

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Pierre CLUZEL**

Le 21 octobre 2021

### **Effets des mesures sanitaires de confinement chez les résidents en EHPAD : Etude rétrospective observationnelle sur 20 EHPAD de Haute-Garonne**

Directeur de thèse : Dr Michel BISMUTH

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

**Monsieur le Professeur André STILLMUNKES**

**Monsieur le Docteur Michel BISMUTH**

**Madame le Docteur Florence DECOTTIGNIES**

**Président**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Assesseur**

TABLEAU du PERSONNEL HU  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CAMP Hugues	Professeur Honoraire	M. MASSEVEL Jean-François
Doyen Honoraire	M. CARRAUD-CHAMBERLAIN Bernard	Professeur Honoraire	M. MANGELRE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MARRET Michel
Doyen Honoraire	M. FUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSEY Patrick
Doyen Honoraire	M. ROUSE David	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ABEL Michel	Professeur Honoraire	M. MORICONS Karim
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOCICVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOLLE David	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBES Louis	Professeur Honoraire Associé	M. NICOLEMI Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVE Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-GOURU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PERRIER Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. AUBE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PIASTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	M. FOURNAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADIER Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIÉ Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONIU Bernard	Professeur Honoraire	M. FUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOURVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PULC Michel
Professeur Honoraire	M. BOURGUES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUEREU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAUD Patrick	Professeur Honoraire	M. RALLAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROSS Bernard	Professeur Honoraire	M. REID Henri
Professeur Honoraire	M. BRUAT Robert	Professeur Honoraire	M. ROCHER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHONC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REML Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATIERO Claude	Professeur Honoraire	M. RICHARD Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROYER Daniel
Professeur Honoraire	M. CARREPE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIU Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHAMRON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRELLE Catherine
Professeur Honoraire	M. CHAMONIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CAMP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLAVET Michel	Professeur Honoraire	M. SARMAON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. COATE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTRACOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COYRAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TRIMOLLET Michel
Professeur Honoraire	M. DARRAS Michel	Professeur Honoraire	M. VILCOUZE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALES Antoine	Professeur Honoraire	M. VYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIREGHE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. VOST Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELBOL Olivier		
Professeur Honoraire	Mme DELILLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DICER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPPE M		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire Associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESTEVADES Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABI Michel		
Professeur Honoraire	M. FABI Jean		
Professeur Honoraire	M. FALMUEL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FALMUEL Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTINER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAVISE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FRAVISE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENEVAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GERSHOLT Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GELT Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Marc		
Professeur Honoraire	M. GURAUD-CHAMBERLAIN Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LACROIXE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LARD Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARIND Marie-Madeleine		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Patrick		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPONTE Paul		
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. MASSEVEL Jean-François
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. MANGELRE Claude
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. MARRET Michel
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. MASSEY Patrick
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. MAZIERE Bernard
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. MORICONS Karim
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. MOCICVICI Jacques
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire Associé	M. NICOLEMI Robert
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. OLIVE Jean-Pierre
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. PERRIER Jean-Jacques
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. PIASTE Pierre
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. PONTONNER Georges
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. FOURNAT Jacques
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. PRADIER Bernard
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. PRIÉ Jacques
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. FUEL Pierre
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. PULC Michel
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. QUEREU Denis
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. RALLAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. REID Henri
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. ROCHER Claude
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. REML Jean-Michel
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. RICHARD Pascal
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. ROYER Daniel
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. ROCHICCIU Pierre
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRELLE Catherine
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. SALVYRE Robert
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. SARMAON Jean-Pierre
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. TRIMOLLET Michel
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. VILCOUZE Pierre
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. VYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. VIREGHE Christian
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. VOST Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur GUYOTTE Robert
Professeur AGABRIE Jean-Louis	Professeur SARMAON Jean-Pierre
Professeur ARBES Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-GOURU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAUD Patrick	
Professeur BONIU Bernard	
Professeur CAHONC Jean-Philippe	
Professeur CHAMONIN Bernard	
Professeur CAMP Hugues	
Professeur COATE Jean	
Professeur COSTACOLA Michel	
Professeur CABERNAT Henri	
Professeur FRAVISE Bernard	
Professeur DELBOL Olivier	
Professeur GURAUD-CHAMBERLAIN Bernard	
Professeur GRAND Marc	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LACROIXE Jacques	
Professeur LARD Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MASSEVEL Jean-François	
Professeur MANGELRE Claude	
Professeur MASSEY Patrick	
Professeur MAZIERE Bernard	
Professeur MOCICVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur NICOLEMI Robert	
Professeur ROCHER Claude	
Professeur ROYER Daniel	
Professeur ROCHE Henri	
Professeur ROCHICCIU Pierre	
Professeur ROLLAND Michel	
Professeur ROQUE-LATRELLE Catherine	
Professeur RUMEAU Jean-Louis	
Professeur SALVADOR Michel	
Professeur SALVYRE Robert	
Professeur SARMAON Jean-Pierre	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur SUC Jean-Michel	
Professeur THOUVENOT Jean-Paul	
Professeur TRIMOLLET Michel	
Professeur VILCOUZE Pierre	
Professeur VYSSÉ Philippe	
Professeur VIREGHE Christian	
Professeur VOST Jean-Jacques	

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
**37 allée Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex**      **Doyen : D. CARRIE**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. AMR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVELLORRAL Hervé	Hématologie, Transfusion
Mlle BEYSSALZY Gildé	Médecine Interne
M. BEMES Philippe	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (y compris Biologique)
M. BOSSUY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUDET Laurent	Chirurgie (Généraliste et Spécialité)
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BURDET Christophe	Hépatologie Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Généraliste
M. CAMBERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAK Yves	Pédiatrie
Mlle CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAVENAT Dominique	Néphrologie
M. CHILLAT François (C.E)	Neurologie
M. DE BOESSEZON Xavier	Médecine Physique et Réhabilitation
M. COUJON Olivier (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. DUCOMEN Bernard	Cardiologie
M. FERRERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Immunologie
M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. GARE Xavier	Urologie
M. GEFRAERTS Thomas	Anatomologie et réanimation
M. GOSPEL Jacques (C.E)	Bactériologie-Urologie
Mlle LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LARON Dominique (C.E)	Néonon
M. LAURENT Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUVERE Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LEBLANC Nicolas (C.E)	Immunologie
M. SELLVAUD Bernard	Urologie
M. SELLVAUD Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. SERRAULT Bruno	Médecine Préventive
M. SELLVAUD Vincent	Pédiatrie
M. SELLVAUD Julien	Pharmacologie
M. SELLVAUD Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. SOSTRATRIC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mlle MOYAL Estelle (C.E)	Cardiologie
Mlle NOLINARISSE Fabienne (C.E)	Défilé
M. ORVALD Eric (C.E)	Bactériologie-Urologie
M. PARANT Olivier	Cytologie Gynécologique
M. PARENTS Jérôme	Neurologie
M. PARRAUD Jean (C.E)	Sec. Du Débat, et de la Presse
M. PAUL Carole (C.E)	Dermatologie
M. PAVOUS Pierre	Biophysique
M. PAVOUSTE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marc	Hépatologie Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Stomatologie
M. PASCAL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. REICHER Christophe (C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE CRAZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Maxillo-faciale
M. SALLER Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Cardiologie
Mlle SELVET Jérémy	Anatomie et cytogénétique pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurologie
M. TELMON Nicolas (C.E)	Médecine Légale
M. VINGL Jean-Pierre (C.E)	Hépatologie Gastro-Entérologie

**P. U. Médecine générale**  
M. COSTEC Stéphane (C.E)

**Professeur Associé de Médecine Générale**  
Mlle POCLEMANNE Mélanie

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

Mlle BENOARD Veronique	Epidémiologie
M. BONAFILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mlle CASPER Guilaine	Pédiatrie
M. CHAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. COGNARD Christophe	Neurobiologie
M. LAREZ Olivier	Biophysique et radiologie médicale
M. LANCOS Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARTIN EL DRISSE Guillaume	Médecine infectieuse, maladies tropicales
M. MARI Mathieu	Chirurgie orthopédique
M. OLIVET Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mlle PASCOT Mathilde	Pédiatrie
M. PORTER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mlle RUYSSIN VITRANO Adeline	Rhumatologie
Mlle SAUNDERS Frédérique	Endocrinologie et biologie moléculaire
M. SOUL Jacques	Pédiatrie
Mlle TRICHELIER Florence	Biologie (du développement)
Mlle YANIS Charlotte	Cardiologie
Mlle VEZICH Delphine	Endocrinologie

**P. U. Médecine générale**  
M. MITHE Pierre

**Professeur Associé Médecine générale**  
M. MITTESSEL Yves  
M. FOURNAN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Biologie Cellulaire**  
Mlle SELLVAUD Sandrine



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-JURPAN  
27, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. AFOL Patrice	Immunologie
Mme AMUND Catherine	Epidémiologie
Mme AUGER-TRUDEL Stéphanie	Bactériologie
Mme BELLERES FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BETH Eric	Dermatologie
Mme CASPAR EKVOUE Sylvie	Néonatal
Mme CASMARD Mylène	Ophthalmologie
Mme CASMARD Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Shadia	Anatomie
M. COZDY Nicolas	Immunologie
Mme COURSON Christine	Pharmacologie
M. CORNET Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie, Virologie, Hygiène
Mme FELLAUE Judith	Parasitologie
M. GAVET Pierre	Biophysique
Mme GENIBERG Isabelle	Bactériologie
Mme GENIEUX Annelise	Bactériologie et virologie moléculaire
M. HAMEO Sébastien	Bactériologie
Mme HETZEL Anne	Biophysique
M. HEART Sébastien	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIZIRI Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAFREYRE-MESTRE Marie-Françoise	Pharmacologie
M. LHEROUSSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Céline	Bactériologie-virologie
Mme MONTAUDER Emeline	Néonatal
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NICOLAS M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERRICOT Aurélien	Hématologie
M. PILLARD Fabrice	Physiologie
Mme PUGISANT Bénédicte	Immunologie
Mme RABICOND Stéphanie	Bactériologie, Virologie, Hygiène
Mme SANCOURDY Frédérique	Bactériologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie, Virologie
M. TAPANI Jean-André	Biophysique
M. TREMBIN Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BOLLAC Thierry  
Mme D'JOUF Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYSSER Anne  
M. CHICOLLAU Bruce  
Mme PUECH Bénédicte

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL  
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABBOWAB Florence	Bactériologie, Virologie, Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BERTHE Carole	Pneumologie
Mme CASAPPE Caroline	Bactériologie et biologie moléculaire
M. CHABUIS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASTRO Anne-Véronique	Bactériologie
Mme CAVIGNON Lucie	Néonatal
Mme CASSEL Stéphanie	Biophysique
M. CHOUSSON Nicolas	Dermatologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLDMAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE JE	Hématologie
M. DECOULT Fabrice	Médecine Légale
M. DEBOIS Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-Antoine	Médecine Légale
M. DESPRAZ Fabrice	Pharmacologie
M. ESCOFFIER Thomas	Néonatal
Mme ESCOFFIER Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Nadine	Bactériologie-virologie
Mme GALLIER Anne	Néonatal
Mme GALLIEU Nadine	Epidémiologie
M. GARG David	Physiologie
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRASSE Marion	Bactériologie, Virologie, Hygiène
M. GUYBERT Paul	Dermatologie Clinique
M. GUYBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILLEAU-FRUCHER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Néonatal
M. HENRI Fabrice	Médecine du travail ou social
Mme HOLLBERG Cécile	Bactériologie
M. LEFAGE Emile	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SHUPAS SCHWENK Françoise	Bactériologie
M. MOULLE Guillaume	Médecine interne
Mme NAKH Nathalie	Neurologie
Mme OUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. SEMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SERGEEV Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEEZ François	Hématologie
Mme VIA Lucile	Biophysique et médecine nucléaire
M. TRONCI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISSIETH Michel  
M. ESCOFFIER Sébastien

M.C.A. Médecine Générale

M. BRUNET Jordan  
Mme BOURGEOIS Céline  
Mme BOURGEOIS Nathalie  
Mme LATROUS Letia

---

## Remerciements

---

Je tiens à remercier Monsieur OUSTRIC, Professeur des universités de Toulouse, d'avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse. Votre implication dans la gestion de cette crise justifie véritablement votre rôle de président. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité. Merci également de m'avoir encadré dans le cadre de mon stage ambulatoire en soin primaire, au sein de votre maison de santé pluridisciplinaire. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je vous en suis profondément reconnaissant.

