

UNIVERSITE PARIS DESCARTES/UNIVERSITE DE PARIS

Année 2022

MEMOIRE POUR LE DIU FORMATION A LA FONCTION DE MEDECIN
COORDONNATEUR D'EHPAD ET D'INFIRMIER(ERE) REFERENT(E) ET
COORDONNATEUR(TRICE) EN EHPAD ET EN SSIAD

Quels facteurs limitent ou complexifient la prise en charge des résidents souffrants de troubles psychotiques en EHPAD ?

Présenté par :

- Isabelle GREGOIRE
- François Xavier EUDE
- Isabelle BAUMGARD
- Rajae EL AZZOUZI

Directeur de mémoire :

Docteur Alexis LEPETIT *Psychiatre*

Gériatre Réseau OMERIS

Secrétaire général adjoint de la Société Francophone de la psychogériatrie et de la psychiatrie de la personne âgée (SF3PA)

Chair de Comité jeunes psychiatres du congrès Français de Psychiatrie

Sommaire

Liste des abréviations	2
Remerciements.....	3
Première partie	4
I/ Introduction.....	4
II/ Concepts.....	5
2.1 Santé mentale et psychiatrie.....	5
2.1.1 Définition de la santé mentale	5
2.1.2 Définition de la psychogériatrie	6
2.1.3 Définition de la psychiatrie de la personne âgée.....	6
2.1.4 Les troubles psychotiques.....	7
2.2 Quelle prévalence en population générale et en EHPAD ?	11
2.3 Le management	12
Seconde partie	16
I/ Démarche d'élaboration et de diffusion du questionnaire.....	16
1.1 Elaboration du questionnaire d'étude	16
1.1.1 Publique cible	16
1.1.2 Méthode d'élaboration (type de questionnaire).....	16
1.1.3 Méthode de diffusion.....	17
1.2 Le dépouillement.....	17
II/ Analyse du questionnaire.....	18
2.1 Présentation des résultats	18
2.1.1 Résultats généraux (IDEC + MEDCO)	18
2.1.2 Résultats IDEC.....	20
2.1.3 Résultats MEDCO	26
2.2 Discussion et analyse des résultats.....	30
2.2.1 IDEC	34
2.2.2 MEDCO	35
III / Conclusion.....	36
IV/ Abstract	37
V/ Bibliographie.....	39

Liste des abréviations

CMP : Centre Médico-Psychologique

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM - IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité des Soins

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes économiques

MEDCO/Med co : MEDecin COordinateur

PHC : Psychose Hallucinoire Chronique

PPA : Psychiatrie de la Personne Âgée

Remerciements

Nous remercions le Docteur LEPETIT Alexis pour avoir accepté d'être notre directeur de mémoire. Pour son accompagnement dans notre réflexion tout au long de notre rédaction.

Nous remercions également nos familles qui nous ont accordé leur soutien et leur aide dans l'aboutissement de ce travail de recherche.

Première partie

I/ Introduction

Selon le bilan démographique de l'Institut National de la Statistique et des Etudes économiques (INSEE) publié début janvier 2022, la France connaît une légère hausse des naissances ainsi qu'une augmentation de l'espérance de vie.

Au 1er janvier 2022 la France compte 67,8 millions d'habitants, l'espérance de vie s'établit à 85,4 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour un homme¹.

Le vieillissement de la population induit de facto une augmentation de la demande d'aide et d'accompagnement en matière de maintien à domicile mais également en matière d'admission en Établissement pour personnes âgées dépendante (EHPAD) particulièrement celles disposant d'unités pouvant accueillir des résidents souffrant de pathologies neuro-évolutives.

Le site service public.fr définit l'EHPAD comme suit « Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), anciennement dénommés maisons de retraite, sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Pour être accueilli en EHPAD, il faut avoir au moins 60 ans et avoir besoin de soins d'aide au quotidien pour effectuer les actes de la vie courante. Des aides financières peuvent être accordées pour payer certains frais ». Notons, qu'aujourd'hui en France nous comptons plus de 7500 EHPADs pour près de 600 000 lits, et 400 000 personnes y travaillent.

Si aujourd'hui nous avons tous pu constater dans notre pratique que les personnes souffrant de pathologies neuro-évolutives liées au vieillissement telle que la maladie d'Alzheimer mais aussi d'autres formes de troubles neurocognitifs majeurs sont

¹ Agence Régionale de Santé (2018) L'accompagnement des personnes âgées, <https://www.ars.sante.fr/laccompagnement-des-personnes-agees#:~:text=Les%20EHPAD%20>

courantes et relativement bien prise en charge en EHPAD, nous constatons qu'il n'en est rien concernant les pathologies psychiatriques vieillissantes notamment les personnes souffrantes de troubles psychotiques comme la schizophrénie.

Dans un premier temps nous allons développer des concepts théoriques en lien avec notre question d'étude. Nous traiterons tout d'abord dans un premier temps le concept de santé mentale et de psychiatrie avec un focus particulier sur la psychogériatrie et sur la psychiatrie de la personne âgée. Nous nous intéresserons ensuite plus particulièrement aux troubles psychotiques. Enfin nous développerons brièvement l'axe du management avec les spécificités du management dans les services de soins.

II/ Concepts

2.1 Santé mentale et psychiatrie

2.1.1 Définition de la santé mentale

La santé mentale² est un état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné. Cet équilibre s'apprécie grâce aux éléments suivants : le niveau du bien être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités relationnelles avec son milieu. Cette santé mentale résulte également de facteur biologique comme la génétique et la psychologie de la personne, l'aspect psychologique est lié aux capacités cognitives, affectives et relationnels. On note également l'aspect contextuel qui est la relation de la personne avec son environnement. La santé mentale est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions de ressources, sociale, culturelle, environnementales et politiques.

² Paillard C (2016) Dictionnaire de concept en soins infirmiers (3ème Ed) Page 391-392

2.1.2 Définition de la psychogériatrie

Il s'agit d'une pratique multidisciplinaire qui a pour but de soigner, d'apaiser et d'accompagner les personnes âgées ayant des difficultés psychiatrique et/ou psychologique ayant ou non des troubles démentiels. La psychogériatrie³ a une approche globale de la personne âgée et peut toucher plusieurs domaines de la médecine. Il est intéressant de noter que le terme psychiatrie n'apparaît pas dans le terme de psychogériatrie ce qui laisse penser que cette pratique est plus en lien avec la spécialité gériatrique que psychiatrique. Enfin, la psychogériatrie, à ce jour, n'a aucune reconnaissance officielle en France.

2.1.3 Définition de la psychiatrie de la personne âgée⁴

La psychiatrie est une spécialité médicale qui prend en charge les troubles psychiatriques caractérisés par son aspect pathologique de la souffrance psychique. Elle comporte des spécificités à chaque âge de la vie. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'est pas abordée de la même façon que la psychiatrie de la personne âgée.

La psychiatrie de la personne âgée (PPA)⁵ est une surspécialité psychiatrique dédiée à la prise en soin des troubles psychiques survenant chez le sujet âgé. Ses 3 champs de compétences reconnus sont les suivants :

- La prise en charge des pathologies psychiatriques vieillissantes
- La prise en charge des pathologies psychiatriques de survenue tardive

³ Monfort JC (1998) La psychogériatrie page 6 à 8

⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé (2012) Plan psychiatrie et santé mentale 2011- 2015 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf Page 8

⁵ Légifrance (2017) Arrêté du 21 avril 2017, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>

- La prise en charge des symptômes psychologiques et comportementaux des démences. A noter que ce champ de compétence est partagé avec la gériatrie et la neurologie.

