

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT – PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

n° :

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROUVEIX Marion

Née le 22 janvier 1985 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 27 octobre 2014

**SUJETS ÂGÉS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE
DÉMENTIELLE HOSPITALISÉS POUR TROUBLES DU
COMPORTEMENT : DESCRIPTION DE LA POPULATION
ET SUIVI DE CETTE POPULATION À 3 MOIS DE LA
SORTIE**

Président de thèse : Professeur RAYNAUD SIMON Agathe

Directeur de thèse : Docteur KOGEL Dan

DES de médecine générale

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT – PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

n° :

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROUVEIX Marion

Née le 22 janvier 1985 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 27 octobre 2014

**SUJETS ÂGÉS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE
DÉMENTIELLE HOSPITALISÉS POUR TROUBLES DU
COMPORTEMENT : DESCRIPTION DE LA POPULATION
ET SUIVI DE CETTE POPULATION À 3 MOIS DE LA
SORTIE**

Président de thèse : Professeur RAYNAUD SIMON Agathe

Directeur de thèse : Docteur KOGEL Dan

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

Un profond merci au Dr Dan Kogel pour m'avoir encadrée, pour son implication dans ce travail, sa rigueur, ses conseils, ses encouragements.

Merci au Pr Agathe Raynaud-Simon de présider mon jury de thèse, merci également au Pr Laurent Teillet et au Pr Vincent Ravery pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci à l'équipe du service du Dr Anne-Sophie Grancher qui m'a fait découvrir la gériatrie.

Merci à mon tuteur le Dr Mickael Riahi qui m'a guidée et accompagnée pendant mon internat.

A Henri

A mes parents

A mon frère Mathieu et ma sœur Charlotte

A Grand-Mère

A Cécile, Claire, Carole-Anne, Adeline, et beaucoup d'autres

ABREVIATIONS

ACFA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire

ADL : Activities of Daily Living

AGEP : Association Gériatrique de l'Est Parisien

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

AJ : Accueil de Jour

ALD : Affection de Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CAM : Confusion Assessment Method

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMP : Centre Médico-Psychologique

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HT : Hébergement Temporaire

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INED : Institut National Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

MDRD : Modification of the Diet in Renal Disease

MMSE : Mini Mental State Examination

SD : Standard Deviation

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

TRST : Triage Risk Screening Tool

UCC : Unité Cognitive et Comportementale

UGA : Unité de Gériatrie Aigue

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
ABREVIATIONS	5
TABLE DES MATIERES	7
1 INTRODUCTION	11
1.1 Population vieillissante.....	11
1.2 Progression des pathologies neuro-dégénératives.....	11
1.3 Pathologies neuro-dégénératives : les troubles du comportement.....	11
1.4 Les troubles du comportement : thérapeutique	13
1.4.1 Thérapeutique médicamenteuse.....	14
1.4.2 Thérapeutique non médicamenteuse.....	15
1.5 Coordination de la prise en charge : exemple de filière gériatrique de l'Est parisien.....	15
1.5.1 Réseaux gériatriques, AGEF : Association Gériatrique de l'Est Parisien	17
1.5.2 Les hôpitaux	17
1.5.3 Les CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination.....	18
1.5.4 Les MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer	18
1.5.5 Les SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile.....	19
1.5.6 Les équipes mobiles Alzheimer.....	19
1.5.7 D'autres structures	20
1.6 Objectif de la présente étude : Suivi des patients présentant des troubles du comportement.....	21
2 MATERIELS ET METHODES	22
2.1 Méthodologie de l'étude.....	22
2.2 Population étudiée	22
2.3 Recueil d'informations.....	22
2.3.1 Premier recueil : qui sont les patients hospitalisés pour des troubles du comportement ?.....	23
2.3.1.1 Données générales.....	23
2.3.1.2 Données médicales	23

2.3.1.3	Données gériatriques.....	24
2.3.1.4	Données sociales	25
2.3.1.5	Autres données.....	25
2.3.2	Deuxième recueil : que deviennent les patients hospitalisés pour troubles du comportement ?	26
2.3.2.1	Données médicales	26
2.3.2.2	Données sociales	27
2.4	Observations réalisées : Méthodes d'Analyses	27
2.4.1	Statistiques générales : qui sont les patients hospitalisés et que deviennent ils ?.....	27
2.4.2	Statistiques en sous groupes : y a t il un lien entre des caractéristiques médico-sociales et une nouvelle hospitalisation ?	27
3	RESULTATS	29
3.1	Description de la population.....	29
3.1.1	Données générales	29
3.1.1.1	Proportion hommes/femmes.....	29
3.1.1.2	Age moyen.....	29
3.1.1.3	Lieu de vie	29
3.1.1.4	Mode de vie	30
3.1.2	Données médicales.....	30
3.1.2.1	Antécédents.....	30
3.1.2.1.1	Pathologies chroniques.....	30
3.1.2.2	Traitements chroniques	31
3.1.2.2.1	Neuroleptiques	32
3.1.2.2.2	Anxiolytiques	32
3.1.2.2.3	Hypnotiques	32
3.1.2.2.4	Thymorégulateurs	33
3.1.2.2.5	Antidépresseurs	33
3.1.2.2.6	Anticholinergiques.....	33
3.1.2.2.7	Anticholinestérasiques	34
3.1.2.2.8	Antalgiques de paliers 2 ou 3.....	34
3.1.3	Données gériatriques	34
3.1.3.1	Antécédent d'évaluation gériatrique	34
3.1.3.2	Types de démences	34

