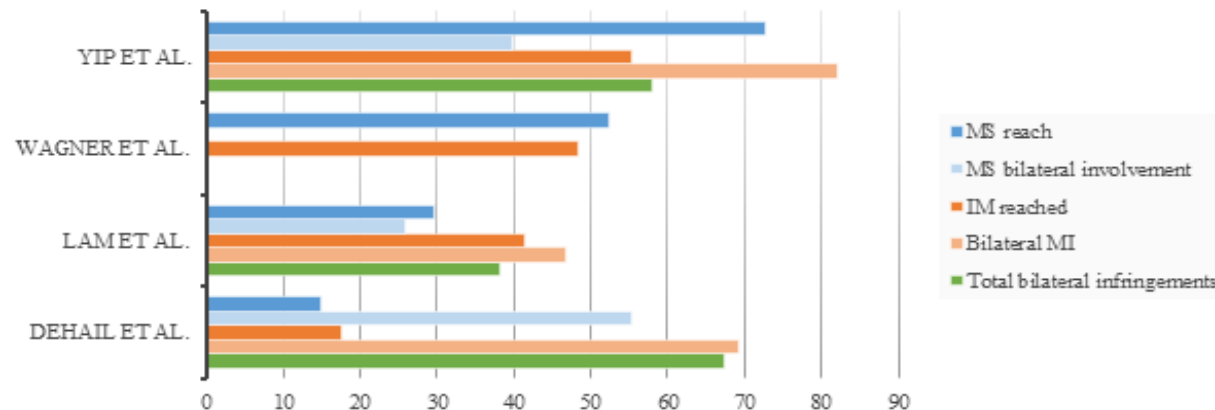
Causes et associations

- Retentissement sur les soignants / nombre HDA
- Pas d'association
 - Etiologie
 - Age
- Associé au niveau de dépendance



Etat de l'art

- 4 articles, 5554 patients
- Résultats
 - Prévalence 20.2% à 61.2%
 - Atteintes multiples
 - Distribution
 1. Bitatérales
 2. Genoux, Epaules
 - Facteur de risque principal : inactivité / immobilisation
 - Majore la perte d'autonomie





Enjeux

- Reconnaître
 - Diagnostic
 - Retentissement soignant-soigné
 - Formation
- Prévention
 - Stratégie occupationnelle
 - Faire avec Vs Faire à la place...
 - Activité
- Recherche
 - Thérapeutique
 - Morbi-mortalité
 - Famille d'accueil, domicile

Sonjé sa



- Problème de santé publique
 - Plus de un résident sur 5
 - Lié à la perte d'autonomie
 - Majore la perte d'autonomie
- Nécessite stratégie de soin pluridisciplinaire
 - Philosophie de soin
 - Reconnaître et prévenir
- Mise en commun des expertises
 - Gériatrie : participation, animation, stimulation, prévention
 - MPR : toxine, rééducation, appareillage, ténotomies
 - APA : programme d'activité



Merci de votre attention

HDA domicile, famille d'accueil, actualisation Martinique – Guadeloupe - Guyane

Programme de prévention

- Stratégie occupationnelle pluridisciplinaire
- Activité physique auto-administrée



16:15 – 17:45

Auditorium 1

Communications orales

Modérateur(s) : P. MANCKOUNDIA (Dijon), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- Santé gynécologique des femmes en EHPAD.
G. BERHAULT (Fort-de-France)
- Facteurs associés à la dénutrition de la personne âgée en service de court séjour gériatrique à Dakar
E. TOURE (Fort-de-France)
- Acquired deforming hypertonia in French Caribbean people : a cross-sectional analysis in long-term care units.
J-L. BARNAY (Fort-de-France)
- HAD en EHPAD : Création d'une unité HAD dédiée.
G. AMBROISINE (Paris)
- Dispositif innovant pour le répit des aidants en Guadeloupe : Projet ANAAIS
J. SABIN (Montréal)
- Dépression et plainte mnésique en consultation mémoire, difficultés et intérêts du diagnostic différentiel à un stade précoce
E. FLECHON de THORE (FORT-DE-FRANCE)

Dépression et plainte mnésique en Consultation Mémoire : Difficultés et Intérêts du DDp