Je remercie grandement Monsieur BISMUTH, Maître de conférences des universités de Toulouse, qui fut mon directeur de thèse. Merci de m'avoir permis de réaliser ce travail, de m'avoir soutenu et avisé pour l'élaboration de ce projet. Votre connaissance de la gériatrie et votre implication dans les EHPAD m'ont beaucoup apportés. C'était une expérience difficile mais que vous avez rendu extrêmement intéressante par votre expérience. Merci également de m'avoir séniorisé au cours de mon stage au sein du cabinet, pour votre côté humain et votre appui scientifique.

J'adresse tous mes remerciements à Monsieur STILLMUNKES, Professeur associé des universités de Toulouse, tout d'abord d'avoir accepté de faire du jury, mais aussi de m'avoir enseigné la gériatrie. Vos enseignements facultaires m'ont permis d'appréhender au mieux ce travail, grâce au bagage de connaissances que vous m'avez offert.

Je tiens également à remercier Mme DECOTTIGNIES, Directrice médicale et qualité du réseau EDENIS, de faire partie du jury de cette thèse. Merci d'avoir donné votre accord pour mettre à disposition les données des patients de cette étude, dans le respect du secret médical. Cela nous a permis d'étudier un grand nombre de résidents, pour être au plus près de la réalité. Sans votre implication dans ce travail nous n'aurions pu mener à terme cette étude.

Je tiens aussi à remercier Monsieur DRUEL, Médecin généraliste, pour toutes vos remarques concernant l'analyse statistique de mes données, à travers vos ateliers méthodologiques que vous avez pris le temps d'organiser. Votre aide a pu contribuer énormément à l'aboutissement de mon travail.

Enfin, je tiens à remercier le personnel de la bibliothèque pour les conseils donnés et les ateliers de recherche bibliographique entrepris. La connaissance des outils de travail m'a été indispensable pour parvenir à réaliser cette analyse.

Je tiens à remercier tous les enseignants rencontrés au cours de mon cursus, notamment tous mes maîtres de stage.

Merci également au personnel de la scolarité pour l'organisation logistique.

## Table des matières

---

I.	Liste des abréviations.....	2
II.	Introduction.....	3
III.	Matériel et Méthode.....	7
	III.1 Recueil de données.....	7
	III.2 Tests statistiques.....	11
IV.	Résultats.....	12
V.	Discussion et commentaires.....	19
	V.1 Résultats.....	19
	V.2 Ouverture.....	24
	V.3 Forces et limites.....	26
	V.4 Perspectives.....	27
VI.	Conclusion .....	29
VII.	Références.....	31
VIII.	Annexes.....	34

## **I. Liste des abréviations**

---

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

MADRS : Montgomery and Asberg Depression Scale

NPI-ES : Inventaire neuropsychiatrique pour équipe soignante

MMSE : Mini-Mental State Examination

Mini-Gds : Mini-Geriatric depression scale

COVID 19 : Coronavirus disease 2019

CVS : Conseil de vie sociale

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

## II. Introduction

La crise sanitaire due à la pandémie de COVID 19 a des conséquences considérables en terme de santé publique, touchant plus particulièrement les populations à risque et notamment les personnes âgées.

Un nouveau coronavirus (coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère, SARS-CoV2) provoquant un cluster d'infections respiratoires à Wuhan, en Chine, est identifié le 7 janvier 2020. Dans son enquête sur les premiers mois de l'année 2020, Stoecklin et al expliquent que vingt-sept patients atteints de pneumopathie avaient été initialement signalés, avec un lien épidémiologique avec un marché d'animaux. A partir du 20 janvier, le nombre de notifications de cas a considérablement augmenté et, au 12 février 2020, 45 179 cas de SARS-CoV2 ont été confirmés, dont 1 116 décès. La plupart des cas (n = 44665) ont été signalés dans 31 provinces et régions autonomes de Chine et 514 cas ont été signalés dans 25 autres pays d'Asie, d'Australie, d'Europe et d'Amérique du Nord. Ils expliquent que la transmission interhumaine a été observée tôt après l'émergence de ce nouveau virus en Chine et à l'étranger, y compris au sein des groupes familiaux et des établissements de soins de santé. Une surveillance renforcée des cas de COVID-19 a été mise en place en France le 10 janvier 2020. Enfin ils montrent qu'entre le 10 janvier et le 24 janvier (période jusqu'à la confirmation des premiers cas en France), neuf cas possibles ont été identifiés en France. Parmi eux, trois cas ont été confirmés. (1) On comprend dès lors que nous avons affaire à une épidémie de grande envergure.

Dans son étude sur les premiers mois de l'épidémie en France, Tragaki et Richard observent qu'après un premier cas de personne contaminée (une personne venant de Chine) et les trois cas confirmés, la France a connu une période de quasi-absence de diffusion connue du virus. Dans un premier temps, trois zones de développement de l'épidémie sont apparues : deux foyers en Haute-Savoie (aux Contamines-Montjoie et à la Balme-de-Sillingy), un dans l'Oise (autour de Creil, à une heure de transport en commun de Paris), un dans le Morbihan (en Bretagne, autour d'Auray). Après une quinzaine de jours de relative accalmie apparente, la première quinzaine de mars voit l'apparition de nombreux cas disséminés sur tout le territoire, avec une prévalence bien plus élevée dans la région Grand-Est, en particulier dans l'ancienne région Alsace. (2)

Dans son allocution du 11 mars 2020, l'OMS est clair. Il rappelle que sur les deux premières semaines de mars, le nombre de cas de COVID-19 hors de Chine a été multiplié par 13 et le nombre de pays touchés a triplé.

On compte désormais plus de 118 000 cas dans 114 pays et 4291 décès. Et l'OMS estime que la COVID- 19 pouvait être qualifiée de pandémie.

Tous les pays doivent trouver un juste équilibre entre la protection de la santé, la limitation des perturbations économiques et sociales, et le respect des droits humains. (3)

Afin de protéger les personnes les plus à risque, dès le début du mois de mars 2020 des décisions de confinement sont prises en particulier au sein des résidences EHPAD du groupe EDENIS. Le 4 mars 2020, Max AIRA, président directeur général des EHPAD du réseau annonce qu'une cellule de crise se réunit tous les matins au siège social d'EDENIS, et qu'il a été décidé de « suspendre d'ores et déjà tout conseil de la vie sociale afin de respecter la limitation des mouvements ». Il rappelle également que nous en sommes à l'époque au stade 2 de gestion de l'épidémie, et que tout est fait pour que « la vie continue normalement dans nos résidences ». Le 7 mars 2020, Jacky SOUILLAT le directeur d'exploitation, en collaboration avec Elsa ESTEYRIE, directeur d'établissement, annoncent que « toutes les visites sont suspendues au sein de l'ensemble des établissements du réseau. »

Sur son site internet, le gouvernement rappelle l'activation le 6 mars du plan blanc dans les hôpitaux et du plan bleu dans les EHPAD. Suivront ensuite le 17 mars 2020 des restrictions de déplacements au strict minimum dans l'Union Européenne et la fermeture des frontières de l'espace Schengen. (4)

La veille, dans son allocution du 16 mars 2020, le président Macron déclarait : « C'est pourquoi, après avoir consulté, écouté les experts, le terrain et en conscience, j'ai décidé de renforcer encore les mesures pour réduire nos déplacements et nos contacts au strict nécessaire. Dès demain midi et pour 15 jours au moins, nos déplacements seront très fortement réduits. » (5)

Dans son livre « Confinement et isolement en Ehpads ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux », R.Gil observe que pour empêcher le virus d'entrer dans les établissements, il fallait donc couper du monde les EHPAD, c'est-à-dire suspendre les visites.

Pour les résidents, il fallut mettre en œuvre, entre eux, une distanciation physique. On condamna les repas pris en salle à manger commune pour les servir en chambre ; on supprima aussi les animations pour éviter les regroupements. Mais difficile d'éviter tout contact, c'est-à-dire tout échange verbal chez des personnes souvent affligées de déficits sensoriels et notamment auditifs. Quand la maladie est plus sévère, les personnes malades ont en outre du mal à comprendre la justification des mesures sécuritaires.

Dans certains Ehpads, alors même qu'aucun cas de Covid ne s'était déclaré, des mesures hyper-sécuritaires furent déployées.

Ce fut l'isolement en chambre, qu'on appela « confinement en chambre ». Le Conseil scientifique, dans une note du 30 mars rappelle cependant : « Le confinement individuel n'a cependant pas vocation à s'appliquer en toute généralité. La prise en compte des situations locales est ici essentielle ».

Les personnes âgées en EHPAD ont été soumises beaucoup plus longtemps que la population générale à la redoutable épreuve de la quasi-rupture des liens sociaux, ce qui, à terme, devient incompatible avec le maintien du corps biologique.

Des travaux en neurosciences ont montré par ailleurs que les situations d'exclusions sociales activent des zones du cerveau qui se superposent largement avec celles qui reflètent la dimension émotionnelle des douleurs physiques. (6)

Pourtant, le rapport de la mission confiée à Jérôme Guedj (Ancien président du conseil départemental de l'Essonne) par le ministre de la Santé rappelait que dès le 14 mars la Direction générale de la Santé (DGS) dans le cadre d'une « foire aux questions » avait précisé que, sous réserve d'une appréciation par le directeur : « peuvent constituer des motifs d'autorisation exceptionnelle (de visite des proches), sans que cette liste soit limitative : une situation de fin de vie ; une décompensation psychologique ; un refus de s'alimenter qui ne trouve pas de réponse au sein de l'établissement. » (7)

Les sujets âgés isolés ont donc souffert au sens le plus charnel du terme. Les personnels des EHPAD organisèrent des animations « de couloir » pour les personnes isolées. Mais comment pouvaient-ils compenser l'assèchement relationnel des personnes âgées, qui de semaine en semaine ne purent voir ni leur médecin traitant, ni leur pédicure, ni leur kinésithérapeute, ni leur orthophoniste, ni ces collectifs de spécialistes des approches non médicamenteuses en gérontologie ? (8)

Le défi est donc de taille, surtout chez une population fragilisée par le vieillissement et traitée par de nombreuses thérapeutiques.

Le bon usage des médicaments chez les personnes âgées est un véritable enjeu de santé publique, notamment la prescription des psychotropes. Dans sa thèse de 2011, Renoullin réalise un état des lieux de l'utilisation de ces traitements dans 4 EHPAD annexes de l'hôpital de Laval via une étude transversale sur 326 résidents âgés de 70 ans ou plus. Les résultats montrent une consommation de psychotropes pour 77,3 % des résidents. 33,7% des résidents sont traités par des neuroleptiques, 32,8 % par des benzodiazépines et 31,6 % par des antidépresseurs. (9)

Au cours d'une évaluation des traitements psychotropes chez les patients résidents d'EHPAD admis en service de gériatrie du CHRU de Nancy en 2017, Gérard montre que les principales pathologies recensées en EHPAD sont les pathologies d'origine neuropsychiatrique. (10). Suivant les études, les affections neuropsychiatriques sont présentes chez 82% à 91% des personnes institutionnalisées, avec entre 43.5% et 49% des personnes atteintes de pathologie neurodégénérative. (11) (12) On retrouve chez 40 % des personnes un syndrome dépressif, et chez 35 % des troubles chroniques du comportement. (13)

L'HAS estime que 50 % des personnes de plus de 70 ans consomment au moins un psychotrope, avec une prédominance plus importante chez la femme. (14) L'étude PLEIAD réalisée en 2010 montre que 16 % des personnes institutionnalisées ont une prescription de 3 psychotropes ou plus. (15) Les molécules les plus prescrites sont les benzodiazépines : 33 % des femmes de plus de 65 ans consomment une benzodiazépine à visée anxiolytique et 18 % une benzodiazépine à visée sédative (hypnotique). Chez les hommes, ils sont 16 % à consommer une benzodiazépine à visée anxiolytique et 11 % une benzodiazépine à visée sédative (hypnotique). Viennent ensuite les antidépresseurs : chez le sujet âgé, la dépression est la première cause de suicide et représente en France près de 3500 décès chaque année (16), et elle également source d'une importante perte d'autonomie. (17)

Nous nous sommes donc interrogés sur les conséquences du confinement en termes de comorbidités sur l'état de santé psychique et physique des résidents au sein des EHPAD du groupe EDENIS sur la période d'état d'urgence sanitaire.