Il est intéressant de souligner que la psychiatrie de la personne âgée est une spécialité récente (2017) donc encore hétérogène dans son déploiement sur le territoire national. Le taux de recours des personnes âgées aux soins de PPA reste faible du fait de la stigmatisation de cette spécialité.

2.1.4 Les troubles psychotiques

1- La schizophrénie

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique. Elle est caractérisée par des symptômes dits « positifs ». Ils comprennent les délires, les hallucinations, les troubles de la perception de soi ainsi que les troubles de la pensée qui affectent la communication et le langage, mais également des symptômes « négatifs » comprenant un manque d'énergie et de motivation, une apathie, une dysrégulation affective ainsi que le retrait social.⁶

La personne qui souffre de schizophrénie est souvent seule et isolée en raison du fait qu'elle est touchée dans sa communication, son comportement et ses émotions, ce qui se répercute sur son insertion sociale et ses relations.

Trouble schizophrénique tardif à très tardif (very late onset schizophrenia like psychosis) :

⁶ Jovelet G. Ces psychotiques qui vieillissent. 1ère édition. Montrouge : John LibbeyEurotext; 2017. 190 p. (Offre de soins en Psychiatrie)

La conférence de consensus de 2000⁷ a proposé d'identifier sous le terme de schizophrénie tardive à très tardive un ensemble de tableaux de psychoses de type schizophrénique (schizophrenia like) sur le critère d'un âge d'apparition tardif (40 à 60 ans) à très tardif (verylateonsetschizophrenia like psychosis, au-delà de 60 ans).

Les auteurs reconnaissent aux formes tardives ou très tardives une présentation clinique similaire à celles d'apparition précoce, en y relevant toutefois la plus grande fréquence d'hallucinations multisensorielles associées à des idées délirantes de persécution systématisées, alors que l'émoussement affectif et les troubles du cours de la pensée sont peu fréquents.

2- Les troubles schizo-affectifs

C'est une forme de « psychose affective » associant des symptômes de la schizophrénie et des symptômes thymiques (maniaques et/ou dépressifs).

Deux types existent :

- Type bipolaire : ce sous-type est retenu lorsqu'un épisode maniaque fait partie du tableau clinique. Des épisodes dépressifs caractérisés peuvent également être observés ;
- Type dépressif : ce sous-type est retenu lorsque seuls des épisodes dépressifs caractérisés sont observés.

3-Troubles délirants chroniques

En France, sous l'appellation de troubles délirants chroniques on distingue trois catégories :

⁷ Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onsetschizophrenia and very-late-onsetschizophrenia-like psychosis : an international consensus. The International Late-OnsetSchizophrenia Group. Ame J Psychiatry, 2000, 157 : 172-78.

-Psychoses hallucinatoires chroniques

Individualisée par Ballet en 1911 et étayée par de Clérambault qui a décrit le syndrome d'automatisme mental comme son noyau essentiel, la PHC (Psychose Hallucinoire Chronique) est un diagnostic propre à la nosographie française qui seule la reconnaît comme entité clinique (critères diagnostiques de Pull et al.)⁸.

Elle se caractérise par une incidence à prédominance féminine avec un début au-delà de 40 ans, une prédominance clinique du délire et des hallucinations, un délire ayant une certaine logique, n'étant pas flou et hermétique, rareté de la désorganisation de la pensée et du langage, de la discordance, de l'émoussement affectif et des symptômes négatifs en général

-Délires chroniques interprétatifs

Les délires chroniques interprétatifs sont appelés troubles paranoïaques dans la classification française. Cette catégorie regroupe trois types de délires systématisés :

- le délire d'interprétation consiste en la création progressive d'un système délirant cohérent s'enrichissant progressivement par un jeu d'interprétation.
- Le délire de relation ou paranoïa sensitive a été décrit par Kretschmer en 1919. il est déclenché par une situation de conflit sur une personnalité pathologique sensitive.
- Les délires passionnels évoluent en secteur, se limitant à une partie de la vie du sujet et laissant libre le reste de sa vie mentale et des investissements.

⁸ Pull MC, Pull CB, Pichot P. [Empirical French criteria for psychoses. III. Algorithms and decisiontree]. Encéphale. 1987, 13 : 59-66

-Paraphrénies Il s'agit sans doute des délires chroniques non schizophréniques les moins systématisés, le sujet élaborant un récit fantastique luxuriant, sans souci de logique ou de vraisemblance.

4-Trouble schizophréniforme

Le trouble schizophréniforme se caractérise par la survenue de symptômes similaires à ceux de la schizophrénie mais sur une durée comprise entre 1 et 6 mois.

La psychose correspond à des symptômes tels que les idées délirantes, les hallucinations, les pensées et paroles désorganisées et des comportements moteurs étranges et inadéquats (dont la catatonie) qui indiquent une perte de contact avec la réalité.

5- Trouble psychotique bref

Un trouble psychotique bref consiste en des idées délirantes, des hallucinations ou d'autres symptômes psychotiques pendant au moins un jour mais pendant moins d'un mois, avec finalement retour au fonctionnement pré morbide.

Le trouble psychotique bref est rare. Les troubles de la personnalité préexistants ainsi que certaines pathologies médicales, prédisposent à son apparition. Un événement stressant majeur, tel que la perte d'une personne aimée peut favoriser l'apparition du trouble.

6- La psychose bipolaire

Chez les personnes âgées, les épisodes mixtes, au cours desquels surviennent à la fois des symptômes dépressifs et des symptômes maniaques, sont fréquents. D'où des tableaux particuliers et difficiles à diagnostiquer. Les symptômes délirants sont dix fois plus fréquents ; ils sont congruents à l'humeur.

2.2 Quelle prévalence en population générale et en EHPAD ?

La prévalence des pathologies psychotiques au cours d'une vie dépasserait les 3%, selon une étude finlandaise en population générale.⁹

Plusieurs études ont estimé à environ 1% la prévalence de la schizophrénie dans la population générale mais peu d'études se sont penchées sur la prévalence de pathologies mentales spécifiques, rappellent Jonna Perälä du département de santé mentale de l'université d'Helsinki et ses collègues.

Les auteurs ont donc analysé un échantillon représentatif du registre national de Finlande qui comporte 8.028 personnes de plus de 30 ans. Tous ceux qui présentaient ou qui ont présenté un signe de troubles bipolaires ou de schizophrénie dans leur vie ont été une nouvelle fois entendus et ont passé des tests pour confirmer ces troubles sur la base de la classification DSM-IV.

La prévalence au cours de la vie a été estimée à 3,06% pour l'ensemble des pathologies psychotiques. Ce taux atteint 3,48% en incluant les données de personnes qui n'ont pas rempli l'ensemble des tests.¹⁰

La prévalence de la schizophrénie a été de 0,87%, 0,32% pour les troubles schizo-affectifs, 0,07% pour les troubles apparentés à la schizophrénie, 0,18% pour les troubles délirants, La prévalence exacte de la schizophrénie tardive n'est pas connue. Selon les auteurs de la conférence de consensus¹¹ sur la schizophrénie tardive, elle serait de l'ordre de 0,6% entre 45 et 64 ans et de 0,1 à 0,5% après 65 ans.¹²

⁹ Archives of General Psychiatry, janvier 2007, vol 64, p.14-6 et 19-28

¹⁰ Archives of General Psychiatry, janvier 2007, vol 64, p.14-6 et 19-28

¹¹ Howard R., Rabins P.V., Seeman M.V. et al. ; « Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus » Am J Psychiatry 2000;157: 172-8

¹² H. Convert, C. Védie, P. Paulin « Schizophrénie tardive ou délires chroniques » ; L'Encéphale, 2006 ; 32.

