

Mémoire du DIU « **Formation des médecins coordonnateurs
d'EHPAD** » et
« **Coordination gériatrique** ».

Université Paris-Cité

Année universitaire 2024-2025

**INM (interventions non médicamenteuses) en
EHPAD :
comment sont-elles évaluées ?**

Titre court : Evaluations des INM en EHPAD

Etude exploratoire sur données rétrospectives

CONFIDENTIEL

Directeur de mémoire : Dr Alain VAQUIER

Etudiantes :

Dr Saholy VAHINISON, Adela NAILI, Béatrice RAHANTANIRINA,
Hassiba MAKHLOUCHE & Marie-Noëlle UNGEHEUER

SOMMAIRE

Table des abréviations

<u>1. Introduction : état des lieux et objectifs du mémoire</u>	p.4
Acuité et importance de la question globale des INM et de leur évaluation	
Les INM : définition et exemples	
Comment l'efficacité des INM a-t-elle été démontrée ?	
Indications et Outils d'évaluations des INM en pratique	
Question scientifique du mémoire	
<u>2. Méthodologie</u>	p.16
Contexte et typologie de notre étude exploratoire	
Définition des objectifs principal et secondaires	
Critères d'inclusion des résidents et de leurs données	
Données recueillies et sources	
Pré-requis éthico-réglementaires d'une recherche sur données rétrospectives	
Analyses statistiques	
<u>3. Résultats</u>	p.22
Description de la population d'étude	
Cartographie des INM	
Eléments de contexte et modalités de réalisation des INM	
Fréquence des évaluations d'INM (objectif principal)	
L'évaluation des INM permet-elle d'en mesurer l'impact	
<u>4. Interprétation et discussion des résultats</u>	p.28
Limitations	
Réalisation variée des évaluations d'INM	
Un programme temporel et des outils à parfaire	
Une organisation optimisée au sein du PASA	
Composition et suivi des groupes	
Questions en suspens	
<u>5. Conclusion et perspectives</u>	p.35
<u>6. Références bibliographiques et webographiques</u>	p.39
<u>7. ANNEXE</u>	p.40

TABLE DES ABREVIATIONS

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (*fusionnée avec la HAS en 2017*)

AP(A) : Activité Physique (Adaptée).

ASG : Assistant(e) de Soins Gériatriques

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

DLFT : Démence Lobaire Fronto-Temporale

DPI : Dossier Personnel Informatisé

ETP : Equivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEC : Infirmière D.E. Coordonnatrice

INM : Intervention Non Médicamenteuse

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPADE : Échelle d'évaluation, chez les Personnes Âgées, des symptômes et des syndromes DÉconcertants

MA(MA) : Maladie d'Alzheimer (et Maladies Apparentées).

MedCo : Médecin Coordonnateur d'EHPAD

MMSE : Mini-Mental Status Evaluation

NPI-ES : Inventaire Neuro-Psychiatrique (Neuro-Psychiatric Inventory) – version *Equipes Soignantes*

PAP : Programme d'Accompagnement Personnalisé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

(P)MND : (Plan) Maladies Neuro-Dégénératives

SI : Systèmes d'Information

SPC : Symptômes Psycho-Comportementaux

TNC : Troubles Neuro-Cognitifs

UHR : Unité d'Hospitalisation Renforcée

UVP : Unité de Vie Protégée

1. INTRODUCTION :

Etat des lieux et Objectifs du mémoire

Acuité et importance de la question globale des INM et de leur évaluation

Les maladies neurodégénératives (MND) constituent un enjeu majeur de santé publique en France et dans le monde : 1,3 à 1,4 million de personnes sont touchées en France par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MAMA) en 2025, selon des dernières données de la Fondation France Alzheimer (<https://www.francealzheimer.org/prevalence-de-la-maladie-dalzheimer-et-des-maladies-apparentees-14-m-de-personnes-malades-en-2025/1>);

et 57 millions de personnes sont concernées par la « démence » dans le monde, selon des données de l'OMS en 2021² (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>), avec une évolution rapidement croissante.

L'importance de ce phénomène est dû à l'énorme charge sociale et de santé publique que ces maladies représentent pour les individus concernés : leurs troubles neuro-cognitifs (TNC) ayant tendance à s'aggraver avec le temps, ils entraînent perte d'autonomie, perte de confiance en soi et troubles du comportement, avec potentiellement une perte de dignité, et une vulnérabilité accrue ; mais aussi pour leur entourage et la société, du fait des besoins considérables en ressources de personnel, et de la nécessité d'adapter leur environnement physique à tous les niveaux : locaux, équipements, matériels....

Les politiques publiques nationales, par le biais des ministères concernés et agences gouvernementales, s'emploient à lutter contre ces Maladies Neuro-Dégénératives (MND) depuis les années 2000, avec un premier programme gouvernemental mis en œuvre dès 2001. En particulier, les « Plans MND » successifs ont permis de financer et déployer les Pôles d'Activités de Soins Adaptés (PASA) au niveau national. La dernière feuille de route de 2021-2022 devrait être suivie d'un nouveau plan stratégique pour la période 2025-2030 (<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/questions/QANR5L17QE3964>).

Du côté non gouvernemental, des Fondations et associations comme Vaincre la maladie d'Alzheimer, France Alzheimer ou Médéric Alzheimer,... ou plus récemment l'Institut du Cerveau et de la Moëlle épinière (ICM), œuvrent à la lutte contre les MND, dans les domaines variés de la recherche, du soin, de la formation et de l'aide aux aidants.

Dans ce contexte, il apparaît de première importance de faire régulièrement un état des lieux des solutions existantes pour prévenir et traiter les TNC associés à ces

¹ <https://www.francealzheimer.org/prevalence-de-la-maladie-dalzheimer-et-des-maladies-apparentees-14-m-de-personnes-malades-en-2025/>

² <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

maladies, afin de vérifier leur efficacité sur le terrain de façon à la fois collective (notamment au sein des EHPAD) et individuelle, et les optimiser de façon continue.

L'état des lieux évoqué plus haut, doit nécessairement s'appuyer sur des évaluations régulières des pratiques de prévention et traitement, lesquelles nécessitent de même, d'adapter et optimiser de façon continue, les outils et modalités de leur propre réalisation.

Parmi les solutions existantes, et en l'absence de traitement médicamenteux suffisamment efficace à l'heure actuelle pour prévenir ou ralentir la neuro-dégénérescence responsable de la perte d'autonomie, les Interventions Non Médicamenteuses (INM) occupent une place de choix au sein de l'arsenal thérapeutique et prophylactique. En effet, en ciblant deux éléments essentiels que sont la cognition (pour les INM à visée cognitive) et la locomotion (INM à visée physique), elles sont à même de préserver au mieux l'autonomie des Personnes Agées.

Elles ont fait la preuve de leur efficacité au niveau international (Cf § « comment l'efficacité des INM a-t-elle été démontrée ? »), tant sur les TNC eux-mêmes, que sur les symptômes psycho-comportementaux (SPC) qu'ils entraînent. Cet état de fait a conduit au financement par exemple, des PASA, qui concentrent les INM à visée cognitive au sein des EHPAD, ainsi que les postes de psychologues, psychomotriciens et Enseignants d'Activité Physique Adaptée (EAPA).

C'est ainsi que nous avons choisi de dédier notre mémoire aux évaluations des INM.

Plus précisément dans ce travail, nous avons choisi d'analyser, au travers d'une question scientifique spécifique, quelle était la réalité des évaluations d'INM au sein des EHPAD où certaines d'entre nous sont en poste, et leurs modalités de réalisation, afin d'en tirer une « photographie » actuelle en vie réelle, voire des pistes pour de prochaines études du DIU.

Les INM : définitions et exemples

- Définitions au niveau international et français, au sens large et au sens strict

Au niveau international, il existe plusieurs équivalents de l'expression en français « intervention non médicamenteuse ». Dans les publications internationales, on trouve généralement l'expression « stimulation cognitive » lorsqu'il s'agit d'interventions à visée cognitive, ou de « non drug intervention » ou « non drug therapy » dans une acception plus large. Mais beaucoup d'autres expressions existent.

D'autre part, si nous nous en tenons strictement à la dénomination française d' »INM », elle est utilisée par les équipes de recherche du domaine depuis 1975. Nous pouvons constater qu'il existe 2 acceptions :

- Une acception large :

En toute rigueur, si l'on comprend l'expression INM à la lettre, on devrait y inclure toute intervention auprès d'un résident, impliquant une interaction verbale ou non, qui le met en relation avec une ou plusieurs autres personnes, dès lors que, avec ou sans a priori thérapeutique, cette interaction vise à stimuler de façon positive ou concourir au bien-être de la personne, et ceci quel qu'en soit le résultat.

Cela inclurait donc également les visites ou appels téléphoniques des résidents, et même toutes les « simples » interactions des soignants, tout au long du nyctémère : ces simples « relations sociales » dont nous savons empiriquement combien elles sont importantes pour les résidents, devraient donc être comptabilisées en INM « au sens large ».

Nous adopterons pour cette définition large le terme « INM sl (*sensu lato*) ».

- Une acception restrictive :

Elle concerne les INM reconnues en tant que telles (singulièrement en France), appartenant à une liste de référence et constituant des activités finançables par les autorités compétentes ou les collectivités territoriales.

Nous adopterons pour cette définition restrictive le terme « INM ss (*stricto sensu*) ».

Dans ce cas, l'intervention non médicamenteuse (INM) est un protocole de prévention en santé ou de soins personnalisés, non invasif, dont l'efficacité a été prouvée, référencé, et encadré par un professionnel qualifié (*Ninot et al., 2024*). Une INM vise à prévenir, soigner, accompagner ou guérir un problème de santé connu de la médecine basée sur les preuves (*Ninot et al., 2025*).

- Objectifs des INM :

Chez les personnes âgées, ces interventions ont toutes pour objectif d'optimiser la prise en charge en ciblant différents aspects de la pathologie en fonction de la thérapie appliquée : le fonctionnement cognitif, les troubles du comportement, l'autonomie ou le bien-être du patient (*ANESM, 2017*). Dans le cadre de notre mémoire, nous allons analyser principalement 2 types d'INM pratiquées dans les 2 EPHAD étudiées. Il s'agit des INM cognitives (jardinage, musicothérapie, médiation animale) et d'INM physiques (APA, kinésithérapie et gym douce).

Il est important de préserver autant que possible l'autonomie des personnes âgées et pour cela, 2 éléments essentiels sont à prendre en compte : la cognition (dans toutes ses dimensions), et la mobilité

- Selon la HAS (2019) il s'agit « d'interventions sur la qualité de vie, sur le langage (orthophonie), sur la cognition (stimulation cognitive, revalidation cognitive), sur la stimulation sensorielle, sur l'activité motrice, sur les activités occupationnelles. »
- Elles regroupent des interventions thérapeutiques et ou ludiques (occupationnelles), des interventions centrées sur la communication, voire l'architecture et l'organisation des soins (*SFGG, 2024*).

- Les INM (stimulation cognitive, thérapie par la réminiscence, musicothérapie...) sont des outils à différencier des disciplines (psychologie, ergothérapie, psychomotricité...) qui les mettent en œuvre (SFGG, 2024).

Ainsi, elles visent à prévenir un risque, à atténuer les symptômes d'une maladie, voire à guérir cette dernière. Des bénéfices supplémentaires sur la santé, l'autonomie, la qualité de vie et la longévité ont été identifiés grâce à différentes études (Ninot et al., 2024).

Elles sont recommandées en première intention pour le traitement des symptômes psycho comportementaux (SPC) de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA) et sont préconisées par toutes les recommandations internationales et nationales sur la base des preuves scientifiques de leur efficacité (SFGG, 2024).

- Catégorisation des INM :

Historiquement, les premières mentions des « interventions non médicamenteuses » dans la littérature médicale, remontent à 1975. Depuis cette date, des catégorisations d'INMs ont été proposées par différentes équipes.