3.1.3.3	Troubles du comportement.....	35
3.1.3.4	Chute et/ou confusion récentes	35
3.1.3.5	Humeur dépressive.....	36
3.1.3.6	Anorexie.....	36
3.1.3.7	Troubles neurosensoriels	36
3.1.3.8	Albuminémie et dénutrition	36
3.1.3.9	Autonomie.....	36
3.1.3.10	GIR	37
3.1.3.11	MMSE	37
3.1.4	Données sociales avant et après l'hospitalisation	37
3.1.4.1	Aides professionnelles.....	37
3.1.4.2	Aides non professionnelles.....	38
3.1.4.3	APA.....	39
3.1.4.4	AGEP	39
3.1.4.5	Protection juridique	39
3.1.5	Autres données	40
3.1.5.1	Parcours hospitalier	40
3.1.5.2	Diagnostic de sortie	42
3.2	Questionnaire au médecin traitant	42
3.2.1	Données médicales.....	43
3.2.1.1	Ré-hospitalisation dans les trois mois	43
3.2.1.2	Changement de domicile	43
3.2.1.3	Consultations	43
3.2.1.4	Troubles du comportement.....	44
3.2.1.5	Modification des psychotropes	44
3.2.1.6	Syndromes gériatriques.....	44
3.2.2	Données sociales	45
3.2.2.1	Information au médecin traitant	45
3.2.2.2	Aides professionnelles.....	45
3.2.2.3	Efficacité de la filière gériatrique.....	45
3.3	Analyses statistiques : population non ré-hospitalisée versus ré-hospitalisée	45
4	DISCUSSION	48
4.1	Interprétation des résultats	48

4.1.1 Description des patients inclus : qui sont les patients hospitalisés pour troubles du comportement ?	48
4.1.1.1 Données générales.....	48
4.1.1.2 Données médicales	49
4.1.1.3 Données gériatriques.....	53
4.1.1.4 Données sociales	54
4.1.1.5 Autres données.....	55
4.1.2 Description des patients inclus : quel est le devenir médico-social après la sortie d'hospitalisation ?.....	56
4.1.2.1 Données médicales	56
4.1.2.2 Données sociales	58
4.1.3 Comparaison en sous groupes H- et H+ : y a t il un lien entre des caractéristiques médico-sociales et une nouvelle hospitalisation ?.....	58
4.2 Forces et limites de notre étude.....	61
4.2.1 Forces	61
4.2.2 Limites	61
5 Conclusion.....	63
ANNEXE	64
BIBLIOGRAPHIE	65
PERMIS D'IMPRIMER	73
RESUME	74
MOTS CLES	74

1 INTRODUCTION

1.1 Population vieillissante

La population de la France métropolitaine est estimée en 2014 à 64 millions d'habitants, contre 59 millions en 2000.

De nos jours, 18,2% des individus ont plus de 65 ans contre 16% en 2000 et 9,2% ont plus de 75 ans contre 7,2% en 2000 (1).

En 2060, l'Insee prévoit une population de 73,5 millions d'individus dont 26,7% de plus de 65 ans et 16,2% de plus de 75 ans (2).

L'espérance de vie à la naissance est également en augmentation. En 2013, elle est de 78,7 ans pour les hommes, contre 75,3 ans en 2000 et de 85 ans pour les femmes, contre 82,8 ans en 2000 (3).

1.2 Progression des pathologies neuro-dégénératives

L'augmentation de l'espérance de vie et donc du vieillissement de la population a comme conséquence l'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles cognitifs. Entre 2007 et 2010, le nombre de patients en ALD15, maladie d'Alzheimer et autres démences, a augmenté de 14,6% et le nombre de personnes atteintes en France, selon des données françaises et européennes, est estimé entre 750 000 et 1 million (4).