La DREES apporte peu d'éléments, notant que, avant d'entrer en institution, 4% des personnes vivaient dans un établissement psychiatrique (sur la moyenne des établissements).

Aux Etats-Unis 85% des personnes âgées souffrant de schizophrénie vivent dans la communauté, 13% en maison de retraite et 2% dans les hôpitaux¹³.

En France les données recueillies retrouvent une prévalence de 1,7% chez le sujet âgé¹⁴.

En 2018, Jovelet estime à partir des données recueillies dans l'Aisne que 35 000 à 40000 résidents psychotiques séjourneraient aujourd'hui dans les EHPADs¹⁵.

2.3 Le management

Les notions de direction et d'administration des entreprises apparaissent dès le XVIIIe siècle. Il s'agissait alors plus d'améliorer la productivité que de prendre en compte l'encadrement du personnel. La notion plus spécifique de management commencera à voir le jour en France dans les années 1950.

Bernard Girard Docteur en philosophie et consultant spécialisé dans le management explique que "le management n'est pas un art d'invention mais d'exécution" selon lui il ne s'agit pas d'inventer mais de reprendre des méthodes et des théories ayant déjà fait leur preuve par le passé.¹⁶

Les premières méthodes sont apparues durant la révolution industrielle. Ainsi Frédéric Winslow Taylor (1856 - 1915) inventeur de l'organisation scientifique du travail lance un mouvement qui portera son nom. Ce mouvement est basé sur l'observation des

¹³ McAlpine D. Patterns of care for persons 65 years and older with schizophrenia. In : Carl I, Cohen MD, éditeurs. Schizophrenia and later life : treatment, research and policy. American Psychiatric Publishing. 2003. p. 3 18.

¹⁴ Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin M-L, Mann A, Dupuy A-M, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. Br J Psychiatry J Ment Sci. Févr 2004 ;184 :147-52

¹⁵ Jovelet G. Admission d'un sujet psychotique en Ehpad et vécu traumatique. InfPsychiatr. 27 avr 2018 ; 86 :39 47

¹⁶ Frederick Taylor (2020) L'organisation scientifique de l'usine, <https://www.cairn.info/100-penseurs-de-la-societe--9782130652205-page-199.htm>

ouvriers et sur la décomposition de leur geste en mouvements de série et chronométrés¹⁷.

Henri Ford (1863 - 1947) est lui à l'origine d'une théorie qui prendra son nom le Fordisme "Théorie d'organisation industrielle visant à accroître la productivité par la standardisation des produits et par une nouvelle organisation du travail. Cette méthode de production associe une production de masse à une politique de salaires élevés. Elle permit la fabrication de la Ford T en 1907.¹⁸

Ford est donc à l'origine de la notion de rendement et de production de masse à partir de mesures objectives. Max Weber (1864 - 1920) Économiste, sociologue et philosophe allemand "opère une séparation radicale entre le monde de l'action et le monde de la pensée ou de la connaissance. Sa sociologie sera une science de l'homme en tant qu'être agissant. »¹⁹Il développe plusieurs principes dont celui de la répartition hiérarchique des emplois bien définis ainsi qu'une sphère de compétence pour chaque emploi.²⁰

Henri Fayol (1841 - 1925) ingénieur Français²¹ dans la suite du travail de Ford va s'intéresser à la théorie du rendement. Il identifie six catégories de fonctions dans l'entreprise et s'intéresse de près aux fonctions administratives qui recouvre les tâches de direction et d'administration. Selon lui diriger c'est prévoir, anticiper, planifier mais aussi organiser notamment toute la partie ressources humaines, c'est également commander c'est -à -dire indiquer les tâches à réaliser il faut également coordonner et contrôler.

¹⁷ Frederick Taylor (2020) L'organisation scientifique de l'usine, <https://www.cairn.info/100-penseurs-de-la-societe--9782130652205-page-199.htm>

¹⁸ Larousse (2022) <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/fordisme/52975>

¹⁹ Larousse (2022) https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Max_Weber/138958

²⁰ Frederick Taylor (2020) L'organisation scientifique de l'usine, <https://www.cairn.info/100-penseurs-de-la-societe--9782130652205-page-199.htm>

²¹ Observatoire innovation managériale (2022) Principes d'administration selon Henri Fayol, <https://www.observatoire-management.org/single-post/2017/04/26/principes-dadministration-selon-henri-fayol-1841-1925>

Dans les années 50 les ressources humaines vont prendre une dimension psychosociologique. Abraham Maslow (1908 - 1970) psychologue américain²² développe une théorie des besoins (pyramide de Maslow) dans laquelle il explique que chaque individu a des besoins primaires et des besoins secondaires, et que ces besoins sont hiérarchisés.²³ Il explique l'impossibilité pour un salarié d'être motivé si ses besoins primaires ne sont pas satisfaits. C'est de début de la notion de management participatif, ce travail sera d'ailleurs poursuivi par Herzberg (1923 - 2000) Docteur en psychologie, professeur à l'université de Cleveland.²⁴ Il parle d'enrichissement des tâches au travail et identifie deux types de facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail. Il explique qu'il y aurait des facteurs intrinsèques comme la motivation et le besoin de s'accomplir mais aussi un besoin de motivation et d'initiative. Il propose de réduire les niveaux hiérarchiques et donner plus de responsabilité aux niveaux inférieurs.

Ceci nous a conduits à aborder maintenant les différents styles de management actuel.

Ceci nous à développer les 4 grands styles de management utilisés de nos jours :

- Le management Directif : c'est le manager qui dirige
- Le management Persuasif : Plus souple que le management directif. Le manager a une posture plus humaine et plus bienveillante.

²² Larousse (2022) https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Abraham_Harold_Maslow/132149

²³ Frederick Taylor (2020) L'organisation scientifique de l'usine, <https://www.cairn.info/100-penseurs-de-la-societe--9782130652205-page-199.htm>

²⁴ Larousse (2022) https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Frederik_Herzberg/123808

- Le management Participatif : Il s'agit ici d'établir un dialogue entre manager et manager autour des problématiques rencontrées et d'amener les différents membres de l'équipe à réfléchir eux même sur la résolution du problème.
- Le management Délégatif : Le manager coordonne mais laisse les membres de son équipe s'organiser par eux même.

Aujourd'hui l'organisation des services et des équipes de soins sont considérés comme un élément indispensable à la qualité et à la sécurité des soins. Dans ce contexte, la notion d'équipe semble être un élément essentiel. Pour la Haute Autorité des Soins (HAS) "l'équipe est un groupe de professionnels qui s'engage à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient".

L'organisation et le bon fonctionnement de cette équipe est très dépendante de la position occupée par le médecin coordinateur, puis par celle du cadre de santé ou de l'infirmière coordinatrice mais également aux Infirmières en soins généraux qui délèguent des missions aux aides-soignants.

L'encadrement est donc primordial, il évolue dans un environnement social riche de ces différences, et de ses particularités. L'encadrant doit tenir compte autant que faire ce peu des conditions spécifiques de chaque membre de l'équipe afin d'essayer d'obtenir une bonne qualité de vie au travail. Rendre le groupe homogène et fonctionnel va donc demander d'énormes capacités d'adaptations et une écoute active importante. Plus l'encadrant sera impliqué dans son équipe plus son champ d'action sera vaste.