L'objectif principal de cette étude a été d'étudier les conséquences du confinement sanitaire en EHPAD sur l'apparition ou la modification de troubles psychocomportementaux chez les résidents.

L'objectif secondaire a été d'analyser quel type de troubles ont été mis en évidence.

Deux co-thésards se sont intéressés au retentissement physique de ce même pool de résident, à savoir les chutes et la morbidité engendrée, ainsi que le nombre de décès et infections enregistrés.

### **III. Matériel et Méthode**

#### **III.1 Recueil des données**

Nous avons réalisé un comparatif 2019/2020 sur la période du 6 mars au 2 juin, sous la forme d'une analyse quantitative rétrospective observationnelle afin d'étudier les effets du confinement sur les résidents. Cette étude concerne les résidents de 19 EHPAD de Haute-Garonne du groupe EDENIS, les résidents d'Emeraude (dont l'activité a pris fin) ayant été transférés aux Jardins de Maniban au cours de l'année 2019. Cette période d'étude correspond à la période de confinement des résidents en EHPAD du réseau EDENIS, suite à la volonté de la direction du réseau d'anticiper par rapport à la population cette mesure de restriction par précaution. Pour chaque résidence nous avons extrait les données des résidents concernant la période d'étude à partir du logiciel NETSOINS : liste de résidents sous psychotrope, transmission des psychologues, échelles d'évaluation psychologique (détaillées par la suite). L'utilisation de l'extraction des données directement à partir de ce logiciel se justifiait par son accessibilité directe aux 19 EHPAD du réseau de soin, ainsi que par la précision de filtres qui permettaient d'obtenir rapidement des informations ciblées.

Afin de réunir les données nécessaires à la réalisation de cette étude, nous nous sommes donc donnés rendez-vous à de nombreuses reprises sur site à l'EHPAD du Barry (Muret), sous la responsabilité de notre directeur de thèse après avoir obtenu les autorisations de sa hiérarchie, à savoir sa directrice médicale et le responsable de l'exploitation, afin de mettre à disposition les données de toutes les résidences. Celle-ci fait partie du réseau EDENIS, composé de 19 EHPAD : Borde-Haute (Escalquens), Caroline Baron (Toulouse), L'Edelweiss (Beauzelle), L'Ensoleillade (Saint-Gaudens), La Cotonniere (Toulouse), La Houlette (Pibrac), La Pastellière (Toulouse), La Tour Totier (Castelginest), La Vendinelle (Le cabanial), L'Auta (Portet sur Garonne), Le Barry (Muret), Le Clos des amandiers (Saint-Alban), Le Grand Marquisat (Tournefeuille), Le Pin (Villeuneuve-Tolosane), Le Prat (Plaisance du Touch), Les Jardins de Maniban (Blagnac ; cette résidence a donc pris la suite d'Emeraude), Les Saules (Montauban), Marie-Antoinette (Muret) et Le Mas Saint-Pierre (Saint-Gaudens).

Dans un premier temps nous nous sommes mis d'accord avec mes co-thésards sur les patients à étudier. Cela correspond donc aux résidents répertoriés dans la liste de NETSOINS au 06/03/2019, afin d'inclure les résidents présents dans le réseau de soin au

début de la période d'étude de 2019, et au 06/03/2020 pour inclure les patients au début de la période du confinement des EHPAD du réseau EDENIS de 2020.

Cela nous a permis de partir du même pool de patients afin de pouvoir mettre en miroir nos travaux d'études respectifs, qui portent sur les différentes répercussions d'une mesure de restriction sur le même échantillon de résidents.

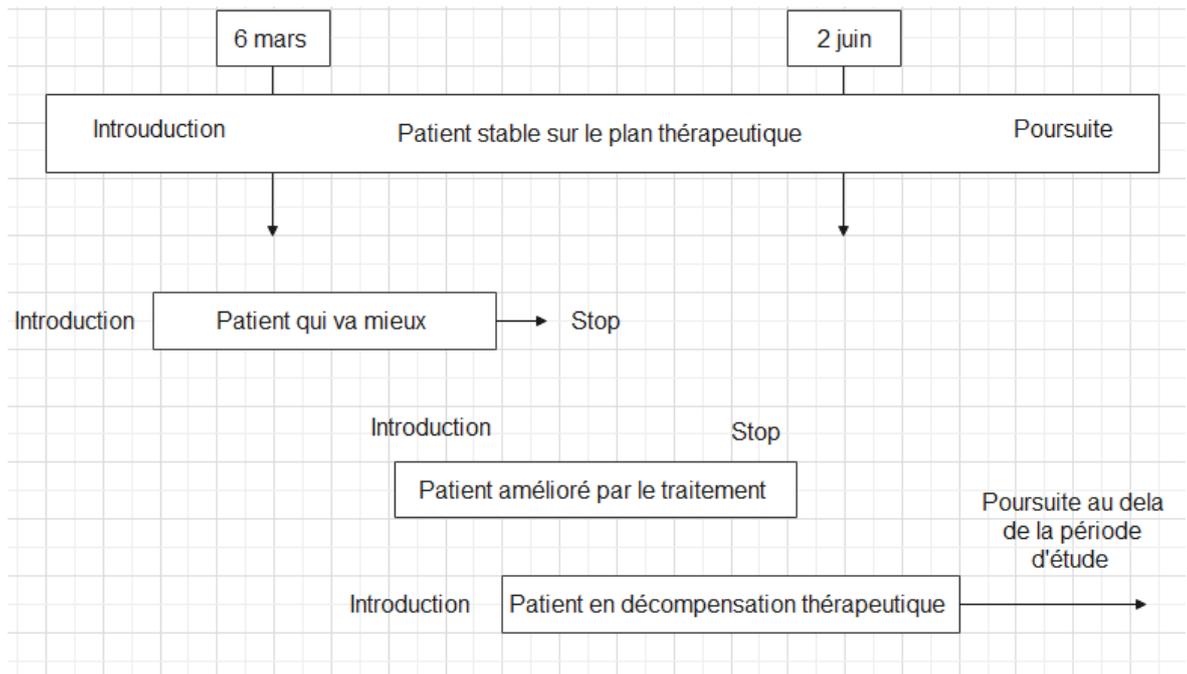
Certains patients "non pris en compte" ont été exclus directement par le logiciel (voir diagramme de flux). Soit parce que ce sont des passages temporaires au sein de l'EHPAD (hors période d'étude), soit par manque de données, soit pour cause de décès (étudié par un bras de l'étude du réseau EDENIS).

Pour répondre à la question de recherche nous avons recueilli des données médicamenteuses pour chaque patient concernant quatre types de traitements psychotropes : neuroleptique, anxiolytique, hypnotique et antidépresseur.

Nous les avons ensuite classées en quatre périodes, pour nous permettre d'avoir un regard sur les effets du confinement, en comparant la période d'étude entre 2019 et 2020 :

- ⇒ Traitement introduit avant le 06/03 puis arrêté avant le 02/06 : patient qui va mieux car ne nécessite plus de traitement sur cette période.
- ⇒ Traitement momentané sur la période, c'est-à-dire introduit après le 06/03 mais stoppé avant le 02/06 : patient amélioré par cette thérapeutique, mais qui était donc surtout nécessaire à ce patient pour son bien-être.
- ⇒ Traitement introduit pendant cette période, après le 06/03, et qui perdure après le 02/06 : patient en décompensation, car nécessite encore ces traitements au-delà de la période d'étude.
- ⇒ Traitement introduit avant le 06/03, prescrit tout au long de la période d'étude et qui perdure au-delà du 02/06 : patient stable sur le plan thérapeutique.

### Diagramme de flux 1 : Périodes d'utilisation des psychotropes



Pour étudier les thérapies non médicamenteuses nous avons étudié la traçabilité des transmissions des psychologues attachées aux EHPAD pour noter chaque action de soutien psychologique, témoin d'un effet propre du confinement. On note en moyenne 3 évaluations sur la période du confinement, car les psychologues ont été très sollicités pour le suivi des troubles psychologiques pendant cette période. Ici nous n'avons pas effectué de comparatif avec 2019, car nous voulions uniquement relater les troubles observés au cours de la période de confinement. Cela nous a permis d'avoir un regard direct sur le retentissement psycho-comportemental du confinement sur les résidents.

J'ai parcouru chacune des transmissions des psychologues afin de déterminer si les patients ont bénéficié ou non d'actions de soutien psychologique, que j'ai ensuite classées en différentes actions et motifs, afin de déterminer la proportion de chacun. On note cependant que je n'ai pu étudier les transmissions des psychologues de 12 EHPAD seulement. Pour les 7 autres EHPAD, la traçabilité semble incomplète.

Les **actions de soutien psychologique** se résument à :

- Lien avec les proches : visites encadrées via conversations visio-téléphoniques (organisée avec un soignant présent aux côtés du résident pour le besoin logistique comme la tablette), ou à distance via le balcon du résident. Tout a été mis en œuvre dans la mesure du possible et dans le respect des protocoles stricts pour maintenir un lien entre le résident et ses proches.
- Promenade : sortie dans le jardin ou à l'extérieur de la résidence accompagné par un membre du personnel, marche thérapeutique visant à profiter de l'air extérieur.
- Activités : toutes les animations possibles, dans le cadre du respect des gestes barrières, ateliers « mémoire et réminiscence », cahiers d'exercices, jeux encadrés.
- Entretien : passage du psychologue en chambre sur évènement aigu, travail d'écoute active, temps de parole, réassurance, stimulation.
- Changement d'environnement : prise du déjeuner dans un nouvel espace, changement de chambre personnelle (par exemple dans le cadre de la création d'un secteur protégé, pour dédier une aile aux résidents testés positifs à la COVID-19), nouveau fauteuil.
- Accompagnement : dans le cadre d'une fin de vie.

Les **symptômes** et **motifs** motivant les actions de soutien psychologique :

- Humeur : trouble de l'humeur, thymie basse-instabilité, inquiétudes, idées suicidaires.
- Déambulation : marche dans les couloirs, rentre dans une autre chambre, tentative de fugue.
- Confusion : idées délirantes, désorientation, agitation, déclin cognitif aggravé par la situation.
- Comportement : cris, colère, agressivité.
- Anxiété : manifestation d'angoisse, réaction excessive d'hygiène, interrogations récurrentes par rapport au virus.
- Acceptation : questionnement et incompréhension des mesures de confinement, ne tolère pas le masque lors des visites, sentiment d'enfermement.
- Isolement : plainte du manque de lien familial, sentiment d'abandon et manque de visite, ennui/perde d'intérêt, lassitude, trouve le temps long.
- Fin de vie
- Aucune : le résident s'occupe seul, reste en chambre, vit bien le confinement et comprend les mesures d'isolement, est bien sur le plan thymique, pas de répercussions du confinement observées par les soignants.

Pour répondre à l'objectif secondaire nous avons recueilli les résultats de 3 tests d'évaluation habituellement réalisés par les psychologues au sein des établissements, utilisés pour suivre l'évolution de la santé mentale des résidents : MADRS/Mini-Gds, NPI-ES et MMSE.

L'échelle **MADRS** est conçue pour fournir une mesure sensible au changement de la sévérité de l'état dépressif, principalement durant un traitement pharmacologique antidépresseur.

La **Geriatric Depression Scale (GDS)** de Yesavage ou échelle de dépression gériatrique, a été conçue pour être un outil simple à administrer au sujet âgé et ne comporte pas d'items concernant la pathologie somatique.