Ces troubles sont à l'origine d'une dépendance progressive avec un maintien au domicile difficile du patient. Cela engendre des difficultés de prise en charge médico-psycho-sociale et pose un véritable problème de santé publique.

1.3 Pathologies neuro-dégénératives : les troubles du comportement

Les maladies neuro-dégénératives peuvent induire des troubles du comportement. Ils sont définis par l'HAS comme « dérangement, perturbateurs, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour autrui » (5). Ces troubles sont décrits par les aidants, les soignants, et ils sont recueillis dans l'inventaire neuropsychiatrique, outil d'évaluation actuellement le plus utilisé (6).

On distingue les troubles dits « productifs » :

- agressivité/agitation/opposition,
- idées délirantes,
- symptômes psychotiques : hallucinations/délires/troubles de l'identification/manie,
- anxiété/phobies,
- exaltation de l'humeur/euphorie,
- désinhibition/cris,
- irritabilité/instabilité de l'humeur,
- comportement moteur aberrant/déambulations,
- troubles du sommeil/troubles du rythme circadien,

et les troubles dits « non productifs, de retrait ou déficitaires » :

- dépression/dysphorie,
- apathie/indifférence,
- troubles de l'appétit.

Ces troubles font partie de l'évolution de la pathologie démentielle. Ils ont une origine multifactorielle : propre à la personne (somatique/iatrogénie, psychiatrique, personnalité du patient), propre à la maladie et propre à l'environnement/entourage.

Ils ont de multiples conséquences :

- complications secondaires à la démence (chutes, troubles nutritionnels...),
- institutionnalisation du patient (7),
- épuisement de l'aidant (8),
- altération de la prise en charge du patient, maltraitance, négligence,
- conséquences économiques et de santé publique.

La fréquence des troubles du comportement est généralement très importante dès les stades de début de démence et jusqu'à 90% des patients atteints de la maladie d'Alzheimer présentent au moins un symptôme (9). Le retentissement fonctionnel pour le patient est important. La prévalence de ces troubles est variable selon le type de démence mais la fréquence des symptômes tend généralement à augmenter avec la sévérité du déficit cognitif (10) (11).

Une étude réalisée en 2004 a permis de suivre l'évolution des troubles du comportement de 60 patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Cette étude décrit une augmentation des troubles en nombre et en gravité avec l'évolution de la démence (12) :

- stades débutants (n=15) : 60% des patients présentaient de l'anxiété, 53% un syndrome dépressif et 7% avaient des idées délirantes.
- stades modérés (n=21) : 81% des patients présentaient de l'apathie et 76% un syndrome dépressif.
- stades les plus sévères (n=24) : 75% des patients présentaient une irritabilité, 71% une agitation, 33% des hallucinations, 67% des comportements moteurs aberrants et 47% des troubles du sommeil.

Avec la prise en charge actuelle visant à maintenir les patients au domicile le plus longtemps possible, les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés aux pathologies démentielles avec des troubles du comportement et à leur difficulté de gestion au quotidien.

1.4 Les troubles du comportement : thérapeutique

Les personnes âgées concernées ont une nécessité de prise en charge médico-psycho-sociale. Un plan d'aide au domicile avec l'intervention de nombreux professionnels est parfois nécessaire afin de maintenir la personne chez elle dans de bonnes conditions. C'est donc un travail en équipe pluridisciplinaire dont le médecin généraliste est le pivot. Les troubles du comportement sont des situations chroniques qui sont à l'origine de dégradation de la qualité de vie du patient, des soignants, des proches, et posent parfois l'indication à une hospitalisation, voire à une institutionnalisation définitive devant la difficulté du maintien au domicile.

La mesure n°15 du plan Alzheimer intitulée « amélioration du bon usage des médicaments » comporte une sous-mesure : « élaboration de recommandations de pratique clinique sur les modalités de sédation des troubles du comportement dans les situations difficiles, et sur la prise en charge des troubles du comportement » (13).

La HAS a mis au point des recommandations concernant la prise en charge de ces troubles. Celle-ci est globale : prise en charge médicamenteuse (notamment par

l'utilisation des psychotropes) et non médicamenteuse (intérêt de la filière gériatrique : aides à domicile, centres d'accueil de jour, formations).

1.4.1 Thérapeutique médicamenteuse

Dans les troubles psycho-comportementaux, un traitement par psychotrope peut être envisagé si les symptômes sont fréquents et/ou sévères et lorsque les traitements non pharmacologiques sont d'efficacité insuffisante. Ce traitement vise à réduire les symptômes altérant la qualité de vie du patient ou mettant en péril sa sécurité ou celle de son entourage.