Seconde partie

I/ Démarche d'élaboration et de diffusion du questionnaire

1.1 Elaboration du questionnaire d'étude

1.1.1 Publique cible

Afin de répondre au mieux à notre question d'étude il nous est apparu essentielle de recueillir exclusivement le point de vue des IDEC et de Med Co. C'est pourquoi nous avons diffusé notre questionnaire auprès de ces deux corps de métier. Le choix de ce publique nous permettra également lors du dépouillement de faire ressortir les similitudes et les différences de point de vue entre IDEC et Med Co.

1.1.2 Méthode d'élaboration (type de questionnaire)

Nous avons mis en place un questionnaire avec une majorité de questions fermées néanmoins, afin d'étoffer notre enquête nous dû utiliser des questions ouvertes. C'est pourquoi nous avons utilisé la méthode de l'échelle de Likert²⁵.

Parfois appelée « échelle de satisfaction », l'échelle de Likert comprend cinq ou sept options de réponse, qui couvrent le spectre d'opinions, d'un extrême à l'autre.

Généralement, les questions de type Likert prévoient une option modérée ou neutre.

Les échelles de Likert (du nom de leur créateur, le sociologue américain Rensis Likert) sont très répandues et comptent parmi les outils les plus fiables pour mesurer les opinions, perceptions et comportements.

Contrairement aux questions binaires qui ne proposent que deux options de réponse, les questions de type Likert évaluent plus précisément si votre produit est perçu comme « correct » ou (espérons-le) « Excellent ». Elles permettent par exemple de

²⁵ Site SurveyMonkey (2022) Qu'est-ce qu'une échelle de Likert ? <https://fr.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>

différencier les employés qui ont trouvé la sortie de cohésion d'équipe : « Très bien organisée » de ceux qui l'ont trouvée juste « Bien organisée » ou le très neutre « Ni bien organisée, ni mal organisée ».

Obtenez des avis plus nuancés, comprenez mieux le feedback reçu et identifiez plus facilement les aspects de votre produit à améliorer.

Cette méthode très souvent utilisée est considérée comme un outil fiable et efficace pour la mesure des perceptions et des sentiments des personnes auditées. De plus elle utilise des questions fermées ce qui facilite le dépouillement et l'analyse.

1.1.3 Méthode de diffusion

Afin d'être le plus précis possible dans notre analyse particulièrement pour les questions non fermées, nous avons choisis de réaliser nous-mêmes les interviews auprès du public cible. Des IDEC et des Med Co de différentes structures (publiques – privées à but non lucratif – privées à but lucratif) sur l'ensemble du territoire ont donc été contactées, des rendez-vous ont été fixés pour la passation du questionnaire. Certaines structures étant géographiquement très éloignées de nos domiciles respectifs les passations ont été réalisées en visio-conférence.

1.2 Le dépouillement

Pour le dépouillement des résultats nous avons eu recours au logiciel spécialisé SPHYNX Déclic ²⁶. Il s'agit d'un logiciel permettant de traiter des données qualitatives et quantitatives. En outre cet outil nous a permis pour chaque question de différencier les réponses faites par les IDEC de celles faites par les Med Co.

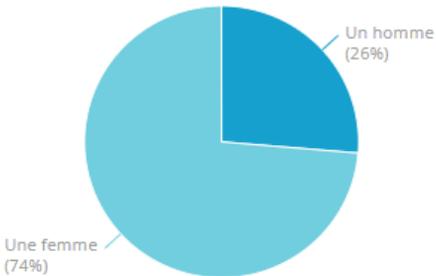
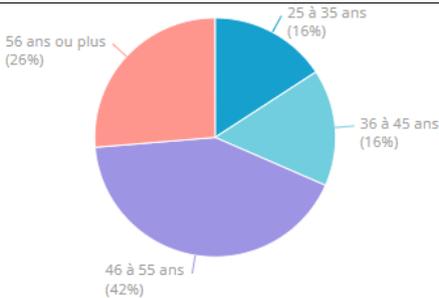
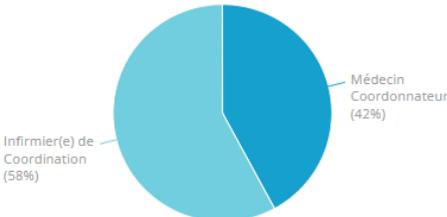
²⁶ Site Le Sphinx (2022) Sondage en ligne Sphinx Declic <https://www.lesphinx-developpement.fr/logiciels/sondage-en-ligne-sphinx-declic/>

II/ Analyse du questionnaire

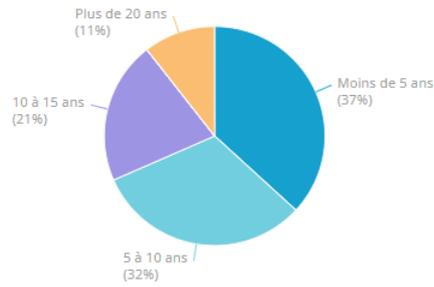
2.1 Présentation des résultats

2.1.1 Résultats généraux (IDEC + MEDCO)

Les résultats bruts sont sous formes de trois tableaux distincts. Le premier tableau sera commun aux IDEC et MEDCO. Le second tableau sera les réponses spécifiques des IDEC lors du questionnaire. Le dernier tableau sera réservé aux réponses des MEDCO.

Réponses IDEC + MEDCO											
Etes-vous ?											
 <table border="1"><thead><tr><th>Sexe</th><th>Pourcentage</th></tr></thead><tbody><tr><td>Un homme</td><td>26%</td></tr><tr><td>Une femme</td><td>74%</td></tr></tbody></table>		Sexe	Pourcentage	Un homme	26%	Une femme	74%				
Sexe	Pourcentage										
Un homme	26%										
Une femme	74%										
Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?											
 <table border="1"><thead><tr><th>Tranche d'âge</th><th>Pourcentage</th></tr></thead><tbody><tr><td>25 à 35 ans</td><td>16%</td></tr><tr><td>36 à 45 ans</td><td>16%</td></tr><tr><td>46 à 55 ans</td><td>42%</td></tr><tr><td>56 ans ou plus</td><td>26%</td></tr></tbody></table>		Tranche d'âge	Pourcentage	25 à 35 ans	16%	36 à 45 ans	16%	46 à 55 ans	42%	56 ans ou plus	26%
Tranche d'âge	Pourcentage										
25 à 35 ans	16%										
36 à 45 ans	16%										
46 à 55 ans	42%										
56 ans ou plus	26%										
Quelle est votre fonction ?											
 <table border="1"><thead><tr><th>Fonction</th><th>Pourcentage</th></tr></thead><tbody><tr><td>Médecin Coordonnateur</td><td>42%</td></tr><tr><td>Infirmier(e) de Coordination</td><td>58%</td></tr></tbody></table>		Fonction	Pourcentage	Médecin Coordonnateur	42%	Infirmier(e) de Coordination	58%				
Fonction	Pourcentage										
Médecin Coordonnateur	42%										
Infirmier(e) de Coordination	58%										

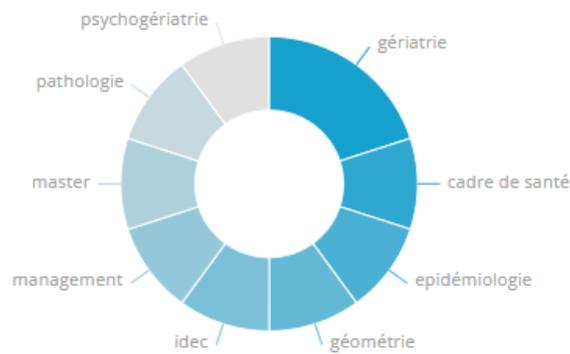
Quelle est votre ancienneté dans votre fonction ?



