



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1**  
**UFR DE MÉDECINE LYON EST**

Année 2017 N°407

**ENQUÊTE DE SATISFACTION RÉALISÉE AUPRÈS DU PERSONNEL D'EHPAD  
APRÈS INTERVENTION DE L'ÉQUIPE MOBILE MALADIE D'ALZHEIMER  
DE L'HÔPITAL DES CHARPENNES**

**THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le 19 Décembre 2017  
En vue d'obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

**Laura HIRSCH**

Née le 29 Juillet 1987 à Toulouse

**Sous la direction du Docteur Caroline ROUBAUD**

## UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président

Frédéric FLEURY

Président du Comité de

Pierre COCHAT

Coordination des Études Médicales

Directrice Générale des Services

Dominique MARCHAND

### Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est

Doyen : Gilles RODE

UFR de Médecine Lyon Sud-

Doyen : Carole BURILLON

Charles Mérieux

Institut des Sciences Pharmaceutiques

Directrice : Christine VINCIGUERRA

Et Biologiques (ISPB)

UFR d'Odontologie

Directeur : Denis BOURGEOIS

Institut des Sciences et Techniques

Directeur : Xavier PERROT

De Réadaptation (ISTR)

Département de Biologie Humaine

Directrice : Anne-Marie SCHOTT

### Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR de Sciences et Techniques des

Directeur : Yannick VANPOULLE

Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Polytech Lyon

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T.

Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières

Directeur : Nicolas LEBOISNE

Et Assurances (ISFA)

Observatoire de Lyon

Directrice : Isabelle DANIEL

École Supérieure du Professorat

Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Et de l'Éducation (ESPE)

## Faculté de Médecine Lyon Est

### Liste des enseignants 2017/2018

#### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

#### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies

Rouvière Roy	Olivier Pascal	métaboliques ; gynécologie médicale Radiologie et imagerie médicale Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud Schaeffer Scheiber Schott-Pethelaz	Mohamed Laurent Christian Anne-Marie	Psychiatrie d'adultes Biologie cellulaire Biophysique et médecine nucléaire Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete Truy Turjman Vanhems	Caroline Eric Francis Philippe	Physiologie Oto-rhino-laryngologie Radiologie et imagerie médicale Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe**

Bacchetta Boussel Calender Chapurlat Charbotel Chêne Collardeau Frachon Crouzet Cucherat	Justine Loïc Alain Roland Barbara Gautier Sophie Sébastien Michel	Pédiatrie Radiologie et imagerie médicale Génétique Rhumatologie Médecine et santé au travail Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Anatomie et cytologie pathologiques Urologie Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud David	Yesim Jean-Stéphane	Hématologie ; transfusion Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco Dubernard Dubourg Ducray Fanton Fellahi	Federico Gil Laurence François Laurent Jean-Luc	Neurochirurgie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Physiologie Neurologie Médecine légale Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry Fourneret Gillet Girard Gleizal Henaine Hot Huissoud Jacquin-Courtois Janier Lesurtel Levrero Maucort Boulch	Tristan Pierre Yves Nicolas Arnaud Roland Arnaud Cyril Sophie Marc Mickaël Massimo Delphine	Maladie infectieuses ; maladies tropicales Pédopsychiatrie ; addictologie Pédiatrie Pneumologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Médecine interne Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Médecine physique et de réadaptation Biophysique et médecine nucléaire Chirurgie générale Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Flori	Marie
Letrilliat	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Lainé	Xavier
-------	--------

### **Professeurs émérites**

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Hors classe

Benchab	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie	Nathalie Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

## Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

### Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie



Menotti  
Simonet  
Vasiljevic

Jean  
Thomas  
Alexandre

Parasitologie et mycologie  
Biologie cellulaire  
Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Farge  
Pigache  
De Fréminville

Thierry  
Christophe  
Humbert

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

### **Au Professeur Krolak-Salmon,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Vous m'avez inspiré une grande partie de l'intérêt que je porte à la gériatrie pendant mon externat puis mon internat. Pour ces 2 choses, je vous remercie profondément.

### **Au Professeur Poulet et au Professeur Lainé,**

Merci d'avoir eu la gentillesse de faire partie de ce jury. Il était important que la médecine générale et la psychiatrie se rencontrent à leur frontière commune.

### **Au Docteur Roubaud,**

Je vous remercie d'avoir été ma directrice de thèse, et ce, même après votre changement de poste. Je vous remercie de m'avoir guidé jusqu'ici.

### **A toute l'équipe d'EMMA,**

Merci pour votre implication pour ce travail. Sans votre aide précieuse, cette thèse n'aurait pas existé. Merci pour votre gentillesse à chacune de mes visites à EMMA. Et enfin, merci du travail que vous fournissez pour aider vos patients, vous êtes une source d'inspiration pour moi.

### **A tous les EHPAD ayant participé,**

Merci d'avoir répondu à ces questionnaires et d'avoir donné de votre temps précieux pour m'aider dans ma tâche. J'espère que ce travail aidera EMMA à répondre encore davantage à vos besoins.

### **A mes parents,**

Que dire sinon, merci de m'avoir élevée comme vous l'avez fait ; merci de m'avoir poussée, enguirlandée, soutenue, réconfortée ; merci d'avoir cru en moi. Sans vous, je n'en serais pas là. Vous êtes mes exemples et mes principaux juges. J'espère être dans mon exercice professionnel comme dans ma vie, digne de la famille Hirsch.

### **A mes sœurs adorées,**

Sarah, tu n'y comprendras rien, mais c'est grâce à toi que j'ai voulu comprendre, puis guérir et enfin soigner les gens . Je te promets plein de restaurants pour te remercier.

Julia, merci d'être un de mes soutiens et une de mes supportrices les plus fidèles. Merci de t'être intéressée à mon parcours ; je me souviendrai toujours de la leçon de génétique dans la cuisine. A toi aussi je veux bien payer le resto pour nos éternelles discussions de dobermans alambiqués !

### **A David,**

Mon chéri, merci pour ta patience, ton soutien, ton aide, ton amour. Merci d'avoir fait avancer ma thèse, d'avoir été si présent. Merci de rester mon radiateur pendant nos hivers, de t'être habitué à mes petites voix, et de me laisser manger autant de lardons dans ma vie !! J'ai hâte d'avoir toujours plus de projets avec toi.

### **Aux 2 alsaciennes,**

Fougasse et Juju, j'ai tout simplement envie de vous remercier d'être ma tantine et ma cousine ! Qu'est ce que j'aime venir vous voir en Alsace !

### **A tous les amis,**

Kevin, sans toi, je ne serais jamais arrivée entière au bout de mes études. Merci d'être toujours là après 20 ans d'amitié.

Aurore et Chacha, sandwich et gnocchi, c'est la fin d'une longue période, pendant laquelle nous nous sommes toujours soutenues. Je suis heureuse d'avoir partagé vos vies dans cette merveilleuse coloc'. Merci pour toutes ces soirées à débriefer nos journées, rassurer nos esprits, déconnecter nos neurones... !

Lulu, spéciale pensée pour ma luciole; merci tout simplement pour notre amitié, qui m'est chère.

Eve, on ne se voit pas assez, mais merci d'avoir été là pendant cette période faste !

Bichette, Naurus, Jean Eude, merci d'être présentes pour ma thèse (même si c'est en pensée!) et merci d'être toujours mes amies après tout ce temps !

Les copains d'externat, Béné, Flo, Véro, Agnès, Aurélie, Max, Quentin, j'aurai toujours comme vous le souvenir de nos pauses « décompression » de la BU, et nos petites vacances entre amis. Les copains d'internat, Raphaëlle, Audrey, Florian, Barbara, les co internes, vous serez tous dans mes souvenirs, et mieux encore, autour d'un verre !!

Merci à tous ceux que je n'aurais pas cités mais que j'aime quand même !

Un dernier petit merci aux collègues qui se sont déplacés et qui rendent le travail plus facile !!

# ABREVIATIONS

ALD :	Affection Longue Durée
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
CLIC :	Centre Locaux d'Information et de Coordination
DRESS :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM 5 :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
EMG :	Équipe Mobile de Gériatrie
EMMA :	Équipe Mobile Maladie d'Alzheimer
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP :	Équivalent Temps Plein
GIR :	Groupe Iso Ressource
HAS :	Haute Autorité de Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et de l'Étude Économique
MAMA :	Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées
MMSE :	Mini Mental State Examination
MND :	Maladie Neuro Dégénérative
NPI :	Neuro Psychiatric Inventory
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
REAL.FR :	REseau sur la maladie d'ALzheimer FRançais
SPCD :	Symptômes Psycho Comportementaux liés à la Démence
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile
TNM :	Troubles Neurocognitifs Majeurs
UCC :	Unité Cognitivo-Comportementale

# Table des matières

1 INTRODUCTION.....	15
1.1 Le contexte démographique en France et en Rhône-Alpes.....	15
1.2 La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.....	16
1.3 L'épuisement des soignants.....	17
1.4 Création des équipes mobiles de gériatrie en France.....	18
1.5 EMMA de l'Hôpital des Charpennes.....	19
1.5.1 Création et composition.....	19
1.5.2 Missions .....	20
1.5.3 Fonctionnement.....	21
1.5.4 Bilan d'activité.....	21
1.6 Objectifs et hypothèse de l'étude.....	22
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	23
2.1 Type d'étude.....	23
2.2 Chronologie et descriptif des questionnaires.....	23
3 RESULTATS.....	25
3.1 Premiers questionnaires.....	25
3.1.1 Taux de réponse.....	25
3.1.2 Typologie des EHPAD et des professionnels ayant répondu.....	25
a )Type d'EHPAD .....	25
b )Professionnels à l'origine de la demande.....	26
c )Professionnels ayant rempli le questionnaire n°1.....	27
3.1.3 Caractéristiques des patients.....	28
a )Démographie.....	28
b )Type de SCPD.....	28
3.1.4 Épuisement des professionnels.....	29
3.1.5 Type d'aide demandée.....	30
3.1.6 Niveau de satisfaction.....	30
a )Satisfaction globale de l'intervention.....	30
b )Réponse aux besoins exprimés.....	31
c )Réponse aux attentes médicamenteuses et non médicamenteuses.....	32
d )Qualité d'écoute d'EMMA.....	32
e )Délai d'intervention.....	33
f )Rôle pédagogique et compte-rendus.....	33
3.2 Deuxièmes questionnaires.....	34
3.2.1 Taux de réponse.....	34
3.2.2 Typologie des professionnels ayant répondu au questionnaire n°2.....	34
3.2.3 Suivi des recommandations.....	35
3.2.4 Incidence sur le patient.....	37
3.2.5 Incidence sur les autres résidents.....	37
3.2.6 Incidence sur les professionnels.....	37
3.2.7 Intérêt et critique d'EMMA.....	38
4 DISCUSSION.....	39
4.1 Quelques forces de ce travail.....	39
4.2 Satisfaction du personnel d'EHPAD.....	40
4.2.1 Satisfaction immédiate.....	40
a )Vécu de l'intervention.....	40
b )Réponse aux besoins immédiats.....	40

c )Réponse aux attentes médicamenteuses et non médicamenteuses.....	40
d )Délai d'intervention.....	41
e )Rôle pédagogique et compte-rendus.....	41
4.2.2 Satisfaction à 1 mois.....	42
4.3 Épuisement professionnel.....	42
4.4 Besoins des professionnels.....	44
4.4.1 Professionnels en demande.....	44
4.4.2 Appréhension de l'intervention.....	44
4.4.3 Type d'aide .....	45
a )Aide thérapeutique.....	45
b )Besoin de soutien.....	45
c )Éviter les hospitalisations.....	46
d )Besoin de formation .....	46
e )Besoin diagnostique .....	46
4.5 Suivi des recommandations.....	47
4.6 Effet sur le patient et les autres résidents.....	47
4.7 Comparaison aux autres études.....	48
4.8 Limites de l'étude.....	49
5 CONCLUSION.....	52
6 BIBLIOGRAPHIE.....	54
7 ANNEXES.....	61
7.1 ANNEXE 1 Score Neuro Psychiatric Inventory-Équipe Soignante.....	61
7.2 ANNEXE 2 Questionnaire n°1.....	63
7.3 ANNEXE 3 Questionnaire n°2.....	66
7.4 ANNEXE 4 Localisation des lieux d'intervention d'EMMA.....	68
7.5 ANNEXE 5 Diagramme de flux.....	69
7.6 ANNEXE 6 Caractéristiques des EHPAD visités.....	70

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Le contexte démographique en France et en Rhône-Alpes.

Tous les rapports officiels mettent en évidence un vieillissement de la population. Ce vieillissement est à l'origine de près d'un tiers des hospitalisations (1) et impose une adaptation de notre pratique médicale.

En 2016, le pourcentage de français métropolitain de plus de 65 ans était de 18,8% (2).

Un rapport de l'Institut National de la Statistique et de l'Étude Économique (INSEE) de 2017 estime l'espérance de vie à la naissance à 79,3 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes ; l'espérance de vie à 65 ans étant respectivement de 19,4 ans et 23,3 ans (3).

Enfin, dans un rapport de 2013 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (4), on estime que la population française des plus de 60 ans pourrait représenter 1/3 de la population d'ici 2060, avec dans cette part de population la moitié de plus de 75 ans.

La prévalence des Troubles Neurocognitifs Majeurs (TNM) en 2000 était de 6,4% à 65ans (5).

Actuellement en France, les Maladies Neuro-Dégénératives (MND) sont responsables de 70% des entrées en institution et de 72% des Allocations Personnalisées d'Autonomie (APA) (6). Le nombre de personnes dépendantes pourrait doubler d'ici 2060, en atteignant les 2,3 millions de français (4) (7) avec une augmentation plus importante en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qu'au domicile. Les places en EHPAD sont limitées. En 2014, on estimait à 12 453 le nombre de lits disponibles en EHPAD dans le Rhône (7) (72 511 en Auvergne Rhône Alpes (8)).

Avec l'augmentation du nombre des seniors, on risque de se retrouver dans une situation où les patients avec des troubles cognitifs, avec ou sans troubles du comportement, vont devoir rester au domicile plus longtemps par manque de place. Les personnes les plus déficitaires ou nécessitant une surveillance plus étroite seront plus facilement admises en EHPAD. Cela représentera donc un fardeau plus important pour les équipes soignantes de ces EHPAD. Il est important de maintenir une qualité de vie aux patients et à leur famille pour un maintien à domicile prolongé, ou de mettre en place une prise en charge médicale et paramédicale adaptée aux troubles cognitifs en institution. C'est ici qu'interviennent les équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières.



Dans l'étude du réseau Recherche en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (REHPA) de 2008 (9), il est mis en évidence que 43,5% des résidents d'EHPAD présentent un TNM, et que les problèmes les plus fréquents concernent les Symptômes Psycho Comportementaux liés à la Démence (SPCD). Parmi les SPCD retrouvés, le plus fréquemment relevé est la dépression puis l'agressivité puis d'autres symptômes productifs.

## 1.2 La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2017, la démence ou Trouble Neurocognitif Majeur est un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes. Elle toucherait 47 millions de personnes dans le monde et devrait toucher 132 millions de personnes dans le monde en 2050 (10). La Maladie d'Alzheimer représente 60 à 70% des TNM, et comme les autres types de TNM (Corps de Lewy, Parkinson, démence fronto-temporale...), elle est pourvoyeuse de difficultés de prise en charge et d'accompagnement par la famille et les soignants.

Dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM 5) (11), on qualifie la démence de TNM avec ou sans troubles du comportement associés. La sévérité du trouble est liée au degré de dépendance du sujet.