L'usage des psychotropes est un problème majeur de santé publique. Une personne sur deux de plus de 70 ans en consomme en France (14). La consommation est encore plus importante dans les maladies neuro-dégénératives. Par exemple, les neuroleptiques sont souvent prescrits dans les troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer. Les patients concernés sont 6 fois plus exposés que les personnes du même âge avec un taux de prescription en France atteignant 18% (15).

Cette surconsommation provoque souvent un mésusage des psychotropes (16) appartenant aux familles suivantes :

- antidépresseurs,
- thymorégulateurs,
- neuroleptiques,
- anxiolytiques,
- hypnotiques.

Leur utilisation provoque parfois des effets indésirables graves tels que la sédation, l'agitation paradoxale, l'aggravation de troubles mnésiques, l'augmentation des accidents vasculaires cérébraux (AVC), et d'autres effets secondaires et complications qui aggravent la morbi-mortalité (17). Malgré leurs effets indésirables potentiellement graves, ils peuvent avoir un intérêt dans la prise en charge des troubles du comportement, notamment en périodes de crise.

Les recommandations existantes préconisent (5) :

- d'évaluer la balance bénéfice-risque,
- de préférer un usage per os,

- de rechercher une monothérapie,
- d'utiliser la dose minimale efficace,
- pour la durée la plus brève possible, imposant donc une réévaluation fréquente.

1.4.2 Thérapeutique non médicamenteuse

Des actions non médicamenteuses ont fait leurs preuves dans la prévention et le traitement des troubles du comportement (18) et sont suivies dans la mesure 22 du plan Alzheimer « Développement de la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer et amélioration de l'évaluation des thérapies non-médicamenteuses » (19) :

- information/formation/soutien de l'aidant,
- aide à la gestion de situations à risque/résolution de problèmes,
- aménagement du lieu de vie,
- éloignement/réduction des facteurs perturbateurs/précipitants/prédisposants,
- renforcement de l'assistance,
- avis spécialisé,
- bilan dans une unité spécialisée,
- thérapies non médicamenteuses.

1.5 Coordination de la prise en charge : exemple de filière gériatrique de l'Est parisien.

Le Plan Alzheimer et des maladies apparentées priorise le maintien au domicile dans les meilleures conditions en relation avec la filière gériatrique. La mesure n°6 porte sur le « renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés » (20).

Les filières gériatriques, créées en mars 2007, ont pour rôle de couvrir « l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée » en « prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins en santé », par le biais du Plan Alzheimer (21). Elles assurent la continuité et la cohérence de la prise en charge pluridisciplinaire dans le parcours de soins et s'inscrivent donc dans une politique de prise en charge globale des personnes âgées.

Elles veulent :

- maintenir le patient au domicile,
- éviter les hospitalisations ou en réduire la durée,
- renforcer le lien ville-hôpital.

Elles sont présentes en ville et sont composées de multiples structures de compétences diverses qui varient dans chaque département : services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), centre locaux d'information et de coordination (CLIC), maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), réseaux gériatriques, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), hôpitaux, services d'aide au domicile, accueils de jour, hospitalisations à domicile (HAD), centres médico-psychologiques (CMP), maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), soins longue durée, équipes mobiles gériatriques, soins palliatifs...

Le médecin traitant a un rôle central de coordonnateur, notamment à la sortie d'hospitalisation, en lien avec la filière gériatrique qui l'aide au quotidien et également dans les situations difficiles, afin de maintenir la personne au domicile dans les meilleures conditions possibles.

Le territoire de santé 75-2 filière Est : le territoire 75-2 est composé de 4 arrondissements de Paris : le 11^e, 12^e, 13^e et 20^e. Il représente 31% de la population parisienne et est le moins peuplé des territoires de santé parisiens. En 2009, 7,2% de sa population, soit 46 093 personnes, ont plus de 75 ans (22).

Ce territoire est divisé en deux filières gériatriques :

- La filière Est « rive droite » : couvrant les 11^e, 12^e et 20^e arrondissements. Elle est rattachée aux hôpitaux Rothschild, Saint Antoine, Tenon, au groupe hospitalier Diaconesses - Croix Saint Simon.
- La filière Sud « rive gauche » : couvrant le 13^e arrondissement. Elle est rattachée aux groupes hospitaliers Pitié Salpêtrière - Charles Foix, et Broca - La Rochefoucauld – La Collégiale.

1.5.1 Réseaux gériatriques, AGEF : Association Gériatrique de l'Est Parisien

Les réseaux gériatriques sont destinés aux personnes dépendantes, de plus de 60 ans, souhaitant vivre à domicile et :

- présentant une fragilité médico-psycho-sociale ne relevant pas de l'hospitalisation ;
- hospitalisées, isolées socialement, dont le retour au domicile est difficile.