Ainsi, Geronimi-Robelin E. et Dimanchin V. (Geronimi-Robelin E. et Dimanchin V., 2012) classent les INM selon les approches (Cf. Tableau 1).

D'autres catégorisations plus récentes reposent sur principalement 3 grandes familles d'INM :

- Les INM cognitives : qui regroupent par exemple la musicothérapie active ou passive, les jeux de chiffres et de lettres, la réminiscence...
- Les INM physiques : APA et kinésithérapie principalement, mais aussi gym douce,
- Les INMs nutritionnelles.

C'est cette dernière catégorisation que nous avons choisi d'adopter pour notre mémoire.

Tableau 1 : Approche non médicamenteuse

Ateliers thérapeutiques	
Approches sensorielles	Approches motrices
• Musicothérapie • Luminothérapie • Aromathérapie • Massage et toucher • Relaxation • Stimulation multisensorielle = Snoezelen	• Kinésithérapie • Ergothérapie • Psychomotricité • Activité physique
Approches portant sur la cognition	Approches occupationnelles
• Rééducation de l'orientation = <i>reality orientation therapy</i> • Stimulation cognitive • Orthophonie	• Lecture du journal du jour • Photos souvenir • Activité bien-être : massage, manucure • Activité manuelle : coloriage, dessin, pâte à modeler • Promenade • Musique • Relaxation, respiration
Approches psycho-sociales	
• Art-thérapie • TCC et revalidation cognitive • Rémémoration • Thérapie par empathie = validation • Psychothérapie	• Thérapie familiale systémique • Thérapie par présence stimulée • Thérapie assistée par l'animal • Méthode Montessori

Parmi les différents types d'INM existantes, nous développons en priorité quelques-unes parmi celles étudiées dans notre mémoire.

a) **Musicothérapie:**

Selon la définition de 1994 de l'association canadienne de musicothérapie, il s'agit de: « l'utilisation de la musique et des éléments musicaux par un musicothérapeute diplômé pour promouvoir, maintenir, restaurer la santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle » (*Join J et al., 2015*).

Des groupes d'études françaises prouvaient les effets positifs de la musicothérapie sur le comportement des personnes atteintes d'Alzheimer. Ils ont constaté l'amélioration sur le plan cognitif, langagier, comportemental et thymique, sur la régression de l'agressivité, de l'agitation et de l'anxiété (*Guétin S, et al*).

Il y a 2 sortes de musicothérapie : active et réceptive (*SFGG 2024*)

- la modalité « active »: consiste à jouer d'un instrument ou utiliser des outils produisant des sons, à improviser, à chanter lors d'une activité physique adaptée (danse) ou d'ateliers de chant, lors du repas, des séances de jeux ou d'activités sociales ;

- La modalité dite « réceptive » ou « passive » permet au participant d'apprécier les qualités de la musique et de profiter de ses bénéfices par son écoute. Les interventions peuvent se limiter à une écoute de chants, bruitages ou morceaux musicaux.

Les séances sont réalisées en individuel ou en groupe selon des indications thérapeutiques ciblées (anxiété, dépression, agitation, apathie), et sont évaluées avant, pendant et après l'intervention. La littérature tend à montrer qu'une fréquence d'au moins deux fois par semaine est plus susceptible de produire des effets avec une durée de 30 à 60 mn. Les populations ciblées sont les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, du troubles cognitif d'origine vasculaire, de maladie à corps de Lewy, de dégénérescence lobaire fronto-temporale (DLFT), quel que soit leur stade.

Après 5 à 6 semaines, une réévaluation du ou des SPC doit être réalisée (choix de poursuite, d'arrêt ou de modification de l'INM). L'outil d'évaluation se fait par le NPI, le GDS15, l'HAD et/ou le Cornell (*SFGG 2024*).

b) Jardinage/ Hortithérapie :

Des travaux dirigés par NM.J. Guisset et ses collaborateurs de la Fondation Médéric Alzheimer (*Guisset et al., 2013*) ont montré que dans une institution accueillant des personnes atteintes de troubles cognitifs, un jardin offre de multiples ressources. Il est en effet le lieu privilégié de l'articulation entre « le dedans » et « le dehors », propice à la réalisation d'activités agréables, et à des rencontres. Ainsi, le jardin contribue à l'amélioration du cadre et de la qualité de vie des résidents.

L'hortithérapie contribue à la réduction du stress, à améliorer l'humeur, à stimuler l'activité physique, elle contribue aux interactions sociales et, partant, à améliorer les fonctions cognitives (*Nguyen Hoang Tien et Dang Thi Phuong Chi, 2025*).

c) Activité physique adaptée (APA) :

De façon globale, la HAS a émis en 2019 (*HAS 2019*) un texte qui documente les bienfaits de l'activité physique (AP) : elle ralentit les changements physiologiques liés à l'âge, améliore la santé des personnes âgées dans ses trois dimensions physique, psychique et sociale, et contribue à la prévention des pathologies chroniques liées au grand âge. Elle joue un rôle majeur dans la prévention et le traitement de la fragilité et des risques de chutes, favorise le maintien de l'autonomie et prévient la dépendance. Elle améliore la cognition des personnes âgées sans troubles cognitifs ou avec un trouble neurocognitif mineur. Elle ralentit le déclin fonctionnel des personnes âgées atteintes d'une démence. Et chez l'adulte d'âge moyen, l'AP joue un rôle important en prévention primaire de la maladie d'Alzheimer (*HAS 2019*).

L'activité physique adaptée (APA) doit être adaptée aux ressources fonctionnelles d'un individu. Elle est mise en place obligatoirement par un professionnel certifié APA et doit suivre des objectifs en prévention ou en thérapie selon les besoins et la capacité des participants. Elle est basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins liés à des incapacités spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires (SFGG 2024).

L'APA cible différentes fonctions comme par exemple l'endurance, l'équilibre ou la force/résistance. L'intervention peut se baser sur des exercices de résistance physique, de renforcement musculaire, d'équilibre ou d'aérobic. Le plus souvent on la pratique en groupe ce qui favorise également le lien et la cohésion sociale.

Le niveau de preuve des études est élevé concernant la réduction des SPC (agitation, apathie) avec amélioration ou maintien de l'état de santé global du patient. Les programmes d'APA basés sur les exercices de résistance montrent également une amélioration des fonctions exécutives pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladie à corps de Lewy. Les études montrent une diminution des SPC sur le NPI mais peu de changement sur la dépression avec les programmes d'APA. Les exercices centrés sur l'aérobic semblent montrer une efficacité supérieure sur l'humeur (dépression). La marche est une intervention simple qui semble être la plus utilisée avec les personnes qui présentent des maladies neurocognitives et aussi les plus âgées.

L'APA est indiqué dans les pathologies neurocognitives, troubles cognitifs d'origine vasculaire, maladie à corps de Lewy, DLFT aux stades léger à modéré de la maladie.

Une pratique d'au moins une fois par semaine est plus susceptible de produire des effets avec une durée de 45 à 60 mn. Après 2 à 12 semaines, une réévaluation globale doit être réalisée (choix de poursuite, d'arrêt ou de modification de l'INM). L'outil d'évaluation se fait par NPI/CMAI, MMSE/MOCA.

d) PASA

L'ANESM (organisme dédié à l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, intégré à la HAS en 2018) a publié en 2017, des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles sur : « L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) ».

Les présentes recommandations ont été élaborées dans le cadre de la mesure 26 de l'axe 1 : « Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire » du Plan Maladies Neuro-dégénératives (PMND) 2014- 2019, qui prévoyait la poursuite du déploiement de l'accueil en PASA.

Le PASA a une capacité d'accueil de 14 personnes. Il s'agit en principe de résidents d'un EHPAD ayant reçu l'autorisation, mais ils peuvent sous conditions accueillir d'autres personnes venant de leur domicile voire d'autres EHPAD.

Un programme d'activités est élaboré par un ergothérapeute, un psychomotricien ou un assistant de soins gériatriques (ASG) sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Les activités, individuelles et collectives, sont proposées durant la journée. Leur objectif est de concourir au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes et des fonctions cognitives, à la sollicitation des fonctions sensorielles ainsi qu'au maintien du lien social des personnes accueillies.

Au préalable, l'évaluation et le bilan des symptômes sont réalisés en particulier à l'aide du MMSE, (Mini Mental State Examination), du NPI-ES (Neuro-Psychiatric Inventory, version *Equipes Soignantes*) ou encore, de l'échelle d'agitation CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory). La PASA est ouvert à des personnes aussi bien apathiques qu'agitée, la complémentarité des profils étant susceptible de favoriser une dynamique de groupe.

Comment l'efficacité des INM a-t-elle été démontrée?

L'efficacité thérapeutique ou prophylactique des INM a été démontrée depuis de nombreuses années. Afin de faciliter notre analyse de cette abondante littérature, nous nous sommes appuyées principalement sur 2 revues de la littérature, très complémentaires, qui sont des méta-analyses de nombreuses études originales sélectionnées pour leur fiabilité (malgré une grande hétérogénéité et quelques faiblesses résiduelles). Les voici :

Revue générales sur l'efficacité des INM depuis leurs débuts et jusqu'à 2022

1. Revue de la base de données scientifiques Cochrane (*Cochrane Database of Systematic reviews*) (Woods et al., 2023): il s'agit d'une méta-analyse portant sur 36 études jusqu'à 2021 (mise à jour à partir d'une première étude de 2012 qui comportait alors l'analyse de quelques études seulement).
2. Revue espagnole (Gomez-Soria et al., 2023) : méta-analyse de 33 études finales jusqu' à 2022.

Au niveau international, les INM cognitives qui sont au centre de notre sujet, sont généralement appelées « Cognitive Stimulation » (CS). Les 2 articles de revues montrent assez bien, malgré les faiblesses méthodologiques déclarées, sur 2 grosses séries d'études (33 dans la revue espagnole, 36 dans la revue anglaise Cochrane) une amélioration globale des fonctions cognitives. La revue anglaise est la plus rigoureuse car elle a retenu dans son analyse finale, uniquement les essais cliniques randomisés. De ce fait, ses résultats sont plus restrictifs (moindre signification apparente de la portée des INM) que ceux de la revue espagnole, même s'ils vont dans le même sens global.

Autres résultats intéressants (auxquels on pouvait s'attendre) : les INM peuvent améliorer les fonctions cognitives, avec cependant un impact plus important sur les TNC légers à modérés (« mild »/ »moderate ») que sur les sévères (« severe »/ » dementia ») où cela reste quand même vrai d'après la revue espagnole qui les a largement inclus.

Cela reste vrai aussi, d'après la revue espagnole, sur certaines fonctions cognitives spécifiques analysées séparément comme l'orientation spatio-temporelle ou la mémoire (avec un niveau de puissance de preuve amoindri du fait du moindre nombre de sujets inclus pour chacune).

Certaines modalités de réalisation des INM se révèlent particulièrement importantes d'après les analyses des deux revues :

- * la revue Cochrane a montré qu'un niveau d'efficacité significative des INM implique au moins 2 séances par semaine ;

- * d'autre part toujours pour Cochrane, l'effet serait rémanent pendant plusieurs mois après l'arrêt des INM, ce qui représente une excellente nouvelle ! *Cela pourrait justifier de faire des sessions de 3-4 mois par an pour faire bénéficier un maximum de résidents, ce qui était plutôt contre-intuitif...*

- * cet effet correspondrait à un retard d'évolution de 6 mois, des TNC

Nous pouvons confronter ces données à une découverte récente en biologie. En effet, de récentes données de la biologie du cerveau montrent que des protéines impliquées dans la mémoire à long terme se combinent entre elles pour contribuer à l'ancrage des synapses considérées (Tsokas et al., 2024) ; leur combinaison permet d'échapper à leur destruction du fait que le turn-over ne les affecte pas toutes en même temps. Cet effet à la fois structurel (d'ancrage) et métabolique (de rémanence) assure leur fonction support de la mémoire à long terme. Plus nous (ré)activerions des circuits neuronaux et synaptiques « endormis » avec des activités variées, plus le souvenir associé à ces combinaisons de protéines engagées dans les synapses considérées serait stabilisé et donc persistant.