En fonction des études, on observe que jusqu'à 97% des patients présentant des TNM possèdent des SPCD (11–14). L'apathie est le plus prévalent des symptômes, avec une tendance plus importante que les autres SPCD à l'augmentation durant l'évolution du TNM. Seuls les troubles de l'humeur n'ont pas tendance à augmenter avec le temps, et donc avec la sévérité des TNM, même s'ils restent très présents (14–16). On peut mesurer leur importance avec le score Neuro Psychiatric Inventory (NPI). Il permet de détecter les SPCD et d'en évaluer la fréquence, la gravité et le retentissement. Plus il est élevé, plus les SPCD sont sévères (17). (Annexe1)

On peut distinguer plusieurs groupes de SPCD selon le European Alzheimer's Disease Consortium : les troubles psychotiques (irritabilité, agitation, anxiété et hallucination), les troubles psychomoteurs (comportements moteurs aberrants, délires), les troubles de l'humeur (euphorie, dépression, désinhibition) et les troubles des fonctions élémentaires (troubles de l'appétit ou du sommeil, apathie) (13). Cette classification diffère de celle de Pancrazi MP. et Metais P. qui classe les SPCD en : perturbation affectives et émotionnelles (apathie, dépression, anxiété, hypomanie, perturbations

émotionnelles, conduites régressives), troubles du comportement proprement dits (agitation, agressivité, stéréotypies motrices et vocales), signes psychotiques (délires, hallucinations, troubles de l'identification) et modifications de fonctions instinctuelles (sommeil, alimentation, élimination). (18)

L'Équipe Mobile Maladie d'Alzheimer (EMMA) des Charpennes retient une classification différenciant troubles productifs (agitation, comportements moteurs aberrants, hallucinations...) difficiles à supporter pour les équipes, et troubles non productifs (apathie, dépression) (19).

L'étude REseau sur la maladie d'ALzheimer FRançais (REAL.FR) différencie les regroupements de SPCD en « facteurs » en fonction du score Mini Mental State Examination (MMSE). Un score MMSE compris entre 21 et 30 regroupe les SPCD dans un facteur « productif » (irritabilité, agitation, délire), un facteur humeur ( dysphorie et anxiété) et un facteur sensoriel (hallucination). Pour un score compris entre 11 et 20, on retrouve le facteur humeur (anxiété, irritabilité et dysphorie), un facteur « frontal » (désinhibition et euphorie) et un facteur « moteur/sensoriel » (agitation et hallucination, apathie et comportement moteur aberrant). Cette étude exclut les troubles alimentaires et du sommeil (20).

D'autres modèles ont été dessinés, mais ils excluaient certains symptômes prévalents (16) .

La prise en charge des SPCD est capitale : ils augmentent le risque d'hospitalisation, le déclin cognitif ainsi que la surconsommation médicamenteuse (21–23). La prise en charge des SPCD repose sur des solutions médicamenteuses adaptées à chaque patient, ainsi que des thérapeutiques non médicamenteuses. Ces thérapies non médicamenteuses sont multiples et peuvent comporter une approche relationnelle, une participation à des ateliers, la musicothérapie, l'aromathérapie, la thérapie assistée d'animaux ou bien d'autres techniques (24). La Haute Autorité de Santé (HAS) (25) a fourni une liste des possibilités thérapeutiques mais leur mise en place reste très variable et fonction des moyens des familles ou des EHPAD. Certains articles montrent leur impact bénéfique sur les SPCD (26–28).

### **1.3 L'épuisement des soignants**

Du point de vue des soignants, les symptômes productifs sont pourvoyeurs de symptômes d'épuisement, comme l'a montré un travail sur les patients crieurs (29). On retrouve un besoin de formation, pour pouvoir comprendre, s'adapter et en conséquence être soulagé dans sa pratique. Pourtant, certains travaux ne sont pas en faveur d'une amélioration de la qualité de vie du patient ou du niveau de burn out du personnel après formation (30) (31). D'autres articles ont montré une

amélioration des SPCD après formation du personnel (32) (33).

Le soin des patients est parfois un exercice difficile. Le travail du soignant est toujours un équilibre entre plaisir et souffrance, entre facteurs déstabilisants et facteurs structurants (34). Différents items font pencher la balance. Quand les facteurs déstabilisants prédominent, le travail devient pénible et la souffrance apparaît. Parmi ces facteurs déstabilisants, on trouve les efforts trop importants à fournir par rapport aux bénéfices qu'on en retire: dans l'impasse thérapeutique ou l'opposition au soin, le stress professionnel apparaît.

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn out, est un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante. Il se caractérise par 3 dimensions :

- l'épuisement émotionnel ;
- la dépersonnalisation ou le cynisme ;
- le sentiment de non-accomplissement personnel au travail (35).

Le stress professionnel peut être dû entre autres à une pression, une surcharge morale et amène le soignant à avoir l'impression qu'il ne peut donner satisfaction aux besoins du patient et qu'il ne peut atteindre les objectifs fixés.

En EHPAD, l'objectif principal est le bien être du résident. Si des symptômes gênants perdurent, si l'agressivité d'un patient retentit sur les autres résidents par exemple, le soignant se retrouve sous pression.

Bien sûr il existe d'autres facteurs de souffrance comme les défauts organisationnels de la structure, le travail en équipe qui expose à un certain nombre de conflits, le manque de moyen financier et humain (34) (36).

Les équipes peuvent alors se tourner vers une aide extérieure comme les Équipes Mobiles, dont la fonction se rapproche d'une expertise.

## **1.4 Création des équipes mobiles de gériatrie en France**

Les Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) ont été créées sur la base de différents Plans Nationaux : 3 Plans Alzheimer (37–39), le Plan Solidarité Grand Âge (6), la circulaire Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) (40) et celle du 28 Mars 2007 (41), et enfin le Plan Maladie Neuro Dégénérative 2014-2019 (42). Ces différents textes ont permis depuis 2001 la création de structures dédiées au soin de la personne âgée, en mettant l'accent sur la prévention, la

formation des professionnels de santé et des aidants, puis la prise en charge spécialisée. Les EMG ont été d'abord intra-hospitalières puis extra-hospitalières.

L'EMG intra-hospitalière intervient à la demande des services de l'Hôpital, services de spécialité ou des urgences.

L'EMG extra-hospitalière intervient à la demande du médecin traitant, du personnel paramédical intervenant au domicile, des équipes soignantes des EHPAD, de la famille, des Centre Locaux d'Information et de Coordination, des réseaux de soins ou des Service de Soins Infirmiers A Domicile .

Quelque soit le lieu d'intervention (domicile, hôpital, EHPAD), l'objectif et les missions sont les mêmes :

- Mettre en place une évaluation globale : médico-psycho-sociale, et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- Élaborer avec le patient et ses aidants un projet de vie et de soins adapté.
- Permettre une formation des soignants, axée sur la bonne pratique gériatrique.
- Permettre une bonne orientation du patient en sortie d'hospitalisation et mettant en œuvre une bonne coordination entre tous les acteurs du soin, faciliter les hospitalisations en service de gériatrie pour les équipes externes.
- Éviter les passages aux urgences pour ces patients fragiles.

Ces équipes ont un rôle d'expertise et non prescripteur.

L'Équipe Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées (EMMA) de l'Hôpital des Charpennes ne fait pas partie de ces Plans nationaux. Elle a été créée en 2011 en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône Alpes. Elle est l'évolution des EMG, ciblée sur les troubles du comportement dans les MND, à la frontière entre une équipe de gérontopsychiatrie et de gériatrie.

Il faut également la différencier des équipes mobiles de soins palliatifs et des équipes mobiles de psychiatrie, qui ne dépendent pas non plus des même plans. Ces équipes peuvent agir en intra ou extra-hospitalier dans la même vision qu'un EMG : expertise, conseil, formation.

## **1.5 EMMA de l'Hôpital des Charpennes.**

### **1.5.1 Création et composition**

Précédant la création d'EMMA, l'Unité Cognitive Comportementale (UCC) et la consultation comportement ont été créées en 2010 afin de répondre aux situations de crise dans le cadre des Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA), respectivement d'un point de vue

diagnostic et d'un point de vue thérapeutique.

Des études françaises ont montré le besoin en expertise psychiatrique en EHPAD et au domicile dans le cadre des troubles neurocognitifs majeurs (43).

En un an de fonctionnement, l'évaluation de la consultation comportement a mis en évidence qu'elle permettait d'éviter 2/3 des hospitalisations à l'UCC, alors qu'il s'agissait de situations de crise.

L'EMMA a été créée afin d'évaluer les problématiques en amont de ces consultations. Elle dépend donc de l'Hôpital des Charpennes.

Elle compte en 2017:

- un médecin : un psychiatre arrivé 2013 (A. Lepetit : 0,4 Équivalent Temps Plein ETP )
- une neuropsychologue (B. Buisson) et une psychologue (G. Richard) (1,5 ETP)
- une infirmière coordinatrice : S. Tolba (1 ETP)
- une secrétaire : N. Cavagna (0,5 ETP)
- une gériatre : A. Doutone (0,3 ETP) arrivée en Mai 2017

Cette équipe intervient par binôme, ce qui permet une approche pluridisciplinaire et variable selon les besoins. Sa composition a souvent varié mais est toujours restée pluridisciplinaire.

### **1.5.2 Missions**

Les missions d'EMMA sont des missions de conseils, d'expertise et de formation.

Son intervention ne se fait qu'avec l'accord du médecin traitant qui reste le prescripteur et l'interlocuteur privilégié du patient et de sa famille.

Elle permet en milieu écologique d'évaluer le patient, avec ses aidants, dans sa globalité.

L'EMMA est spécialisée dans la prise en charge des patients présentant des SPCD.

Elle a un rôle préventif en intervenant en amont des situations de crise. En effet elle permet d'adapter le domicile, le traitement, les aides humaines afin d'éviter des hospitalisations, une grabatisation ou la survenue de complications.

Elle a un rôle de formation auprès des équipes soignantes ou des intervenants au domicile, voire auprès de la famille quand cela est possible.

Elle accompagne également les sorties d'hospitalisation pour SPCD, grâce à une évaluation quelques jours après la sortie. Elle permet la continuité des soins initiés en milieu hospitalier et

permet la liaison médecine de ville-hôpital, également en facilitant les hospitalisations en UCC ou en secteur psychiatrique si besoin.

### **1.5.3 Fonctionnement**

L'intervention se déclenche par téléphone ou par courrier électronique. Vient alors un moment de régulation où le soignant peut réorienter la personne faisant la demande.

Suite à la collecte des informations, le médecin traitant est prévenu s'il n'est pas à l'origine de la demande.

Le secteur d'intervention est défini par la durée du trajet (30 minutes maximum) : cela correspond à Lyon, Villeurbanne et l'agglomération lyonnaise.

La durée moyenne d'intervention est d'une demi journée d'activité.

Suite à l'évaluation, un courrier est transmis au médecin traitant et/ou médecin coordonnateur avec une synthèse des observations et des propositions d'aménagement de la prise en charge. Le médecin traitant est libre de suivre cet avis ou non.

Un suivi téléphonique est réalisé 1 à 2 mois après l'intervention afin d'évaluer le suivi des conseils, de réévaluer les SPCD et de savoir s'il y a eu hospitalisation ou pas.

En EHPAD, l'intervention d'EMMA se déroule de la manière suivante :

- Un binôme d'EMMA rencontre l'équipe (infirmière, aides-soignants, médecin coordonnateur, cadre) afin d'avoir une présentation du patient, les demandes de l'équipe et les thérapeutiques déjà essayées.
- Le binôme rencontre le patient en chambre.
- Une synthèse se fait avec toute l'équipe pour d'éventuelles propositions de mise en place ou modification de thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses.

### **1.5.4 Bilan d'activité**

L'activité d'EMMA est en constante progression.

En effet si on regarde les 2 bilans d'activité depuis sa création (19) (44), on remarque que les signalements de nouveaux patients ont augmenté.

Le nombre de signalements traités en 2014 était de 409, contre 311 en 2012 et 349 en 2013.

Cela peut s'expliquer par une meilleure connaissance de cette équipe de la part des médecins, et par

la création de 3 autres équipes mobiles de gériatrie non spécialisées dans les SPCD (Édouard Herriot, Dugougeon, Lyon Sud) qui auront réorienté les demandes vers EMMA. L'augmentation des appels concerne les patients au domicile, le nombre de signalements en EHPAD restant stable autour de 150 par an.

Le médecin traitant est à l'origine de 28,6% des signalements, contre 26,2% pour les EHPAD et 22,5% pour les praticiens hospitaliers. A noter que l'aidant familial représente 10% des appels.

Concernant les déplacements d'EMMA, il y en a eu 308 au total sur 2014, contre 201 en 2012 et 261 en 2013 (19) (44). La moitié des déplacements concernait les résidents d'EHPAD. En 2014, le délai d'intervention était en moyenne de 14,9 jours (14,1 jours au domicile et 15,6 jours en EHPAD).

Les motifs d'appel concernaient dans leur grande majorité l'agitation et l'agressivité (plus de 70% des interventions), au domicile, comme en EHPAD.

Si on s'intéresse aux chiffres en EHPAD, venaient ensuite les symptômes anxio-dépressifs pour une grande part. Puis on trouvait la déambulation et le risque de fugue, puis l'irritabilité, les idées délirantes, les troubles du sommeil.

Ces proportions étaient les mêmes que dans les années 2012-2013.

Un point important est à souligner: l'importance de l'épuisement professionnel en EHPAD. Il représentait 37,3% des appels en 2012-2013. Il a pu être réduit à 26,4% des appels en 2014 .

## **1.6 Objectifs et hypothèse de l'étude**

La question de recherche de ce travail est de savoir si les interventions d'EMMA en EHPAD sont satisfaisantes pour le personnel de l'EHPAD.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la satisfaction du personnel d'EHPAD après l'intervention d'EMMA concernant un résident présentant des SPCD. Notre hypothèse est que les interventions d'EMMA sont satisfaisantes à court et moyen terme: EMMA répond aux besoins immédiats, la qualité d'écoute et le délai d'intervention sont bons à court terme. Les préconisations sont applicables, avec un bénéfice subjectif sur la situation à moyen terme.

Les objectifs secondaires sont de décrire les interventions d'EMMA, de savoir si cette intervention a été bénéfique pour d'autres résidents, si elle a permis de diminuer les difficultés des professionnels et d'identifier des points à améliorer.

## 2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle prospective, réalisée de Février 2016 à Janvier 2017.

### 2.2 Chronologie et descriptif des questionnaires

Nous avons réalisé 2 questionnaires en Décembre 2015, en partenariat avec EMMA.

EMMA a distribué le 1er questionnaire directement après leur intervention en EHPAD, en mains propres.

L'intervention se déroulait dans le champ d'intervention d'EMMA, soit à 30 minutes de l'hôpital des Charpennes.

Le 1er questionnaire (Annexe 1) permettait de décrire la pathologie pour laquelle EMMA se déplaçait et d'identifier la ou les personnes à l'origine de la demande et celle(s) ayant rempli le questionnaire ainsi que le type d'EHPAD. Il explorait les attentes et la satisfaction immédiate de l'équipe soignante de l'EHPAD : qualité d'écoute, réponse aux besoins immédiats, délai d'attente, impression générale.

Tous ces items étaient testés de manière subjective, sans établissement d'un score. Pour certains items (qualité d'écoute, satisfaction globale), une échelle subjective était proposée aux équipes.

Le questionnaire était donné en mains propres aux professionnels présents lors de l'intervention.

Il nous revenait par courrier électronique ou par courrier postal. Nous n'avons pas effectué de relance pour ce questionnaire.