Pour en bénéficier, les personnes âgées ou leur entourage ou les médecins généralistes prennent contact avec le réseau.

Les acteurs des réseaux sont des professionnels de santé libéraux, d'établissements de santé publics et privés, de services et établissements sociaux et médico-sociaux, de collectivités locales, de représentants des usagers. Ils organisent et coordonnent la prise en charge du patient sous la responsabilité du médecin traitant en mettant en place un plan d'intervention personnalisé : actions du suivi médical, aides techniques, aides humaines, actions soulageant les aidants.

Le réseau AGEF a été mis en place en décembre 2000. Les bénéficiaires sont les personnes âgées du secteur (11^e, 12^e et 20^e arrondissements de Paris) :

En janvier 2013, 159 signalements ont été comptabilisés : 62% étaient des femmes et 38% étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 82 ans (23).

1.5.2 Les hôpitaux

Il est parfois nécessaire d'hospitaliser un patient présentant des troubles du comportement en cas de :

- pronostic vital ou fonctionnel menacé par l'état comportemental du patient,
- dangerosité du patient pour lui-même ou pour son entourage,
- nécessité de bilan étiologique non réalisable en ambulatoire,
- surveillance rapprochée après nécessité d'arrêt d'un traitement face à ces troubles,
- impossibilité de prise en charge au domicile.

Entre 2007 et 2010, le nombre de séjours hospitaliers liés à une pathologie démentielle a augmenté de 7,8%, avec 341 058 séjours en 2010 contre 316 364 en 2007 (4).

L'hôpital Rothschild est un hôpital public faisant partie de l'AP-HP, situé dans le 12^e arrondissement de Paris. Sa capacité est de 130 places en Médecine, 144 places en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et 32 places en Unité de Soins Longue Durée (USLD). Le service de gériatrie du Docteur A.S. Grancher comporte : 32 lits d'Unité de Gériatrie Aigue (UGA), 60 lits de SSR et 16 lits d'Unité Cognitive et Comportementale (UCC).

Ce CHU est composé d'une unité de gériatrie aigue pour les patients polyopathologiques avec un accès direct sans passage aux urgences, de soins de suite et de réadaptation gériatrique, de soins de longue durée, d'un hôpital de jour et de consultations mémoire et gériatrie, d'une unité cognitive et comportementale.

L'hôpital est en partenariat avec les autres hôpitaux de la filière (Saint-Antoine, Tenon et la Croix-Saint-Simon). Il coordonne la filière gériatrique de l'Est parisien avec la présence d'un médecin coordonnateur de la filière dans ses murs.

1.5.3 Les CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

Les CLIC sont des plateformes de proximité qui accueillent, informent, orientent et accompagnent les personnes âgées et leur entourage, facilitent les démarches, accompagnent les usagers, fédèrent les acteurs locaux et coordonnent l'action des professionnels. Les CLIC sont composés d'une équipe pluridisciplinaire, leur principale mission est d'aider à bien vivre à domicile ou d'orienter vers les services les plus adaptés. Ils suivent toutes les situations, même les plus complexes. Ils sont sollicités par les personnes âgées, les familles et les professionnels de son territoire (24).

Le CLIC Paris Emeraude Est est actif sur les 11^e, 12^e et 20^e arrondissements.

1.5.4 Les MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

Les MAIA ont été créées dans le cadre de la mesure n°4 du plan Alzheimer (25).

Elles permettent de réduire la dispersion des services en favorisant la circulation de l'information entre les différents professionnels de santé intervenant auprès du patient et en assurant la coordination des soins à domicile. Elles favorisent l'intégration des professionnels : concertation, orientation, harmonisation des évaluations, système

d'information partagé. Elles gèrent les situations les plus complexes dans une perspective de maintien à domicile et suivent intensivement ces cas dans la durée avec un nombre très élevé de visites à domicile. Elles ne sont sollicitées que par les professionnels.

La MAIA de la filière gériatrique de l'Est parisien est située dans le 20^e arrondissement.

1.5.5 Les SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

Ce sont des services médico-sociaux au sens des 6^o et 7^o de l'art L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (26).

Ils contribuent au maintien à domicile en prodiguant des soins aux personnes dépendantes ne relevant pas d'une hospitalisation au domicile et ayant choisi de rester chez eux. Ils permettent d'éviter l'hospitalisation et de faciliter les retours au domicile après une hospitalisation, de prévenir ou retarder la perte d'autonomie et l'institutionnalisation. Les SSIAD sont sur prescription médicale et assurent également une coordination des soins. En 2008, 105 000 personnes âgées étaient concernées.

Le 20^e et le 11^e arrondissements de Paris disposent chacun de deux SSIAD.