- * la revue espagnole conclut de ses analyses que la durée "optimale" de suivi des INM est de 12 semaines.... une durée plus longue ne semble pas apporter de gain supplémentaire.

- * les 2 revues confirment qu'une combinaison d'INM unitaires est plus efficace que si elles sont prises isolément

- * la revue espagnole montre également que les INM en groupe sont plus efficaces que les INMs individuelles.

En revanche, aucune des 2 revues ne fait d'analyse des SPC.

Si nous regardons la moyenne d'âge - autour de 80 ans – des participants aux études de ces 2 revues (les premières études sur lesquelles ces revues s'appuient étant déjà très anciennes), nous constatons un décalage important entre l'âge moyen des résidents de nos EHPAD aujourd'hui en France (plutôt autour de 88 ans). A cet âge, la différence est considérable car des TNC légers à modérés apparus vers 80 ans ont commencé, globalement en moyenne, à produire des complications neurogériatriques de types psycho-comportementales. Ces dernières sont aujourd'hui pour nous probablement les manifestations pathologiques les plus complexes à gérer, et pour lesquelles nous attendons une aide significative des INM (Cf § suivant : INM & symptômes psycho-comportementaux (SPC)).

Revue sur les modalités de réalisation des INM :

A l'appui de l'importance d'une approche combinée / multimodale des INM, viennent notamment 2 études princeps ayant chacune contribué à de nombreuses études successives :

3. Etude FINGER :

L'étude FINGER « princeps » (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability) menée de 2009-2011, a cherché à évaluer une approche multidimensionnelle dans le but de prévenir le déclin cognitif chez les personnes âgées à risque issues de la population générale (*Ngandu T et al.*, 2014)

Elle a porté sur 1260 personnes réparties équitablement entre un groupe avec INM (régime alimentaire, exercice physique, entraînement cognitif, surveillance des risques vasculaires), et un groupe contrôle bénéficiant seulement de conseils généraux en matière de santé. Le critère d'évaluation était basé sur le changement des capacités cognitives mesuré à l'aide du score Z de la batterie de tests neuropsychologiques (NTB) complète. Les résultats allaient dans le sens d'un effet significatif, quoique modéré, des INM par rapport au groupe contrôle.

Cette première étude prometteuse a donné lieu au lancement en 2017, du réseau mondial FINGERS (WW-FINGERS) regroupant plus de 25 pays, et visant à mener des interventions multidomaines sur le mode de vie afin de réduire et prévenir le risque de démence (*Kivipelto et al.*, 2020).

4. Etude MAPT (*Vellas et al.*, 2014) :

Cet essai prospectif de cohorte multicentrique MAPT (Multidomain Alzheimer Preventive Trial) est basé sur une approche multidomaine censée contribuer à prévenir les troubles cognitifs et promouvoir la santé chez des patients de plus de 70 ans fragiles, susceptibles de développer une maladie d'Alzheimer.

Le principe est la stimulation préventive de la mémoire et la promotion de la santé ; elle a fait l'objet d'un vaste essai préventif multicentrique français conduit auprès de 1200 personnes âgées fragiles âgées de 70 ans et suivies pendant trois ans, qui a mené à de nombreuses études ultérieures (environ 150 publications depuis 2012) ayant élargi leurs travaux aux domaines, notamment, de la cognition et du métabolisme.

Cette vaste étude de cohorte a permis notamment de renforcer la notion d'efficacité des INM lorsqu'elles sont multi-domaines, élargissant celles-ci du domaine de la stimulation cognitive aux activités physiques et aux mesures nutritionnelles.

INM et symptômes psycho-comportementaux (SPC)

Après ce tour d'horizon général sur les INMs, nous avons concentré nos recherches bibliographiques sur les « symptômes psycho-comportementaux » et avons

notamment trouvé une revue récente de la littérature montrant l'effet des INM sur les états dépressifs des personnes ayant des TNC, - excluant toutefois les dépressions majeures comme pathologie principale (Watt et al., 2021).

Cette revue canadienne consiste en une méta-analyse comparant spécifiquement l'efficacité des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses sur la dépression associée aux troubles neuro-cognitifs.

Les conclusions semblent claires : les INM font globalement mieux que les traitements médicamenteux. Le type d'INM peut néanmoins creuser la différence en termes d'efficacité : dans cette méta-analyse, les massages et la thérapie par le toucher, la stimulation cognitive associée à un inhibiteur de la cholinestérase, et la stimulation cognitive associée à l'exercice physique et à l'interaction sociale, étaient plus efficaces que certaines interventions médicamenteuses ; pour les autres INM, il n'y avait aucune différence significative (c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas inférieures en termes d'efficacité) par rapport aux traitements médicamenteux.

Outils d'évaluation de l'efficacité et populations cibles des INM

Les outils d'évaluation des INM sont des tests et échelles psychométriques évaluant les déficits neuro-cognitifs, comportementaux et thymiques des résidents. Nous en dressons ici une liste non exhaustive qui mérite d'être complétée au cas par cas.

Tests psychométriques à large spectre :

MMSE : Mini-Mental State Examination

Ce test largement utilisé car simple et rapide, est un test de repérage psychométrique complet permettant d'apprécier globalement les fonctions neuro-cognitives.

Il est administré par les psychologues ou neuropsychologues en première ligne, chez des sujets chez qui sont soupçonnés de TNC et présentent une perte d'autonomie fonctionnelle. Il permet de suivre l'évolution des TNC des stades légers à sévères des maladies neuro-dégénératives quelle que soit leur étiologie.

Ses limites sont l'impact important du niveau socio-éducatif sur le résultat, l'absence d'évaluation des fonctions exécutives, et, allant de pair avec un défaut de sensibilité pour les TNC les plus légers, son incapacité à orienter vers une étiologie des TNC.

NPI (Inventaire Neuro-Psychiatrique) et NPI-ES (version Equipes Soignantes)

L'inventaire neuropsychiatrique (NPI) (Cummings et al., 1994) évalue les SPC de façon globale en 12 domaines : idées délirantes, hallucinations, agitation, dépression, euphorie, comportements moteurs aberrants, désinhibition, apathie, irritabilité, anxiété, troubles du sommeil et troubles du comportement alimentaire. Chaque domaine est évalué par sa fréquence cotée de 0 à 4 (0=absence à 4=tous les jours) et sa gravité évaluée de 1 à 3 (1=léger, 2=modéré, 3=sévère).

Le score de sévérité de chaque SPC est le résultat de sa fréquence multiplié par sa gravité. Le score total de sévérité de chaque domaine varie de 0 à 12. Le score total du NPI est la somme des scores de chaque domaine et varie de 0 à 144. Plus le score du NPI est élevé, plus la sévérité des SPC est importante. De plus, le NPI permet d'évaluer le retentissement sur l'aidant, qu'il soit professionnel ou informel, de chaque SPC. Le score du retentissement de chaque domaine varie de 0 (aucun) à 5 (extrêmement sévère) .

la version NPI-ES (Equipes Soignantes), a comme avantage d'être rapportée par le jugement d'équipes soignantes expérimentées et non par l'avis subjectif de l'aidant.

Ces 2 échelles sont utilisées dans nos EHPAD.

Tests psychométriques à spectre étroit :

Echelles d'agitation :

L'inventaire de l'agitation Cohen-Mansfield (CMAI) est actuellement l'échelle spécifique d'évaluation de l'agitation la plus utilisée (Cohen-Mansfield et al., 1989). Cette échelle quantifie la fréquence de 29 items d'agitation regroupés en quatre sections : agitation physique non agressive, agitation verbale non agressive, agitation physique, agitation verbale. Chaque item est évalué sur les 7 jours précédents et est coté de 0 à 7 : (0=non évaluable, 1=jamais à 7=plusieurs fois par heure). Le score total de la CMAI varie de 0 à 203. Plus le score est élevé, plus l'agitation est importante.

L'échelle EPADE / PGI-DSS est une échelle valide, fidèle, avec une consistance interne de 0,695 et une valeur seuil à 17 (Monfort et al., 2020). Elle a démontré que sa cotation peut prendre moins d'une minute lorsque les SPC sont nombreux et sévères. Le score de l'EPADE et de ses quatre 13 syndromes (violence, refus, paroles et actes) est le point de départ pour utiliser le verso de l'échelle : il s'agit de réfléchir en collégialité pour diminuer la fréquence du recours à une sédation ou à une contention. Cette échelle facilite la recherche en urgence d'une cause réversible.

Echelles de dépression :

Les symptômes anxio-dépressifs demeurent très importants à dépister et explorer dans la mesure où (i) ils sont très fréquents au sein de nos résidents d'EHPAD, (ii) ils impactent parfois sévèrement leur qualité de vie, (iii) ils sont particulièrement accessibles aux INM, comme vu plus haut.

Nous nous contenterons ici de mentionner, sans les détailler, ces différents tests qui sont du domaine du spécialiste (psychologues, neuro-psychologues, gériatopsychiatres) :

GDS : Geriatric Depression Scale,

HAD : Hospital Anxiety Depression,

& Cornell scale : echelle spécifique de Cornell (Momer et al., 2006).

→ Question scientifique du mémoire :

Au niveau individuel, **avec quelle fréquence les évaluations des INM cognitives sont-elles réalisées en vie réelle**, et si oui, **selon quelles modalités** ?

Surtout, ces modalités permettent-elles d'**apprécier une évolution des résidents** et d'**adapter leur prise en charge** ?

2. METHODOLOGIE

Contexte et typologie de notre étude exploratoire

Etant 5 médecins dont 3 travaillent ou ont travaillé en EHPAD, nous avons souhaité aborder la question des évaluations d'INM de façon simple et pragmatique car nous n'avions pas de données françaises de départ en dehors de nos maigres expériences (1 mois ½ de travail en EHPAD pour l'une, 6 mois pour l'autre, et 1 an pour la 3^e). Un de nos objectifs pratiques était donc de réaliser déjà, un mini « état des lieux » permettant d'envisager un véritable travail prospectif sur ce sujet dans le futur, tout en cernant suffisamment le sujet de façon à établir une première analyse des évaluations d'INM et, si possible, de leur impact.

Du fait du caractère très « exploratoire » de notre étude, nous avons procédé par itérations, car nous n'avions pas d'idée du taux de réalisation effective des INM parmi les résidents d'EHPAD. En particulier, la limitation des ressources humaines habituellement dédiées à ces activités au sein des EHPAD où nous travaillons, nous faisait craindre un taux de réalisation incompatible avec la faisabilité d'une telle étude. Il nous fallait donc, dans une 1^{ère} étape, nous plonger dans une série de dossiers suffisante pour obtenir un nombre suffisant de résidents bénéficiant d'INM(s) à analyser plus en profondeur dans la 2^e étape, cœur de notre sujet.

D'autre part, outre le fait que cette 1^{ère} étape nous permette de déterminer la faisabilité de notre étude, elle nous a également permis de discuter et affiner le choix des effectifs globaux et spécifiques des résidents à étudier, ainsi que des critères d'inclusion des INM et des évaluations (Cf § : choix des critères d'inclusion).

Finalement, seules deux d'entre nous travaillant en EHPAD, ont pu recueillir les données nécessaires à cette étude, après accord de leur direction pour y participer (Cf étapes éthico-réglementaires).