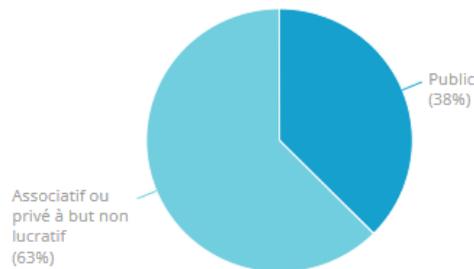
Quels diplômes possédez-vous en formation initiale ?

	N	%
infirmier	10	56%
gériatrie	2	11%
médecine	2	11%
médecine générale	2	11%
médecin généraliste	1	6%
médecine interne	1	6%
urgentiste	1	6%

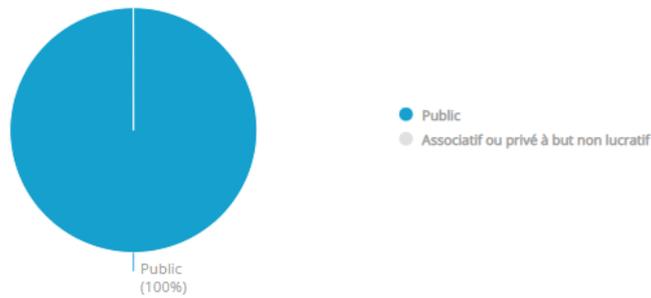
Quels diplômes possédez-vous en spécialité ?



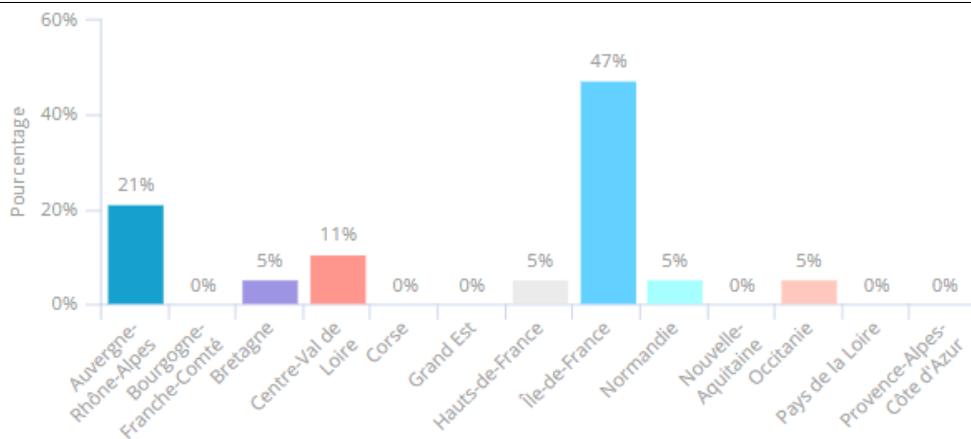
Exercez-vous dans un EHPAD ?



Exercez-vous dans une Unité de Soin Longue Durée ?



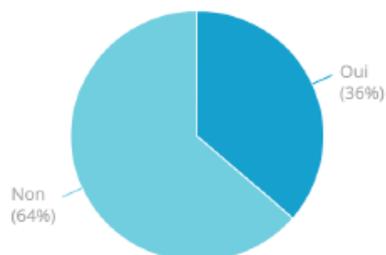
Dans quelle région exercez-vous ?



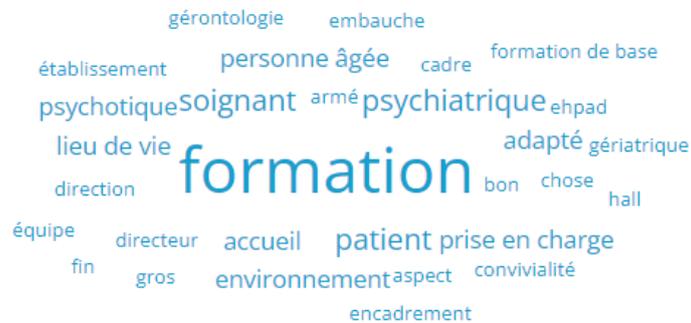
2.1.2 Résultats IDEC

Réponses IDEC

Pensez-vous être suffisamment formés aux conditions d'accueil et d'hébergement des patients psychotiques en EHPAD ?



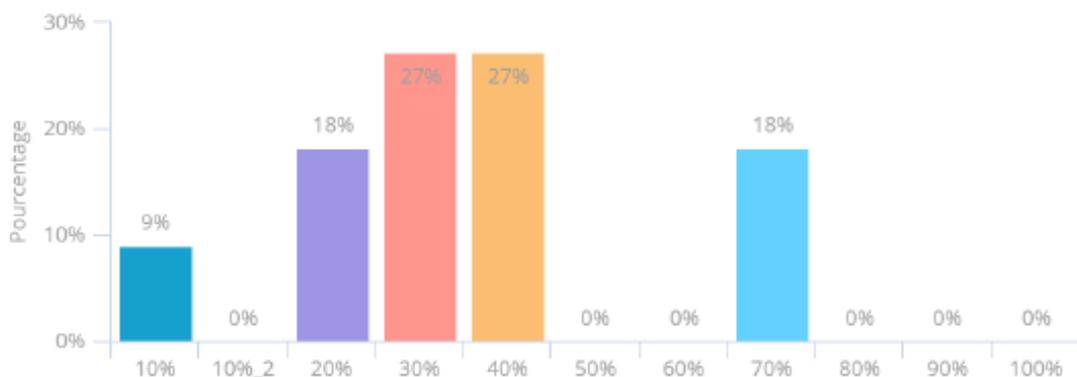
Selon vous que faudrait-il pour parfaire ou développer vos compétences dans l'accueil des patients psychotiques en EHPAD ?



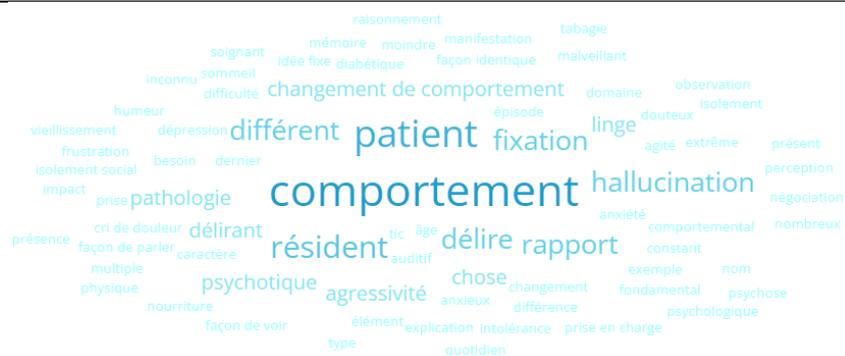
Quelle part représentent les patients souffrant de pathologies psychotiques sur la population globale des résidents de votre institution ?