Nous avons stoppé la distribution en fonction du retour des réponses. La période initiale de distribution était prévue jusqu'au mois de Juillet 2016, mais a été prolongée jusqu'en Janvier 2017.

Le deuxième questionnaire (Annexe 2) a été distribué 1 mois après la distribution du premier questionnaire, par courrier électronique ou remis en mains propres au personnel de l'EHPAD, si nous avons reçu le 1er questionnaire par courrier.

Ce questionnaire explorait la faisabilité des préconisations d'EMMA, l'existence d'une amélioration de la qualité de vie et de prise en soin du résident (évaluées de manière subjective), la possibilité



d'utilisation des préconisations pour un autre résident, et l'existence d'une amélioration des conditions de travail. Nous avons choisi des réponses binaires subjectives, sans établissement de scores standardisés.

La distribution s'est étalée du mois de Mars 2016 au mois de Janvier 2017.

Pour ce 2<sup>e</sup> questionnaire, nous avons effectué des relances par courrier électronique ou par téléphone pour les EHPAD dont nous avons déjà un 1<sup>er</sup> questionnaire.

Des données ont été collectées à partir des dossiers d'EMMA concernant les scores NPI, le sexe et l'âge des résidents.

## **3 RESULTATS**

### **3.1 Premiers questionnaires**

#### **3.1.1 Taux de réponse**

Nous avons distribué 71 questionnaires du 10 Février 2016 au 25 Janvier 2017.

La distribution s'est faite dans 42 EHPAD différents dans les départements du Rhône et de l'Ain (Annexe 4).

Le taux de réponse aux questionnaires était de 49,3%. Nous avons recueilli 35 questionnaires. Nous avons exclu un questionnaire qui n'a été rempli qu'à moitié et donc, nous avons traité 34 questionnaires (Annexe 5).

Le taux d' EHPAD ayant répondu était de 59,5%.

Certains EHPAD nous ont rendu des questionnaires pour plusieurs résidents : 2 EPHAD nous ont renvoyé 3 questionnaires (dont le questionnaire exclu), 7 EHPAD ont renvoyé 2 questionnaires.

Huit des questionnaires ont été remplis de manière incomplète.

#### **3.1.2 Typologie des EHPAD et des professionnels ayant répondu**

##### ***a) Type d'EHPAD***

Tous les EHPAD ayant répondu possédaient un cadre infirmier et un psychologue, et 97% des EHPAD possédaient un médecin coordonnateur. Les EHPAD possédaient un ergothérapeute dans 35,3% des cas et un psychomotricien dans 38,2% des cas. Dans 41,2% des cas, les EHPAD possédaient un intervenant supplémentaire (Annexes 6).

Il faut noter que les renseignements différaient pour certains questionnaires provenant du même EHPAD.

Les EHPAD visités avaient de 48 à 104 lits, avec une moyenne de 76,5 lits. Leur statut était surtout privé et associatif avec des taux de réponse similaire (Annexe 6).

### ***b) Professionnels à l'origine de la demande***

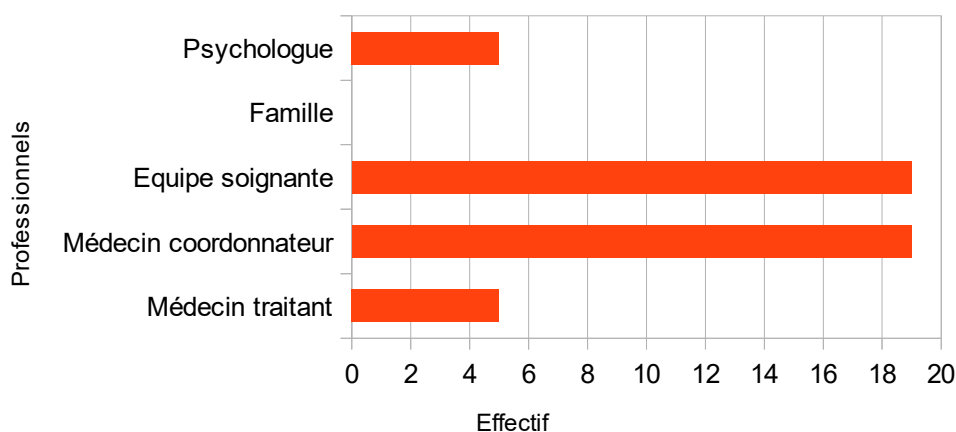
Les demandes d'intervention sont résumées dans le Tableau n°1 et le Graphique n°1.

La demande d'intervention a été émise de manière collective dans 32,4% des cas (n=11). L'origine de la demande, lorsqu'elle émanait d'un seul corps de métier, concernait le médecin dans 32,4% (n=11) des cas et l'équipe soignante dans 23,5% des cas (n=8). La famille n'a jamais été à l'origine de la demande d'intervention.

Tableau n°1 : Professionnels à l'origine de la demande d'intervention

Origine de la demande	Effectif (%)
Origine unique, dont :	23(67,6%)
- Médecin Coordonnateur	11(32,4%)
- Équipe Soignante	8(23,5%)
- Psychologue	3(8,8%)
- Médecin traitant	1(2,9%)
- Famille	0
Origine collective, dont :	11(32,4%)
Médecin Coordonnateur et Équipe Soignante	6(17,6%)
Médecin Traitant et Équipe Soignante	2(5,9%)
Médecin Traitant et Coordonnateur,	1(2,9%)
Psychologue et Équipe Soignante	1(2,9%)
Psychologue, Médecins et Équipe Soignante	1(2,9%)
Total	34

Graphique n°1 Professionnels à l'origine de la demande



### c) Professionnels ayant rempli le questionnaire n°1

Les résultats sont résumés dans le Graphique n°2 et le Tableau n°2.

Les personnes ayant le plus souvent rempli le questionnaire étaient le cadre de santé à 64,7% (n=22) puis le médecin à 38,2% (n=13). Ils l'ont rempli de manière collective dans 38,2% des cas (n=13).

Dans 27 questionnaires (79,4%), au moins un des corps de métier à l'origine de l'intervention a rempli le questionnaire.

Graphique n°2 : Professionnels ayant rempli le questionnaire n°1

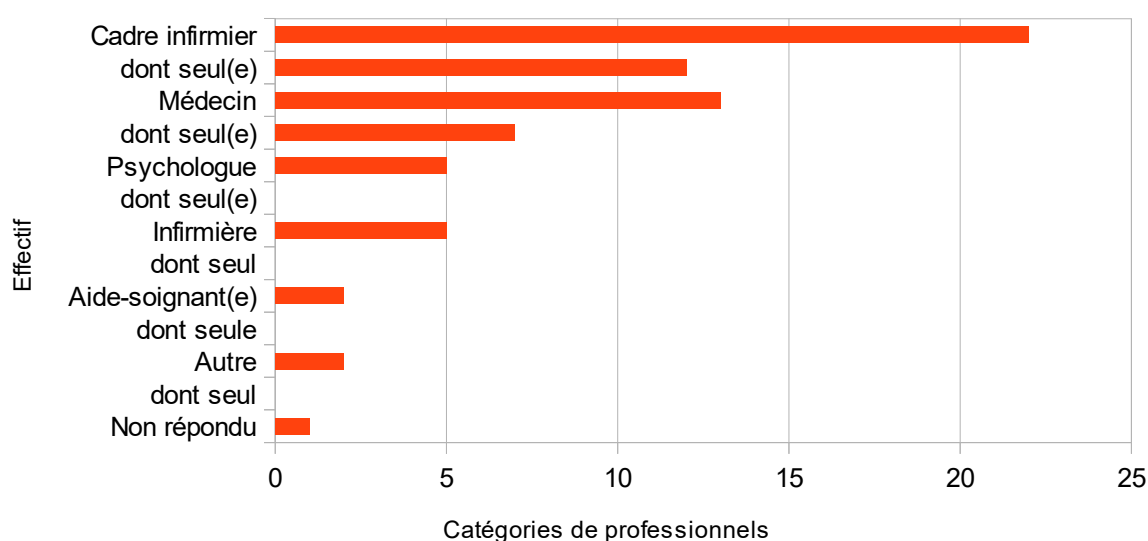


Tableau n°2 : Professionnels ayant rempli le questionnaire de manière collective

Professionnel(s) ayant rempli le questionnaire	Effectif
Cadre +Médecin	3(8,8%)
Cadre + Infirmières	2(5,9%)
Cadre+ Psychologue	2(5,9%)
Cadre + Aides soignantes	2(5,9%)
Médecin + Psychologue	1(2,9%)
Infirmières+ Cadre+ Médecin	1(2,9%)
Infirmière+ Psychologue	1(2,9%)
Médecin+ Infirmières + Psychologue	1(2,9%)

### 3.1.3 Caractéristiques des patients

#### a) Démographie

Le recueil concernait 22 femmes, âgées de 78 ans à 103 ans, avec un âge moyen de 89,5 ans et 11 hommes âgés de 69 ans à 100 ans, avec un âge moyen de 87,5 ans. Le ratio était de 2 femmes pour 1 homme.

Une patiente a été vue 2 fois par EMMA, à 4 mois et demi d'intervalle.

#### b) Type de SCPD

Les caractéristiques des SCPD sont présentées dans le Graphique n°3.

L'agressivité représentait le SCPD le plus retrouvé dans le questionnaire avec 64,7% des interventions (n=22), puis l'opposition aux soins avec 47% des interventions (n=16), l'anxiété à 35,3% (n=12) et la déambulation à 26,5% (n= 9).

Les regroupements de SCPD sont résumés dans le Tableau n°3.

Les SCPD étaient retrouvés de manière associée dans 73,6 % des cas (n=25).

Graphique n°3 : Répartitions des SCPD

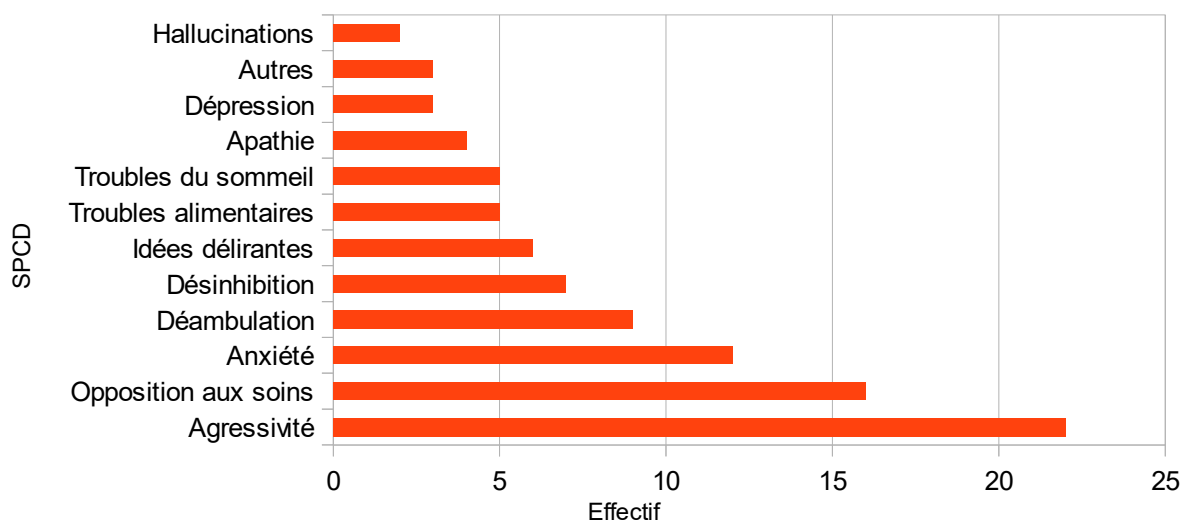


Tableau n°3 : Répartition des Symptômes Psycho Comportementaux liés à la Démence

SPCD	Effectif (%)
Unique,dont :	9(26,5%)
Agressivité	4(11,8%)
Déambulation	1(2,9%)
Anxiété	1(2,9%)
Opposition aux soins	1(2,9%)
Désinhibition	1(2,9%)
Dépression	1(2,9%)
Deux SPCD	11(32,4%)
Trois SPCD ou plus	14(41,2%)

Le NPI moyen était de 48,2/144, pour des scores allant de 8 à 116. Le NPI médian était de 48/144.

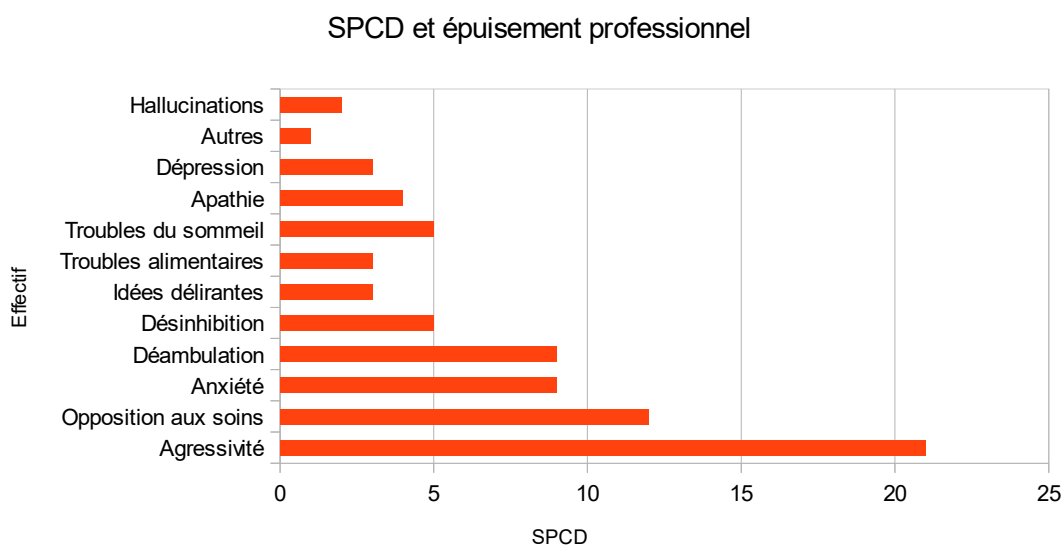
### 3.1.4 Épuisement des professionnels

L'épuisement professionnel représentait 76,5% des demandes (n=26).

Les SPCD retrouvés lors de l'épuisement professionnel sont résumés dans le Graphique n°4.

Les SPCD les plus retrouvés dans l'épuisement professionnel étaient l'agressivité à 80,7% (n=20), l'opposition aux soins à 46,2% (n=12) et la déambulation et les troubles anxieux à 34,6% chacun (n=9).

Graphique n°4 : Symptômes Psycho Comportementaux liés à la Démence quand l'épuisement professionnel est signalé



### 3.1.5 Type d'aide demandée

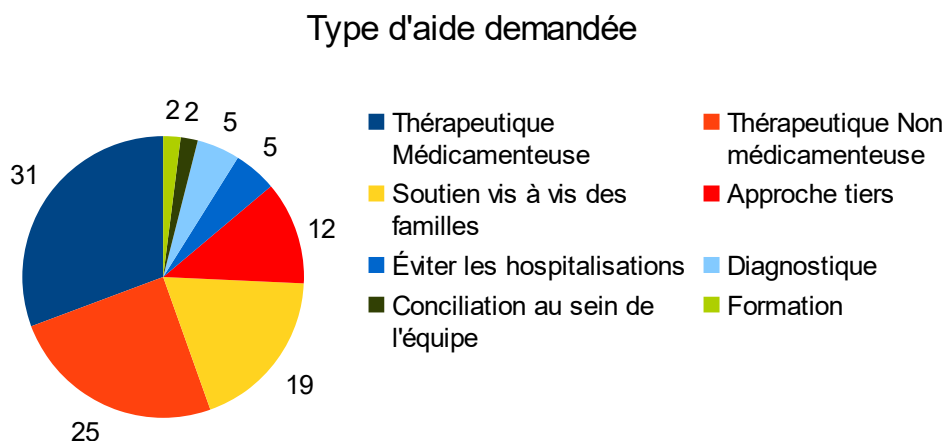
Le type d'aide demandée à EMMA est résumé dans le Graphique n°5.