Le but de l'**inventaire neuropsychiatrique (NPI)** est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivants en institution.

L'évaluation des troubles cognitifs (mémoire à court et à long terme, troubles du langage, troubles de l'orientation spatiale) est faite avec le test **MMSE** composé de 30 items.

### **III.2 Tests statistiques :**

Après avoir analysé chacune de ces informations, je les ai classées dans un unique tableau Excel qui réunissait toutes les données. Celui-ci m'a ensuite permis de réaliser les tests statistiques adéquats. Pour cela j'ai utilisé l'outil en ligne BiostaTGV.

J'ai utilisé un test du Chi<sup>2</sup> pour répondre à mon objectif principal : il m'a permis de déterminer s'il y avait une différence significative :

- ⇒ entre le nombre de patients sous psychotropes au 6 mars 2020, comparativement au 6 mars 2019 : état des lieux au début du confinement.
- ⇒ entre le nombre de patients sous psychotropes au 2 juin 2020, comparativement au 2 juin 2019 : état des lieux à la fin de la période de restrictions.

J'ai ensuite choisi de réaliser des diagrammes en bâton pour illustrer la proportion d'actions et les motifs de soutien psychologique répertoriés au cours de la période d'étude de 2020.

J'ai aussi étudié la proportion des différents sous-groupes de traitements par tendance d'utilisation : va mieux, stable, en décompensation, amélioration.

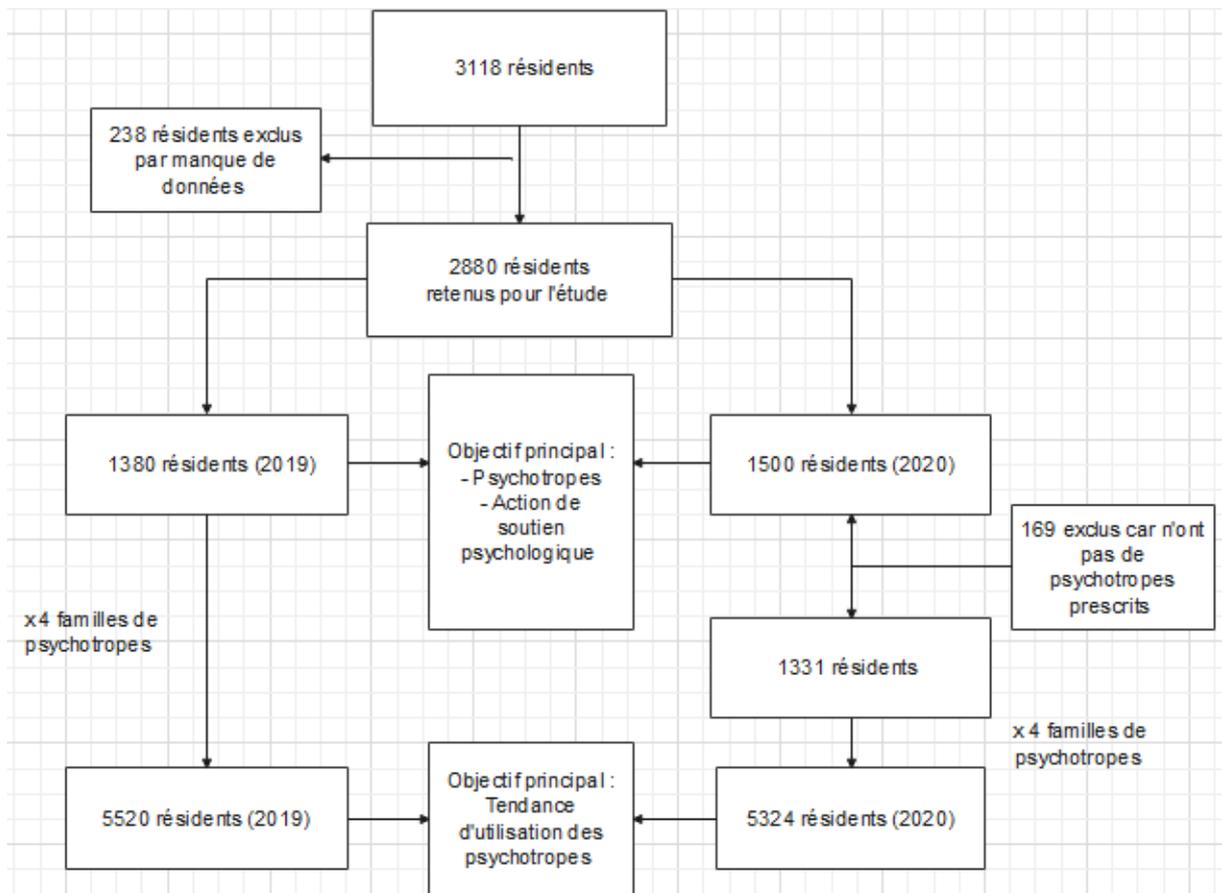
J'ai enfin réalisé un test de Mann Whitney pour comparer la moyenne des scores d'évaluation psychologique des résidents.

## IV. Résultats

L'étude compare donc les résidents de 19 EHPAD sur la période du 6 mars au 2 juin 2020, période du confinement des EHPAD du réseau EDENIS, à la même période en 2019 du 6 mars au 2 juin. Du fait du turn-over des résidents au sein des EHPAD, soit dû aux décès soit aux passages temporaires, la population étudiée diffère entre 2019 et 2020.

On recense 1380 patients en 2019, contre 1500 patients en 2020 : 2880 résidents à l'étude. On dénombrait au départ 3118 patients, 238 ont été exclus car ne disposaient que de très peu de données pour être inclus dans l'étude : pas cités dans les transmissions des psychologues, pas de scores d'évaluation disponibles, décédés pour la plupart.

Diagramme de flux 2 : Répartition des résidents selon les années



Comparativement, l'échantillon de 2020 représente une plus grande proportion de résidents (52,1% vs 47,9%).

Concernant le début de la période d'étude, au 6 mars :

On note une proportion plus importante de patients sous antidépresseur en 2020, avec une différence significative par rapport à 2019 (p value 0,010). On ne remarque pas de différence importante à propos des autres classes de psychotropes (p value > 0,05). Les hypnotiques sont les traitements les plus prescrits.

Tableau 1 : Analyse comparative des patients selon les 4 classes de psychotropes au 6 mars

	2019		2020		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
Nombre total de résidents	47,9	N=1380	52,1	N=1500	
<b>Psychotropes au 6 mars</b>					
Neuroleptique					p value 0,356
oui	16,96	N=234	18,27	N=274	
non	83,04	N=1146	81,73	N=1226	
Anxiolytique					p value 0,385
oui	27,61	N=381	29,07	N=436	
non	72,39	N=999	70,93	N=1064	
Hypnotique					p value 0,229
oui	47,03	N=649	<b>49,27</b>	N=739	
non	52,97	N=731	50,73	N=761	
Antidépresseur					<b>p value 0,010</b>
oui	38,26	N=528	42,93	N=644	
non	61,74	N=852	57,07	N=856	

Concernant la fin de la période d'étude, au 2 juin :

On remarque une différence significative (p = 0,032) sur la prescription d'anxiolytique, qui est plus élevée en 2020. Les autres classes de psychotropes ont sensiblement la même proportion en 2019 et en 2020 : on ne retrouve pas de différence significative (p >0,05). Les hypnotiques sont toujours les psychotropes les plus prescrits.

Tableau 2 : Analyse comparative des patients selon les 4 classes de psychotropes au 2 juin

	2019		2020		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
Nombre total de résidents	47,9	N=1380	52,1	N=1500	
<b>Psychotropes au 2 juin</b>					
Neuroleptique					p value 0,26
oui	17,8	N=245	19,4	N=291	
non	82,2	N=1135	80,6	N=1209	
Anxiolytique					<b>p value 0,032</b>
oui	27,2	N=375	30,8	N=462	
non	72,8	N=1005	69,2	N=1038	
Hypnotique					p value 0,86
oui	48,4	N=668	<b>48,7</b>	N=731	
non	51,6	N=712	51,3	N=769	
Antidépresseur					p value 0,27
oui	39,5	N=545	41,5	N=623	
non	60,5	N=835	58,5	N=877	

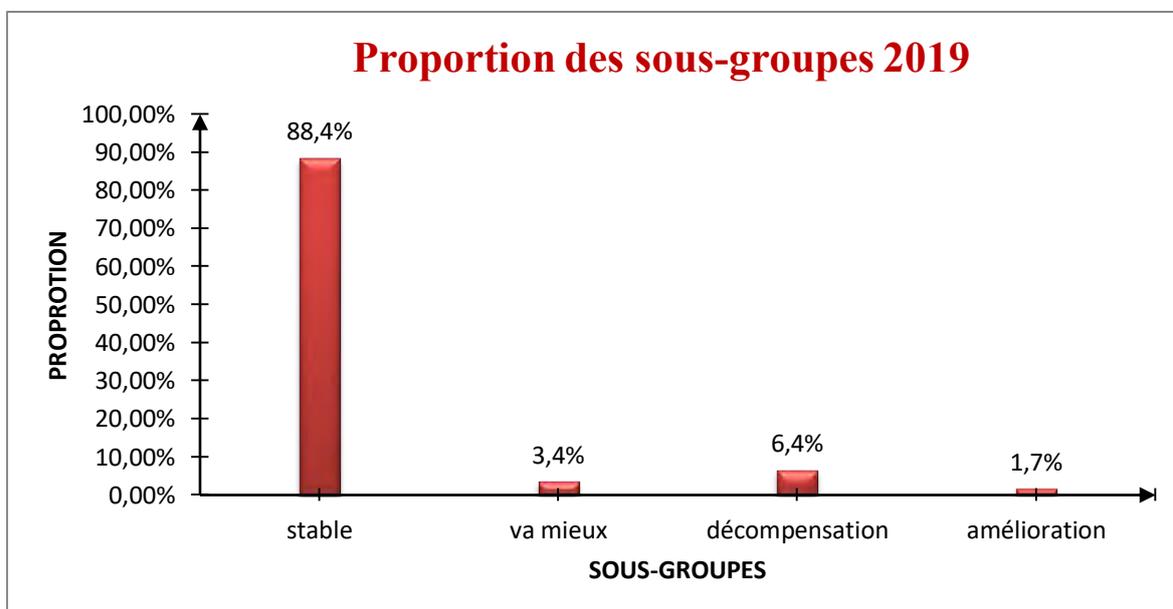
Pour l'étude des sous-groupes de tendance de traitement, on répertorie 5520 résidents en 2019, qui correspondent aux 1380 résidents multipliés par les 4 familles de psychotropes (neuroleptique, anxiolytique, hypnotique et antidépresseur) ; 5324 résidents en 2020 : 1331 résidents multipliés par 4. 169 résidents ont été exclus car n'avaient aucun psychotrope sur leur ordonnance.