Réponses effectives : 11
Moyenne : 4,5

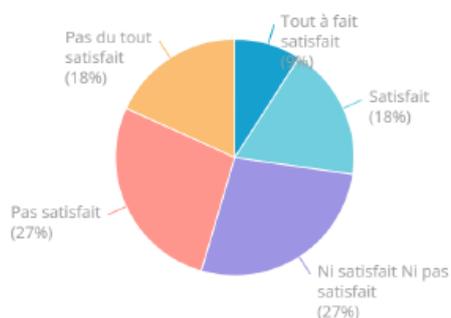
Taux de réponse : 100%
Ecart-type : 2,1



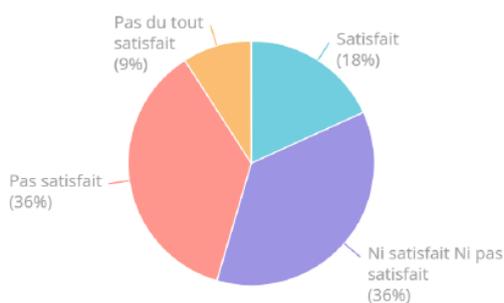
D'après vous les patients souffrants de pathologies psychotiques vieillissantes en institution présentent t ils des singularités relationnelles et comportementales par rapport aux autres résidents ? Si oui lesquelles ?



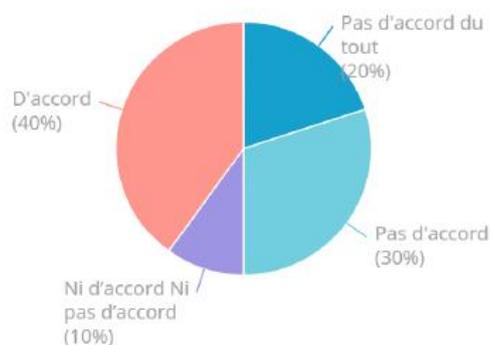
Sur une échelle de 1 à 5 à combien estimez-vous votre satisfaction par rapport à la transmission des antécédents médicaux ?



Sur une échelle de 1 à 5 à combien estimez-vous votre satisfaction par rapport à la transmission de l'histoire de vie ?



Dans cet accompagnement pensez-vous être suffisamment soutenue par l'infirmière de coordination (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy...) ?

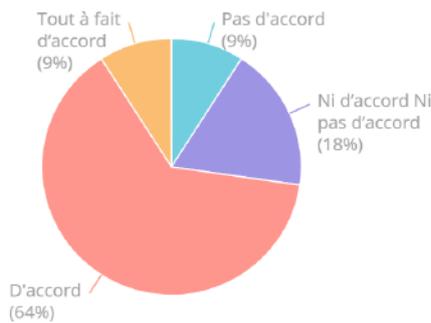


Selon vous quels sont les facteurs qui pourraient améliorer cette prise en charge ?

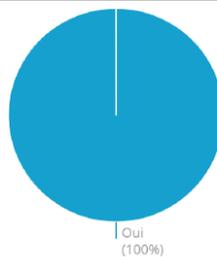
(MEDCO)



Selon vous les traitements psychotropes prescrits au patient sont-ils une aide permettant au patient une bonne intégration en EHPAD ?



Pensez-vous qu'une réévaluation régulière psychiatrique soit justifiée ?



Si oui à quelle fréquence ?



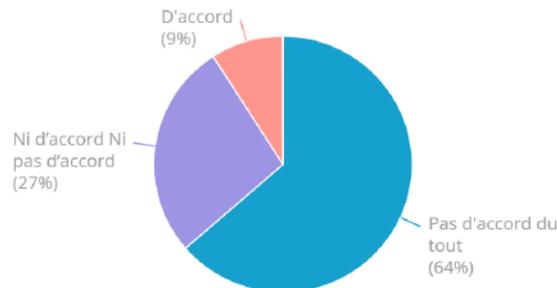
Selon vous le suivi psychiatrique du patient par l'infirmier de secteur répond-il à vos attentes ?



Selon vous, comment pourrait-on améliorer la collaboration entre l'équipe soignante de l'EHPAD et la psychiatrie de secteur ?



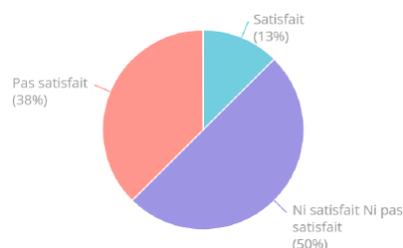
Pensez-vous qu'un EHPAD classique soit adapté à la prise en charges de patient souffrant de troubles psychotiques vieillissant ?



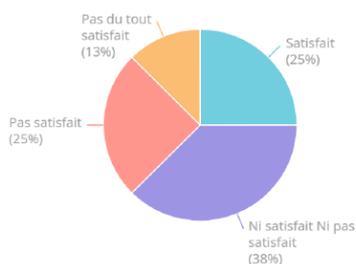
D'après vous les patients souffrants de pathologies psychotiques vieillissantes en institution présentent t ils des singularités relationnelles et comportementales par rapport aux autres résidents ? Si oui lesquelles ?



Sur une échelle de 1 à 5 à combien estimez-vous votre satisfaction par rapport à la transmission des antécédents médicaux ?



Sur une échelle de 1 à 5 à combien estimez-vous votre satisfaction par rapport à la transmission de l'histoire de vie ?



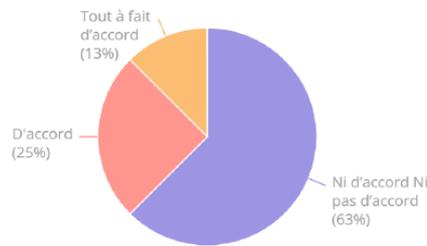
Dans cet accompagnement pensez-vous être suffisamment soutenue par l'infirmière de coordination (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy...) ?



Selon vous existe-t-il une différence dans l'accueil et l'intégration des patients souffrants de troubles psychotiques en EHPAD par rapport aux patients souffrants de symptômes psycho-comportementaux de la démence ?



Dans cet accompagnement pensez-vous être suffisamment soutenue par le médecin coordonnateur ?



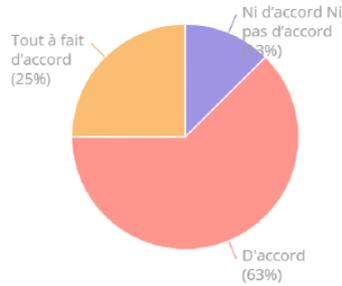
Selon vous quels sont les facteurs qui pourraient améliorer cette prise en charge ? (IDEC)



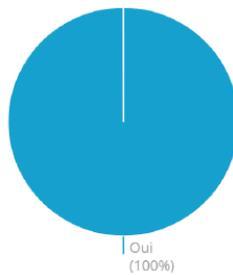
Selon vous quels sont les facteurs qui pourraient améliorer cette prise en charge ? (MEDCO)



Selon vous les traitements psychotropes prescrits au patient sont-ils une aide permettant au patient une bonne intégration en EHPAD ?



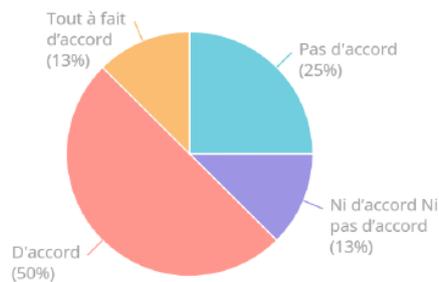
Pensez-vous qu'une réévaluation régulière psychiatrique soit justifiée ?



Si oui à quelle fréquence ?



Selon vous le suivi psychiatrique du patient par l'infirmier de secteur répond-il à vos attentes ?



pouvant exister entre chaque corps de métiers. D'emblée il nous est apparu qu'il y avait une très forte proportion d'IDEC ayant répondu à nos questions puisqu'ils/elles représentent 58% du panel interrogé. Ceci s'explique par le fait qu'à l'heure actuelle un très grand nombre d'EHPAD fonctionne sans médecin coordinateur, lié à une crise importante de recrutement.