Notre étude est donc une étude exploratoire rétrospective, en 2 étapes, sur 2 centres gériatriques (EHPAD) concernant les pratiques d'évaluation d'INM cognitives et physiques ayant duré au moins 1 mois ; elle se divise en 2 étapes :

- une 1ere partie, dans laquelle nous caractériserons la population globale de nos EHPAD et verrons si des INM y sont réalisées ou non, *si oui lesquelles, *à quelle fréquence, et *avec quels outils d'évaluation.
- dans la 2^e partie, nous sélectionnerons les dossiers comportant des INM évaluées afin de répondre à notre objectif principal puis, d'analyser ces évaluations plus en profondeur (objectifs secondaires).

Définition des objectifs principal et secondaires :

- Objectif principal : (2e partie de l'étude)

Déterminer la fréquence de réalisation des évaluations d'INM dans les 2 centres, quelle que soit la nature de cette évaluation et le délai de réalisation après le début de l'INM.

Partant du principe que toute intervention thérapeutique doit être évaluée, nous décidons de mettre un seuil assez largement au-dessus de 50%.

D'un autre côté, nous sommes conscientes que (i) nous avons trop peu de données de départ pour prendre un seuil très élevé (par exemple à 80-85% d'emblée) et que (ii) s'agissant d'interventions non médicamenteuses, plus récentes, sans effets secondaires, et donc moins strictement encadrées que les prescriptions de médicaments, cette règle souffre probablement de nombreuses exceptions dans la vraie vie, surtout dans un contexte de moyens financiers et humains tendu.

Au final, notre hypothèse est que pour chaque type d'INM réalisée, au moins une évaluation est effectuée dans $\geq 65\%$ des cas.

-Objectifs secondaires :

de la 1ere partie :

- Décrire la population globale des 2 centres, et la population sélectionnée pour l'étude
- Cartographier les INM effectuées au sein de la population étudiée
- Déterminer les éléments de contexte et les conditions de réalisation des INMs susceptibles d'impacter leur évaluation

de la 2e partie :

L'évaluations de l'INM permet-elle d'en déterminer l'impact :

- chaque évaluation permet-elle de **conclure à une évolution** (amélioration, état stationnaire, détérioration) par rapport à l'état antérieur / à un (ou plusieurs) motif(s) de prescription de l'INM ?

- si oui, quels sont les critères objectifs permettant d'apprécier cette évolution ? (notamment : résultat d'un test scoré, critère lié à l'objectif thérapeutique de l'INM...) ?
- l'évaluation **permet-elle de guider la prise en charge** : maintien de l'INM, sortie de l'INM, changement d'INM, autre issue ?

Quels autres éléments contribuent à la fiabilité de l'évaluation ?

- Y avait-il eu une prescription ? avec un (ou des) motif(s) ?
 - Le critère principal (/les critères) d'évaluation avaient-ils été pré-définis (et tracés) ?
 - les critères d'évaluation étaient-ils les mêmes en début d'INM et après une période de prescription de l'INM ?
 - En cas de test scoré, le (ou les) test réalisé pour évaluer l'INM à la fin de la période prescrite était-il le même que le test initial ?
 - la fréquence des évaluations et leur répartition dans le temps sont-elles adaptées à l'INM (et au motif de prescription) ?
- Autre objectif secondaire :

Voir si les évaluations des INM cognitives diffèrent dans leurs pratiques, des INM physiques

Choix des critères d'inclusion

Choix de la population incluse :

Par souci de représentativité, nous avons d'abord souhaité inclure soit l'entièreté de la population d'un EHPAD – cas du Centre 1, EHPAD situé dans la région de Troyes et comportant 76 résidents.

Soit une partie représentative de la population d'un EHPAD – par exemple, un étage entier de l' EHPAD de la région de Créteil : en effet, d'un côté, lors de l'admission, les résidents sont répartis de façon aléatoire au sein des étages en fonction des places disponibles, et de l'autre côté le temps imparti à la réalisation de notre mémoire ne nous permettait pas d'inclure l'entièreté de cet EHPAD.

Par convention : l'EHPAD de la région de Troyes, et sa population d'étude, sont appelés : EHPAD T,

L'EHPAD de la région de Créteil et sa population d'étude (1 étage) sont appelés : EHPAD C.

Les Unités de Vie Protégée (UVP), du fait de leurs particularités, ont été exclues de l'étude.

L'EHPAD de la région de Créteil comporte 200 lits avec 5 étages de 40 résidents chacun, dont 3 sont liés aux admissions classiques et 2 étages sont dédiés à l'UVP.

Puis, nous avons inclus dans l'étude elle-même (étape 2), tous les sujets ayant une INM depuis au moins 1 mois.

Afin de garder le maximum de sujets à analyser « en vraie vie », nous n'avons pas superposé à ces critères, les critères théoriques d'admission en PASA.

Choix des INM :

Suite à nos analyses bibliographiques, ont été incluses comme « INM de référence » les INM cognitives suivies depuis au moins 1 mois à raison d'au moins 45 min, deux fois / semaine. Elles ont été référencées en priorité 1.

D'autre part, nous avons aussi décidé d'inclure 2 autres types d'INM, de priorité 2 et 3.

Les INM de priorité 2 sont les INM physiques de type kiné ou APA, réalisées à raison d'au moins 45 min, deux fois par semaine, dans une période concomitante de la période de suivi de l'INM1.

Les autres INM moins fréquentes (< 45 min, 2x/ semaine) ont été mentionnées en « autres INM », de priorité 3, quelle que soit leur nature. Il peut s'agir par exemple, d'ateliers mémoire, d'INM nutritionnelles, d'animations (revue de presse etc.) qui peuvent être individuelles ou collectives, voire d'autres INM cognitives ou physiques.

Choix des limites temporelles de l'étude :

Afin d'avoir les données les plus précises et fiables possibles, sur lesquelles nous puissions revenir le cas échéant, nous avons globalement porté notre étude sur le 1^{er} semestre 2025, avec une durée d'INM d'au moins 1 mois, et au moins une date d'évaluation (hors évaluation initiale) située dans cette fourchette temporelle.

Bien entendu, les dates individuelles de démarrage d'INM ont tenu compte de durées de participation beaucoup plus longues le cas échéant, parfois plusieurs années.

Les dates recueillies étaient : date de début, date de fin le cas échéant.

D'autre part, pour être mentionnées en tant qu'INM2 ou 3, les « autres INM » doivent être concomitantes de la période d'étude de l'INM1.

Données recueillies et sources des données

Conception de la base de données (xls) :

Suite à nos premières analyses bibliographiques, il nous a paru important de recueillir les données individuelles suivantes :

- **Pour l'objectif principal, toute évaluation** a été prise en compte, qu'elle soit de nature qualitative (par exemple, transmissions, compte-rendus...) ou quantitative (par exemple, score d'un test neuro-psychologique) ET obtenue dans le cadre temporel du suivi de participation du résident à une ou plusieurs INM.
- **Pour les objectifs secondaires**, les données suivantes nous paraissaient importantes :
 - * critères démographiques : âge, sexe, pathologies principales, et score AGGIR sur toute la population formant le potentiel de recrutement global (étage, aile voire EHPAD complet).
 - * existence d'une INM cognitive (INMcog) et/ou INM physique (INMphy) remplissant les critères de priorité 1 ou 2 (Cf *supra*). Si les 2 réponses étaient NON, il n'y avait pas d'autre question à remplir.

A noter : nous avons pris le parti de traiter le PASA comme une seule « INM composite » à plusieurs activités, sachant que ces dernières représentent un ensemble cohérent d'activités menées de façon inter-dépendantes entre elles, au sein d'un groupe donné d'INM du PASA. Il s'agira dans tous les cas d'une INM de priorité 1.

 - * en cas de réponse positive, la nature de l'INM, sa date de début, les dates d'évaluation ainsi que les tests ou autres critères qualitatifs d'évaluation utilisés, ont été recueillis.
 - * les motif(s) et résultats de l'évaluation sont notés : évolution du résident (sous forme d'amélioration, état stationnaire ou détérioration), ainsi que la conduite à tenir qui en découle : maintien, changement d'INM, sortie.
 - * les événements de santé significatifs concomitants de la période de participation, susceptibles d'expliquer les résultats des tests d'évaluation des INM, sont également recueillis.

Sources des données et méthode de collecte :

Nous avons recueilli les données principalement dans les systèmes informatisés (SI) des DPI. Parfois nous avons dû rechercher des informations absentes du SI, dans les dossiers papier. Puis, en dernière partie de notre étude, nous avons aussi procédé à une enquête auprès de deux professionnelles Assistantes de Soins Gériatriques (ASG) en charge des activités du PASA de l'EHPAD T, afin de consolider certaines données individuelles et recueillir des données collectives afin de peaufiner notre analyse.

Autres données – collectives - recueillies dans le cadre de cette étude :

Il s'agit principalement :

- * du programme des activités / ateliers composant ces INM,
- * de la durée par session de chaque activité,
- * et de la fréquence hebdomadaire de chaque activité.

Il était initialement prévu de recueillir la présence de chaque individu, à chaque activité de son programme propre, afin d'en déduire une participation individuelle réelle par rapport au programme théorique, mais cela s'est finalement avéré trop compliqué dans le cadre de cette étude.

Enfin, d'autres questions ont été posées au personnel, afin (i) de consolider certaines données recueillies (ii) d'en recueillir de nouvelles telles que : ETP et qualification des personnels menant les INM, existence de financement spécifique pour ces activités.

Pré-requis éthico-réglementaires d'une recherche sur données rétrospectives

Notre étude est une « Recherche n'Impliquant pas la Personne Humaine » ou RNIPH selon la Loi Jardé, dans la mesure où elle n'implique pas directement des humains mais uniquement leurs données, déjà collectées dans leur dossier médical.

Elle doit donc être en conformité avec la loi CNIL modifiée par le RGPD, ce qui implique que les personnes incluses doivent être informées de l'étude et ne pas s'opposer à l'analyse de de leurs données en recherche.

A cette fin, l'information sur l'étude a été donnée aux directions des 2 établissements participants pour diffusion en amont de l'étude elle-même, avec une durée étendue jusqu'à la soutenance du mémoire. Ceci est destiné à laisser un temps suffisamment long à la fois, pour réaliser cette démarche mais aussi, pour respecter un délai de réflexion suffisant de la part des résidents ou de leurs représentants légaux : Cf Fiche d'information aux Résidents ou Représentants légaux (présentée en ANNEXE). Les médecins coordonnateurs des deux EHPAD sont les référents pour toute question concernant l'étude et sont identifiés comme responsables de la tenue de la table de correspondance et du traitement des données de leurs résidents.

En effet, afin de préserver la confidentialité des résidents, nous avons comme il se doit, pseudonymisé le nom de chaque participant. La table de correspondance entre les noms et les « pseudonymes » ou codes de participation, est détenue par chaque investigatrice (Saholy VAHINISON pour l'EHPAD T, Adela NAILI pour l'EHPAD C).

A l'issue du mémoire,

- soit il n'y aura aucun objectif de publication : dans ce cas le tableau de données et la table de correspondance seront détruits afin de définitivement préserver l'anonymat des résidents. Le résultat sous forme de mémoire anonymisé sera gardé de façon confidentielle et limitée au strict cadre des mémoires du DIU « formation des médecins coordonnateurs d'EHPAD » de Paris-Cité.
- Soit il y a une perspective de publication, par exemple en insérant tout ou partie des données obtenues avec celles d'autres centres : dans ce cas la table de correspondance et le tableau de données seront conservés jusqu'à l'issue de la publication, puis définitivement détruits. Auparavant, et seulement dans ce cas, le protocole sera déclaré à la CNIL comme il se doit dans le cadre de

l'utilisation en recherche, de données déjà collectées avec un objectif de publication.

Analyses statistiques :

Les analyses utilisées se cantonnent principalement à des statistiques descriptives des populations de résidents, de leurs INM, et des résultats d'évaluation.

En plus des résultats qualitatifs, il est prévu une analyse statistique sur l'objectif principal, afin de vérifier si l'écart entre la fréquence de réalisation des évaluations d'INM (au sein de la population des résidents bénéficiant d'INM) et notre hypothèse (fréquence de 65%), est significatif ou non.