La demande d'aide principale concernait les solutions médicamenteuses à 91,2% (n=31).

On retrouvait la demande de moyen non médicamenteux dans 74,5% des cas (n=25).

Les demandes étaient multiples dans 94,1% des cas (n=32).

Graphique n°5 : Type d'aide demandée



Une hospitalisation était envisagée pour 29,4% des cas (n=10) et dans 80% des volontés d'éviter les hospitalisations(n=4).

Dans 97,1% des cas, il n'existait aucune appréhension au passage d'EMMA (n=33). Pour une seule équipe, l'appréhension concernait un enjeu : mieux comprendre les SPCD.

### 3.1.6 Niveau de satisfaction

#### *a) Satisfaction globale de l'intervention*

Les équipes des EHPAD considéraient être très satisfaites dans 47% des cas (n=16) et satisfaite dans 47% des cas (n=16). Deux questionnaires n'ont pas été remplis sur cet item (Graphique n°6).

Toutes les interventions ont été vécues comme une aide (n=34).

Graphique n°6: Niveau de satisfaction globale des équipes vis à vis de l'intervention

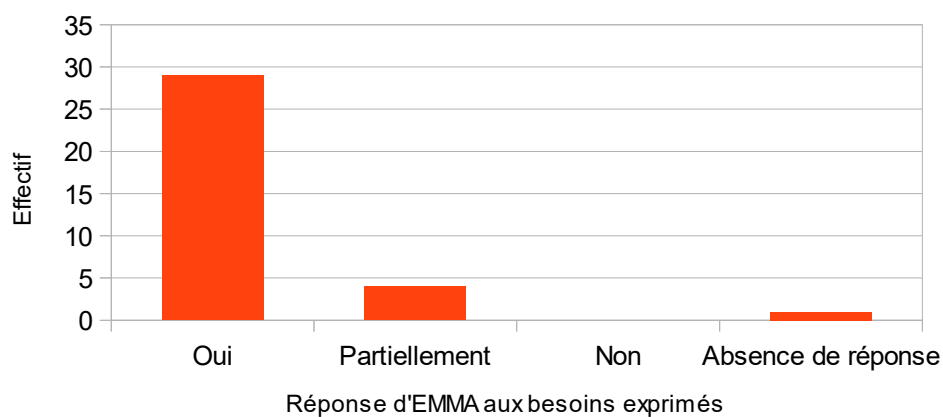


***b) Réponse aux besoins exprimés***

Dans 97,1% des interventions (n=33), les équipes estimaient qu'EMMA avait répondu à leurs besoins (Graphique n°7).

Quatre équipes estimaient qu'EMMA avait partiellement répondu aux besoins évoqués (type d'aide demandée). Pour 2 d'entre elles, les raisons évoquées étaient la nécessité d'attendre de mettre en place les préconisations et de réévaluer la situation pour pouvoir dire si EMMA a bien répondu aux besoins. Pour l'une de ces équipes, une intervention n'était pas suffisante.

Graphique n°7 : Réponse aux besoins exprimés





### ***c) Réponse aux attentes médicamenteuses et non médicamenteuses***

Les équipes estimaient que la réponse médicamenteuse était satisfaisante dans 88,2% des cas (n=30). (Tableau n°4)

Une des équipes non satisfaites précisait qu'il n'y avait pas eu de changement de traitement.

Tableau n°4 : Réponse aux attentes médicamenteuses

Réponse aux attentes médicamenteuses	Effectif(%)
- Oui	30 (88,2%)
- Non	2 (5,9%)
- Absence de réponse	2 (5,9%)

Les équipes estimaient que 88,2% des réponses non médicamenteuses étaient satisfaisantes (n=30) (Tableau n°5).

Tableau n°5: Réponse aux attentes non médicamenteuses

Réponse aux attentes non médicamenteuses	Effectif (%)
- Oui	30 (88,2%)
- Non	1(2,9%)
- Autres	2( 5,9%)
-Non renseigné	1(2,9%)

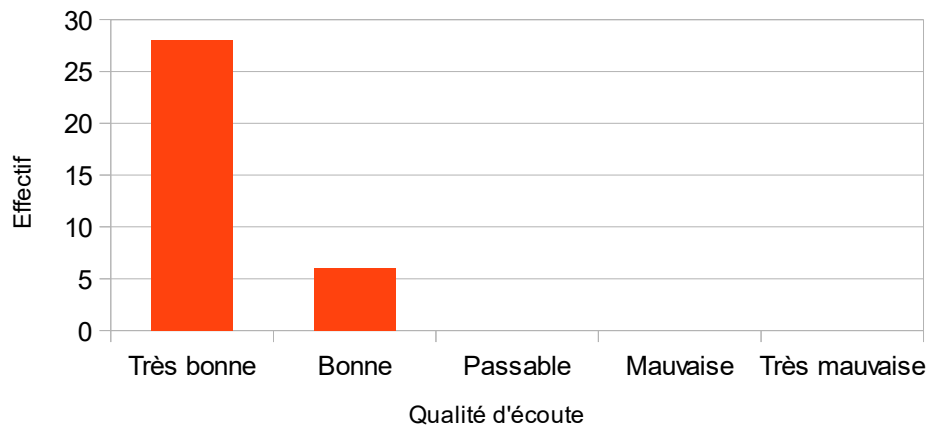
La cause d'insatisfaction était l'absence de mise en relation avec l'infirmière coordonnatrice d'EMMA.

Les réponses « autres » correspondaient à une équipe qui n'avait pas d'attentes vis à vis des moyens non médicamenteux. La dernière précisait qu'aucun moyen non médicamenteux n'avait été conseillé.

### ***d) Qualité d'écoute d'EMMA***

Elle a été jugée très bonne dans 82,4% des cas (n=28) et bonne dans 17,6% des cas (n=6) (Graphique n°8).

## Graphique n°8 : Qualité d'écoute



### *e) Délai d'intervention*

Les délais d'intervention s'étendaient de 1 à 68 jours, avec un délai moyen de 34,7 jours.

Le délai d'intervention a été jugé satisfaisant dans 48,6% des cas (n=17). Concernant les équipes se déclarant non satisfaites des délais, elles ont répondu qu'un délai allant de 3-4 jours à 3 semaines était satisfaisant, avec une moyenne de 12 jours. Sept de ces 16 équipes nous ont répondu que 15 jours de délai étaient acceptables.

### *f) Rôle pédagogique et compte-rendus*

Dans 74,2% des cas, EMMA a eu un rôle pédagogique lors de l'intervention (n=26) alors que dans 17,6% des cas, les équipes n'ont pas perçu de rôle pédagogique (n=6). Deux questionnaires n'ont pas été renseignés concernant cet item.

Concernant la volonté d'obtenir un compte rendu écrit après intervention, 91,1% des réponses étaient positives (n=31), sachant que dans cet effectif, un EHPAD avait déjà reçu une copie de l'intervention au moment du remplissage. Pour 8,8% des interventions, les équipes soignantes ne demandaient pas de traces écrites (n=3), pour 3 EHPAD différentes. Deux de ces 3 EHPAD avaient souhaité recevoir un compte rendu pour une autre intervention.

## 3.2 Deuxièmes questionnaires

### 3.2.1 Taux de réponse

Nous avons recueilli 17 questionnaires, soit 50% des premiers questionnaires et 23,9% des interventions.

Ils provenaient de 14 EHPAD différentes, soit 56% des EHPAD ayant renvoyé le 1er questionnaire et 33,3% des EHPAD initialement aidées.

Un des questionnaires a été rempli 3 fois, par 3 corps de métiers différents : médecin, infirmières, aides-soignantes. Nous détaillerons les réponses de chacun lorsque celles-ci différaient les unes des autres.

### 3.2.2 Typologie des professionnels ayant répondu au questionnaire n°2.

Les taux de participation des différents professionnels étaient plus équilibrés que pour le 1er questionnaire : le médecin et le cadre infirmier ont répondu chacun dans 58,8% des cas (n=10), les infirmières dans 41,2% des cas (n=7) et les aides-soignants dans 23,5% des cas (n=4). (Graphique n°9)

Le remplissage s'est fait de manière concertée dans 64,7% des cas (n=11). (Tableau n°6)

Graphique n°9: Professionnels ayant répondu au 2<sup>e</sup> questionnaire

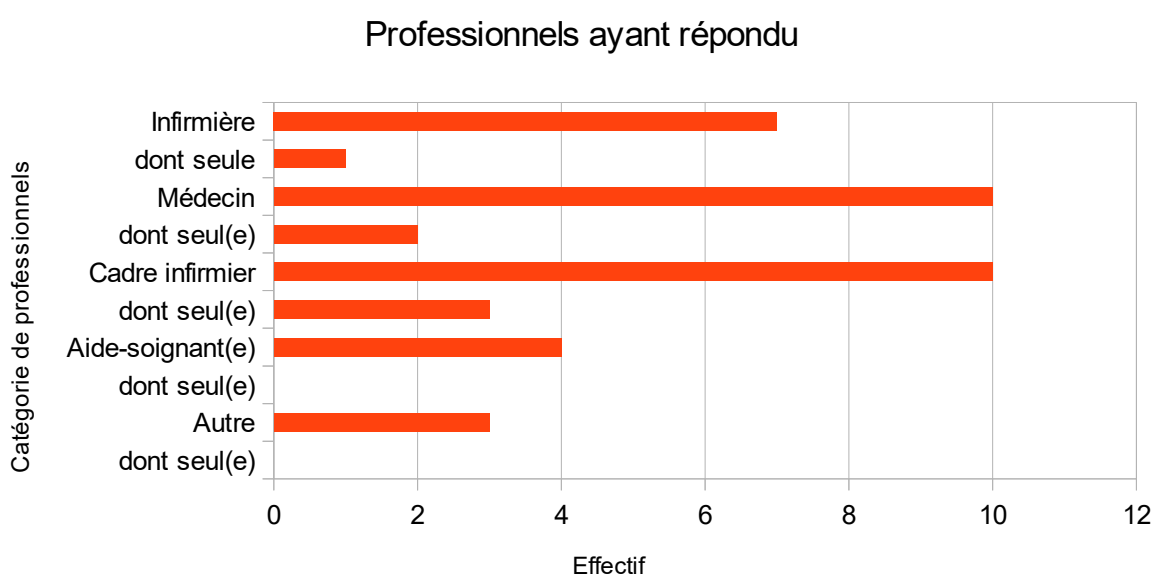


Tableau n°6 : Répartition des professionnels ayant répondu au 2è questionnaire de manière collective

Catégories de professionnels ayant répondu :	Effectif (%)
- Infirmières+ Cadre+ Médecin+ Aides-soignants	1(5,9%)
- Médecin + Cadre	3(17,6%)
- Médecin+ Aides-soignants	1(5,9%)
- Infirmières + Cadre	1(5,9%)
- Aides-soignants+ Cadre	1(5,9%)
- Infirmières+ Autre	1(5,9%)
- Infirmières+ Cadre+ Aides-soignants	1(5,9%)
- Médecin + Infirmières+ Aides-soignants	1(5,9%)
- Médecin + Psychologue	1(5,9%)

Dans 94,1% des cas (n=16), le 2ème questionnaire a été rempli par au moins un corps de métier à l'origine de la demande d'intervention.

### 3.2.3 Suivi des recommandations

Les recommandations médicamenteuses ont été suivies dans 88,2% des cas (n=15) et les recommandations non médicamenteuses dans 94,1% des cas (n=16). Donc en moyenne, les recommandations ont été suivies à 91,2%. (Tableau n°7)

Dans le questionnaire nous ayant été renvoyé 3 fois, les médecins et les aides-soignantes ont répondu « oui mais pas tout le temps ». Les infirmières ont répondu « oui mais pas tous ».

Les EHPAD n'ayant pas suivi les conseils médicamenteux n'en avaient pas eu le besoin au moment du remplissage, ou n'avaient tout simplement pas eu de conseils médicamenteux pour le résident.

Tableau n°7: Suivi des recommandations

Suivi des recommandations	Effectif (%)
Médicamenteux	
- Oui, à chaque fois	15 (88,2%)
- Non	2 (11,8%)
Non médicamenteux	
- Oui, mais pas totalement	2 (11,8%)
- Oui, mais pas tout le temps	5 (35,3%)
- Oui, tout le temps et à chaque fois	7 (41,2%)
- Oui, mais pas tous et pas tout le temps	1 (5,9%)
- Non	1 (5,9%)

Les motifs de non-suivis des recommandations d'EMMA sont résumés dans le Tableau n°8.

Tableau n°8 : Motifs de non-suivi des recommandations

Motif de non-suivi des recommandations	Effectif (%)
- Refus du patient	2 (10,5%)
- Refus de la famille	0 (0%)
- Refus du médecin traitant	0 (0%)
- Non adapté	1 (5,3%)
- Non réalisable vu les moyens ou l'organisation de l'EHPAD	4 (21,1%)
- Précision des équipes :	
• Turn over des soignants	1
• Les conseils avaient déjà été essayés	1
• Pas de contact avec l'infirmière coordonnatrice d'EMMA	1

Dans le questionnaire rempli 3 fois, les infirmières n'ont pas suivi tous les conseils par refus du patient. Les aides-soignantes n'ont pas suivi les conseils à chaque fois car ils avaient déjà été essayés. Les médecins n'ont pas suivi les conseils à chaque fois par défaut organisationnel de l'EHPAD.

### **3.2.4 Incidence sur le patient**

La qualité de vie du patient a été améliorée dans 52,9% des cas (n=9). Pour le questionnaire rempli 3 fois par 3 catégories de professionnels, les avis étaient divergents. Avec la moitié des réponses négative, nous avons choisi de considérer que la qualité de vie n'avait pas été améliorée. Les infirmières ont répondu « oui » et « non » ; le médecin a répondu « oui » ; les aides-soignantes ont répondu « non ».

Dans 70,6% des cas, il y a une amélioration concernant la qualité du soin du résident (n=12). Pour le questionnaire rempli 3 fois par 3 catégories de professionnels, nous avons considéré la réponse positive car il existait une majorité de réponses positives. Les infirmières et le médecin ont répondu « oui » ; les aides-soignantes ont répondu « non ».

Les données concernant le NPI après intervention étaient très incomplètes : un résident a changé d'EHPAD, un résident est décédé, un a été hospitalisé pour une pathologie somatique, un autre pour les SPCD, deux NPI manquaient faute de réponse de l'EHPAD.

La diminution moyenne était de 15,7 points avec une diminution allant de 0 point à 44 points avec un NPI moyen de 38,3. Pour un résident, le NPI stagnait, avec une amélioration de la qualité de vie et de prise en soin. Pour un résident, le NPI a augmenté, sans amélioration de la qualité de vie ou du soin. Pour les résidents pour lesquels le NPI baissait, la qualité de vie du patient s'est améliorée dans 53,3% des cas et le soin s'est amélioré dans 73,3% des cas.

### **3.2.5 Incidence sur les autres résidents**

Les conseils ont été utilisés pour d'autres résidents de l'EHPAD dans 29,4% des cas (n=5).