En ce qui concerne le genre du public interrogé, chez les IDEC 74% sont de sexe féminin et 26% sont de sexe masculin. Chez les médecins coordinateur 63% du panel est de sexe féminin et 38% de sexe masculin. Ceci nous permet donc de constater que dans les deux corps de métiers la proportion de femmes est plus importante. Nous pouvons également souligner que cette majorité de femme est à l'image de l'ensemble des professions médicales et paramédicales.

La seconde question concerne la tranche d'âge du public interrogé nous pouvons noter que 42% des IDEC ont entre 46 et 55 ans avec un pourcentage de 26% qui ont plus de 56 ans. Chez le médecin coordonnateur 63% ont plus de 56 ans, 25% ont entre 46 et 55 ans et seulement 13% ont entre 36 et 45 ans. Ces chiffres nous amènent à constater d'une façon générale que ces deux fonctions sont plutôt exercées par des personnels en fin de carrière. Il est toutefois notable que cette affirmation est encore plus importante chez les médecins coordinateurs. 37% des IDEC interrogées au moins de 5 ans d'ancienneté dans leur fonction, 32% si situent entre 5 et 10 ans seulement 11% ont plus de 20 ans d'ancienneté. Chez les médecin coordinateur les écarts sont plus stables puisque le pourcentage est identique 25% dans chaque tranche d'ancienneté. La fonction de médecin coordinateur existant depuis plus longtemps que celle d'IDEC peut expliquer ces chiffres. La grande majorité de médecin coordinateur interrogé au cours de notre enquête font état d'une capacité de gériatrie effectué en plus de leur formation initiale mais aucun n'a mentionné le DU (Diplôme Universitaire).

Du côté des IDEC nous avons pu noter qu'une seule personne fait mention d'un DU d'IDEC passé en 2016 et une autre fait état d'un master en management. Il semble que la majorité des IDEC en poste aujourd'hui n'ait pas suivi de formation spécifique avant de prendre leur fonction.

Les structures ayant répondu à notre enquête sont des EHPAD. Les établissements privés à but non lucratifs représentent 63% du panel, 38% sont des structures publiques et aucun EHPAD à but lucratif n'a été pris en compte dans l'enquête. 47% des répondants se situent En-il de France, 21% en région Auvergne Rhône Alpes, 11% en Centre Val de Loire, la Bretagne, Normandie, l'Occitanie, et le Hauts de France représentent chacune 5%.

Pour 70% des IDEC, 27% des résidents accueillis ont une pathologies psychiatrique ancienne. Pour 38% des MEDCO, 10% des résidents accueillis ont une pathologies psychiatrique ancienne.

Concernant les conditions d'accueil et d'hébergements des résidents psychotiques en EHPAD, 63% des médecins coordinateurs et 64% des IDEC estiment que les équipes ne sont pas formés pour les accueillir. Ce manque de formation constitue d'ailleurs la réticence majeure à leur admission en EHPAD selon le panel interrogé.

Pour parfaire et développer les compétences dans l'accueil des résidents psychotiques en EHPAD, les deux groupes de répondants IDEC et MEDCO souhaiteraient une formation en psychiatrie de la personne âgée de l'ensemble des personnels.

En ce qui concerne le suivi psychiatrique des résidents souffrants de troubles psychotiques vieillissant par l'infirmier de secteur. Il est possible de constater une différence notable entre les réponses apportées par les IDEC et celles des MEDCO. En effet la moitié des MEDCO interrogés sont satisfaits par la prise en charge proposée par la psychiatrie de secteur pour leurs résidents psychotiques vieillissants. Alors que seulement 18% des IDEC estiment cette prise en charge satisfaisante. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les équipes soignantes sollicitent plus facilement les IDEC que les MEDCO lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés voire des échecs dans leur prise en charge de ces résidents. De plus, comme nous l'avons évoqué plus haut beaucoup d'Ehpad n'ont plus de MEDCO et lorsqu'ils en ont leur présence au sein de l'établissement est moins importante que celle des IDEC. En effet à l'heure actuelle la présence des MEDCO en équivalent temps plein est calculés en fonction du nombre de résidents accueillis dans la structure. Il est également intéressant de noter des écarts dans les réponses apportées par les IDEC interrogées.

Lorsque nous avons questionné les IDEC et les MEDCO sur les éléments qui pourraient améliorer la collaboration entre les équipes soignantes des EHPAD et la psychiatrie de secteur, un élément ressort de façon évidente dans les deux corps de métier c'est le mot EQUIPE, cela nous montre l'importance du travail pluridisciplinaire entre les équipes de l'EHPAD et les équipes du CMP (Centre Médico-Psychologique). A la question concernant la prise en charge des résidents souffrants de troubles psychotiques en EHPAD classique, il s'agissait ici de savoir si les MEDCO et les IDEC la trouve adaptée. La réponse parle d'elle-même puisque 64% des IDEC et 50% des MEDCO estiment que cette prise en charge n'est pas adaptée. Ce qui est exprimé ici

est le manque de communication et la fluidité des transmissions entre les équipes de soins des EHPAD et la psychiatrie de secteur.

Les IDEC et les MEDCO ne semble toutefois pas réclamer la création de structure spécifiques, mais plutôt un développement de la formation des soignants en EHPAD, une amélioration du suivi des résidents avec l'accès à un médecin psychiatre rapide en cas de décompensation

2.2.1 IDEC

Ce travail d'analyse nous a permis de souligner l'importance de la qualité de la prise en charge des résidents en EHPAD et plus particulièrement de ceux présentant des troubles psychiatriques vieillissants. En effet ils sont un publique encore plus fragiles que les autres résidents qui sont malgré tout déjà fragiles.

S'assurer de la qualité de cette prise en charge représente une partie importante du rôle de l'IDEC en EHPAD. Plusieurs actions permettent de s'en assurer. Pour commencer l'IDEC doit être présente autant que faire se peut dans les services durant les moments clés de la journée que sont les toilettes, les repas et les couchers. Ceci lui permettra d'observer l'attitude, le savoir être et le savoir-faire des soignants et éventuellement de repérer chez un soignant une fragilité ou encore un besoin en formation spécifique. Cette présence permet également d'observer le comportement des résidents sont-ils en confiance ? L'observation du comportement des résidents présentant de troubles psychotiques anciens est également primordiale. En effet toutes modifications de leur état psychique doivent être détectée au plus tôt.

L'étude attentive des diagrammes de soins et des transmissions en plus d'être une obligation médico-légale permet de s'assurer de la qualité de la prise en soins des résidents. Il est important devant toute aggravation de la symptomatologie psychotique

de faire un bilan somatique avec le médecin généraliste et le Med Co. En effet la première cause de décompensation chez ces résidents sont des problèmes somatiques qu'ils ne sont pas toujours en capacité de verbaliser.

Dans cette prise en charge le rôle managérial de l'IDEC est de plusieurs ordres.

D'une part l'IDEC doit s'assurer que son équipe soignante connaît les différentes pathologies et si besoin leur proposer des formations. D'autre part elle doit être attentive à ce que les résidents présentant des troubles psychiatriques anciens ne soient pas victimes de stigmatisation tant de la part des soignants que de celle des autres résidents ou encore de leur famille. Enfin l'IDEC doit rassurer l'équipe en cas de décompensation et expliquer les solutions qui pourront être mise en place comme par exemple la demande d'une hospitalisation du résident pour permettre la réadaptation de son traitement et un répit pour l'équipe.