3. RESULTATS

1ere partie :

1) **Description de la population d'étude**

a. population globale des 2 centres

L'EHPAD T est un EHPAD dépendant d'un hôpital. D'une capacité de 76 lits, il accueille des résidents de profils variés, provenant de son bassin de recrutement proche de Troyes, avec des profils gériatriques classiques, non spécifiques. Cet EHPAD a pour particularité de comporter un PASA qui fonctionne bien depuis une dizaine d'années et qui a récemment renforcé ses capacités en termes d'aménagement des locaux et de personnel (2^e ASG dédiée au PASA depuis 1 an). Ce PASA fonctionne par groupes de niveau cognitif et une **commission mensuelle** évalue et ré-évalue les entrées, maintiens ou modifications (par ex., changement de groupe) et les sorties.

La population totale étudiée est de **46 résidents**.

L'EHPAD C appartient à un groupe privé qui a tout récemment été racheté par un autre. Il a une capacité totale de 200 lits. Les profils gériatriques des résidents hébergés sont classiques et non spécifiques. Les ateliers d'INM qui existent au sein de cet EHPAD sont hérités d'un ancien PASA qui ne fonctionne plus, la responsable ayant été absente et n'étant plus actuellement qu'à mi-temps pour assurer ces activités. La population totale étudiée est de **36 résidents d'un étage** représentatif sur les 3 que comporte l'EHPAD, hors UVP (qui comporte 2 étages).

L'âge moyen des résidents de la population globale étudiée est de **86,7 ans** (moyenne de 86,7 ans au sein de chacun des 2 EHPAD). Le nombre moyen de pathologies est de 2,8 pour l'EHPAD C et de 4,5 pour l'EHPAD T (moyenne des 2 = **3,7 pathologies / résident**).

Le GIR moyen de l'EHPAD C au sein de la population étudiée est de 3,2. Les GIR de l'EHPAD T n'ont pas été transmis (campagne de réalisation en cours).

Les pathologies présentes au sein des 2 centres sont classiques par rapport aux pathologies habituellement répertoriées au sein des EHPAD (maladies cardiovasculaires, dont hypertension artérielle, diabète, symptômes anxio-dépressifs...)

b. population sélectionnée pour l'étude des INM.

Dans une première étape, la question a été posée à partir du dossier de chaque résident, de savoir s'il bénéficiait ou non d'INM cognitives et/ou physiques.

Concernant les INM cognitives globales sur les 2 centres, et au sens large (INM sl), la réponse a été « oui » dans la majorité des cas, concernant 52 sujets sur un effectif global étudié de 82 sujets, soit 63%.

C'est donc ces sujets qui ont bénéficié d'une étude plus approfondie de leurs INM et de la façon dont elles ont été évaluées.

Cependant, cette moyenne cache des disparités entre les 2 établissements : en effet, 38 sujets de l'EHPAD T (soit 83% de l'effectif étudié) et 14 sujets de l'EHPAD C (soit 39% de l'effectif) bénéficiaient d'une INM sl.

Si l'on regarde les INM au sens strict – c'est-à-dire des INM suivies au moins 2 fois 45 min par semaine, la différence s'accroît : toutes les INM sl sont en réalité des INM ss au sein de l'EHPAD T, donc elles concernent toujours 38 résidents (83%), tandis qu'au sein de l'EHPAD C, seuls 6 sujets suivent des INM ss (soit 17% de l'effectif).

2) Cartographie des INM effectuées au sein de la population étudiée

Les INM répertoriées étaient les suivantes (Cf. Tableau 2).

A noter que, au niveau collectif, l'estimation globale moyenne de l'absentéisme au PASA au sein des différents groupes était de 10 - 15% (données orales recueillies auprès de l'ASG responsable). On peut donc raisonnablement estimer que la « quantité » (fréquence x durée) hebdomadaire de participation des résidents d'une part, reste largement au-dessus du seuil recommandé de 45 minutes deux fois par semaine malgré les absences, et d'autre part, permet un fonctionnement tout à fait correct et conforme aux programmes prévus.

3) Eléments de contexte et conditions de réalisation des INMs susceptibles d'impacter leur évaluation

Nous avons également recherché les facteurs ayant potentiellement un impact important sur le fonctionnement des INM, et plus précisément ici du PASA. Nous les avons retrouvés lors de l'entretien avec l'ASG responsable du PASA et la Médecin

Coordonnatrice de l'EHPAD T, ainsi qu'avec la Médecin Coordonnatrice de l'EHPAD C. Ce sont les facteurs suivants :

- Nombre de personnes et ETP total dédié aux INM ;
- Coordination multidisciplinaire de la commission des INM/ du PASA comportant notamment : ASG, psychologue, psychomotricienne, infirmières coordinatrice et/ou référente, et médecin coordonnateur ;
- Financement des INM ;
- Outils utilisés pour programmer, suivre et évaluer les INM ;
- Espaces dédiés de taille et de configuration adaptés

Implication des personnels soignants et paramédicaux concernés par les INM.

Tableau 2 :

NATURE des INM des 2 CENTRES et leurs FREQUENCES					
Centre(s)	Nature INM	Fréquence (Centre C)	Groupes* (Centre T)		
Centres T+C	musicothérapie	2x/ sem			
	jardinage (intérieur/ extérieur)	2x/sem			
	gym douce	<2x/ sem			
	chant/ chorale	<2x/ sem			
Centre C	interactions animales (poney)	<2x/ sem	Légende (centre T) :		
	atelier mémoire	<2x/ sem			
	représentation spectacle	<2x/ sem			
	rencontres avec centre aéré	<2x/ sem			
	accompagnement achats	<2x/ sem			
Centre T*	atelier multi-sensoriel	-			
	dictons	-			
	activités manuelles	-			
	cuisine / pâtisserie	-			
	activité extérieure	-			
	objets anciens	-			
	photos souvenirs	-			
	jeux de société, petit bac	-			
	projet chefs d'œuvre	-			
	groupe de parole	-			
* Pour le centre T, les activités correspondent à 2 demi-journées / semaine (pour le groupe 3) et 4 demi-journées par semaine (pour les groupes 2 et 1), respectivement. Chaque demi-journée correspond à 1 ou plusieurs ateliers ou activités.					

2e partie :

4) Objectif principal : fréquence d'évaluation des INM

Comme vu ci-dessus, nous analysons la population des 52 résidents (38 de l'EHPAD T et 14 de l'EHPAD C) bénéficiant d'au moins une INM s/.

Au sein de cette population, la fréquence globale de réalisation d'au moins une évaluation de cette INM (ou ces INM le cas échéant) n'a pas pu être directement calculée. En effet, il s'est avéré impossible de trouver ce type d'évaluation au sein du centre C (ni dans les DPI ni dans les dossiers papier des résidents).

En première approximation, nous avons considéré que la mention « NSP » (ne sait pas, dossier non retrouvé) était assimilable à une absence d'évaluation, ce qui donne une fréquence globale d'évaluation des INM de **33 sujets** sur les 52 que comptent les 2 centres, **soit 63% de la population ayant eu des INM**, très proche de notre hypothèse de départ à 65%.

En 2^{ème} analyse, nous avons finalement considéré uniquement le centre T au sein duquel des évaluations ont été trouvées. Ces évaluations étaient de plusieurs types, à savoir : des tests **MMSE** et **NPI-ES** réalisés à différents moments (généralement en 2025), ainsi que des **compte-rendus individuels de PASA** rédigés par la psychologue, en date de février 2025 (tableau 2).

Tableau 3 :

Répartition des types d'évaluations

CR	MMSE	NPI-ES
31	24	27
67%	52%	59%

Ainsi, 33 des 38 résidents du centre T (87%) ayant eu des INM, avaient bénéficié d'au moins 1 évaluation quelle que soit sa nature et son délai de réalisation après le début de l'INM. Dans le cas spécifique de ce centre, nous nous situons donc bien au-dessus de notre hypothèse à 65%.

Il resterait à déterminer dans l'idéal, si ces différences observées, sont significatives ou bien restent en deçà d'un « bruit de fond » qui est lui aussi, à apprécier.

5) L'évaluation de l'INM permet-elle d'en déterminer l'impact ?

5a. Tests scorés MMSE et NPI-ES

Nous avons tout d'abord analysé les résultats des MMSE et des NPI-ES sur une période suffisamment longue pour voir une évolution.

Nous avons analysé les 2 dernières séries chronologiques des tests d'intérêt ; à noter que ces 2 tests, MMSE et NPI-ES, sont réalisés en tandem, c'est-à-dire quasi en même temps (dans le mois).

La 1ère des 2 séries a été effectuée à l'été 2023 (mai-juin), 10 tests ont été réalisés en 2024 et un en février 2025 (→ tests « initiaux »).

La 2^e série a été réalisée en juillet 2025 (→ tests « finaux »). A cette date, l'effectif était plus faible du fait de sorties ou de décès survenus dans l'intervalle ; d'autre part, ont été prioritairement pris en compte les résidents pour lesquels un compte-rendu de commission PASA (datant de février 2025) était disponible.

Tableau 4

Effectif total : 46	MMSE initiaux (2023-2024)	MMSE finaux (2025)		NPI-ES initiaux (2023-2024)	NPI-ES finaux (2025)
Effectif total des mesurables	32	17	Effectif total des mesurables	34	27
moyenne du test*	11,25	7,8*	moyenne du test*	31	30
manquants	4	17	manquants	12	19
irréalisables	7	7	-	-	-
refus	3	2	-	-	-
décédés		3			
Scores MMSE :			Scores NPI-ES		
effectif			effectif		
score <10 (s<10)	11	13	score >50 (s>)	6	4
moyenne (s<10)	6,4	5,4	moyenne (s>)	70	57
effectif			effectif		
score = 10 (s10)	4	0	score 30-49 (sM)	11	6
moyenne (s10)	10	-	moyenne (sM)	37	41
effectif			effectif		
score >10 (s>10)	17	4	score <30 (s<)	17	17
moyenne (s>10)	14,7	15,5	moyenne (s<)	14	20

* perte de 3,5 pts MMSE en 2 ans

Nous constatons tout d'abord que plus de tests NPI-ES sont réalisés que de MMSE, ce qui est logique car un score trop faible en MMSE rend le test irréalisable, ou le résident peut refuser de le passer ; tandis que l'inventaire neuro-psychiatrique, qui consiste à évaluer le comportement et l'humeur du résident par un soignant (version NPI-ES), est toujours réalisable.

D'ailleurs, nous avons dû faire un choix pour 9 sujets qui étaient testés en 2025 avec un MMSE « <10 » : afin de ne pas perdre ces résultats, nous avons décidé de les approximer à 5 (moyenne entre 0 et 10). Malgré une part d'arbitraire à ce choix, il nous paraissait plus juste de les faire apparaître ainsi dans notre calcul car si nous les avions considérés non réalisés, un pan important de la population à faible score disparaissait complètement, ce qui aurait artificiellement biaisé les résultats finaux vers les scores les plus élevés.

Deuxième point, la période entre 2 évaluations est longue par rapport à ce qui est recommandé (environ 2 ans, ici). Cependant, cela rend probablement les résultats plus sensibles et permet de voir une évolution qui n'apparaîtrait pas sur une durée plus courte de quelques mois par exemple. [Comparer à des études / des analyses de l'évolution de ces tests sur plusieurs années ?](#)

Ainsi, nous constatons que les scores moyens de MMSE ont perdu environ 3,5 points, sur la période, ce qui nous semble cliniquement significatif, mais cette significativité serait à tester statistiquement sur de plus larges effectifs. Cela nous conforte dans l'intérêt du MMSE pour le suivi de l'évolution à long terme tel qu'il est recommandé dans les TNC.