1.5.6 Les équipes mobiles Alzheimer

La mesure n°6 du plan Alzheimer prévoit l'intervention d'Equipes Spécialisées Alzheimer. Elles sont pluridisciplinaires : assistante sociale, psychologue, diététicien, ergothérapeute, psychomotricien, infirmier diplômé d'état (IDE), aide-soignant, assistant en soins de gérontologie... Ces équipes sont rattachées à un SSIAD.

Elles réalisent, sur prescription médicale, des soins non médicamenteux qui s'adressent aux patients en stade précoce de la maladie ne relevant pas d'un SSIAD classique et appuient les aidants.

Au domicile, elles établissent un projet de soins : séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement permettant à la personne malade de vivre à son domicile (maintien et stimulation des capacités restantes, apprentissage de stratégies de compensation, adaptation de l'environnement, diminution des troubles du comportement, amélioration de la relation patient aidant, maintien ou amélioration de l'état de santé, du bien-être et de la qualité de vie du patient, favoriser le maintien au domicile...).

Elles peuvent également intervenir à l'hôpital, dès l'entrée aux urgences d'un patient à risque de perte d'autonomie ou d'une hospitalisation prolongée. Ses missions sont : évaluation multidisciplinaire, élaboration d'un projet de soins et de vie, orientation dans la filière gériatrique, organisation de la sortie, conseil, information et formation des équipes...

Il existe actuellement 3 Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) dans le territoire de santé 75-2 (27).

1.5.7 D'autres structures

Elles sont nombreuses. Parmi les plus importantes on peut citer :

- Les plateformes de répit :

Elles s'inscrivent dans le cadre de la mesure n°1 de plan Alzheimer qui vise à apporter un soutien et un accompagnement accru aux aidants.

- Accueil de Jour (AJ) : accueille les personnes présentant des difficultés physiques ou psychiques, pour une période allant d'une demi-journée à plusieurs journées par semaine. Propose des activités destinées à stimuler les capacités des patients.

Il existe 4 AJ dans le territoire de santé 75-2.

- Hébergement Temporaire (HT) : permet aux personnes de résider un moment en collectivité, soit parce qu'il leur est provisoirement impossible de rester chez elles, soit afin de préparer une entrée en maison de retraite.

Il existe 5 HT dans le territoire de santé 75-2.

- Les dispositifs créés en EHPAD :

Ils ont été créés dans le cadre de la mesure n°16 de plus Alzheimer pour les patients souffrant en EHPAD de troubles psycho-comportementaux.

- Les Pôles d'Activité de Soins Adaptés : proposent à des groupes de résidents présentant des troubles modérés des activités au sein d'un environnement rassurant.
- Les Unités d'Hébergement Renforcées : petites unités d'hébergement et d'activité accueillant nuit et jour des résidents ayant des troubles perturbateurs sévères.

1.6 Objectif de la présente étude : Suivi des patients présentant des troubles du comportement

En 2014, nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude dont le but serait d'établir un profil des personnes âgées démentes hospitalisées pour troubles du comportement, ni d'étude observant leur devenir après l'hospitalisation. Pourtant il serait intéressant d'avoir un retour de la part des patients et des médecins afin d'améliorer la prise en charge multidisciplinaire de ces troubles qui seront de plus en plus fréquents dans un avenir proche. Le but est d'assurer à ces patients un maintien au domicile de qualité après évaluation de ces troubles et prise en charge par la filière gériatrique.

Qui sont les patients hospitalisés en gériatrie pour trouble du comportement ? Quel est le devenir médico-social des patients après leur sortie d'hospitalisation en gériatrie pour des troubles du comportement ? Y a t il un lien entre une ou plusieurs caractéristiques médico-sociales du patient et le fait d'être à nouveau hospitalisé dans les trois mois ?

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, rétrospective sur 6 mois, réalisée à Paris : 3 mois dans le service de gériatrie de l'hôpital Rothschild (Dr A.S. Grancher), puis un suivi à 3 mois en ville.

2.2 Population étudiée

Les patients furent sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants :

- hospitalisation à l'hôpital Rothschild : en UGA, en SSR ou en UCC,
- âge supérieur à 75 ans,
- présence de troubles cognitifs (démences : Corps de Lewy, Alzheimer, vasculaire, mixte, alcoolique, Parkinsonienne, non étiquetée),
- présence de troubles du comportement (productifs et non productifs),
- sortie entre le 24 mars 2013 et le 24 juin 2013.

Les critères d'exclusion sont :

- décès pendant l'hospitalisation,
- sortie pour un transfert en USLD ou dans d'autres services hospitaliers.