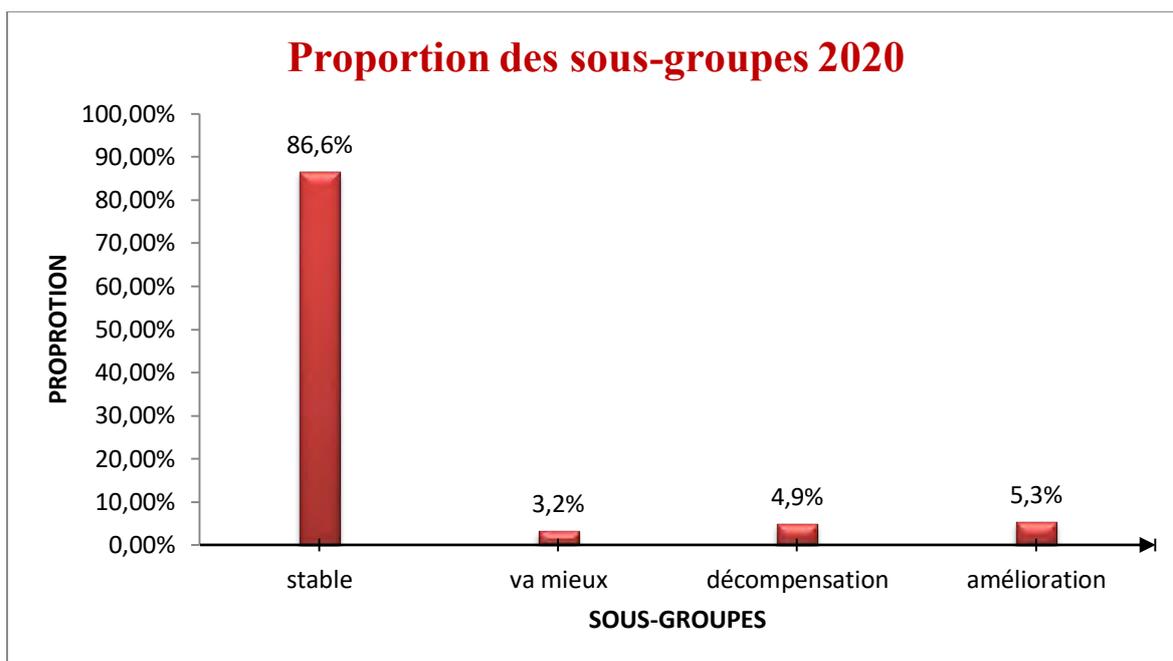
Ici, la proportion de patients en 2019 est plus élevée (50,9% contre 49,1% en 2020).

La proportion de patients stables sur le plan thérapeutique est plus importante en 2019 (88,4% vs 86,6%). La part des résidents à qui on a arrêté les traitements psychotropes sur la période d'étude (« va mieux ») est plus faible en 2020 qu'en 2019 (3,2% vs 3,4%). Les patients en décompensation thérapeutique (introduction de traitements psychotropes sur la période d'étude et au-delà) sont plus nombreux en 2019 (6,4% contre 4,9% en 2020). Les patients améliorés par la thérapeutique (besoin momentané d'un psychotrope du 6 mars au 2 juin) représentent une plus grosse proportion en 2020 (5,3% contre 1,8% en 2019).

Tableau 3 : Tendence d'utilisation des psychotropes sur la période d'étude, comparatif 2019-2020

	2019		2020	
	%	Effectifs	%	Effectifs
Nombre total de résidents	50,9	N=5520	49,1	N=5324
<b>Sous-groupes</b>				
Stable	88,4	N=4879	86,6	N=4608
Va mieux	3,4	N=190	3,2	N=170
Décompensation	6,4	N=357	4,9	N=263
Amélioration	1,8	N=94	<b>5,3</b>	N=283



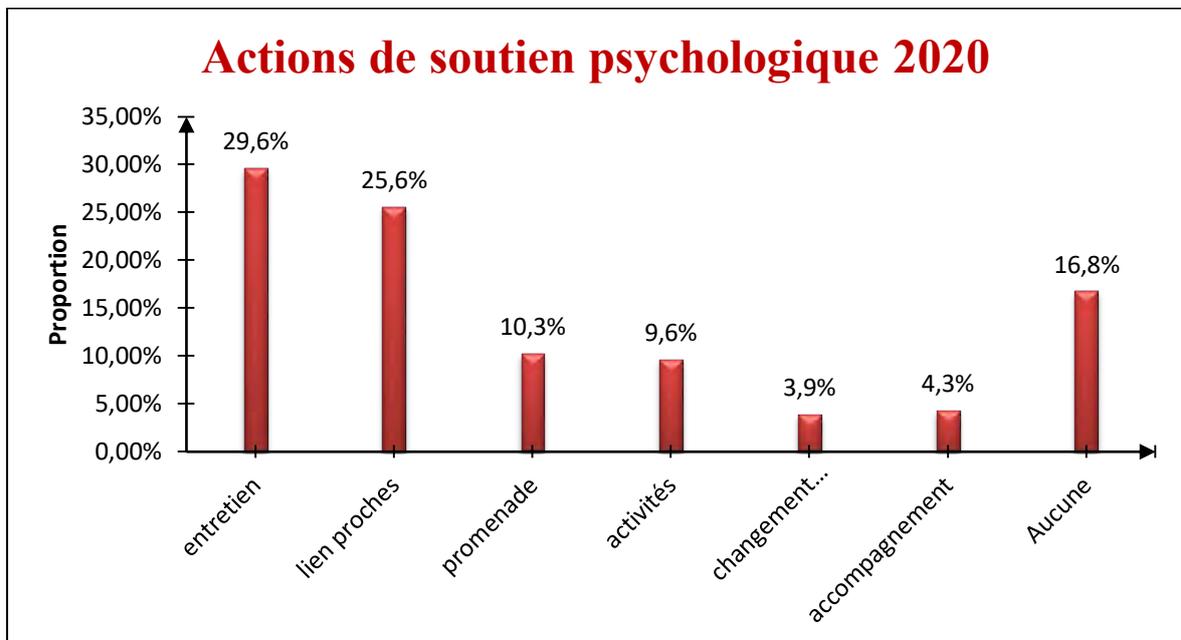


Concernant l'étude des transmissions des psychologues afin d'évaluer la proportion d'action de soutien psychologique, nous nous sommes focalisés sur 2020, unique période concernée par les mesures de confinement sanitaire.

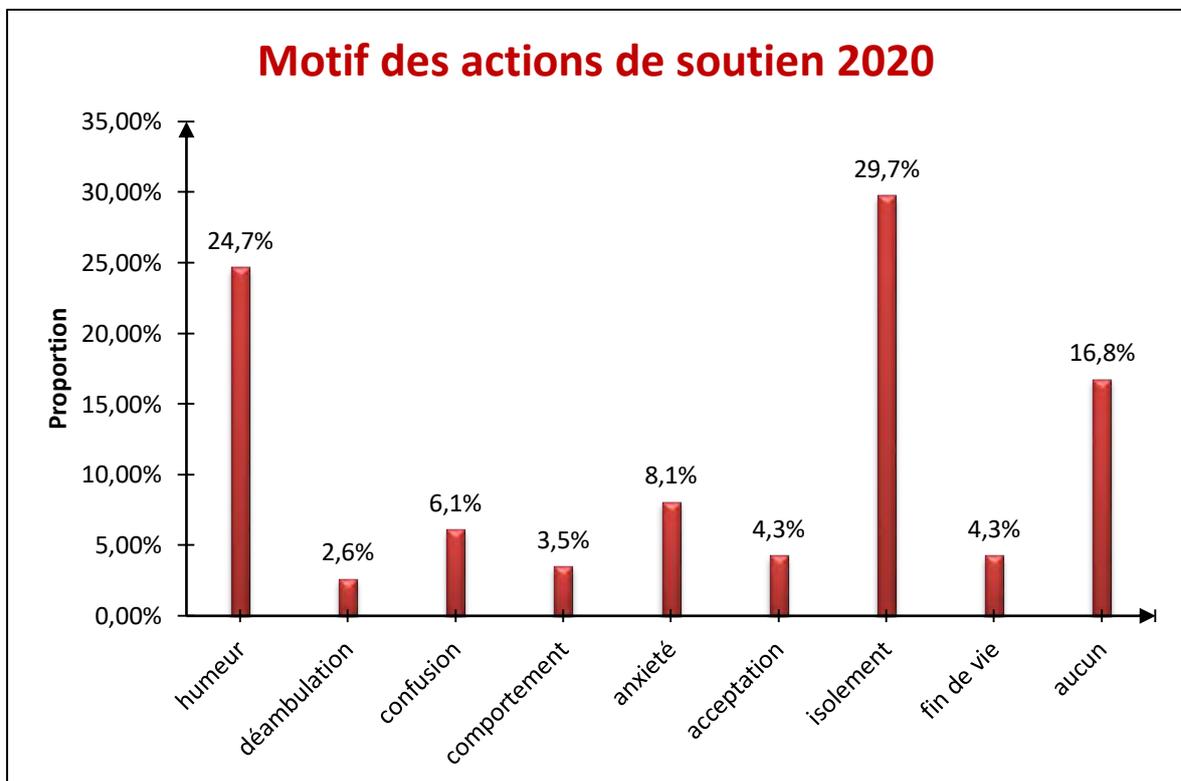
Les actions de soutien psychologique ont été multiples. Les personnels soignants présents sur place se sont organisés pour varier les moyens de divertir et changer les idées des résidents.

Seulement 16,8% des résidents des 19 EHPAD du réseau EDENIS n'ont pas nécessité et donc bénéficié d'action de soutien psychologique pendant la période du confinement.

On note une part dominante d'entretiens psychologiques et de liens avec les proches du résident. Le moyen de soutien le moins utilisé est le changement d'environnement (3,9%). L'accompagnement d'un résident en fin de vie représente 4,3% des actions. La promenade et les activités occupent une part non négligeable de soutien des résidents (10,3% et 9,6%).



Nous avons remarqué une grande diversité des symptômes observés ayant amenés à une action de soutien psychologique au cours de l'analyse des transmissions des psychologues. De la même manière qu'au-dessus, 16,8% des patients n'en ont manifesté aucun. L'isolement est le symptôme le plus souvent observé avec 29,7% des motifs d'actions de soutien psychologique. Viennent ensuite les troubles de l'humeur avec 24,7%, l'anxiété avec 8,1% et la confusion 6,1%. La fin de vie représente 4,3%. Déambulation, comportement et acceptation représentent une faible part des symptômes (respectivement 2,6% ; 3,5% ; 4,3%).



Afin d'analyser au mieux les scores d'évaluation et pour répondre au mieux à l'objectif secondaire j'ai opté pour la comparaison de moyenne. L'échelle MADRS n'a été utilisée que par 4 EHPAD du réseau, les autres ayant opté pour l'échelle Mini-Gds.

On observe une différence significative ( $p = 0,0064$ ) entre 2019 et 2020 concernant l'échelle de suivi de l'état dépressif des résidents : moyenne MADRS mesurée à 8,1 en 2019 contre 11,9 en 2020. Mais également concernant l'inventaire neuropsychiatrique s'intéressant aux troubles du comportement :  $p = 0,02$  avec une moyenne de 24,2 en 2020, contre 19 en 2019. On ne note pas de différence évidente concernant les scores Mini-Gds et MMSE (respectivement  $p = 0,07$  et  $p = 0,4$ ), les scores sont sensiblement les mêmes. A noter, un nombre très faible de données concernant les échelles Mini-Gds.

Tableau 3 : Résultats des échelles d'évaluation de la santé mentale des résidents

	2019			2020			Ecart- type	p value	
	N	Moyenne	Ecart-type	N	Moyenne	Ecart-type			
MADRS	27	8,1	6,4	62	11,9	6,5		<b>0,0064</b>	
Mini-Gds	15	1,5	1,5	3	0	0		0,07	
NPI-ES	274	19	18	159	24,2	21,5		<b>0,02</b>	
MMSE	136	16,9	7,8	127	16,3	7,5		0,4	

## V. Discussion et commentaires

### V.1 Résultats

Notre travail montre que les mesures de confinement sanitaire dans le cadre de la lutte contre le COVID-19 ont engendré des troubles psycho-comportementaux chez les résidents en EHPAD, à savoir :

#### 1) Une proportion plus importante de patients sous antidépresseur au début de la période de confinement au 6 mars 2020 par rapport à 2019.

Cette différence entre les deux années n'existe cependant plus à la fin de la période d'étude au 2 juin. On ne peut donc ici pas conclure à un effet des mesures de confinement sur l'apparition de troubles psycho-comportementaux via ce paramètre. Dans son étude sur la dépression du sujet âgé, Limosin et al explique que parmi tous les troubles observés en EHPAD, la dépression est particulièrement fréquente, avec des taux de prévalence parmi les résidents allant jusqu'à 40 % (18). En outre, la dépression est fréquemment sous-diagnostiquée et de ce fait insuffisamment prise en charge (19), alors que paradoxalement un certain nombre de résidents d'EHPAD reçoivent des antidépresseurs sans présenter de dépression caractérisée. Ce qui explique peut-être partiellement la différence significative au 6 mars, non retrouvée au 2 juin, concernant notre étude.