En comparaison, les NPI-ES sont plus « stables » dans le temps. [Cette stabilité des NPI-ES s'explique-t-elle par un effet bénéfique du PASA ?](#)

5b. Evaluations qualitatives : compte-rendus de commission PASA

D'autre part, à propos de ces évaluations, nous souhaitons **savoir si elles nous permettraient d'orienter la conduite à tenir** notamment, en apportant les informations suivantes :

- Motif de l'INM
- Evolution du résident bénéficiant de l'INM (statut stationnaire, amélioré ou dégradé) par rapport à l'état antérieur
- Devenir du sujet après évaluation : maintien dans l'INM, modification (changement de groupe, de rythme) ou sortie
- Refus de l'INM
- Existence d'un accompagnement (notamment en cas de sortie ou de refus)

En effet, nous avons trouvé des fiches papier de compte-rendus rédigés par la psychologue, comportant ces différents éléments consignés selon un modèle de document pré-défini.

Tableau 5 :

Centre T : contenu des 31 Compte-Rendus

	E (=Evolution), D (=Devenir) :	27	87%
dont	+ M (=Motif)	8	26%
dont	+ A (=Accompagnement)	2	6%
dont	+ M + A	1	3%
dont	+ R (=Refus) + A	1	3%
	R + D + A	1	3%
	D seul	2	6%
	Refus seul	1	3%

Comme on peut le voir ci-dessus, les 2 éléments attendus consignés de façon très régulière étaient les données d'évolution et le devenir des résidents (87% des cas). Le motif était inconstamment rappelé (26%). 3 refus étaient consignés soit presque 10% des cas, avec ou sans précisions concernant le devenir ou les mesures d'accompagnement prévues.

Nous considérons donc que les évaluations des INM, dans le cas où existe un PASA, sont réalisées de façon très régulière. Dans notre cas de l'EHPAD T, les données objectives issues des tests, sont appuyées par des évaluations qualitatives (compte-rendus) qui permettent de suivre l'évolution de chaque résident, et de l'accompagner de façon optimisée.

4. INTERPRETATION ET DISCUSSION

Globalement, l'objectif principal de notre étude a pu être atteint : nous avons pu obtenir une première estimation - encore préliminaire - des évaluations d'INM réalisées en EHPAD, avec la perspective de contribuer à cerner quels éléments seraient nécessaires pour aller plus loin dans l'analyse.

Limitations

Nous sommes conscientes que cette première étude sur données des résidents et des établissements souffre de plusieurs faiblesses et biais qu'il nous faut tout d'abord décliner :

- Faiblesse des effectifs

La population d'étude finale est représentée par un nombre de résidents très modeste (au final 38 résidents de l'EHPAD T et 7 résidents de l'EHPAD C ayant bénéficié d'INM ss), quoique ayant permis cette première estimation très préliminaire. Dans l'idéal, il faudrait réaliser une étude sur davantage de centres tirés au sort au sein des EHPAD nationaux (privés et publics, hospitaliers et relevant d'associations, de toutes tailles et accueillant toutes les populations de personnes âgées). Il faudrait que l'échantillonnage préserve une bonne représentativité de tous ces types d'EHPAD en tenant compte des effectifs respectifs hébergés.

- Données manquantes

D'autre part, plusieurs données sont manquantes. En premier lieu la pathologie « TNC » ou ses homologues (démence, MA ou MAMA...) n'a pas été notée dans la

section « ATCD et comorbidités d'un certain nombre de DPI, ce qui n'est pas totalement surprenant vu que la population de nos 2 EHPAD présente en pratique, 100% de TNC légers à sévères, si l'on recoupe l'ensemble des données obtenues. Ainsi, dans les dossiers, seuls les plus sévères ou les mieux étiquetés (par ex., maladie à corps de Léwy) ont été mentionnés en tant que tels, ce qu'on peut déplorer car cela impacte directement la coupe PATHOS de l'établissement. De ce fait, si l'on ajoute « TNC » de façon systématique aux dossiers où cette pathologie était manquante, on trouve un nombre moyen de pathologies plus conforme aux données nationales.

D'autre part, deux séries de données sont manquantes pour l'EHPAD T concernant les GIR, ainsi que les INM physiques, non recueillies faute de temps et d'outils (Cf Hétérogénéité des INM).

- « Effet centre » et types d'hétérogénéité

Les 2 centres étudiés nous ont paru vraiment hétérogènes. Ceci représente en réalité, à la fois une faiblesse et une force. Une faiblesse, si on cherche à avoir des données suffisamment comparables pour les cumuler et obtenir ainsi plus de puissance d'analyse ; mais c'est aussi une force pour cette première étude car nous faisons le pari que les 2 types d'EHPAD reflètent assez bien 2 situations très contrastées présentes dans le paysage des EHPAD aujourd'hui. Notre étude est finalement plus informative même si ce n'est que qualitativement, que si les 2 EHPAD avaient été de même nature.

L'EHPAD T est rattaché à un hôpital, l'autre - EHPAD C – appartient à un groupe privé. L'un dispose d'un PASA, l'autre non. Les ressources humaines en ETP (Equivalent Temps Plein) consacrées aux INM sont de 2x0,8 ETP dans l'EHPAD T, et de 0,5 ETP dans l'EHPAD C. Tout cela crée inévitablement des distorsions à plusieurs niveaux, allant de plus dans le même sens. Cela nous a empêché de réaliser les analyses comparatives entre les centres car cette différence importante (« effet centre ») aurait supplanté la différence à analyser (différences d'évaluations).

Il faudrait donc pouvoir à l'avenir, faire ces comparaisons dans un environnement où toutes choses sont suffisamment égales ou du moins comparables par ailleurs, ce que permettrait une étude sur plus d'EHPAD et de résidents.

- Hétérogénéité des natures d'INM

D'autre part, nous avons pris le parti de considérer les INM incluses dans le PASA de l'EHPAD T comme « une seule » INM. En effet, elles sont conçues de façon inter-dépendantes dans leur combinaison comme dans leur programmation. Au sein de l'EHPAD C, les INM sont unitaires et assez indépendantes les unes des autres. Ces 2 types d'INM étaient donc d'emblée de structure très différente. Il aurait été justifié de comparer par exemple, un ensemble d'ateliers qui aurait représenté les mêmes natures d'atelier avec le même volume horaire hebdomadaire que le PASA (mais sans le support structurel du PASA), ce qui n'était pas disponible dans nos EHPAD.

Nous avons aussi envisagé de comparer les évaluations d'INM cognitives à celles des INM physiques, mais cela n'a pas été possible du fait que nous n'avons pas pu obtenir les données de prescription et d'évaluation des INM physiques au sein de l'EHPAD T. En effet, ce type de données n'était pas (encore) disponible dans les DPI des résidents, du fait que le SI avait été mis en place très récemment. Il s'est alors avéré trop long et fastidieux d'aller chercher ces données une à une dans les dossiers papier des 46 résidents, ce d'autant que certains dossiers étaient partis aux archives entre-temps (Cf *infra*).

Au sein de l'EHPAD C, ce sont les évaluations des INM physiques (présentes chez tous les résidents de la population d'étude) qui se sont avérées trop difficiles à retrouver parmi toutes les transmissions.

D'autre part, nous avons également prévu de noter en INM 3 « toute autre INM » parmi lesquelles les INM nutritionnelles, qu'il serait également intéressant de comparer aux autres. Mais d'une part, cela s'est avéré rapidement trop chronophage et nous avons préféré, dans le temps imparti, nous concentrer sur l'objectif principal et ses objectifs secondaires directement associés, concernant les INM cognitives, plutôt que de nous disperser. D'autre part, les INM nutritionnelles, comme nous l'avons discuté d'entrée de jeu, ont une place particulière. En effet, les prescriptions nutritionnelles sont étroitement associées aux traitements médicamenteux, puisque par exemple, les CNO (Compléments Nutritionnels Oraux) font partie intégrante de l'ordonnance des résidents, à l'inverse des autres INM. Les processus d'évaluation de leur efficacité vont donc a priori de pair et seraient ainsi, également mieux assurés.

- Biais de temporalité :

La temporalité des INM1, 2 et 3, et celle des tests qui les évaluent, n'est pas correctement assurée dans notre étude. En l'absence d'un suivi par les tests *ad hoc* programmé de façon prospective, ces derniers ne sont pas réalisés ni tracés de façon régulière. Par exemple, si une absence ou hospitalisation a eu lieu, cela n'apparaît pas forcément dans nos données à moins d'aller chercher les fiches individuelles d'appréciation, mais les évaluations par tests ne sont pas refaites à cette occasion. Les délais entre ces tests ne sont pas comparables entre individus. De façon générale, ils ont été effectués par campagnes successives en fonction de l'arrivée de suffisamment de résidents, ou de la disponibilité des personnels qui les réalisent, plus qu'ils ne répondent à un programme pré-établi en fonction de la participation individuelle.

De façon globale, ayant réalisé cette étude par itérations sur une période de 6 mois, nous avons perdu un nombre appréciable de résidents dont les dossiers ont été archivés, surtout pour le centre T. En effet, ce centre a été étudié de février 2025 (pour les compte-rendus de PASA) à juillet 2025 (pour la dernière série de tests cognitifs et neuropsychologiques réalisés), les données importantes ayant donc été complétées en fonction de nos moyens, sur cette période.

Ces différentes limitations étant posées, voici l'interprétation que nous proposons de nos résultats.

Réalisation variée des évaluations d'INM dans les EHPAD

- Globalement, les INM proposées dans les EHPAD, en dehors de quelques INM communes aux 2 EHPAD telles que : musicothérapie, chant/chorale, gym douce et jardinage, sont assez variées dans leurs natures et leur structuration. De ce fait, la réponse à la question que nous nous posons, à savoir : « est-ce que les INM sont évaluées et ces évaluations permettent de juger de l'évolution des résidents et de guider leur prise en charge ? » n'est pas univoque.

En apparence, la réponse globale apportée à cette question par nos travaux sur les EHPAD C et T semble assez satisfaisante au regard de notre hypothèse d'une majorité d'INM évaluées (moyenne globale à 63% pour une hypothèse à 65%). Cependant, ce résultat masque difficilement une forte disparité entre les 2 établissements étudiés. Si nous stratifions l'analyse par établissement, nous constatons en effet que la moyenne globale est en réalité tirée vers le haut par un des 2 établissements (EHPAD-T), tandis que la moyenne réelle de l'autre est beaucoup plus faible et très inférieure à notre hypothèse.

Ceci nous paraît refléter une réalité plus vaste, dans la mesure où nous avons toutes les cinq, ainsi que notre Directeur de mémoire, confronté notre expérience / connaissance d'autres établissements au sein desquels nous avons pu constater la même situation contrastée :

- soit les ateliers d'INM sont menés de façon assez indépendante les uns des autres ; dans ces cas, ils sont pilotés par des personnes différentes d'un atelier à l'autre (aide-soignante, animatrice, (voire par la psychologue ou la psycho-motricienne dans d'autres établissements connus de notre équipe d'étudiantes). Le suivi n'est alors pas régulièrement assuré, ou bien il l'est de façon très parcellaire : les tests sont réalisés apparemment, dans le cadre de campagnes systématiques annuelles, ou du fait de l'apparition de symptômes spécifiques, plutôt qu'en vertu d'un programme pré-défini de suivi des INM prescrites. De façon générale, ce type de situations est le fait d'un financement insuffisant de ces INM, généralement en personnels (insuffisants en nombre et ETP, ce qui alimente turn-over et cercle vicieux), mais aussi en infrastructure (locaux) et matériels.