### **3.2.6 Incidence sur les professionnels**

Dans 94,1% des cas (n=16), le stress ou les difficultés de l'équipe soignantes ont diminué. Pour le questionnaire rempli 3 fois par 3 catégories de professionnels, la majorité des réponses était en faveur d'une diminution du stress. Le médecin et les aides-soignantes ont répondu « oui » ; les infirmières ont répondu « oui » et « non » Une équipe n'a pas répondu à cet item.

### **3.2.7 Intérêt et critique d'EMMA**

Les équipes souhaitaient dans 100% des cas refaire appel à EMMA pour d'autres résidents si besoin, et 100% des équipes étaient désireuses de davantage de formations par EMMA.

Seules 8,8% des équipes ne souhaitaient pas avoir de compte-rendu écrit d'EMMA (n=3).

Concernant les points à améliorer, cela concernait les délais d'intervention ou de ré-intervention trop longs (6 questionnaires), ainsi que le délai de réception du compte-rendu trop long (1 questionnaire), retardant la prise en charge du résident. Pour réduire les délais, 2 équipes suggéraient d'augmenter le personnel d'EMMA.

## 4 DISCUSSION

### 4.1 Quelques forces de ce travail

Ce travail de thèse répond à une problématique de médecine générale. Le médecin généraliste est confronté aux soins de ses patients en EHPAD et travaille en lien avec les infirmières, les aides soignantes, le médecin coordonnateur et le reste de l'équipe de l'EHPAD. Il est fréquemment confronté à des SPCD qui peuvent mettre en défaut l'équipe et créer une situation rapidement intolérable. La clé de la médecine générale actuelle est dans la coopération des différents acteurs du soin; les voix des infirmières et des aides soignantes sont primordiales. L'appel à EMMA dans ces situations doit pouvoir être profitable à tous : résidents et professionnels.

C'est une étude originale, puisque EMMA est une équipe unique et que peu de travaux s'intéressent aux EHPAD et à leur personnel, ainsi qu'à l'épuisement professionnel en milieu de soin.

Le taux de réponse, du moins au 1er questionnaire a été bon, ce qui donne à l'étude une bonne représentativité. Le taux de suivi des recommandations a été excellent, et supérieur à la plupart des travaux précédents.

Ce travail s'est déroulé sur 11 mois, ce qui permet d'avoir un meilleur reflet de l'activité d'EMMA, indépendamment de la fluctuation durant les périodes de basse activité, comme les vacances d'été.

Le questionnaire a été anonymisé, la personne traitant des recueils de données n'étant pas en contact avec les équipes des EHPAD. Il était directement renvoyé par mail ou courrier sans passer par EMMA, ce qui permettait aux soignants d'être libres de leurs réponses.

L'étude s'est intéressée à un nombre important d'EHPAD, avec des caractéristiques différentes et une localisation variée.

Nous avons pu mettre en évidence que ces interventions étaient majoritairement satisfaisantes pour les équipes, en termes d'écoute et de réponse immédiate à la problématique du résident. Cela répond à notre objectif principal. Elles ont été bénéfiques pour la prise en charge et les conditions de travail. Cela correspond à l'objectif principale.

Nous avons pu identifier les points à améliorer et faire une évaluation, même partielle des interventions d'EMMA ce qui correspond à notre objectif secondaire.

De plus, ce travail est concordant avec d'autres travaux de thèse déjà réalisés, notamment quant à l'amélioration des SPCD après intervention. Il est également concordant concernant la nature des



SPCD et leur impact sur les soins, l'agressivité et l'anxiété étant les SPCD les plus gênants.

## 4.2 Satisfaction du personnel d'EHPAD

### 4.2.1 Satisfaction immédiate

#### *a) Vécu de l'intervention*

Les interventions ont toutes été vécues comme une aide et toutes considérées de bonne à très bonne qualité par les équipes, tant dans la satisfaction globale de l'intervention que dans la qualité d'écoute. On rappelle le rôle de soutien d'une EMG lors des interventions. On pourrait comparer l'intervention d'EMMA à une thérapie centrée sur la personne, où la personne serait l'équipe de l'EHPAD. Cette thérapie repose sur l'acceptation inconditionnelle positive (EMMA respecte les équipes comme une entité possédant des valeurs et des buts uniques), la compréhension empathique (EMMA essaye de percevoir la situation d'après le cadre de référence de l'équipe), l'authenticité (EMMA ne reste pas dans la neutralité) et la congruence (accord entre la pensée, les sentiments et les comportements) (45).

#### *b) Réponse aux besoins immédiats*

Les interventions ont répondu au moins partiellement aux besoins de l'équipe dans 97,1% des cas. La satisfaction ne dépendait pas de la qualité d'écoute. La réponse partielle aux besoins est rencontrée dans des situations complexes, avec association de multiples SPCD.

Pour une de ces situations, selon l'équipe de l'EHPAD, un 2<sup>e</sup> passage aurait été nécessaire pour comprendre et gérer toutes les facettes de la problématique. Pourtant l'intervention ne concernait qu'un SPCD : l'agressivité. On voit donc toute la complexité des situations que peut gérer le personnel d'un EHPAD. On s'aperçoit qu'il ne suffit pas de prescrire un médicament un patient pour que le problème s'arrange.

Pour 2 autres situations, la réponse aux besoins passait plus par l'action et donc la résolution du problème que sur le bienfait en lui-même de la rencontre et de l'échange avec EMMA. Ces équipes attendaient la mise en place des préconisations et d'évaluer leurs effets pour se prononcer.

#### *c) Réponse aux attentes médicamenteuses et non médicamenteuses*

Concernant les attentes en termes de moyens médicamenteux, la satisfaction était encore une fois

très bonne. Seule une équipe était vraiment insatisfaite du fait de l'absence de changement thérapeutique. Une autre n'avait pas d'attente particulière, et donc ne pouvait pas répondre à cette question.

La satisfaction quant aux besoins non médicamenteux était un peu moins bonne, du fait d'une restriction du personnel d'EMMA dans les interventions (absence de l'infirmière coordonnatrice). Une équipe spécifiait qu'elle n'a pas reçu de conseils non médicamenteux mais n'était pas en demande.

#### ***d) Délai d'intervention***

La satisfaction quant au délai d'intervention était plus mitigé. Les équipes étaient satisfaites dans 48,6% des interventions, avec une demande de passage allant de 3 ou 4 jours à 3 semaines (12 jours en moyenne). Les délais (34,7 jours en moyenne) ont été largement supérieurs au projet d'EMMA qui est de 15 jours d'attente (19). Cela tient au fait que EMMA a manqué de personnel et donc de temps pendant toute une partie de l'année 2016. En effet, il n'existe pas de temps plein au sein de l'équipe, hormis l'infirmière coordonnatrice, et le Dr Roubaud a changé de poste dans le courant de l'année et n'a pas pu être remplacé. C'est d'ailleurs une suggestion qui est revenue 6 fois dans les questionnaires : réduire les délais d'intervention. C'était d'ailleurs la seule suggestion, à part la réduction du délai de réception du compte rendu d'intervention. Pour cela, les EHPAD ont suggéré d'augmenter le personnel d'EMMA à 2 reprises.

On peut aussi expliquer ce délai par un besoin d'EMMA d'élaborer un projet parfois complexe, pouvant faire intervenir les différents professionnels dans l'EHPAD. Le temps pour l'élaborer s'allonge, d'autant plus que pendant ce temps les premiers appels et les autres interventions s'accumulent et qu'il s'agit parfois de prioriser certaines situations.

Le délai moyen jugé acceptable par les équipes (12 jours) correspond à l'objectif d'EMMA, et donc à un délai de situations semi-urgentes.

#### ***e) Rôle pédagogique et compte-rendus***

Les 2 EHPAD en demande de formation ont été satisfaites par l'aspect pédagogique de l'intervention. Pour celles ayant trouvé un rôle pédagogique à l'intervention sans avoir fait la demande de formation, on peut en conclure que les interventions ont dépassé les attentes des équipes soignantes et que l'intérêt d'EMMA repose aussi ce volet préventif, ce rôle d'éducation. En effet, la prise en charge de situations difficiles passe aussi par la nécessité d'explorer les potentielles significations du comportement du résident, d'identifier les nouvelles approches à mettre en place et

donc en cela d'élargir la réflexion de l'équipe (34).

Par ailleurs, le compte-rendu écrit était important pour 91,1% des interventions, comme feuille de route ou document de référence qui peut peut-être permettre aux équipes soignantes d'avoir plus d'autonomie par rapport au médecin traitant. Un des EHPAD a suggéré de raccourcir le délai de réception du compte rendu pour accélérer la mise en place des préconisations.

#### **4.2.2 Satisfaction à 1 mois**

Il est intéressant d'évaluer la satisfaction de l'équipe de manière indirecte, par l'amélioration de la qualité de vie du patient, qui est généralement une source de satisfaction d'un soignant. C'est le but du soin : trouver une solution pour soigner, voire guérir un patient. Ce but est même inscrit légalement : contrat civil avec obligation de moyen et non de résultat pour le médecin (46), qualité technique et relationnelle avec maintien de l'autonomie de la santé mentale ou physique pour l'infirmière (47).

La qualité de vie du résident s'est améliorée dans plus de la moitié des cas. Il est intéressant de constater que les avis pouvaient diverger en fonction du poste dans l'EHPAD. Dans le questionnaire qui a été renvoyé par 3 types de professionnels, les médecins étaient plus optimistes que les infirmières et surtout que les aides soignantes qui sont peut être le plus en contact avec le résident (toilette, alimentation...). Dans les autres questionnaires, les réponses sans amélioration de la qualité de vie pouvaient se retrouver quelque soit le professionnel ayant répondu.

La satisfaction est aussi liée aux conditions de travail du personnel. La qualité de travail s'est retrouvée améliorée par l'intervention d'EMMA, avec une diminution du stress lié au travail dans 94,1% des cas.

La satisfaction peut aussi être évaluée par le fait de refaire appel à la structure qui vous a conseillé. Dans ce sens, EMMA était à 100% de satisfaction car toutes les EHPAD ayant répondu voulaient refaire appel à EMMA.

### **4.3 Épuisement professionnel**

L'épuisement professionnel représentait dans le cas de notre étude une grande part des interventions, avec 76,5% des équipes se disant épuisées.

Par ordre de fréquence, on voit que les SPCD les plus gênants étaient l'agressivité à 62,9%, l'anxiété à 37,1% puis la déambulation ou la désinhibition.

L'opposition aux soins, qui ne fait pas partie des SPCD, représentait 45,7%.

On retrouvait l'épuisement pour 95,5% des cas d'agressivité, et dans 54,5% des cas d'opposition aux soins.

On s'aperçoit que dans la plupart des situations, les SPCD étaient associés entre eux. Dans les SPCD uniques, seuls l'agressivité et la déambulation étaient des motifs d'épuisement.

Comme il a été souligné dans la littérature, les symptômes productifs sont effectivement les plus durs à gérer (29), alors que l'apathie, pourtant SPCD le plus prévalent dans la littérature (14–16) n'est que peu retrouvé dans notre étude (14,3%). Elle n'est liée dans notre étude à un épuisement que si on retrouvait chez le résident d'autres troubles.

La satisfaction au travail est généralement conceptualisée comme la résultante de la congruence entre deux dimensions : les attentes, c'est-à-dire les représentations qu'a l'individu de ce que doit ou devrait être son travail, et le travail vécu, c'est-à-dire les représentations qu'a l'individu de ce qu'est son travail. Plus faible est la distance entre ces deux dimensions, plus il y a congruence, et plus la satisfaction est importante (48). Ce que devrait être le travail d'un soignant, c'est de pouvoir prendre soin de ses patients et d'améliorer ses conditions de vie et de pouvoir apprécier son travail sans subir la situation. On s'en rapproche si les mesures d'EMMA sont efficaces. Une étude (49) a mis en évidence que le burn out peut survenir en fonction de plusieurs facteurs: des exigences de travail (charge de travail, manque d'écoute et de considération, exigences émotionnelles) et des exigences inter personnelles (qualité des relations avec les autres professionnels de santé et avec les résidents). Si on peut diminuer la charge de travail, diminuer l'impact émotionnel des SPCD et augmenter l'écoute dans les situations difficiles, le risque de burn out pourrait alors diminuer.

Il y a donc l'amélioration de la qualité de prise en soin et, ce qui en découle, l'amélioration du stress. Le soin du résident s'est révélé être plus facile pour les équipes dans 70,6% des cas avec une diminution du stress dans 94,1% des cas, ce qui est un taux exceptionnellement bon.

Dans le cas des réponses divergentes pour un même résident, on peut constater que les aides soignantes n'ont pas vu d'amélioration de la prise en charge du résident, contrairement aux infirmières ou au médecin. Pourtant, elles ont vu une réduction du stress lié au travail alors que les infirmières sont mitigées sur ce point.

On peut alors penser, comme dans la relation médecin-patient où le médecin peut agir comme un médicament, que la venue d'EMMA peut agir comme « déblocageur de situation ». Nous avons déjà mentionné qu'EMMA peut agir comme une thérapie de soutien. Il suffit parfois de l'écoute active pour désamorcer une situation difficile, avec la remise en place du dialogue dans l'équipe, le

maintien ou le renforcement de la cohésion de l'équipe (45). La formation des soignants a tendance à diminuer les SPCD (32). Dans notre étude, le NPI a baissé en moyenne et le stress professionnel a baissé dans 97,1% des cas.

Il serait intéressant de réaliser une étude différenciant les 3 corps de métier, médecin, aides soignantes, infirmières, afin d'évaluer leur perception de l'intervention.

## **4.4 Besoins des professionnels**

### **4.4.1 Professionnels en demande**

Le médecin traitant a été peu à l'origine de la demande d'intervention, soit 5 fois. On peut émettre l'hypothèse que c'est le manque de proximité vis-à-vis du patient qui en est la cause. Le médecin généraliste n'est pas confronté aux SPCD en permanence. Néanmoins, le médecin coordonnateur a été plus présent dans cette demande, et celui-ci reste un médecin généraliste. EMMA reste donc un outil important pour la médecine générale.

La décision de faire appel à EMMA a été prise de manière concertée dans 32,4% des cas, et il n'existait qu'un cas où tous les acteurs de l'EHPAD étaient concernés. On pourrait penser qu'il existe dans certaines de ces structures un manque de communication entre les différents professionnels. Le médecin coordonnateur et l'équipe ont demandé l'intervention à parts égales. Il est intéressant de constater que l'équipe soignante peut se servir de ce dispositif de manière indépendante (mais avec accord du médecin traitant). La demande de l'équipe seule n'est associée à un épuisement que dans 50% des cas et ne retrouve pas de difficultés avec les familles.

La demande n'a jamais été à l'initiative de la famille. Cela corrobore les résultats du bilan d'activité 2014 (44): les appels par les aidants familiaux n'ont été enregistrés que pour des situations au domicile.

### **4.4.2 Appréhension de l'intervention**

Aucune EHPAD n'appréhendait l'intervention d'EMMA. Comme il a pu être dit dans certaines études (50) (51), les équipes peuvent craindre d'être jugées pour leur travail, mises en défaut ou remises en question dans leur rôle. Le seul questionnaire spécifiant une appréhension était en fait le reflet d'un objectif primordial pour l'équipe : la compréhension des SPCD. Toutefois l'équipe n'a pas mis en avant la demande de formation dans son motif de signalement. Et cette équipe a été pleinement satisfaite du rôle d'EMMA au niveau pédagogique et dans la réponse à la demande

d'aide.