2.3 Recueil d'informations

Le plan de l'étude comporte deux recueils d'informations :

- premier recueil: informations contenues dans le dossier médical du patient inclus ;
- deuxième recueil : informations communiquées par le médecin traitant du patient inclus.

Nous avons pu ainsi construire une base de données sur tableur Excel comportant 50 patients.

2.3.1 Premier recueil : qui sont les patients hospitalisés pour des troubles du comportement ?

2.3.1.1 Données générales

Données démographiques :

- âge,
- sexe,
- lieu de vie (domicile ou EHPAD),
- mode de vie (seul ou avec un proche).

2.3.1.2 Données médicales

A l'entrée et à la sortie d'hospitalisation :

- nombre de traitements habituels (ceux des pathologies chroniques : les pathologies aiguës, si elles étaient responsables des troubles du comportement, étaient précisées dans le diagnostic de sortie),
- prise de psychotropes,
- classe et quantité de psychotropes : neuroleptiques (dont neuroleptiques « cachés » : certains antinauséeux (métoclopramide, métopimazine), antalgiques (tiapride), somnifères (acépromazine), inhibiteurs calciques (diltiazem), anti-vertigineux (acétylleucine)...), anxiolytiques, hypnotiques, thymorégulateurs, antidépresseurs,
- prise d'anticholinergiques,
- prise d'anticholinestérasiques,
- prise d'antalgiques de paliers 2 ou 3 ;

Autres données :

- nombre de pathologies chroniques (intégrant entre autre les troubles cognitifs, les déficits neurosensoriels, les pathologies cardiaques, neurologiques, rénales, le diabète. Ces pathologies ont été également traitées à part),
- nombre de pathologies cardiaques (n'incluant pas les facteurs de risque cardiovasculaires : HTA, dyslipidémies),
- nombre de pathologies neurologiques (n'incluant pas la démence),

- existence d'une insuffisance rénale (définie par une clairance de créatinine inférieure à 60 ml/min selon formule de Cockcroft and Gault (28)),
- existence d'un diabète,
- existence d'une consommation d'alcool (positive quand le patient avait un antécédent d'éthylisme chronique déclaré dans le dossier médical),
- existence de troubles neurosensoriels (troubles visuels, auditifs, sensitifs, moteurs).

2.3.1.3 Données gériatriques

- Présence d'une évaluation gériatrique avant l'hospitalisation (consultation ou antécédent d'UGA),
- type de démence (Alzheimer, neurodégénérative, Corps de Lewy, alcoolique, mixte, vasculaire, parkinsonienne),
- types de troubles (productifs ou non productifs),
- recherche de syndromes gériatriques : confusion et chute dans les 3 mois précédant l'hospitalisation, dépression, anorexie, troubles neurosensoriels, dénutrition,
- autonomie pour les actes de la vie quotidienne en début et fin d'hospitalisation (mesurée par l'échelle ADL de Katz). Les patients ont été classés en 3 groupes :
 - score = 0 : autonomie complète
 - 3 > ou = score > 0 : perte d'autonomie
 - score > 3 : dépendance
- GIR (calculés sur l'autonomie de sortie, grâce à la grille nationale AGGIR). Les patients ont été classés en trois groupes (29) :
 - GIR 1-2 : très dépendants
 - GIR 3-4 : modérément dépendants
 - GIR 5-6 : légèrement dépendants
- Mini Mental State Examination (MMSE), outil pour le dépistage et le suivi clinique d'un déficit cognitif (30) :
 - score > ou = 20 : stade léger
 - 20 > score > ou = 10 : stade modéré
 - score < 10 : stade sévère

- taux d'albuminémie, reflet de la dénutrition. En l'absence de syndrome inflammatoire (31) :
 - albumine > 35 g/l : normal
 - 35 > albumine > 30 g/l : dénutrition modérée
 - albumine < 30 g/l : dénutrition sévère

2.3.1.4 Données sociales

Avant et après l'hospitalisation :

- fréquence des aides au domicile professionnelles (IDE, kinésithérapeute, auxiliaire de vie, aide ménagère) et non professionnelles (famille, amis, voisins ; un conjoint ou un proche vivant au domicile avec le patient n'était pas obligatoirement un aidant pour le patient),
 - avant :
 - plusieurs fois par jour
 - tous les jours
 - plusieurs fois par semaine
 - ou pas d'aide
 - après : augmentées ou non
- présence d'une auxiliaire de vie au domicile,
- présence d'une IDE au domicile,
- possession de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) (recherchée pour les patients vivant au domicile. Dans le cas où les informations manquaient, le patient était considéré comme n'ayant pas ces aides),
- connaissance par les réseaux gérontologiques de ville pour les patients vivant au domicile,
- existence d'une protection juridique (patient sous curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice, ou avec demande en cours).