Si l'on s'intéresse uniquement aux personnes âgées résidant en EHPAD, les chiffres de prévalence sont nettement plus élevés. Le volet « pathologies et morbidité » de l'enquête, réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans les EHPAD en 2007, a ainsi montré que la prévalence des états dépressifs apparaît particulièrement élevée, puisque au total plus d'un tiers des résidents, toutes structures confondues, présentaient une telle pathologie. (20)

Les mesures de confinement sanitaire semblent ne pas avoir eu un impact prédominant, au regard de la bibliographie qui montre un trouble pré-existant à la crise au sein des EHPAD, et s'y l'on s'en tient à ce paramètre de la prescription des antidépresseurs.

On peut aussi supposer que les médecins responsables des résidents n'ont pas nécessairement introduit de traitement antidépresseur à leurs patients, bien qu'ils aient pu constater des troubles de l'humeur, sans parler d'épisode dépressif caractérisé. Il est possible aussi que ces traitements ont été introduits après la fin de la période d'étude, après le confinement des EHPAD. Cela signifie que certains patients ont pu présenter un épisode dépressif, sans que cela ne se répercute sur les prescriptions d'antidépresseurs à proprement parler.

**2) Une différence significative sur la prescription d'anxiolytique au 2 juin, qui est plus élevée en 2020, correspondant à la fin de la période de confinement des EHPAD du réseau, par rapport à 2019.**

On ne notait pas de différences importantes au début de la période d'étude au 6 mars.

L'anxiété possiblement générée par les mesures de restrictions se ressent donc ici par une hausse des prescriptions.

Dans sa thèse de médecine générale publiée en 2014 sur les prescriptions médicamenteuses en EHPAD, Silvera rappelle qu'en ce qui concerne les benzodiazépines, elles sont prescrites chez 55% des patients de l'EHPAD 1 et 40% des patients de l'EHPAD 2. (21)

L'anxiété existe donc bel et bien préalablement aux mesures de confinement en EHPAD, mais elle semble avoir été fortement majorée par les mesures de confinement sanitaire. Le traitement médicamenteux prouve la présence de troubles psycho-comportementaux importants qui ont nécessité la mise en place de certaines molécules.

**3) Les patients améliorés par la prescription momentanée d'un psychotrope sur la période d'étude représentent une plus grosse proportion en 2020.**

On peut donc supposer que les mesures de confinement ont occasionné des troubles psycho-comportementaux, que l'on a tenté de corriger. Ces thérapeutiques ont servi d'appui temporaire aux résidents, qui ont traversé une période psychologique difficile.

La proportion de patients stables et qui vont mieux sur le plan thérapeutique est plus importante en 2019, ce qui va toujours dans le sens d'un déséquilibre thérapeutique observé pendant le confinement, en réponse à des signes négatifs observés chez les résidents. Néanmoins la proportion plus importante de patients en décompensation en 2019 comparativement à 2020 ne témoigne pas en faveur des effets néfastes des mesures de confinement.

Un rapport sur les caractéristiques et devenir des patients entrés en EHPAD en France réalisé par Atramont et al a permis d'étudier l'état de santé des résidents chez les survivants à un an.

La fréquence des traitements psychotropes augmentait : antidépresseurs 34 versus 46 %, anxiolytiques 32 versus 42 %, hypnotiques/sédatifs 18 versus 24 %, antipsychotiques 10 versus 21. (22) Le simple fait d'être institutionnalisé engendre des troubles psycho-comportementaux à proprement parler, ce qui nuance l'impact des mesures de confinement.

Cependant l'association statistique entre la prescription momentanée de psychotropes et le confinement suggèrent fortement l'apparition ou la majoration de troubles psycho-comportementaux au cours de celui-ci.

**4) Seulement 16,8% des résidents des 19 EHPAD du réseau EDENIS n'ont pas nécessité et donc bénéficié d'action de soutien psychologique pendant la période du confinement.**

Plus de 4 résidents sur 5 ont donc eu besoin d'une aide pour traverser cette épreuve, ce qui pourrait témoigner une fois de plus de l'apparition de troubles psycho-comportementaux durant cette période de confinement sanitaire.

Les Recommandations professionnelles contenues dans Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge (Has, 2011) déclarent : "Les thérapies non-médicamenteuses sont recommandées en première intention pour le traitement des troubles du comportement en situation de crise. Elles peuvent permettre également de diminuer la fréquence et l'intensité des troubles du comportement et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux". C'est donc bien sur la gestion du trouble du comportement que se positionne l'HAS qui établit que "La musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle, la Reality Orientation, la reminiscence therapy, la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence simulée (vidéo familiale) et la luminothérapie pourraient améliorer certains aspects du comportement". (23)

La réponse des psychologues des EHPAD du réseau EDENIS aux troubles observés pendant le confinement chez les résidents a donc été la bonne. Leur implication et leur « créativité » ont permis de faire face aux troubles psycho-comportementaux occasionnés par ces mesures de confinement.

**5) On a noté une part dominante d'entretiens psychologiques et de liens avec les proches du résident.**

On comprend que c'est le lien humain qui a manqué en majorité aux résidents. Dans une évaluation de la déambulation de la personne âgée désorientée en EHPAD en 2012 réalisée par le docteur Chabane-Sari, on note que ce sont surtout les approches non médicamenteuses, diverses et multiples qui sont utilisées, et qui permettent de respecter autant que possible la déambulation et préservent une part de liberté et de dignité du malade. Elles regroupent des activités occupationnelles comme la promenade, le tai-chi, la danse mais aussi les groupes de parole, la musicothérapie, le jardinage, l'art thérapie. L'adaptation de l'architecture avec des locaux permettant de préserver la déambulation sont également cités, tout comme des espaces larges avec jardin, le recours aux bracelets ou dispositifs de géolocalisation (éviter la surveillance vidéo, souvent mal vécue et anxiogène). (24)

Toutes les approches visant à prévenir les troubles psycho-comportementaux comme la déambulation sont bonnes, mais certaines de ces solutions ont malheureusement un coût qui peut limiter le développement de ces outils.

L'utilisation accrue de tous ces moyens de divertir les résidents suggère l'impact des mesures de confinement, bien que déjà largement utilisés par les établissements de soins pour prendre en charge le patient dans sa globalité.

**6) Le sentiment d'isolement est le symptôme le plus souvent observé, devant les troubles de l'humeur et l'anxiété. La déambulation représente une part non négligeable des motifs d'action de soutien psychologique.**

L'absence de comparatif avec 2019 nous empêche de conclure véritablement à l'apparition ou la modification de trouble durant la période de confinement, mais cela confirme que le manque de lien humain avec l'extérieur est la plus grande difficulté rencontrée par le résident.

Là encore dans ses travaux d'évaluation de la déambulation chez la personne âgée désorientée en EHPAD en 2012, le Dr Chabane-Sari explique que les troubles du comportement les plus importants sont essentiellement la déambulation, l'irritabilité, l'anxiété et l'agitation. Les troubles du sommeil sont présents une fois sur deux ainsi que la dépression. On retrouve une corrélation entre la déambulation et l'anxiété, cette dernière peut être la source de la déambulation. (24) On retrouve donc une similarité des troubles observés pendant cette crise, avec ceux habituellement retrouvés en EHPAD. Cela nuance quelque-peu la causalité du confinement dans l'apparition de ces troubles.

**7) On observe une différence significative entre 2019 et 2020 concernant l'échelle de suivi de l'état dépressif des résidents : la moyenne des scores à l'échelle MADRS est plus élevée en 2020 à l'issue de la période de confinement**

Cela pourrait donc mettre en évidence l'apparition ou la modification de troubles dépressifs chez les résidents, dus aux mesures de confinement sanitaire mises en place. Cependant 11,9 (2020) et 8,1 (2019) sont tous deux inférieurs au seuil significatif de dépression fixé par la HAS à 15 (25).

Certaines études poussent à la discussion, comme celle de Kuhnel et al (26) qui ont réalisé un état des lieux sur 7 établissements de retraites privés en région Centre en 2008. Parmi les 547 patients évalués, 55 % avaient un score à la MADRS supérieur à 15, soit au-delà du seuil significatif de dépression, et 19 % avaient un score d'au moins 4 sur 6 à l'item « idéations suicidaires ».

Au niveau européen, l'étude SHELTER réalisée auprès de 4159 résidents (dont 493 en France) a retrouvé un taux de dépression de 34,8 % (score à la DRS  $\geq$  3). (27)

On comprend donc que l'association statistique observée dans notre étude pourrait montrer un impact de confinement sur la santé mentale des résidents, mais ce dernier n'est pas le seul responsable de l'apparition de ces troubles observés en EHPAD. On peut dire que l'aggravation des scores tend à montrer une dégradation de la santé mentale des résidents sans toutefois parler d'épisode dépressif caractérisé.

On note également que le faible nombre de données concernant l'échelle Mini-Gds peut s'expliquer par la grande proportion de troubles cognitifs chez les résidents, rendant impossible la réalisation de ces échelles d'évaluation.

**8) Des scores en moyenne plus élevés à l'inventaire neuropsychiatrique en 2020 suggèrent l'apparition ou la fréquence plus importante de troubles du comportement durant la période de confinement sanitaire.**

L'éventail large des troubles pris en compte dans ce type de test rend difficile l'individualisation d'un trouble psycho-comportemental en particulier, d'autant plus que des études montrent la forte prévalence de ce trouble préalablement à ce type de mesure sanitaire.

La déambulation est présente chez près de 15 à 60 % des personnes souffrant de démence (Robinson, 2007), elle est plus marquée en milieu institutionnel (65%). (28)

Pour pallier à certaines données manquantes notamment concernant les échelles d'évaluation de la santé mentale des patients, il serait intéressant de valider plusieurs scores systématiques standardisés au sein de ce réseau d'établissement, afin de suivre au plus près l'évolution psychique de ces patients.

## V.2 Ouverture :

Les actions de soutien psychologique pendant cette crise sanitaire sont au centre de la prise en charge recommandée. A l'avenir l'utilisation et l'exploration de ces modes de divertissement des résidents est à promouvoir afin de répondre au mieux à leur plainte. En 2016, Garnaud et Rexand-Galaisco, rédacteurs de « Intérêts d'un atelier de stimulation olfactive en EHPAD », ont pu conduire une évaluation sur la stimulation olfactive qui cherche à se trouver une place en EHPAD en tant que pratique innovante et efficace. Les conclusions sont très claires : lors de l'atelier de réminiscence olfactive, les odeurs ont favorisé un rappel de souvenirs plus récents, plus nombreux et davantage contextualisés dans un double repère spatio-temporel que dans le cas de l'atelier de réminiscence mobilisant un matériel plus classique. Le médiateur olfactif utilisé au sein d'un dispositif groupal permet également de développer un temps de communication supérieur entre les participants et a un impact sur la mesure de l'estime de soi. (29) C'est une piste à ne pas négliger pour lutter contre l'isolement et la perte des repères des résidents, majorés en temps de crise.

Un suivi psychologique plus rapproché et surtout individualisé serait également bénéfique pour ces patients, afin d'évaluer plus fréquemment un patient qui montre des signes d'aggravations récents.

Dans son projet d'installation d'une unité dédiée au sein de l'EHPAD Clémence Charles publiée en 2017, François Daure exprime une prise de conscience du décalage entre l'organisation et les pratiques institutionnelles de l'EHPAD avec les besoins de nombreux résidents ayant un profil psychiatrique. Sa démarche a consisté en une réunion participative avec les résidents concernés sur la thèse « Projet, souhaits pour soi et pour la résidence ». Cette attitude d'écoute de ces résidents met en évidence le sentiment d'abandon des résidents, abandon familial, abandon institutionnel, abandon sociétal.

Malgré les initiatives de la résidence, certains connaissent aussi un sentiment intense d'enfermement, qu'accroît d'ailleurs l'absence de lien à l'extérieur. Enfin pour certains il résulte de ce ressenti de privation et de relégation un profond sentiment d'inutilité ou d'auto-stigmatisation. (30)

Ce type d'approche consistant en la construction d'un projet personnalisé par le résident lui-même permettrait d'être au plus proche du patient dans des conditions de confinement en chambre, pour éviter l'apparition de troubles psycho-comportementaux.