L'absence d'appréhension peut aussi être liée à la présence d'EMMA depuis quelques années dans le parcours de soin. Quand on regarde la liste des EHPAD visités, on s'aperçoit qu'EMMA est intervenu parfois plusieurs fois dans le même EHPAD. Les équipes sont alors bien au courant de son fonctionnement.

#### **4.4.3 Type d'aide**

Nous n'avons pas retrouvé de tendance concernant la relation entre les corps de métier à l'origine des demandes et le type d'aide demandée ou les SPCD en cause.

##### ***a) Aide thérapeutique***

Les aides thérapeutiques étaient les demandes majoritaires.

Comme le souligne la HAS (25), le soin des SPCD doit passer par une première approche non médicamenteuse. On voit que cette préoccupation est importante pour les équipes puisque les demandes d'approche non médicamenteuse représentaient 71,4% des interventions. C'est une évolution de notre mode de prise en soin des patients qui s'inscrit également dans une volonté de détachement de la pharmacologie de la part de certains patients (anti-vaccins, médecine douce...). Le personnel soignant et les médecins restent des malades potentiels qui souhaitent appliquer aux patients les visions du soin qu'ils auraient pour eux même.

L'aide thérapeutique médicamenteuse restait quand même le motif d'intervention le plus important, avec 97,4% des demandes.

##### ***b) Besoin de soutien***

Le besoin de soutien, que ce soit à l'intérieur de l'équipe ou par rapport aux familles représentait 54,2% des demandes. Comme il a été noté dans le travail de thèse du Dr C. Braga (52), le passage d'une équipe mobile de gériatrie est un moyen unique de « *créer une collégialité dans la prise de décision concernant leurs résidents et, plus largement de pouvoir discuter, échanger autour de la prise en charge de leurs résidents* ». On peut y observer un besoin de conciliation même entre médecin coordonnateur et médecin traitant. Pour soutenir les soignants, il faut reconnaître les bonnes intentions, donner de la valeur à ce qui a été entrepris, faire un état des lieux de la vision de la situation pour chaque type de professionnels dans l'EHPAD, identifier les demandes d'aide (34).

Dans 37,1% des cas de notre étude, il s'agissait d'un soutien par rapports aux familles.

A l'heure où nous souhaitons tendre à un modèle de santé publique où le patient doit être acteur de sa santé, la prise de décision dans les cas de TNM se fait par l'aidant familial que ce soit en EHPAD ou au domicile. Les patients ont souvent leur propres sources d'informations et remettent parfois en cause les décisions du médecin traitant ou coordonnateur. Comme il est spécifié dans la thèse du Dr Braga, le passage d'une EMG tend parfois à légitimer les décisions du médecins, leur rattachement hospitalier lui donnant un statut d'expert moins contestable.

Dans notre étude, l'épuisement de l'équipe n'est lié au besoin de soutien par rapport à la famille que dans 34,6% des cas d'épuisement.

Dans le rapport *les dossiers de la Drees* (36), la souffrance des soignants peut se retrouver dans des situations conflictuelles avec la famille ou les proches. Ceux-ci ont un niveau d'exigence élevé concernant tous les aspects de la prise en charge du résident : alimentation, activités, soins... Bien que ces situations soient peu fréquemment rencontrées, l'impact émotionnel est important sur l'équipe.

### **c) Éviter les hospitalisations**

Éviter les hospitalisations est un motif de satisfaction ou une demande courante vis à vis des EMG, que l'on retrouve dans toutes les enquêtes (51–53). Dans notre étude, le besoin d'éviter les hospitalisations est presque automatiquement lié à une intention imminente d'hospitalisation (83,3%). Mais certaines équipes envisageaient l'hospitalisation et ne souhaitaient pas l'éviter grâce au passage d'EMMA mais plutôt la faciliter. Cette intention d'hospitalisation est liée à un épuisement professionnel dans 80% des cas.

### **d) Besoin de formation**

Le besoin de formation était bien moindre que celui retrouvé dans la thèse du Dr Braga (52). On peut faire l'hypothèse que l'intervention fait fonction de formation pour les équipes. Lors de l'intervention, EMMA fait une mise au point avant et après avoir rencontré le résident. Cela permet un échange entre EMMA et l'EHPAD, et donc d'en apprendre plus sur le SPCD du résident via l'expertise d'EMMA.

### **e) Besoin diagnostique**

Le besoin diagnostique était peu présent (14,7%). On l'a retrouvé dans des situations de SPCD multiples ou difficiles à gérer (anxiété, agressivité, opposition).

## 4.5 Suivi des recommandations

Des besoins des professionnels et de leur satisfaction découle le suivi des recommandations d'EMMA.

Les recommandations ont été très largement suivies : à 88,2% pour les conseils médicamenteux et 94,1% pour les non médicamenteux. Ces taux semblent concordants avec les travaux de thèse menés à Annecy et Paris (51) (52). Ils semblent largement supérieurs à plusieurs autres travaux qui concernent les suivis de recommandations (54).

Contrairement à ce qui ressort de la thèse du Dr Decelle (51), le non-suivi des recommandations thérapeutiques non médicamenteuses n'était pas dû au médecin généraliste. Il pouvait être dû à un problème organisationnel au sein de l'EHPAD (relevé 4 fois), au refus du patient (relevé 2 fois) ou à des conseils inadaptés (relevé 1 fois). Dans notre étude, il est mentionné le fait que le turn over des soignants était en cause ou l'absence d'intervention de l'infirmière coordonnatrice d'EMMA.

Il est intéressant de voir que sur les raisons de non applicabilité, les avis ont pu diverger selon les postes. Dans le questionnaire ayant été renvoyé 3 fois, le médecin considérait que c'était l'organisation qui est en cause, les infirmières que c'était le patient et les aides soignantes précisaient que les conseils avaient déjà été essayés. Le 1er questionnaire avait été rempli par le cadre de santé : il faut donc se poser la question de la présence de tous les échelons de l'EHPAD lors du passage d'EMMA, ainsi que de la représentativité de ces postes dans les questionnaires. Il faut également se poser la question de la collégialité : y a t il eu un débriefing de l'intervention d'EMMA directement après et une remise en question plus tardive ?

Toutes ces questions méritent d'être abordées dans un travail ultérieur.

La communication semble encore devoir être renforcée.

## 4.6 Effet sur le patient et les autres résidents

Concernant le NPI, la baisse du score était en moyenne de 15,7 points. Les interventions étaient donc bénéfiques sur les SPCD. On l'a dit, même si cette notion n'est pas quantifiée, les équipes estimaient que l'intervention a amélioré la qualité de vie du résident.

Il faut noter des résultats inattendus. Le premier était une stagnation du NPI chez un patient, avec toutefois une amélioration subjective de la situation (qualité de vie, qualité de soin). Le 2è concernait une hausse du NPI chez un patient, avec à un mois, une absence d'amélioration de la qualité de vie ou de soin du résident. On retient aussi qu'un résident a été hospitalisé pour les SPCD qu'il présentait au moment de l'intervention. Pourtant, dans ce dernier cas, l'intervention d'EMMA



avait amélioré partiellement la qualité de vie et de prise en soin du résident. Cela doit nous rappeler que les TNM sont des pathologies évolutives, avec des modalités d'évolution variées.

Nous avons déjà mentionné que l'amélioration de la qualité de vie du patient était encourageante, avec plus de la moitié des résidents dont on a amélioré la qualité de vie (52,9%).

Les conseils prodigués pour un résident n'ont pu être utilisés que dans près de 30% des cas pour d'autres résidents de l'EHPAD. Ce chiffre paraît faible, mais sachant que les problématiques des résidents sont uniques et la prise en charge relevant du cas par cas, il peut être vu comme très encourageant. De même, tous les résidents ne présentant pas de troubles cognitifs et encore moins de SPCD gênants, il est plutôt satisfaisant de constater que certains conseils peuvent quand même être mis en place pour d'autres résidents.

## 4.7 Comparaison aux autres études

A Lyon, deux travaux de thèse ont déjà été réalisés concernant EMMA, en traitant des interventions au domicile.

Concernant la satisfaction des médecins généralistes face aux interventions d'EMMA (53), il apparaît que le bénéfice se trouve dans l'expertise géronto psychiatrique, le soutien face à une prise en charge complexe. Elle permet d'éviter les hospitalisations, de se sentir moins seul face à ces problématiques et de baisser la charge de travail qui y est liée. Globalement EMMA apparaît comme une aide pour le praticien, mais aussi pour la famille et le patient, notamment dans l'acceptation de la maladie ou la décision d'entrée en institution.

Ces problématiques sont retrouvées dans notre travail.

Dans l'étude du Dr Tourasse (55), il a été montré que l'intervention d'EMMA au domicile augmentait la qualité de vie de l'aidant et tendait à diminuer l'intensité des SPCD, avec une baisse du NPI de 15 points en moyenne. La diminution du score NPI après intervention d'EMMA en EHPAD est comparable à celui ci. Il est comparable à un autre travail évaluant l'impact de l'intervention d'EMMA sur le NPI (56). Il faut néanmoins préciser que la taille de notre échantillon est petite, car cette diminution n'est calculée que sur 9 scores.

Dans notre étude, l'ordre de fréquence de ces SPCD (agressivité puis anxiété puis déambulation) était différent de celui retrouvé au domicile dans la thèse du Dr Malpot (agressivité puis déambulation puis hallucinations) (53). L'opposition aux soins semblait comparable : 48,8% dans la thèse du Dr Malpot, contre 47% dans notre étude. Dans le bilan d'activité d'EMMA 2014 (19), les

SPCD les plus fréquents en EHPAD étaient identiques à notre étude: l'agressivité, la dépression/anxiété puis la déambulation, L'épuisement professionnel en EHPAD est retrouvé dans 26,4% des cas contre 76,5% des cas dans notre étude. On note que l'épuisement professionnel au domicile est retrouvé dans moins de 5% des cas. On retrouvait l'opposition aux soins seulement dans 10% des cas, contre 47% dans notre étude.

La satisfaction globale semblait comparable ou supérieure à celle des autres thèses.

La satisfaction concernant le délai d'intervention était largement inférieur aux autres thèses existantes (52) (53), mais ce délai est lié au manque de personnel transitoire d'EMMA.

Par contre, le suivi des recommandations médicamenteuses d'EMMA dans notre travail (88,2%) semblait supérieur au travail réalisé auprès des médecins généralistes sur Lyon (80,5%) (53). Le suivi global dans notre étude (91,2%) semblait légèrement supérieur au travail réalisé en EHPAD à Paris (89,6%), mais cette thèse concernait une EMG non spécialisée dans les SPCD (52). Par contre, l'étude menée à Annecy auprès de médecins généralistes retrouvait un score de suivi en EHPAD de 98,1%, que ce soit pour les recommandations médicamenteuses ou non (51). Là aussi, elle concernait une EMG classique.

Dans ces travaux, on retrouvait des problématiques coûteuses en temps et en énergie, pour les EHPAD ou les médecins généralistes : troubles du comportements, troubles cognitifs, douleur, troubles psychiatriques... Le rôle des EMG était mis en avant, avec les mêmes problématiques qu'EMMA : le travail de thèse en EHPAD soulignait l'importance de la discussion entre les différents professionnels de l'EHPAD.

## 4.8 Limites de l'étude

Les questionnaires comportaient presque exclusivement des questions fermées, à choix multiples, avec certaines demandes de précisions. Ceci impliquait des réponses plus objectives mais aussi plus restrictives. Les informations étaient déclaratives, ce qui représente une possibilité d'erreur.

Nous n'avons pas utilisé de classification des SPCD en particulier, faute de Gold Standard bien défini, et la liste proposée peut être considérée comme incomplète.

Les questionnaires devraient être améliorés car il manquait la distinction du médecin coordonnateur et médecin traitant dans l'item sur le remplissage, il manquait également une plage pour préciser le type d'aide « autre ». Pour connaître un peu plus les EHPAD, il aurait également fallu savoir si elles étaient dotées au moins partiellement d'une secrétaire.

Les premiers questionnaires ont été remplis par une seule personne dans 61,8% des cas, ce qui

diminue la représentativité des réponses. Il peut exister un biais de réponse si tous les corps de métiers ne sont pas représentés. Ainsi, les aides soignants n'ont rempli qu'un seul 1er questionnaire. Les 2emes questionnaires ont été remplis de manière plus collégiale, et étaient plus représentatifs d'un EHPAD. Les médecins et cadres infirmiers sont représentés plus équitablement, les infirmières sont plus représentées que dans le 1er questionnaires. Les aides soignantes restaient sous-représentées, même si leurs réponses étaient plus présentes en comparaison avec le 1er questionnaire.

Un des questionnaires remplis à un mois de l'intervention a été rempli par 3 métiers différents. Cela met en évidence des réponses divergentes selon le poste occupé dans l'EHPAD.

Nous n'avons pas exploré la possibilité d'un rôle prescripteur comme dans les autres travaux, qui montraient que les médecins sont plutôt partagés sur ces questions (Paris, Annecy, Lyon). Ce n'était pas un des buts recherchés. Pourtant, une équipe d'EHPAD a parlé du fait que la mise en place des préconisations était retardée par le délai de réception du courrier (que 91,1% des équipes veulent avoir comme référence). Cela laisserait penser qu'un rôle prescripteur faciliterait la mise en place des mesures et donc améliorerait la prise en charge.

Nous n'avons pas travaillé avec des échelles de satisfaction quantifiable, ce qui rend la méthode peu reproductible et sujette à discussion, car la satisfaction est une notion subjective. Ainsi, nous avons d'emblée considéré que l'amélioration du SPCD ainsi que l'amélioration des conditions de travail pouvaient être considérés comme une satisfaction.

Certaines réponses demanderaient également des précisions qu'il sera intéressant de traiter dans un nouveau travail, notamment sur les raisons de l'amélioration ou l'absence d'amélioration de la qualité de vie, de la qualité de prise en soin, ou du stress de l'équipe. Il faudrait se concentrer sur une étude qualitative.

Au niveau de l'organisation, certains des premiers questionnaires n'ont pas été distribués directement après intervention mais quelques heures ou jours après, par courrier électronique, ce qui a pu contribuer à la baisse des réponses en fin d'étude. Dans la même optique, l'envoi par courrier électronique du 2è questionnaire n'a sûrement pas été suivi faute de présence physique.

Nous avons eu également des données manquantes dans les dossiers, notamment au niveau des NPI après intervention, car il est possible qu'une fois l'aide apportée, les EHPAD oublient plus

facilement de nous renseigner. On a également vu qu'un des résidents avait du être hospitalisé pour les même SPCD qu'il présentait au moment de l'intervention, d'où l'absence d'information concernant le NPI à 1 mois.

## 5 CONCLUSION

En lien avec le vieillissement de la population, les Troubles Neuro cognitifs Majeurs (TNM) représentent un problème de santé publique majeur et sont responsables de plus en plus d'entrées en institution. La maladie d'Alzheimer représente 60 à 70% des TNM. On retrouve des Symptômes Psycho Comportementaux liés à la Démence (SPCD) jusqu'à 97% des cas. On peut les classer en troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles psychomoteurs et troubles des fonctions élémentaires. Le plus fréquemment retrouvé reste l'apathie, et les plus gênants restent les troubles dits productifs (hallucinations, idées délirantes, agitation/agressivité, comportement moteur aberrant). Leur prise en charge repose sur les méthodes non médicamenteuses puis médicamenteuses. En Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les SPCD peuvent amener les équipes soignantes dans l'impasse, voire dans la souffrance. Dans ce contexte, l'Équipe Mobile Maladie d'Alzheimer (EMMA) de l'Hôpital des Charpennes intervient pour évaluer et préconiser une prise en charge globale du résident. Notre objectif primaire est d'évaluer la satisfaction, immédiate et à 1 mois, des équipes soignantes dans les EHPAD quant à cette intervention. L'objectif secondaire est de faire un état des lieux des interventions d'EMMA, et d'identifier les points à améliorer.