2.2.2 MEDCO

Au cours des précédents chapitres nous avons pris acte de la complexité et de la difficulté de la prise en charge des résidents souffrants de troubles psychotiques anciens, le médecin coordonnateur, dans le cadre de ses treize missions, est responsable d'une prise en charge efficace des résidents présents au sein de l'institution où il exerce sa fonction, il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement sur des thèmes spécifiques en psychiatrie, il convient que les personnels soient, à défaut d'être formés, fortement sensibilisés à la prise en charge de ce type de public et cela suppose un travail d'équipe. Cette mobilisation collective concerne tous les personnels, même non soignants, qui doivent respecter les rituels de ce type de résidents.

Il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination. Il participe à la mise en œuvre d'une convention personnalisée pour chacun des résidents avec les hôpitaux psychiatriques qui adressent ces résidents, à charge pour eux de les réadmettre provisoirement en cas de décompensation, il fait appel à une équipe mobile de psychiatrie qui intervient à la demande pour gérer les situations les plus lourdes. Il va travailler en collaboration étroite avec divers professionnels et va avoir un rôle de coordination auprès des différents intervenants (médecin traitant, pharmacien, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute...

Par son rôle le médecin coordonnateur, peut contribuer à l'élaboration de réponses référées aux bonnes pratiques, adaptées, planifiées et « protocolisées » au niveau de l'établissement. La connaissance médicale du résident et de son histoire de vie est importante pour assurer une prise en charge correcte des pathologies et des troubles du comportement. La communication des informations médicales à l'équipe soignante permet d'améliorer la qualité des soins et de valoriser le travail. Il va s'occuper du maintien ou de l'amélioration de l'état de santé et de l'autonomie des résidents. L'évaluation du résident et l'élaboration d'un projet de soins individualisé. Il va également avoir un rôle relationnel important auprès des patients et de leurs proches.

III / Conclusion

Contre toute attente ce travail nous a permis de mettre en évidence que la difficulté d'intégrer en EHPAD des personnes souffrantes de troubles psychotiques vieillissant n'est pas du fait des soignants qui semblent plutôt ouvert à cette prise en charge. La demande des professionnels de santé pour ces personnes ne semble pas non plus être celle de création d'établissement spécifique mis en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination.

Les principales demandes que ce soit pour les IDEC ou pour le MEDCO sont celle d'une formation spécifique pour l'ensemble des personnels intervenants dans les EHPADs mais également celle d'une collaboration plus importante et plus structurée et plus rapide entre les EHPADs et les professionnels qu'ils soient psychiatres ou infirmier psychiatrique de secteur, particulièrement pour l'adaptation des traitements et une prise en charge rapide en cas de décompensation.

IV/ Abstract

Version française

Nous sommes 4 professionnels de santé exerçant dans des domaines différents : 3 infirmiers, un médecin. Nous avons pu rencontrer chacun une problématique commune de prise en charge dans nos établissements respectifs à savoir : La complexité de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques en Ehpad.

Ainsi, lors de notre travail de recherche, et d'enquêtes sur le terrain, nous avons pu mettre en évidence que la démographie actuelle orientait vers une demande croissante de prise en charge en institution du sujet âgé, avec pour certains des pathologies relevant de la psycho gériatrie.

Si certaines pathologies comme les maladies neurodégénératives sont bien connues et bien prises en charges au sein des établissements, d'autres comme les maladies psychiatriques (psychoses par exemple) sont assez mal estimées et connues en France pour le sujet vieillissant puisque ces troubles sont assez tardifs. D'ailleurs la DREES apporte peu d'éléments, notant que 4% des personnes vivent dans un établissement psychiatrique avant d'entrée en institution.

Nous avons pu souligner avec notre travail que la prise en charge spécifique, de ces résidents relevait d'une formation incomplète ou inexistante pour les équipes pluridisciplinaires.

Version anglaise

We are four health professionals practicing in different fields: three nurses and a doctor.

We were each able to encounter a common problem of care in our respective institutions, namely: the complexity of the care of elderly people with psychiatric disorders in nursing homes (Ehpad).

Thus, during our research and field surveys, we were able to highlight that the current demography was orienting towards a growing demand for institutional care for the elderly, with, for some, pathologies related to psychogeriatrics.

While some pathologies such as neurodegenerative diseases are well known and well taken care of within institutions, others such as psychiatric diseases (psychoses for example) are rather poorly understood and much underestimated in France for elderly patient since these disorders are appearing belatedly. Moreover, the DREES provides little evidence, establishing that 4% of people live in a psychiatric premises before entering an institution.

We were able to highlight through our work that the specific care of these residents was rising from an incomplete or non-existent training for multidisciplinary teams.

V/ Bibliographie

- 1/** Agence Régionale de Santé (2018) L'accompagnement des personnes âgées
- 2/** Paillard C (2016) Dictionnaire de concept en soins infirmiers (3ème Ed)
- 3/** Monfort JC (1998) La psychogériatrie page 6 à 8
- 4/** Ministère des Solidarités et de la Santé (2012) Plan psychiatrie et santé mentale
https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf Page 8
- 5/** Légifrance (2017) Arrêté du 21 avril 2017,
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
- 6/** Jovelet G. Ces psychotiques qui vieillissent. 1ère édition. Montrouge : John LibbeyEurotext; 2017. 190 p. (Offre de soins en Psychiatrie)
- 7 et 11/** Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis : an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Ame J Psychiatry*, 2000, 157 : 172-78.
- 8/** Pull MC, Pull CB, Pichot P. [Empirical French criteria for psychoses. III. Algorithms and decision tree]. *Encéphale*. 1987, 13 : 59-66
- 9 et 10/** *Archives of General Psychiatry*, janvier 2007, vol 64, p.14-6 et 19-28
- 12/** H. Convert, C. Védie, P. Paulin « Schizophrénie tardive ou délires chroniques » ; *L'Encéphale*, 2006 ; 32.
- 13/** McAlpine D. Patterns of care for persons 65 years and older with schizophrenia. In : Carl I, Cohen MD, éditeurs. *Schizophrenia in later life : treatment, research and policy*. American Psychiatric Publishing. 2003. p. 3-18.

- 14/** Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin M-L, Mann A, Dupuy A-M, et al.
Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. Br J Psychiatry J Ment Sci. Févr 2004 ;184 :147-52
- 15/** Jovelet G. Admission d'un sujet psychotique en Ehpad et vécu traumatique.
InfPsychiatr. 27 avr 2018 ; 86 :39 47
- 16,17,20, 23 /** Frederick Taylor (2020) L'organisation scientifique de l'usine,
<https://www.cairn.info/100-penseurs-de-la-societe--9782130652205-page-199.htm>
- 18/** Larousse, <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/fordisme/52975>
- 19/** Larousse, https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Max_Weber/138958
- 21/** Observatoire innovation managériale (2022) Principes d'administration selon Henri Fayol, <https://www.observatoire-management.org/single-post/2017/04/26/principes-dadministration-selon-henri-fayol-1841-1925>
- 22/** Larousse,
https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Abraham_Harold_Maslow/132149
- 24/** Larousse,
https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Frederik_Herzberg/123808
- 25/** Site SurveyMonkey (2022) Qu'est-ce qu'une échelle de Likert ?
<https://fr.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>
- 26/** Site Le Sphinx (2022) Sondage en ligne Sphinx Declic <https://www.lesphinx-developpement.fr/logiciels/sondage-en-ligne-sphinx-decllic/>