Enfin certains dispositifs ayant été mis en place durant cette même crise semblent être prometteurs et donc à développer.

Fin mars, dans le cadre de la structuration d'un appui aux EHPAD en grande difficulté et à l'initiative du doyen de la faculté santé de Créteil, le SAMU a mis en place une cellule de crise COVID-19 dédiée aux 74 EHPAD du département, accessible H24, via un numéro spécifique.

Les appels pour conseils gériatriques ou autres besoins, émanant des EHPAD, via cette ligne dédiée, ont rapidement laissé percevoir une souffrance des appelants. Le SAMU a alors sollicité la cellule de crise pour proposer des soins médico-psychologiques aux personnels qui en exprimeraient le besoin et ce, à partir du 31 mars 2020. La posture prise par la cellule de crise a été, dans un premier temps, d'offrir un contact téléphonique à destination : de l'encadrement des EHPAD (directeurs, médecins coordonnateurs, cadres, infirmiers, etc.) pour proposer un soutien et un accompagnement psychologique dans la gestion de la crise en délivrant une information sur les possibilités de soins médico-psychologiques, que ce soit dans le domaine du soin, de l'animation, des services techniques, de la cuisine.

À partir du 22 avril, les EHPAD ont eux-mêmes rappelé la cellule de crise, exposant des demandes : de soutien, conseil et accompagnement des responsables ; de consultations individuelles des personnels ; de groupe de parole, avec le soutien des cadres. En raison du confinement, les soins médico-psychologiques ont été donnés par téléphone. (31)

Le développement de ce type d'outil apparaît donc essentiel dans la gestion de ce type de crise. La gestion de cette crise concernant les résidents en EHPAD soulève également une question éthique.

Dans son plan Alzheimer de 2008, le gouvernement rappelle que la difficulté de la prise en charge du malade dément ne peut se résumer au simple soin physique, la prise en charge est globale, parallèlement, il s'agit de préserver fondamentalement et pour toute personne la liberté d'aller et venir en EHPAD. (32) On comprend là toute la difficulté de prendre en compte le bien-être des résidents tout en les protégeant. Allier le respect de la liberté des résidents et la limitation de la diffusion du virus dans les établissements n'est pas chose aisée. Car ces patients ont des droits bien définis.

Dans sa charte des droits et des libertés de la personne accueillie en établissement (33), parue dans l'arrêté du 8 septembre 2003, mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'Action Sociale et de la Famille, le gouvernement rappelle notamment :

- La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. (Art 6)
- Il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées. (Art 8)

On comprend bien cette notion en rappelant que les personnes âgées vivant au sein des EHPAD sont à leur domicile. La difficulté de respecter conjointement la dignité de la personne âgée et leur protection est un enjeu majeur de la gestion de cette pandémie. Ce questionnement mérite que l'on s'y intéresse par le biais d'études, afin de trouver le meilleur équilibre possible.

Il est aussi important de noter que nous avons eu affaire à deux types de prise en charge des résidents dans l'espace, à savoir les EHPAD avec ou sans secteur protégé, qu'il faut savoir différencier. Au 26 mai 2020, la fiche COVID-19 à destination des employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées (34) préconise, en présence de cas groupés :

- Dans tous les établissements, si le bâtiment le permet, d'identifier un espace dédié (étage ou aile isolable) pour accueillir les patients covid-19 et les confiner : cela définit le secteur protégé
- Si l'architecture de l'établissement ne permet aucun zonage, d'organiser le confinement des résidents en chambre, avec fermeture des accès et passage régulier des personnels.

Une étude qui évalue la différence de propagation virale et de décès occasionnés entre ces deux types de prise en charge spatiale serait intéressante.

### **V.3 Forces et limites**

La force de cette étude réside dans l'étude d'un nombre conséquent de patients, du fait du réseau d'établissement de soin permettant l'étude d'un grand nombre de données, même si cela ne concerne que la Haute-Garonne.

C'est un travail original car n'ayant jamais été étudié à notre connaissance, du fait du contexte sanitaire exceptionnel.

On peut constater un faible taux de résultats pour certains tests d'évaluation psychologique des résidents. Cela peut s'expliquer par la très forte implication des psychologues pour l'encadrement des résidents ainsi que leur accompagnement psychologique.

N'ayant pas de comparatif avec d'autres années d'étude (2018 par exemple), difficile de savoir s'il s'agit là d'un biais pour notre étude.

Cela peut aussi s'expliquer par la présence de nombreux troubles cognitifs chez les résidents, la nécessité de respecter les mesures barrières comme la distanciation physique en tout premier lieu, rendant difficile la réalisation de tests qui se font dans la plupart des cas au plus près du patient pour faciliter sa compréhension.

On remarque aussi une disparité dans le choix des scores entre les EHPAD, ainsi qu'une réalisation aléatoire de ces échelles.

Le fait d'avoir choisi les critères de notre étude à partir des données d'une seule EHPAD a peut-être engendré plusieurs limites à cette étude, qui elle reprend les données de 19 établissements. L'échelle MADRS est utilisée au Barry concernant l'état dépressif du résident, alors que certains établissements utilisent l'échelle Mini-Gds. La manière de travailler des psychologues diffère effectivement entre les EHPAD, notamment sur la fréquence d'évaluation des résidents. Malgré des réunions en visioconférence hebdomadaires l'homogénéisation des pratiques n'a pu être abordée.

L'absence de comparatif avec l'année 2019 concernant l'étude des transmissions des psychologues peut aussi être une limite de cette étude.

#### **V.4 Perspectives**

A l'avenir, l'étude de nouveaux outils afin de prévenir l'isolement des personnes âgées permettrait d'éviter d'observer comme ici une aggravation de leur santé mentale en réponse aux mesures de confinement.

Développer la cellule de crise en relation avec le SAMU, (cf V.2 Ouverture) pour appuyer et soutenir les établissements de soins et notamment le personnel qui y travaille. La cellule d'écoute permettrait aux psychologues par exemple de faire part de leur souffrance, d'exposer leurs questionnements sur l'encadrement psychologique des résidents en difficulté.

Homogénéiser les pratiques de toutes les EHPAD du réseau semble aussi une piste à explorer. On pense par exemple à une standardisation de l'utilisation des tests d'évaluation des résidents : utilisation des mêmes tests, pour une même catégorie de patients (Mini-Gds non adaptée aux patients présentant des troubles cognitifs), à une fréquence relativement identique. Cela permettrait peut-être de voir se développer plus tôt certains troubles psycho-comportementaux afin de mieux les prendre en charge.

Par exemple à partir d'un projet de soutien psychologique centré sur le résident, suite à un « bilan d'évaluation psychologique systématique » en début de crise. Le patient pourrait

exprimer ses difficultés et faire des demandes spécifiques d'accompagnement. La charge de travail des psychologues se verrait sûrement être augmentée, mais c'est une piste à explorer.

Refaire actuellement un point sur les paramètres étudiés dans cette étude, à distance de cet épisode de confinement, permettrait de rendre compte de l'évolution de ces résidents sur le plan psycho-comportemental. Au cours de la phase post-critique nous verrions peut-être se développer des troubles qu'il faudra mieux appréhender à l'avenir.

## Conclusion

---

La gestion de ce type de crise est extrêmement complexe, qui plus est concernant cette population à risque, les résidents en EHPAD. Le confinement en chambre et la suspension des visites, mis en place pour protéger ces patients, ont engendré l'apparition de troubles psycho-comportementaux.

On a en effet observé une augmentation de la prescription d'anxiolytique sur la période d'étude, ainsi qu'une forte proportion d'utilisation temporaire des 4 classes de psychotropes étudiés. La quasi-totalité des résidents a eu besoin d'une aide psychologique, majoritairement par le biais d'entretiens individuels ou de liens avec les proches. Ces entretiens ont montré une part importante d'isolement et de troubles de l'humeur. Les échelles d'évaluation tendent à montrer une aggravation de l'état dépressif des résidents, ainsi que de nombreux troubles du comportement. Toutes ces données témoignent d'effets néfastes des mesures de confinement sur les résidents en EHPAD.

Cette observation nous pousse à nous questionner sur les véritables enjeux de la protection de ces patients. Le travail de mon co-thésard M.Tounsi a montré que ces mesures ont permis de limiter la prévalence de décès toute cause confondue mais aussi celle d'infections mortelles chez les résidents de 2020 par rapport à ceux de 2019.

Ces mesures n'ont cependant pas été suffisantes pour limiter la prévalence d'une infection chez les résidents de notre étude.

L'étude de M.Sidobre, mon deuxième co-thésard, a montré une augmentation de la prévalence des chutes et du nombre de chutes pendant le confinement, sans augmentation de leur gravité.

Il a aussi rapporté l'arrêt des activités de rééducation fonctionnelle des personnes âgées. Ce qui a eu des répercussions sur le nombre de chutes, et à plus long terme sur la morbidité.

Dans son article sur le confinement et l'isolement en EHPAD, Gil déclare en fin de premier confinement de l'année 2020 que dans la balance entre la sécurité sanitaire des EHPAD et le bien-être des personnes âgées, la question éthique fondamentale a bien encore été celle de savoir s'il est humainement possible de maintenir encore longtemps ces mesures sécuritaires et si elles sont proportionnées aux risques réels. (35) Les résultats de notre étude appuient ce questionnement, et doivent nous faire réfléchir sur le potentiel renouvellement de ces mesures sanitaires, à la fois protectrices et délétères.

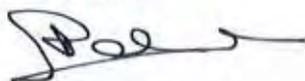
Concernant notre étude et afin de parvenir au mieux à ces conclusions, une méthode légèrement différente aurait pu être employée. Il aurait été par exemple intéressant de

recueillir le vécu des résidents à postériori par des entretiens individualisés puis de groupe, pour être le plus à l'écoute de leur ressenti, leur questionnement et leurs éventuelles solutions aux problèmes rencontrés. Ce serait une approche différente sous la forme d'une recherche qualitative, mais cela permettrait une fois de plus d'être au plus près du résident, sans passer par un intermédiaire pour récolter les données.

Plusieurs outils nous permettent de faire reculer l'impact de cette crise sanitaire, comme la vaccination, mais le combat face à cette crise est encore long et il faut faire face aux vagues successives de cette pandémie.