Nous avons mené une étude observationnelle prospective au moyen de 2 questionnaires distribués au décours de l'intervention puis à 1 mois, de Février 2016 à Janvier 2017. Cette étude n'incluait que les interventions en EHPAD.

Nous avons distribué 71 premiers questionnaires dans 42 EHPAD et nous en avons analysés 34 ; puis nous avons renvoyé 34 deuxièmes questionnaires et recueilli 17 réponses. Le niveau de satisfaction globale va de « satisfaisant » à « très satisfaisant » (94%), avec une réponse totale aux besoins dans 85,3% des cas et une intervention vécue comme une aide à 100%. Il existe une bonne ou très bonne qualité d'écoute. La demande majoritaire était une aide thérapeutique. A 1 mois, les conseils médicamenteux ont pu être suivis à 88,2% et les conseils non médicamenteux à 94,1%, avec une inconstance liée à des problèmes organisationnels pour la plupart des cas. Le stress de l'équipe a été diminué à 94,1% et la qualité de vie du résident a été améliorée à 70,6%, avec une baisse du Neuro Psychiaric Inventory (NPI) de 15,7 points en moyenne. Les SPCD en cause étaient très majoritairement l'agressivité ou l'anxiété, avec une opposition aux soins très présente.

Dans cette étude, nous avons pu mettre en évidence la satisfaction globale des équipes après les interventions. On peut observer le fort taux de suivi des recommandations et l'intérêt des préconisations sur le stress professionnel ressenti et leur utilisation sur d'autres résidents. Les points à améliorer sont les raccourcissements des délais d'intervention et une augmentation du personnel. Comme dans d'autres études, EMMA apparaît comme une structure à pérenniser. Les résultats de cette thèse sont concordants avec des thèses d'autres régions et complètent les travaux concernant EMMA sur la région lyonnaise. Elle fait partie des outils que le médecin généraliste, en lien avec les personnel d'EHPAD, peut utiliser. Il serait intéressant de réaliser des études qualitatives différenciant chaque poste dans l'EHPAD, concernant leur satisfaction.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé, Ministère d'état aux Personnes Agées. (Consulté le 26/12/2015). Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
2. INSEE (Consulté le 10/05/2017). Bilan démographique 2016, [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
3. INSEE. (Consulté le 10/05/2017). Espérance de vie à divers âges en 2016, [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-Donnes>
4. DRESS. (Consulté le 16/08/2017). Projection des populations âgées dépendantes – article43, [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>
5. Berr C, Akbaraly TN, Nourashemi F, Andrieu S. Épidémiologie des démences. Presse Médicale. oct 2007;36(10, Part 2):1431-41
6. Ministère délégué à la Sécurité, sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. (Consulté le 26/12/2015). Plan Solidarité Grand Age, [Internet]. Disponible sur: [http://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_solidarite\\_grand\\_age\\_2008.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf)
7. INSEE (Consulté le 16/08/2017). Personnes âgées dépendantes–Tableaux de l'Économie Française, [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
8. INSEE. (Consulté le 13/04/2017). Accueil des personnes âgées (équipements médico-sociaux) au 1er janvier 2014, [Internet]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690#tableau-TCRD\\_067\\_tab1\\_regions2016](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690#tableau-TCRD_067_tab1_regions2016)
9. Le réseau REHPA. (Consulté le 05/04/2017). La lettre du réseau REHPA n°0-Nov 2008, [Internet]. Disponible sur: [http://www.orsmip.org/enquetes/rehpa/modules/partie/publications/lettre\\_du\\_gretonpole\\_n\\_0.pdf](http://www.orsmip.org/enquetes/rehpa/modules/partie/publications/lettre_du_gretonpole_n_0.pdf)

10. OMS. (Consulté le 15/02/2017). La démence, [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
11. Psychomédia. (Consulté le 04/03/2017). Qu'est-ce que la démence ? Critères diagnostiques du DSM-5 et symptômes, [Internet]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-08-17/criteres-diagnostiques-demence-trouble-neurocognitif-majeur>
12. García-Alberca JM. Cognitive intervention therapy as treatment for behaviour disorders in Alzheimer disease: evidence on efficacy and neurobiological correlations. *Neurol Engl Ed.* :8–15.
13. Petrovic M, Hurt C, Collins D, Burns A, Camus V, Liperoti R, et al. Clustering of behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD): a European Alzheimer's Disease Consortium (EADC) study. *Acta Clin Belg.* 2007 Déc;62(6):426-32.
14. Gonfrier S, Andrieu S, Renaud D, Vellas B, Robert PH. Course of neuropsychiatric symptoms during a 4-year follow up in the REAL-FR cohort. *J Nutr Health Aging.* 2012 Févr;16(2):134-7.
15. Wetzels RB, Zuidema SU, de Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Course of Neuropsychiatric Symptoms in Residents with Dementia in Nursing Homes Over 2-Year Period. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010 Dec;18(12):1054-65.
16. Spalletta G, Musicco M, Padovani A, Perri R, Fadda L, Canonico V, et al. Neuropsychiatric Symptoms and Syndromes in a Large Cohort of Newly Diagnosed, Untreated Patients With Alzheimer Disease. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010 Nov;18(11):1026-35.
17. Haute Autorité de Santé. (Consulté le 28/11/2017) Inventaire NeuroPsychiatrique-version équipe soignante, [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07\\_memo\\_maladie\\_alzheimer\\_troubles\\_comportement\\_equipe\\_soignante\\_npi-es\\_2013-02-26\\_14-58-55\\_901.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_equipe_soignante_npi-es_2013-02-26_14-58-55_901.pdf)
18. Pancrazi M, Metais P. Diagnosis of psychological and behavioural disorders in Alzheimer's disease. *Presse Med.* 2005;34(9):661-6.
19. Richard G. Rapport d'activité 2012-2013 de l'Equipe Mobile Maladie d'Alzheimer de



l'Hopital des Charpennes. 2013.

20. Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, et al. Behavioral and psychologic symptoms in Alzheimer's disease: results of the REAL.FR study. *Rev Med Interne*. 2003Oct ;24 (Suppl 3):319s-324s.
21. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA*. 2012 Nov 21 ;308(19):2020-9.
22. Hersch EC, Falzgraf S. Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clin Interv Aging*. 2007 Déc;2(4):611-21.
23. Severson MA, Smith GE, Tangalos EG, Petersen RC, Kokmen E, Ivnik RJ, et al. Patterns and predictors of institutionalization in community-based dementia patients. *J Am Geriatr Soc*. 1994 Févr;42(2):181-5.
24. Thomas P, Peix R-O, Hazif-Thomas C. Les troubles du comportement des personnes âgées. *Soins Gériatrie*; [Internet] 1 Oct 2008; Vol.13, n°73 [Consulté le 09/11/2015] Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/184577>
25. Haute Autorité de santé. (Consulté le 16/08/2017). Recommandation Maladie d Alzheimer et maladies apparentées Diagnostic et prise en charge, [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prsie\\_en\\_c\\_harge.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_c_harge.pdf)
26. Luttenberger K, Donath C, Uter W, Graessel E. Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6-month follow-up. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Mai;60(5):830-40.
27. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M, Freedman L. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. Sept 2012;73(9):1255-61.
28. Wenisch E, Stoker A, Bourrellis C, Pasquet C, Gauthier E, Corcos E, et al. Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés. *Rev Neurol*,

[Internet]. 1 mars 2008, Vol.161, n°3, [Consulté le 8/01/2016]. Disponible sur: <<http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/105443/resultatrecherche/2>>

29. Calvet B, Charles J-M, Clément J-P. Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD. NPG [Internet]. 8 Déc 2016. [Consulté le 14/12/2016] Disponible sur: <<http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/1097575/resultatrecherche/1>>
30. Visser SM, McCabe MP, Hudgson C, Buchanan G, Davison TE, George K. Managing behavioural symptoms of dementia: effectiveness of staff education and peer support. *Aging Ment Health*. 2008 Janv;12(1):47-55.
31. Beer C, Horner B, Flicker L, Scherer S, Lautenschlager NT, Bretland N, et al. A cluster-randomised trial of staff education to improve the quality of life of people with dementia living in residential care: the DIRECT study. *PloS One*. 2011;6(11):e28155.
32. Robert P, Massa I. (Consulté le 21/09/2015) Traitement non médicamenteux en EHPAD *TNM-EHPAD*, [Internet]. Disponible sur: [http://www.cmrr-nice.fr/doc/TNM\\_descriptif.pdf](http://www.cmrr-nice.fr/doc/TNM_descriptif.pdf)
33. Burgio LD, Stevens A, Burgio KL, Roth DL, Paul P, Gerstle J. Teaching and Maintaining Behavior Management Skills in the Nursing Home. *The Gerontologist*. 2002 Août 1;42(4):487-96.
34. Curchod C. Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits. Masson; 2009. p17-25.
35. INRS. (Consulté le 10/05/2017). Epuisement professionnel ou burnout, [Internet]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>
36. Les dossiers de la DRESS. (Consulté le 16/08/2017). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, [Internet]. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>
37. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé, Secrétariat d'état aux personnes âgées. (Consulté le 16/08/2017). Plan Alzheimer 2001-2005, [Internet]. Disponible sur: [http://back-alz.cloud14-firstudio.com/blacktheme/scripts/tinymce\\_new/js/tinymce/plugins/moxiemanager/data/files/PL](http://back-alz.cloud14-firstudio.com/blacktheme/scripts/tinymce_new/js/tinymce/plugins/moxiemanager/data/files/PL)

ANS/Plan%20Alzheimer\_2001-2005.pdf

38. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. (Consulté le 26/012/2015) Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/planalzheimerbroschure.pdf>
39. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (Consulté le 26/12/2015). Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 [Internet]. Disponible sur: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>
40. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. (Consulté le 26/12/2015). Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007, [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040037.htm>
41. Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère, délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille. (Consulté le 26/12/2015). Circulaire du 28 Mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2012/11/circulaire-fili%C3%A8re-g%C3%A9riatrique.pdf>
42. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (Consulté le 16/08/2017). Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019, [Internet]. Disponible sur: [http://back-alz.cloud14-firststudio.com/blacktheme/scripts/tinymce\\_new/js/tinymce/plugins/moxiemanager/data/files/PLANS/Plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives\\_2014-2019.pdf](http://back-alz.cloud14-firststudio.com/blacktheme/scripts/tinymce_new/js/tinymce/plugins/moxiemanager/data/files/PLANS/Plan_maladies_neuro_degeneratives_2014-2019.pdf)
43. Couturier P. Les équipes mobiles extra-hospitalière de psychogériatrie; psychiatrie et/ou gériatrie? Rev Gériatrie [Internet]. Nov 2012;Vol.37, n°9. [Consulté le 08/01/2016]. Disponible sur: <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2012/11/EM-psychogeriatric.pdf>
44. Richard G. Rapport d'activité 2014 de l'Equipe Mobile Maladie d'Alzheimer de l'Hôpital des Charpennes. 2014.
45. La psychopathologie et les psychothérapies. In: Spencer A. Ratus. Psychologie générale. 2ème éd. Vigot ; 1991. p469.

46. Rouge-Maillard C. Obligation de moyens. In: Rogier et al. Responsabilité médicale; la référence pour les médecins-hôpitaux-juristes. Editions Alexandre Lacassagne; 2005. p 91-92
47. Legifrance. (Consulté le 16/08/2017). Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo#JORFARTI000033479583>
48. LA MESURE DE LA SATISFACTION AU TRAVAIL. (Consulté le 31/03/2017) Davy Castel, Durand-Delvigne A, Lemoine C. [Internet]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/281632740\\_LA\\_MESURE\\_DE\\_LA\\_SATISFACTION\\_AU\\_TRAVAIL](https://www.researchgate.net/publication/281632740_LA_MESURE_DE_LA_SATISFACTION_AU_TRAVAIL)
49. Développement d'un questionnaire exigences-ressources contextualisé pour une appréhension du burnout des professionnels en EHPAD. (Consulté le 15/02/2017) Huguenotte V, Andela M, Truchot D [Internet] Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/1005235/resultatrecherche/2>
50. El Mouafek M. Impact du passage d'une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs gériatriques sur les pratiques de soins en EHPAD [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Lille, France: Université du droit et de la santé; 2016.
51. Decelle G. Équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD: enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2011.
52. Braga C. Équipe mobile externe de gériatrie de l'hôpital Bretonneau: enquête de satisfaction auprès des professionnels d'EHPAD [Thèse d'exercice de médecine Générale]. Paris, France: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
53. Malpot M. Interventions de « l'équipe mobile maladie d'alzheimer » à domicile: enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Lyon, France: Université Claude Bernard; 2013.
54. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 Sep;10(3):285–93.

55. Tourasse O. Mesure de l'influence de l'intervention de l'équipe mobile de maladie Alzheimer sur la qualité de vie de l'aidant et observation de l'évolution des troubles du comportement chez le patient dément [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Lyon, France: Université Claude Bernard; 2016
56. Krolak-Salmon P, Roubaud C, Finne-Soveri H, Riolacci-Dhoyen N, Richard G, Rouch I, et al. Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer Cooperative Valuation in Europe joint action: observational cohort study. *Eur J Neurol.* 2016 Mai;23(5):979-88.

## 7 ANNEXES

### 7.1 ANNEXE 1 Score Neuro Psychiatric Inventory-Équipe Soignante

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient : Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 10</b>					[ ]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 12</b>					[ ]	

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score

de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

## 7.2 ANNEXE 2 Questionnaire n°1

QUESTIONNAIRE N° .....

EHPAD .....

Date : .....

### QUESTIONNAIRE N°1

**Question 1 :** *Qui a sollicité EMMA ?*

- Le médecin traitant
- Le médecin coordinateur
- L'équipe soignante
- La famille
- Psychologue

**Question 2 :** *Pour quel(s) type de problème(s) ? (plusieurs réponses possibles, à cocher)*

- Agressivité/agitation
- Déambulation
- Apathie/indifférence
- Trouble anxieux
- Dépression
- Désinhibition
- Idées délirantes
- Hallucinations
- Trouble alimentaire
- Trouble du sommeil
- Opposition aux soins
- Autre

**Question 3 :** *Ce(s) problème(s) était-il source d'épuisement pour l'équipe ?*

OUI                                      NON

**Question 4 :** *Quelle aide attendiez-vous d'EMMA ?*

- Aide diagnostique
- Aide thérapeutique médicamenteuse
- Aide thérapeutique non médicamenteuse
- Conciliation au sein de l'équipe
- Soutien dans vos démarches ou validation des démarches amorcées
- Approche tiers auprès de la famille
- Formation
- Éviter les hospitalisations



**Question 5 :** *En cas de non-passage d'EMMA, une hospitalisation était-elle envisagée ?*

OUI NON

**Question 6 :** *Aviez-vous des appréhensions au passage de l'EMMA ?*

OUI NON

Si oui, lesquelles ? .....

**Question 7 :** *Le délai d'intervention après signalement était-il satisfaisant ?*

OUI NON

Si non, quel délai auriez vous voulu ? .....

**Question 8 :** *Comment avez vous vécu l'intervention ?*

Aide  Intrusion  Inadaptée

**Question 9 :** *Que pensez vous de la qualité d'écoute des membres d'EMMA ?*

Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise	Très mauvaise
------------	-------	----------	----------	---------------

**Question 10 :** *L'intervention d'EMMA a t'elle eu un rôle pédagogique ?*

OUI NON

**Question 11 :** *Pensez vous qu'EMMA a répondu aux besoins formulés dans la question 4 ?*

OUI NON PARTIELLEMENT

Si Partiellement , veuillez précisez quel but n'a pas été atteint : .....