- soit dans le cas où existe un PASA, celui-ci est un élément structurant qui permet une organisation plus rigoureuse des activités d'INM et un suivi individuel et collectif plus efficace et approprié. Dans le cas du PASA que nous avons pu étudier, nous avons constaté qu'une très large majorité des résidents (87%) a bénéficié d'évaluations quelle que soit leur nature. Il s'agissait notamment des tests de type cognitifs (MMSE) ou neuro-psychiatriques (NPI-ES), qui sont les tests pertinents à réaliser en entrée et en jalon du PASA, et une majorité d'entre eux a même fait l'objet de compte-rendus personnalisés de la part de la psychologue. En complétant notre analyse par un questionnaire sur le terrain auprès des personnels responsables du PASA, nous avons constaté que ces compte-rendus étaient étayés par des outils d'appréciation très

précis (échelle à 5 degrés³) et très réguliers (pluri-hebdomadaires) de la participation de chaque résident au PASA. Cela nous a semblé être une idée très judicieuse pour contribuer à évaluer de façon rapprochée l'implication (et probablement le bien-être) individuels, garants d'un meilleur résultat, en plus du compte-rendu établi par la psychologue.

Un programme temporel et des outils de suivi des INM à parfaire

A noter toutefois que, malgré une régularité plus grande que dans l'autre établissement, la chronologie de réalisation de ces tests (MMSE et NPI-ES) restait suboptimale. Il aurait été souhaitable que ces tests puissent être répétés au moins une fois par an (ici ils ont été refaits au bout de 2 ans en moyenne), surtout dans le cadre d'un suivi long au PASA qui semble être la règle ici. De plus, certaines données étaient manquantes. Ceci est très probablement le résultat de plusieurs causes :

- L'organisation du PASA est en grande partie informatisée, mais « seulement » sur fichiers excel conçus et tenus par l'ASG responsable du PASA. En effet, il n'y a pas de SI dédié ou de développement informatique du SI de gestion des résidents, qui permette de prendre pleinement en compte l'organisation et la documentation des INM.
- De ce fait, les différents intervenants ont chacun leur mode de traçabilité et la psychologue édite ses compte-rendus (très bien structurés au demeurant, comme nous l'avons vu) sur papier, qui est ensuite scanné et centralisé par l'ASG. Il est clair qu'extraire des données datées à partir d'un compte-rendu scanné est fastidieux, cela allonge le temps de consultation des données et rend leur suivi chronologique plus complexe.
Dans le cadre de notre mémoire, nous avons dû standardiser puis transcrire toutes les données des compte-rendus sur fichier excel, afin de rendre ces données exploitables.
- Le fait que toutes les données ne soient pas informatisées, ou le soient dans de simples fichiers excel éparés, non constitués en base de données relationnelle, a conduit aussi probablement à de la perte de données à la source, et probablement plus encore lors de la transmission pour cette étude. En effet, une petite dizaine de résidents sont partis ou décédés sur la période des 6 mois d'étude, conduisant à des données incomplètes (car non consultables ou non disponibles). A l'inverse, dans des bases de données de gestion de dossiers de patients/ résidents telles que NetSoins ou DXcare, même des données désactivées (archivées) peuvent être consultables sous conditions.

Il est clair qu'un SI bien pensé en amont permettrait de standardiser et fiabiliser le recueil des données à la source, de centraliser l'organisation et le programme entre les différents intervenants et probablement aussi de fluidifier le recueil des évaluations.

³ 1=Pas, rien ; 2=peu ; 3=besoin de sollicitation, fait seulement une partie de l'activité ; 4=besoin de sollicitation et fait toute l'activité ; 5=autonome, pas de difficulté

Une organisation fortement optimisée au sein du PASA

Il est à noter que la commission de suivi du PASA, associant chaque mois, les ASG qui organisent et animent ce PASA au quotidien, la psychologue, la médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice (et/ou la référente), est garante de la vision collégiale, complémentaire et donc plus pertinente, de ce suivi individuel, permettant ainsi d'optimiser les décisions d'entrées de nouveaux résidents, de maintien (avec ou sans modifications), et de sorties du PASA.

D'autres éléments intéressants concernant le fonctionnement du PASA du centre T ont retenu notre attention :

- Il inclut une grande partie de la population de l'EHPAD, et ce, malgré des tests qui en théorie, ne permettraient pas d'admettre certains résidents ou de les y maintenir.
- Allant dans le même sens, la population admise participe de façon très prolongée au PASA (plusieurs années, jusqu'à 10 ans pour la « doyenne » du PASA!), au regard des durées prescrites dans la littérature, où le bénéfice maximal est obtenu sur des périodes d'environ 3 mois.

Pour autant dans ce PASA, les participants avec des tests cognitifs assez détériorés (MMSE <10) semblent en tirer bénéfice, parfois jusqu'à leur décès, alors même que les organisatrices avaient constaté un affaiblissement important voire un syndrome de glissement de ces résidents. Cela nous paraît très important à discuter : est-ce qu'il vaut mieux alterner des périodes avec et sans PASA ou le maintenir chez un résident dont les évaluations vont dans le sens d'un mieux-être (ou d'un maintien) cognitif et/ou neuropsychologique ? Ce maintien serait-il réellement aussi solide dans le temps en l'absence prolongée de PASA ?

Ce point nous semble très important à évaluer de façon objective à l'avenir, car d'un côté, il ne faudrait pas créer de perte de chance pour un individu donné dont le bénéfice à participer au PASA est significatif, et reste significativement plus important en le maintenant en continu dans la durée plutôt qu'en le faisant participer de façon discontinue.

D'un autre côté, les places au PASA étant limitées, il est important de vérifier ce bénéfice de façon objective car il ne faudrait pas créer de perte de chance pour d'autres individus qui seraient également éligibles au PASA et pourraient en bénéficier pleinement, pendant que le bénéfice acquis plafonnerait pour d'autres, maintenus plus longtemps que préconisé.

Il nous semble très intéressant que ce PASA réussisse à faire participer une proportion aussi large de la population de l'EHPAD. Cela n'est possible que pour plusieurs raisons liées à l'organisation optimisée de ce PASA :

- en effet, le fait que des groupes de capacités cognitives y soient constitués permet à des entrants du groupe 1 (meilleures capacités cognitives) de

continuer à participer moyennant un changement de groupe (vers le groupe 2 puis 3) lorsque l'évolution le justifie.

- Nous ne reviendrons pas sur le double suivi à la fois des individus (pluri-hebdomadaire), et des groupes (au moins mensuel), qui permet cet ajustement autant que nécessaire lorsque l'état individuel le justifie, quasiment en temps réel.

En effet, la constitution de groupes de résidents est un élément crucial du fonctionnement optimisé de ce PASA. Au moment de l'entretien avec l'ASG responsable en août, le PASA comportait 33 résidents à raison de 11 participants par groupe sur la base de leurs compétences cognitives : le groupe 1 présentant les meilleures capacités cognitives, se voyait proposer différentes activités ludiques voire un atelier de parole impliquant de la réflexion tandis que le groupe 3, avec un MMSE très dégradé souvent inférieur à 10, avait essentiellement des activités basées sur la sensorialité (et notamment toucher, vue d'objets anciens que les personnes peuvent manipuler..) et de la mobilisation (gym douce).

Il est clair que cette adaptation fine aux aptitudes des résidents permet à une majorité d'entre eux de trouver leur groupe de prédilection, et de répondre à leurs objectifs personnalisés, ce qui n'est pas possible dans des ateliers moins différenciés.

Composition et suivi régulier des groupes :

Une difficulté assez « subtile » est cependant apparue pendant l'entretien avec les ASG, à savoir le fait que tous les « groupes » constitués uniquement sur cette base, ne vont pas forcément convenir. Comme dans toute dynamique de groupe il est important de tenir compte également des caractéristiques humaines (humeur, compétences, goûts...) de chacun, de façon à assurer à la fois complémentarité et compatibilité entre les membres. Un exemple nous a été donné par l'ASG responsable: un résident n'avait pas le niveau cognitif attendu pour être admis dans le groupe 1, il a donc été inclus dans le groupe 2. Cependant, cette personne très volubile, ayant un grand besoin de contact que le groupe 2 n'était pas en capacité de lui offrir, a dû être transférée dans le groupe 1 où finalement, elle a été bien acceptée et s'est sentie tout à fait à l'aise. Même si des critères objectifs d'admission et de maintien existent et doivent servir de base au fonctionnement du PASA (et des INM de façon plus générale), il est donc important de garder une certaine souplesse d'allocation.

C'est en vertu de cette « règle » d'adaptation que des essais sont pratiquement toujours organisés. En effet, lors de l'entrée au PASA il existe une phase d'observation ou d'essai qui dure de quelques jours à 1 mois. Cela peut conduire à des refus ou des constats d'inadaptation. Ainsi, une personne présentant un syndrome de Korsakoff n'a pas été maintenue au PASA, et deux autres ont nécessité d'autres types d'accompagnement.

Questions en suspens

Dans notre étude, il manque d'autres éléments structurants que nous n'avons pas eu le temps d'aborder :

- Comment la prescription des INM et leur suivi (évaluations) sont-ils intégrés dans le Plan d'Accompagnement Personnalisé de chaque résident ?
- De façon plus globale, comment le fonctionnement des INM (et dans l'exemple du centre T, du PASA) s'intègre-t-il dans le Plan de soins de l'établissement ?

5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Ce travail s'est avéré très intéressant à réaliser.

Il nous a obligées à prendre du recul sur un type d'activités qui est parfois négligé du fait du manque de ressources humaines dans nos EHPAD, alors même qu'il a de façon démontrée, un impact prophylactique et thérapeutique majeur en limitant la progression des TNC des résidents et en traitant efficacement de nombreux SPC.

De plus, s'agissant généralement d'activités réalisées en groupe, elles peuvent aussi améliorer significativement la qualité de vie en re-créeant lien social et motivation.

Suite à ce travail nous posons quelques constats « préliminaires ». Ils restent fragiles car ils ne portent que sur 2 établissements et trop peu de résidents, mais nous souhaitons partager quelques grandes lignes qui nous semblent se dégager :

Rattacher les INM à un PASA chaque fois que possible !

Nous avons en effet constaté qu'une différence importante de qualité de réalisation des INM et de suivi / d'évaluation existe entre une structure ayant un PASA, et une autre n'en disposant pas. Nous ne pouvons néanmoins pas formellement conclure à ce stade, à une différence d'efficacité de la prise en charge des TNC et SPC dans les deux structures, puisque nous n'avons pas pu recueillir les données correspondantes, dans le 2e cas. Cependant, nous pouvons nous avancer sur le rôle structurant du PASA, son effet bénéfique sur la tenue rigoureuse des INM, leur suivi au travers des évaluations régulières du statut des résidents, premiers éléments garants de la possibilité d'évaluer ensuite de façon fiable, l'efficacité attendue sur les résidents eux-mêmes.

Les futures analyses devraient donc être réalisées de façon prospective, standardisée, de la même façon entre structures (mêmes populations, mêmes types d'INM et tests d'évaluation à comparer) pour pouvoir fermement conclure.

Dans le cas où la réalisation et le suivi des INM (notamment en termes d'évaluation) ne peuvent pas être correctement assurés, il est alors probablement plus bénéfique de recourir à d'autres activités individuelles bien conduites – il s'agirait plutôt alors de rééducation ou réhabilitation individuelle, plutôt que d'INM à proprement parler.

Adapter les INM à une population vieillissante :

L'âge d'entrée en EHPAD étant de plus en plus avancé (il dépasse désormais souvent les 85 ans), il est important d'adapter les INM à cette population. La proposition d'un groupe adapté (groupe 3) au sein de l'EHPAD T nous paraît excellente pour cette population souvent un peu « oubliée » de résidents ayant des TNC sévères avec ou sans SPC, du fait de sa moindre capacité à communiquer. Les INM de ce groupe, concentrées sur la sensorialité et la mobilisation douce nous semblent tout à fait adéquates et rejoignent des interventions telles que massage / effleurage / toucher thérapeutique souvent proposées à titre individuel dans ces cas. Le fait de mettre en place un groupe dédié comme dans l'EHPAD T, pourrait contribuer ici comme ailleurs, non seulement à une plus grande efficacité d'organisation pour les personnels soignants, mais aussi de résultat pour les bénéficiaires, qui seraient ainsi plus facilement inclus et suivis. Ce type d'INM permettrait également de pleinement valoriser les nouvelles technologies de type « robots interactifs animaloïdes » (comme PARO le phoque), souvent utilisés de façon sporadique.