*Emmanuelle FLECHON DE THORE,
Psychologue clinicienne et neuropsychologue,
Pôle Gériatrie et Gériatologie CHUM*



Dépression chez le sujet âgé

- La dépression est fréquente dans la population âgée et peut avoir des conséquences graves sur son autonomie, sa santé, son pronostic vital
- Certaines études montrent une prévalence d'antécédents de troubles dépressifs chez des personnes entrant en Démence [Von Guten A, 2005; Bennet S. 2014,chen 2019]
- Nombreuses études soutiennent l'hypothèse que l'EDC à début tardif constitue un signe prodromique de MA ou d'un autre type de démence [2/30,32,34]
- La Dépression peut précéder une maladie neurologique dégénérative (ex : Pk Idiopathique)



Présentation clinique de la dépression chez le sujet âgé

- DSM-5
- Echelle de dépression gériatrique (GDS)
- Types de dépression
- TNC et dépression
- DD Outils diagnostics



Dépression et plainte mnésique en Consultation Mémoire

- **Cible** : 12 personnes 65 – 85 ans présentant une plainte mnésique, répondant aux critères diagnostics de la dépression (DSM5) et vivant à leur domicile.
- **Période** 24 mois
- **Bilans** neuropsychologiques initiaux et de control.
- **Exclus** : dysfonctionnement thyroïdien connu, carence vitaminée non stabilisée, AVC récent, cécité et anglophone.



Evaluation neuropsychologique

**Anamnèse, caractéristiques propres au
sujet et analyse de la plainte.**

Normes, tests et PA

Thymie, atcd psychiatriques

Fonctions Instrumentales

Gnosies

Fonctions mnésiques

Fonctions exécutives

- **Plaintes mnésiques dans le cadre
d'une dépression vs plaintes
dépressive dans la cadre d'un
TNC**
- **Profil type des TNC dans la
Dépression**
- **Personnalité, facteurs
environnementaux, comorbidité**
- **Traitement et évolution**



4 vignettes cliniques

- PB Homme 80 ans
- BJ, Femme 67 ans
- BR Homme 74 ans
- DR, Femme 82 ans



Conclusion



Vendredi 14 Février

17:45 – 18:00

Auditorium 1

Clôture du congrès

M. TABUE TEGUO (Fort-de-France)

16:15 – 17:45

Auditorium 1

Communications orales

Modérateur(s) : P. MANCKOUNDIA (Dijon), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- Santé gynécologique des femmes en EHPAD.
G. BERHAULT (Fort-de-France)
- Facteurs associés à la dénutrition de la personne âgée en service de court séjour gériatrique à Dakar
E. TOURE (Fort-de-France)
- Acquired deforming hypertonia in French Caribbean people : a cross-sectional analysis in long-term care units.
J-L. BARNAY (Fort-de-France)
- HAD en EHPAD : Création d'une unité HAD dédiée.
G. AMBROISINE (Paris)
- Dispositif innovant pour le répit des aidants en Guadeloupe : Projet ANAALS
J. SABIN (Montréal)
- Dépression et plainte mnésique en consultation mémoire, difficultés et intérêts du diagnostic différentiel à un stade précoce
E. FLECHON de THORE (FORT-DE-FRANCE)

16:15 – 17:45

Auditorium 1

Communications orales

Modérateur(s) : P. MANCKOUNDIA (Dijon), A. AVILA-FUNES (Mexico)

- Santé gynécologique des femmes en EHPAD.
G. BERHAULT (Fort-de-France)
- Facteurs associés à la dénutrition de la personne âgée en service de court séjour gériatrique à Dakar
E. TOURE (Fort-de-France)
- Acquired deforming hypertonia in French Caribbean people : a cross-sectional analysis in long-term care units.
J-L. BARNAY (Fort-de-France)
- HAD en EHPAD : Création d'une unité HAD dédiée.
G. AMBROISINE (Paris)
- Dispositif innovant pour le répit des aidants en Guadeloupe : Projet ANAALS
J. SABIN (Montréal)
- Dépression et plainte mnésique en consultation mémoire, difficultés et intérêts du diagnostic différentiel à un stade précoce
E. FLECHON de THORE (FORT-DE-FRANCE)