**Question 12 :** *Les conseils **médicamenteux** correspondent ils à vos attentes ?*

OUI NON

*Les conseils **non médicamenteux** correspondent ils à vos attentes ?*

OUI NON

Si non à une ou deux questions : pourquoi ?

.....

**Question 13 :** *Globalement êtes-vous satisfaits de l'intervention ? (Entourez la case de votre choix)*

Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Ne se prononce pas
----------------	-----------	-------------	------------------	--------------------

**Question 14** *Souhaiteriez-vous avoir un compte rendu écrit des préconisations spécialement à destination de l'équipe soignante ?*

OUI

NON

**Question 15 :** *Les personnes ayant répondu au questionnaire sont :*

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infirmières | <input type="checkbox"/> Aide soignantes | <input type="checkbox"/> Cadre infirmier |
| <input type="checkbox"/> Médecin     | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute  | <input type="checkbox"/> Orthophoniste   |
| <input type="checkbox"/> Autre       |  |  |

**Question 16 :** *Votre EHPAD comporte (plusieurs réponses possibles):*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cadre infirmier | <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur | <input type="checkbox"/> Psychologue         |
| <input type="checkbox"/> Psychomotricien | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute        | <input type="checkbox"/> autre intervenant : |

## 7.3 ANNEXE 3 Questionnaire n°2

Questionnaire n° .....

Date : .....

### QUESTIONNAIRE N°2

Question 1 : *Les conseils **médicamenteux** d'EMMA ont ils été mis en place?*

OUI

NON

Si non ou Partiellement, est ce dû à :

Difficulté d'approvisionnement     Refus de la famille    Refu du médecin traitant

Forme galénique non adaptée     Intolérance du traitement     Refus du patient

Question 2 : *Toute l'équipe a t'elle pu mettre en place les conseils **non médicamenteux** ?*

OUI à chaque fois

OUI, mais pas tous

OUI, mais pas tout le temps

NON

Si non ou oui partiellement, est ce dû à :

Refus du patient

Refus de la famille

Refus du médecin traitant

Non adapté

Non réalisable vu les moyens ou l'organisation de l'EHPAD

Question 3 : *Les préconisations ont elles amélioré la qualité de vie du patient ?*

OUI

NON

Question 4 : *L'intervention a t'elle amélioré les conditions de prise en soin du patient ?*

OUI

NON

Question5 : *L'intervention a t'elle permis de diminuer les difficultés ou le stress ressentis par l'équipe soignante ?*

OUI

NON

Question 6 : *Avez vous utilisé ces conseils pour d'autres résidents ?*

OUI

NON

Question 7 : *Pensez vous refaire appel à EMMA pour d'autres résidents si nécessaire ?*

OUI

NON

Question 8 : *Aimeriez vous avoir plus de formations via EMMA ?*

OUI

NON

Question 9 : *Propositions d'amélioration :*

.....  
.....

Question 10 : *Les personnes ayant répondu au questionnaires sont :*

Infirmières

Médecin

Cadre infirmier

Aides soignantes

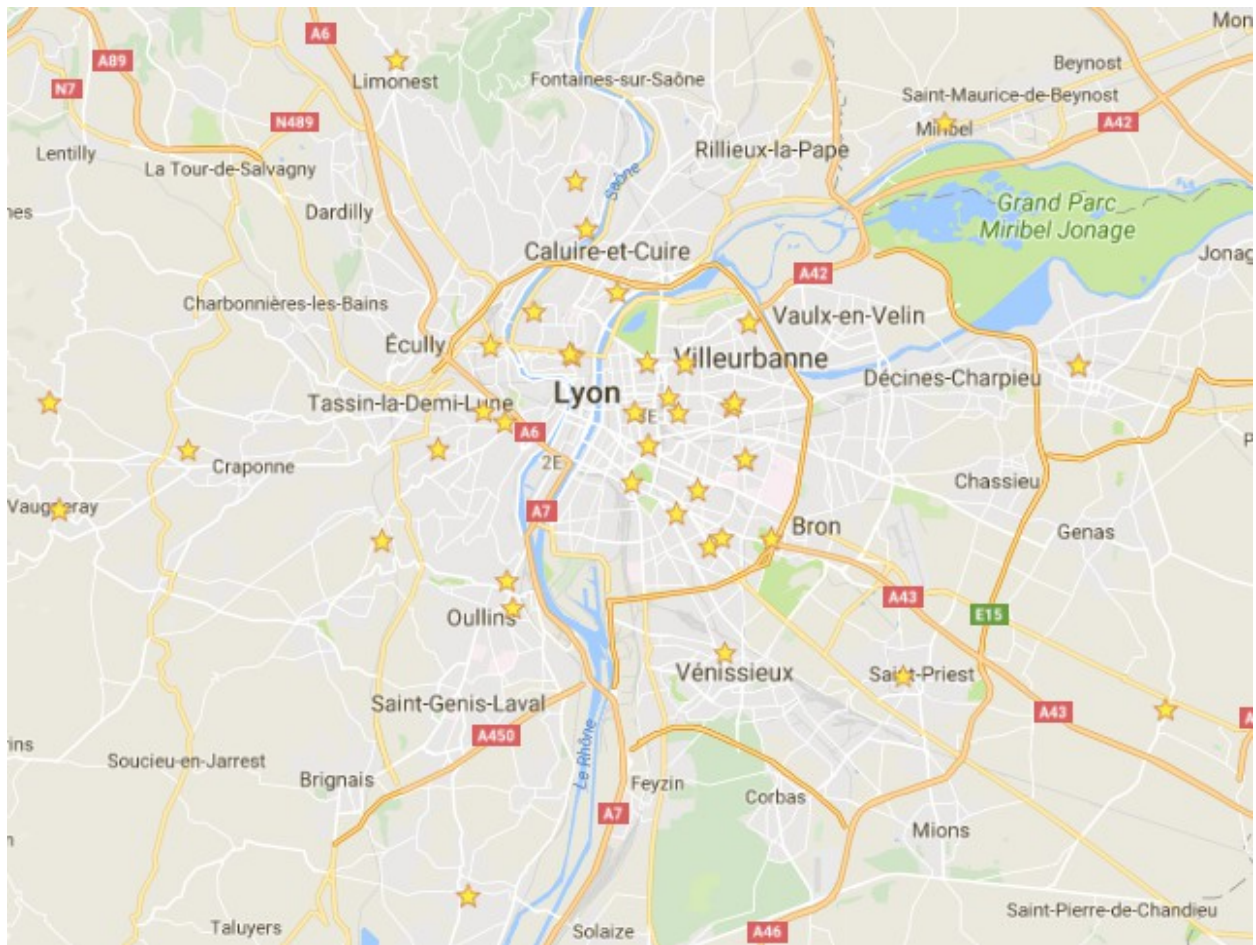
Ergothérapeute

Orthophoniste

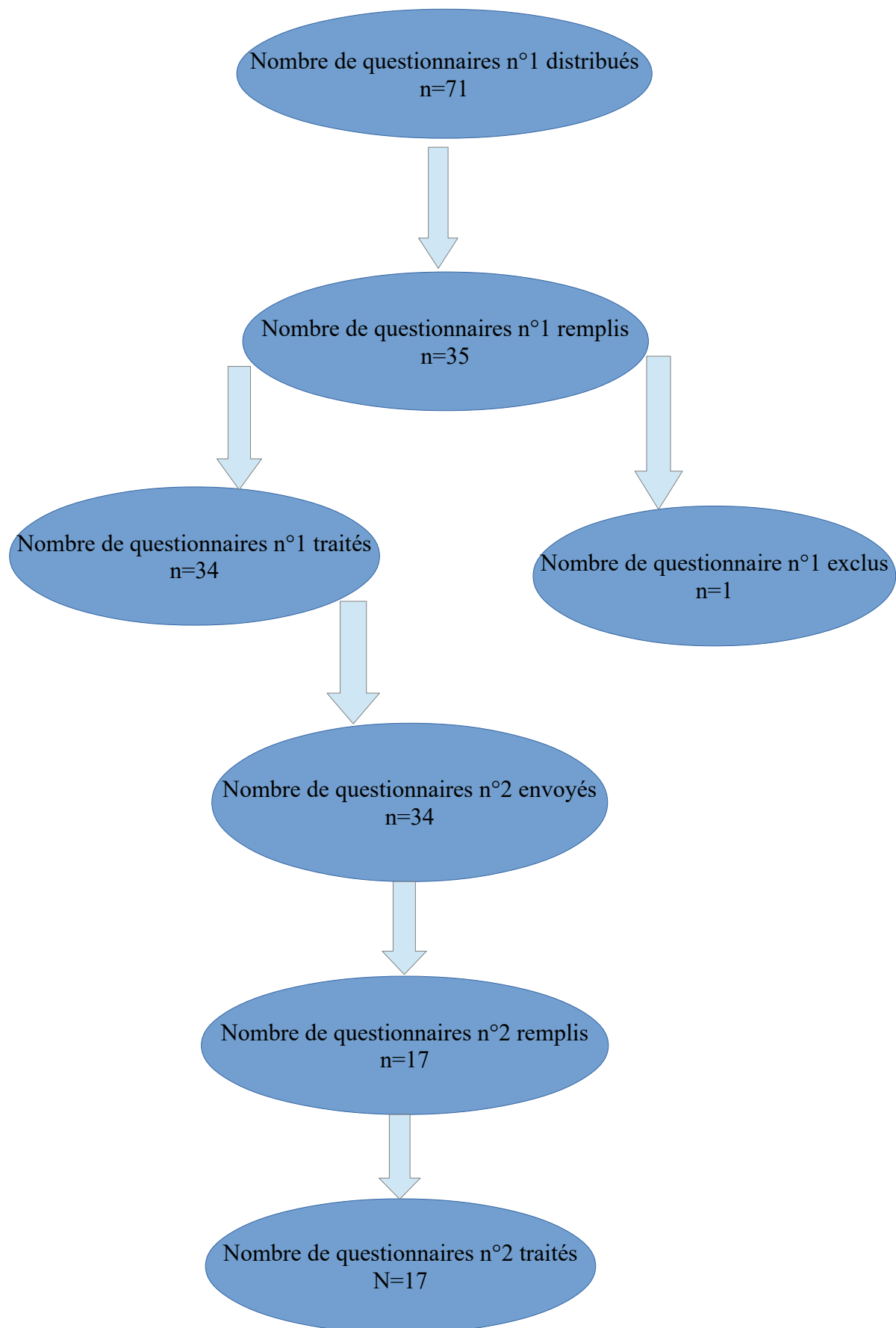
Autre

**MERCI POUR VOTRE AIDE**

## 7.4 ANNEXE 4 Localisation des lieux d'intervention d'EMMA



## 7.5 ANNEXE 5 Diagramme de flux



## 7.6 ANNEXE 6 Caractéristiques des EHPAD visités

Caractéristiques	Effectif
Financement privé	19
- ayant répondu	10
Financement associatif	18
- ayant répondu	11
Financement publique	5
- ayant répondu	3
Possédant au moins une UVP	30
Nombre de lit	
- minimum	48
- maximum	120
- moyen	

Profession dans l'EHPAD	Effectif
Médecin coordonnateur	33
Cadre infirmier	34
Psychologue	34
Psychomotricien	13
Ergothérapeute	12
Autres, dont	14
- Art-thérapeute	3
- Kinésithérapeute	2
- Orthophoniste	2
- Maîtresse de maison	1
- Clown	1
- Musicothérapeute	1
- Zoothérapeute	1
- Aides médico-psychologiques	1
- animateurs	1
- Educateur spécialisé	1



**HIRSCH LAURA :**

**Enquête de satisfaction réalisée auprès du personnel d'EHPAD après intervention de l'Équipe Mobile Maladie d'Alzheimer de l'Hôpital des Charpennes**

70 pages, 17 figures, 6 annexes

Th. Méd : Lyon 2017

---

**RÉSUMÉ :**

**INTRODUCTION :** En lien avec le vieillissement de la population, les troubles Neuro Cognitifs Majeurs (TNM) représentent un problème de santé publique majeur et sont responsables de plus en plus d'entrée en institution. On retrouve des Symptômes Psycho Comportementaux liés à la Démence (SPCD) jusqu'à 97% des cas. On peut les classer en troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles psycho moteurs et troubles des fonctions élémentaires. Le plus fréquent est l'apathie, et les plus gênants sont les troubles dits productifs. Leur prise en charge repose sur les méthodes non médicamenteuses puis médicamenteuses. En Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les SPCD peuvent amener les équipes soignantes dans l'impasse, voire dans la souffrance. L'Équipe Mobile Maladie d'Alzheimer (EMMA) de l'Hôpital des Charpennes intervient pour évaluer et préconiser une prise en charge globale du résident. Notre objectif primaire est d'évaluer la satisfaction immédiate et à 1 mois des équipes soignantes dans les EHPAD quant à cette intervention. L'objectif secondaire est de faire un état des lieux des interventions d'EMMA et d'identifier les points à améliorer.

**MÉTHODE :** Nous avons mené une étude observationnelle prospective au moyen de 2 questionnaires distribués au décours de l'intervention puis à 1 mois, de Décembre 2015 à Janvier 2017. Cette étude n'incluait que les interventions en EHPAD.

**RÉSULTATS :** Nous avons distribué 71 premiers questionnaires dans 42 EHPAD, nous en avons recueilli 35; Nous avons renvoyé 34 deuxièmes questionnaires et recueilli 17 réponses. Le niveau de satisfaction globale va de « satisfaisant » à « très satisfaisant » (94%), avec une réponse totale aux besoins dans 85,3% des cas et une intervention vécue comme une aide à 100%. Il existe une bonne ou très bonne qualité d'écoute. La demande principale était une aide thérapeutique. A 1 mois, les conseils médicamenteux ont été suivis à 88,2% et les non médicamenteux à 94,1%, avec une inconstance liée à des problèmes organisationnels pour la plupart. Le stress de l'équipe a été diminué à 94,1% et la qualité de vie du résident a été améliorée à 70,6%, avec une baisse du NPI de 15,7 points en moyenne. Les SPCD les plus fréquemment en cause étaient l'agressivité et l'anxiété, avec une opposition aux soins dans 47% des cas. Le délai d'intervention moyen est de 34,7 jours.

**DISCUSSION :** Nous avons pu mettre en évidence la satisfaction globale des équipes après les interventions. Les points à améliorer sont les raccourcissements des délais d'intervention et une augmentation du personnel. Comme dans d'autres études, EMMA apparaît comme une structure à pérenniser. Les résultats de cette thèse concordent avec des thèses d'autres régions et complètent les travaux concernant EMMA sur la région lyonnaise. Elle est un outil que le médecin généraliste, en lien avec les professionnels d'EHPAD, peut utiliser. Il serait intéressant de réaliser des études qualitatives différenciant la satisfaction de chaque poste dans l'EHPAD.

---

**MOTS CLÉS :**

Équipe mobile, Symptômes Psycho Comportementaux liés à la Démence, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, Médecine Générale

---

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Pierre Krolak-Salmon

Membres : Monsieur le Professeur Emmanuel Poulet

Monsieur le Professeur Xavier Lainé

Madame le Docteur Caroline Roubaud

---

**Adresse de l'auteur :** 1 rue Micky Barange 69510 Soucieu en Jarrest

---

[laura.of.hirsch@gmail.com](mailto:laura.of.hirsch@gmail.com)