Améliorer les outils de suivi et d'évaluation des INM :

- Types d'évaluations des INM :
 - Afin de mettre en place des pratiques les plus simples et robustes possible, il nous a paru important d'utiliser **en priorité les outils standardisés déjà utilisés de façon courante** et ayant servi à évaluer le profil psycho-comportemental des sujets lors de leur admission et à construire leur projet d'accompagnement personnalisé: à savoir, MMSE et NPI-ES. En effet, ces 2 tests sont très courants, car ils sont simples et rapides d'utilisation ; ils permettent déjà d'apprécier de façon objective le niveau « basal » de TNC et SPC indispensables aux prescriptions d'INM le cas échéant.
 - D'autres tests sont bien sûr possibles au cas par cas et peuvent permettre de suivre de façon plus spécifique par exemple, tel ou tel SPC ayant motivé la prescription de telle ou telle INM (ex. ; échelle EPADE pour suivre un comportement agressif impactant l'entourage du résident).
 - Ces tests initiaux permettent également de distinguer rapidement les personnes susceptibles de bénéficier des INM, de celles qui relèvent d'autres activités et/ou structures telles que EVP, ou UHR.
- Modalités de suivi des INM cognitives
 - Ensuite, il paraît important de **réaliser ces tests de façon synchronisée sur le suivi des INM des résidents (par ex. 1 à 2 mois après le début de l'INM puis à 3 ou 4 mois selon la durée de prescription)**, et de façon **personnalisée** en fonction de l'évolution individuelle, plutôt que par campagnes réalisées 1 ou 2 fois / an sur l'ensemble des résidents. En effet, dans le cas de « campagnes » systématiques, ces tests risquent d'arriver trop tôt ou trop tard par

rapport à la mise en place des INM ou par rapport aux événements d'évolution individuelle.

- **D'autre part, l'évaluation spécifique de groupes et l'évaluation individuelle**, plus régulières (a minima mensuelle pour les groupes et hebdomadaire voire pluri-hebdomadaire pour les individus), avec une commission mensuelle, semblent être les garantes du bon fonctionnement du PASA et des ateliers et de la bonne intégration de chaque individu en fonction de ses besoins et aspirations propres.
- il nous paraîtrait pertinent d'autre part, d'ajouter une **évaluation du nombre, de la nature et de la durée des « liens sociaux » quotidiens de chaque résident**, en plus des INM cognitives habituellement suivies : ajouter par exemple, les visites, sorties, appels téléphoniques.... Nous savons de façon empirique combien ces liens sociaux des aînés avec leur entourage au sens large, sont importants à leur stimulation globale et à leur envie de vivre : il resterait donc à les évaluer de façon objective.

- Outils de suivi

- Aux outils classiques de suivi des INM, il serait utile d'ajouter de façon systématique un outil global susceptible d'apprécier de façon objective et précise l'autonomie de chaque résident à l'admission et en suivi d'évolution. Ceci permettant de cibler quelles INM – toutes catégories confondues : cognitives, physiques et nutritionnelles – lui conviendraient le mieux, et de suivre ses progrès éventuels. Il s'agit d'une **Grille des Capacités Préservées (GCP)** telle qu'elle a pu être conçue et mise en place par plusieurs associations et/ou groupes (méthode Montessori adaptée aux Personnes âgées par exemple, et groupe Korian (S. Hédont).
- **Enfin, il faudrait standardiser et informatiser le suivi des INM comme de toute autre intervention thérapeutique.** Cela rendrait le suivi plus régulier, plus fiable, avec une organisation multidisciplinaire optimale dans la mesure où les données de compte-rendus, tests et observations réalisés par les différents intervenants des INM et des PASA, seraient plus faciles d'accès qu'en étant recueillies sur support papier ou scannées. Le partage à l'aide d'une base de données *ad hoc* permettrait également une meilleure organisation trans-disciplinaire des programmes et agendas. Enfin, ces données seraient directement utilisables et facilement analysables, que ce soit à but de suivi de soins, ou à but de recherche.

Ces différentes perspectives ne sont possibles qu'étayées par des études prospectives portant sur des populations plus larges, bien caractérisées, dont les critères d'inclusion et les jalons de participation dans le temps seraient contrôlés. Ceci permettrait d'obtenir des résultats statistiques fiables, transposables à terme, dans des recommandations de bonnes pratiques de suivi et d'évaluation des INM.

5. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUES

ANESM (2017). Analyse de la littérature nationale et internationale sur l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une MND en PASA et en UHR

Cohen-Mansfield J. Conceptualization of agitation: results based on the Cohen-Mansfield agitation inventory and the agitation behavior mapping instrument. *International Psychogeriatrics* 1996;8 (Suppl 3):309-15

Cummings JL, et al. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 1994. 44(12): p. 2308-14.

Delrieu J et al., [MAPT/DSA group](#), Cognitive impact of multidomain intervention and omega 3 according to blood A β 42/40 ratio: a subgroup analysis from the randomized MAPT trial.

Geronimi Robelin & Dimanchin, V. L'unité cognitivo-comportementale. Présentation d'un nouveau dispositif dans la filière Alzheimer spécialisé dans la prise en charge pluridisciplinaire des troubles du comportement. *Repères en Gériatrie* : 2012, 14, 118, pp.149-154.

Gómez-Soria I, et al. Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2023 Jan;104:104807. doi: 10.1016/j.archger.2022.104807.

Guétin, S., et al. An overview of the use of musictherapy in the context of Alzheimer's disease : a report of a French expert group. *Dementia* : 2013, 12, 5, pp. 619–34

Guisset, M-J., et al. Jardins : des espaces de vie au service du bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage. Rapport d'études. Paris : Janvier 2013. < www.fondation-mederic-alzheimer.org >

HAS. 2019. Prescription d'activité physique et sportive chez les personnes âgées.

Join, J. Intérêt des thérapies par l'art et des autres thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge du patient atteint d'Alzheimer. Doctorat de pharmacie. Rouen: Université de Rouen - UFR Médecine et Pharmacie, 2015

Hoang Tien, Dang Thi Phuong Chi. L'impact des espaces verts sur la santé mentale des populations vivant dans les climats tropicaux. *Int. j. adv. multidisc. res. stud.* 2025; 5(4):160-163.

Kivipelto M, et al. World-Wide FINGERS Network: A global approach to risk reduction and prevention of dementia. *Alzheimers Dement.*, 2020 Jul;16(7):1078-1094. doi: 10.1002/alz.12123. Epub 2020 Jul 5.

Komer A., et al. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nord J Psychiatry.* 2006; 60: 360-364

Monfort JC, et al. Psychogeriatric Inventory of Disconcerting Symptoms and Syndromes (PGI-DSS): validity and reliability of a new brief scale compared to the

Neuropsychiatric Inventory for Nursing Homes (NPI-NH). *Int Psychogeriatr.*, 2020 Sep;32(9):1085-1095.

Ngandu T., et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*, 2015. 385(9984): 2255-2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)

Ninot G., et al. (2024). Definition of « non-pharmacological interventions » (NPIs). *Kinesither Rev* 2024;24(270):9–14

Ninot G., et al.(2025) Non-pharmacological interventions: A new paradigm and opportunities for internists. *G Model Rev Med* 2025-6805; No. of Pages 8

SFGG. (2024). Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives.

Tsokas et al., KIBRA anchoring the action of PKMSTIX Two Math maintains the persistence of memory. *Science Advances*, 2024.

Vellas B, et al. MAPT study : a multidomain approach for preventing Alzheimer's disease : design and baseline data. *J Prev Alzheimers Dis.* 2014 Jun;1(1):13-22.

Watt J et al. Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2021 Mar 24;372:n532. doi: 10.1136/bmj.n532.

Woods B., et al. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Jan 31;1(1):CD005562. doi: 10.1002/14651858.

ANNEXE :

Note d'information à l'attention des résidents ou de leurs représentants légaux :

Information au sujet de l'étude : « Evaluations des INMs en EHPAD »

Mémoire du DIU (Diplôme Inter-Universitaire) de l'université Paris Cité :
« Formation des médecins coordonnateurs d'EHPAD »

Dr Saholy VAHINISON, Dr Adela NAILI, Dr Hassiba MAKHLOUCHE,
Dr Béatrice RAHANTANIRINA, Dr Marie-Noëlle UNGEHEUER

Bonjour,

Nous sommes cinq médecins en formation pour devenir coordonnateurs⁴ d'EHPAD ou coordonnateurs en Gériatrie. Dans le cadre de notre Diplôme Inter-Universitaire, nous avons un travail de recherche à réaliser. Nous avons souhaité étudier des activités de type PASA (cognitives) ou kiné (physiques) qui constituent des « interventions non médicamenteuses » ou « thérapies non pharmacologiques ».

Ces thérapies s'appuient sur la stimulation cognitive, neuro-sensorielle, sociale, ou physique, voire nutritionnelle des résidents. De nombreuses recherches ont montré que ces thérapies permettent de ralentir, voire passagèrement améliorer les troubles cognitivo-comportementaux liés à l'âge. Nous souhaitons analyser comment ces thérapies sont évaluées dans la pratique courante des EHPAD, afin de déterminer si et comment les évaluations réalisées permettent de juger de l'évolution des résidents et d'améliorer leur prise en charge.

Pour ce faire, nous collecterons les données les plus cruciales, comme l'âge et le sexe, les pathologies principales, les activités menées, ainsi que les résultats de différents tests et les observations d'évolution après une période d'au moins 1 mois d'activités de type INM cognitive (e.g. PASA ou autre) ou physique (kiné ou APA).

Sachant qu'il s'agit de données personnelles de type médical, elles seront protégées comme telles, depuis la collecte jusqu'aux analyses finales. Ainsi, les données de chaque résident seront dé-identifiées par pseudonymisation à la source, ce qui signifie qu'elles seront reliées à chaque résident par un code et non plus par son nom ou tout autre élément de son identité : de cette façon, seul le médecin coordonnateur de l'établissement, qui détient la clé du code, peut retrouver la correspondance entre un résident et ses données. De plus, nous nous limiterons à collecter uniquement les données indispensables à l'étude. Le traitement des données sera placé sous la responsabilité du médecin coordonnateur et la base de données utilisée sera détruite à l'issue de l'étude. Cela permettra d'assurer une confidentialité et une protection optimales des données. Afin de respecter le RGPD⁵, cette étude exploratoire pourra,

⁴ Médecin coordonnateur d'EHPAD ou coordonnateur en gériatrie

⁵ Règlement Général de Protection des Données (réglementation européenne)

en cas de décision de publication scientifique, être déclarée à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Le médecin coordonnateur de votre établissement est votre interlocuteur pour cette étude : ses coordonnées vous sont indiquées ci-dessous.

Si vous souhaitez des informations complémentaires sur la réalisation de cette étude, il vous suffit de lui poser vos questions.

Si un résident ou son représentant légal souhaite s'opposer à la participation de ses données à cette étude, il suffit de déclarer cette opposition **avant le 10 septembre 2025** auprès du médecin coordonnateur. Dans ce cas les données du résident concerné ne seront pas incluses dans l'étude.

Les résultats globaux et conclusions de l'étude pourront être mis à la disposition de tout résident ayant participé à l'étude (ou son représentant légal) après en avoir fait la demande auprès du Médecin coordonnateur.

Merci beaucoup d'avance à toutes les personnes qui accepteront de participer à cette recherche sur les thérapies non médicamenteuses, afin de contribuer à des avancées dans leur pratique et leur évaluation.

Coordonnées du Médecin Coordonnateur :

NOM : Dr. Prénom :

Téléphone : E-mail :

A transmettre pour information au DPO (Data Protection Officer).