Toulouse, le 5/10/21

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D.CARRIE



28/10/21  
Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OUSTRIC



## Références bibliographiques

---

1. Stoecklin SB, Rolland P, Silue Y, Mailles A, Campese C, Simondon A, et al. Premiers cas de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) en France: surveillance, enquêtes et mesures de contrôle, janvier 2020.
2. Tragaki A, Richard J-L. Premiers mois de l'épidémie de coronavirus COVID19 dans deux pays aux trajectoires différentes, la Grèce et la France [Internet]. 2020 [cité 6 août 2021]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02879274>
3. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. [cité 6 août 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
4. Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 6 août 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
5. Adresse aux Français, 16 mars 2020 [Internet]. elysee.fr. 2020 [cité 6 août 2021]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19>
6. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. *Science*. 10 oct 2003;302(5643):290-2.
7. rapport\_no1\_j.\_guedj\_-\_05042020.pdf [Internet]. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_no1\\_j.\\_guedj\\_-\\_05042020.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_no1_j._guedj_-_05042020.pdf)
8. Gil R. Confinement et isolement en Ehpad ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux. *Droit Sante Soc*. 2020;N° 2(2):27-34.
9. Renoullin H. Etat des lieux de l'utilisation des psychotropes dans les EHPAD annexes de l'hôpital de Laval (53) [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011.
10. Gérard P. Évaluation et optimisation des traitements psychotropes chez les patients résidents d'EHPAD admis en Unité d'Entrées Directes du service de gériatrie du CHRU de Nancy. 2017;62.
11. Dutheil S. Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées. 2006;8.
12. Rolland Y, Hermabessière S, Abellan van Kan G, Gérard S, Guyonnet-Gillette S, Vellas B. Description des résidents d'EHPA: données de l'enquête menée par le réseau REHPA (Recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées). *Cah Année Gérontologique*. 1 mars 2009;1(1):35-41.
13. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de>

14. actualites\_n2\_ppsa\_juillet\_08\_v2.pdf [Internet]. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/actualites\\_n2\\_ppsa\\_juillet\\_08\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/actualites_n2_ppsa_juillet_08_v2.pdf)
15. Rolland PY. Présentation de la 1ère étude française quantifiant l'importance des transferts hospitaliers dans les maisons de retraite médicalisées et leurs conséquences. 37.
16. Saadia N. « Le suicide chez la personne âgée ». 59.
17. Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2004;2(1):19-27.
18. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 oct 2015;15(89):256-61.
19. Comorbidity of Late-Life Depression in the United States: A Population-based Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1 nov 2014;22(11):1292-306.
20. Perrin-Hayne J, Chazal J. Les personnes âgées en institution. 2011;32.
21. Silvera S. Les prescriptions médicamenteuses en EHPAD : étude un jour donné dans deux EHPAD, à propos de 160 patients [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 6 août 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/574/>
22. Caractéristiques et devenir des patients entrés en Ehpads en France, apport de Residehpads. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 mars 2016;64:S18.
23. Rexand-Galais F. La question complexe de l'intérêt des thérapies non médicamenteuses en Ehpads. In: Conférence-audition d'expertise (CNFPT, Paris) [Internet]. Paris, France; 2017 [cité 12 août 2021]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02561191>
24. Bahidja DC-SA. Evaluation de la déambulation chez la personne âgée désorientée en EHPAD. 29.
25. Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé. 2017;331.
26. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 juin 2010;10(57):111-5.
27. Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res*. déc 2012;12(1):1-10.
28. The Neuropsychiatric Inventory | Neurology [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <https://n.neurology.org/content/44/12/2308.short>
29. Rexand-Galais F. La question complexe de l'intérêt des thérapies non médicamenteuses en Ehpads. In: Conférence-audition d'expertise (CNFPT, Paris) [Internet]. Paris, France; 2017 [cité 12 août 2021]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02561191>

30. Daure F. Créer un dispositif d'accompagnement adapté aux besoins spécifiques des résidents ayant une pathologie psychiatrique. 2017;123.
31. Botero A, Berges M, Clervoy L, Laurent M, Bertrand C, Lecarpentier É. Crise COVID-19 : soins médico-psychologiques et EHPAD. Médecine Catastr - Urgences Collect. sept 2020;4(3):213-5.
32. plan\_alzheimer\_2008-2012-2.pdf [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: [https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_alzheimer\\_2008-2012-2.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf)
33. exe\_a4\_accue284e.pdf [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/exe\\_a4\\_accue284e.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/exe_a4_accue284e.pdf)
34. ccne\_reponse\_a\_la\_saisine\_du\_26.03.20\_reforcement\_des\_mesures\_de\_protection\_en\_ehpad\_et\_usld\_0.pdf [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: [https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne\\_reponse\\_a\\_la\\_saisine\\_du\\_26.03.20\\_reforcement\\_des\\_mesures\\_de\\_protection\\_en\\_ehpad\\_et\\_usld\\_0.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_reponse_a_la_saisine_du_26.03.20_reforcement_des_mesures_de_protection_en_ehpad_et_usld_0.pdf)
35. Gil R. Confinement et isolement en Ehpad ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux. Droit Sante Soc. 2020;N° 2(2):27-34.
36. 08r07\_memo\_maladie\_alzheimer\_troubles\_comportement\_equipe\_soignante\_npi-es\_2013-02-26\_14-58-55\_901.pdf [Internet]. [cité 6 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07\\_memo\\_maladie\\_alzheimer\\_troubles\\_comportement\\_equipe\\_soignante\\_npi-es\\_2013-02-26\\_14-58-55\\_901.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_equipe_soignante_npi-es_2013-02-26_14-58-55_901.pdf)
37. Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé. 2017;331.
38. Aurore H. Haute Autorité de santé. 2014;34.
39. Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé. 2017;331.

### 1. L'inventaire neuropsychiatrique équipe soignante (NPI-ES)

Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliqué dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence.

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Les domaines étudiés sont : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, sommeil, trouble de l'appétit.

On retient que le score du domaine = fréquence x gravité. Un score supérieur à 2 est pathologique. On détermine la fréquence avec la question suivante : « Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent ? 1. Quelquefois : moins d'une fois par semaine 2. Assez souvent : environ une fois par semaine 3. Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 4. Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps Pour déterminer la gravité: « Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? À quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? » 1. Léger : changements peu perturbants pour le patient 2. Moyen : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant 3. Important : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant. (36)

## 2. Echelle Mini-Gds

Elle a quatre versions mais nous avons utilisé celle à quatre items. La passation se fait en auto-questionnaire ou en hétéro-questionnaire. L'évaluation concerne la semaine écoulée. Cette échelle a pour objectif de mesurer les syndromes dépressifs du sujet âgé.

Pour la version du Mini GDS : si le score est supérieur ou égal à 1, il y a une très forte probabilité de dépression ; si le score est égal à 0, il y a une très forte probabilité d'absence de dépression. La durée de passation est de cinq minutes. Cette échelle n'est pas adaptée aux sujets présentant une détérioration cognitive. Le patient doit être jugé apte à répondre aux questions sans anosognosie. Une étude a montré que les patients avec un diagnostic d'Alzheimer ou d'une autre démence n'étaient plus capables de s'autoévaluer (en dessous d'un score total de 22 au Mini Mental State Examination). (37) D'où l'utilisation de l'échelle MADRS dans cette étude également.

### Mini GDS

<b>Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent</b>		
<b>1. Vous sentez vous découragé(e) et triste ?</b>	Oui	Non
<b>2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?</b>	Oui	Non
<b>3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?</b>	Oui	Non
<b>4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?</b>	Oui	Non
<b>Cotation :</b> Question 1 : oui : 1, non : 0 Question 2 : oui : 1, non : 0 Question 3 : oui : 0, non : 1 Question 4 : oui : 1, non : 0		
<b>Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression. Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.</b>		

Yesavage JA: Geriatric depression scale. Psychopharm Bulletin 1988;24:709 -710.

Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F: Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997;XXIII:91-99.

### 3. Echelle MMSE

Le test est composé de 30 items regroupés en différentes rubriques (orientation temporo spatiale, mémoire immédiate et différée, calcul mental, langage, capacités visuo-constructives), un test de mémoire verbale (5M ou test des 5 mots), un test de mémoire visuelle (test de rétention visuelle de Benton), un test de fluidité verbale (test d'Isaacs), un test de flexibilité mentale (trail-making test). Le test de référence pour l'évaluation cognitive globale est le Mini Mental State Examination (MMSE) dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO). Le temps de passation de ce test est cependant long (environ 15 minutes). (38)

#### Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

##### Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionnent votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ? .....
2. En quelle saison ? .....
3. En quel mois ? .....
4. Quel jour du mois ? .....
5. Quel jour de la semaine ? .....

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? .....
- (si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? .....
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? .....
9. Dans quelle région est situé ce département ? .....
10. A quel étage sommes-nous ici ? .....

##### Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare .....
12. Fleur .....
13. Porte .....

Répétez les 3 mots.

##### Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93 .....
15. 86 .....
16. 79 .....
17. 72 .....
18. 65 .....

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

##### Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare .....
20. Fleur .....
21. Porte .....

##### Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ? .....
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ? .....
24. Ecoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et" .....
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :  
Prenez cette feuille de papier avec la main droite .....
26. Pliez-la en deux .....
27. Et jetez-la par terre .....
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

#### 4. Echelle MADRS

Elle comporte dix items qui évalue successivement : la tristesse apparente, la tristesse exprimée, la tension intérieure, la réduction de sommeil, la réduction de l'appétit, les difficultés de concentration, la lassitude, l'incapacité à ressentir, les pensées pessimistes et les idées suicidaires. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire qui concerne les sept jours précédents. Le temps de remplissage est d'environ 15 minutes selon la référence de Furukawa. Chaque item du MADRS est coté de 0 à 6. Seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'item doit être coté avec les points définis (0, 2, 4, 6) ou avec des points intermédiaires (1, 3, 5) pour lesquels il n'y a pas de définition. Le résultat au MADRS est un score qui est la somme des cotations des dix items. Ce score varie de 0 à 60, le score seuil de dépression est de 15. (39)

#### ECHELLE DE DEPRESSION

#### MADRS

S. MONTGOMERY et M. ASBERG, 1979  
Traduction française : T. LEMPERIERE



NOM: \_\_\_\_\_  
PRENOM: \_\_\_\_\_  
SEXE:  AGE:  DATE: \_\_\_\_\_  
EXAMINATEUR: \_\_\_\_\_

#### CONSIGNES

La cotation doit se fonder sur l'entretien clinique allant de questions générales sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un point nettement défini de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5).

Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations d'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique.

Cocher pour chaque item la case qui correspond au chiffre le plus adéquat.

#### 1- Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture.

Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

- 0 Pas de tristesse.  
 1  
 2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté.  
 3  
 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.  
 5  
 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

---

## 2- Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.

Coter selon l'intensité, la durée à laquelle l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression ; l'humeur est encore influencée par les circonstances extérieures
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuations.

---

## 3- Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.

Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continus de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

---

## 4- Réduction de sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

---

#### 5- Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel.  
Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

---

#### 6- Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer.  
Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficultés de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

---

#### 7- Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

---

#### 8- Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux

circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

---

#### 9. Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine.

- 0 Pas de pensée pessimiste.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes ou insébranlables.

---

#### 10 - Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas le peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jout de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

## Serment d'Hippocrate

---

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

AUTEUR : CLUZEL Pierre

**TITRE : Effets des mesures sanitaires de confinement chez les résidents en EHPAD : Etude rétrospective observationnelle sur 20 EHPAD de Haute-Garonne**

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Michel BISMUTH

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine Rangueil Toulouse, le 21 octobre 2021

Introduction : Le but de ce travail est de faire un état des lieux des troubles psychocomportementaux observés chez les résidents en EHPAD au cours du confinement de l'année 2020.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle et rétrospective, fondée sur l'analyse des troubles psychocomportementaux observés au sein des 19 EHPAD du réseau EDENIS, du 6 mars au 2 juin 2020, avec un comparatif avec 2019.

Résultats : Mise en évidence d'une anxiété, observée par la hausse de prescriptions d'anxiolytiques. 84% d'actions de soutien psychologique, via des entretiens psychologiques et liens avec les proches du résident. Sentiment d'isolement, trouble de l'humeur et anxiété sont les troubles les plus observés, ainsi que des troubles du comportement une majoration de l'état dépressif des résidents.

Discussion : Les thérapies non médicamenteuses sont au centre de la prise en charge recommandée. Notamment les ateliers de stimulation olfactive, ou encore le projet personnalisé par le résident lui-même. L'étude de l'efficacité des secteurs protégés est aussi une bonne piste.

**Effect of sanitary confinement measures on residents in residential facilities: retrospective observational study on 20 residential facilities in Haute Garonne**

Introduction : The aim of our work is to do an inventory of the psycho-behavioral disorders observed in residential facilities residents during confinement of 2020.

Méthod : It's an quantitative, observational and retrospective study based on the analysis of psychobehavioral disorders observed in the nineteen EDENIS residential facilities, from March 6th to June 2th of 2020, comparing to 2019.

Résultats : Evidence of anxiety, observed by the increase of anxiolytics prescriptions. 84% of psychological support actions, by psychological interviews and links with residents' relatives. Isolation, mood swings and anxiety are the most commonly observed disorders, and also behavioral disorders and the increase of depressive state are observed too.

Discussion : Non-drug therapies are mostly recommended, to treat anxiety and behavioral disorders. Especially the olfactory stimulation workshops, or the personalized project by the resident himself. The study of the effectiveness of protected sectors is also a good idea.

Mots-Clés : Troubles psychocomportementaux ; EHPAD ; psychotropes ; confinement ; thérapies non médicamenteuses

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France