2.3.1.5 Autres données

- mode d'entrée en UGA/UCC/SSR (patient venant du domicile, d'EHPAD, d'un autre service hospitalier ou des urgences),
- durée du séjour en UGA (en nombre de jours),

- présence d'un séjour en SSR ou UCC,
- durée de ce séjour en SSR ou UCC (en nombre de jours),
- lieu de sortie (au domicile ou en EHPAD),
- diagnostic de sortie (soit une pathologie somatique expliquant les troubles du comportement soit une évolution de la démence).

2.3.2 Deuxième recueil : que deviennent les patients hospitalisés pour troubles du comportement ?

Le deuxième recueil a cherché à évaluer la prise en charge par la filière gériatrique en ville, coordonnée par le médecin traitant.

Ce recueil a été effectué 3 mois après la sortie du service des patients inclus, entre le 24 juin et le 24 septembre 2013. Les données de suivi ont été recueillies après appel du médecin traitant à partir d'un questionnaire portant sur les problèmes les plus fréquemment rencontrés après une hospitalisation de ce type (cf. annexe).

Pendant les congés de certains médecins traitants, leurs remplaçants étaient interrogés, puis ils étaient rappelés à leur retour. En cas d'institutionnalisation, les nouveaux médecins traitants ou les coordonnateurs des EHPAD étaient interrogés.

2.3.2.1 Données médicales

- Survenue d'une ré-hospitalisation dans les 3 mois,
- si oui : était-ce pour des troubles du comportement ? (Ces troubles pouvaient être similaires ou différents de ceux pour lesquels ils avaient été initialement hospitalisés),
- nombre de consultations (pour les patients au domicile) :
 - plus de 1 par mois
 - moins de 1 par mois
 - aucune
- présence des troubles du comportement,
- si oui : étaient-ce les mêmes troubles que ceux qui avaient donné lieu à l'hospitalisation ?
- modification thérapeutique (concernant les psychotropes),
- recherche de syndromes gériatriques : chute, confusion, incontinence.

2.3.2.2 Données sociales

- Réception d'un compte rendu d'hospitalisation,
- changement des aides sociales (en quantité ou en nature),
- changement de lieu de vie : patient institutionnalisé,
- impression du médecin sur le ressenti des aides non professionnelles,
- satisfaction du médecin sur la prise en charge par le biais de la filière.

2.4 Observations réalisées : Méthodes d'Analyses

Les données ont été intégrées dans un tableau Excel.

Les statistiques de l'étude ont été réalisées le 13 mai 2014 avec le logiciel Système SAS (Statistical Analysis System) version 9.

2.4.1 Statistiques générales : qui sont les patients hospitalisés et que deviennent ils ?

Les statistiques générales étaient descriptives : nombres et pourcentages pour les variables qualitatives ; médianes, moyennes et écarts-types (SD) pour les variables quantitatives.

Elles ont été réalisées sur les données recueillies au premier et deuxième temps de l'étude, sur l'ensemble des patients inclus. Elles permettent de décrire les patients hospitalisés pour trouble du comportement et de suivre l'évolution au domicile sur une durée de 3 mois après une évaluation gériatrique.

2.4.2 Statistiques en sous groupes : y a t il un lien entre des caractéristiques médico-sociales et une nouvelle hospitalisation ?

Les patients inclus ont été partagés en deux groupes :

- ceux qui n'ont pas été ré-hospitalisés dans les 3 mois suivant la sortie : groupe H-
- ceux qui ont été ré-hospitalisés : groupe H+

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour chaque groupe : médianes, moyennes et écarts-types (SD). Puis ces deux groupes ont été comparés et on a recherché un profil particulier chez les patients ré-hospitalisés dans les trois mois après leur sortie d'hospitalisation. Les tests statistiques du Khi-2, du t de Student ou du test exact de Fisher ont été utilisés selon le nombre de patients inclus et si les variables étaient qualitatives ou quantitatives. Le seuil statistique retenu a été le seuil de risque alpha égal à 5%, un $p < 0,05$ concluait à une différence significative.

3 RESULTATS

3.1 Description de la population

Entre le 24 mars et le 24 juin 2013, 50 patients ont été inclus selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

3.1.1 Données générales

3.1.1.1 Proportion hommes/femmes

Parmi les 50 patients inclus :

- 56% (n=28) étaient des femmes,
- 44% (n=22) étaient des hommes.

3.1.1.2 Age moyen

L'âge moyen des 50 patients était 85,3 ans (SD : 5,3 ans). Le plus jeune avait 77 ans, le plus âgé avait 99 ans.

- L'âge moyen des femmes était de 85,8 ans (SD : 5,9).
- L'âge moyen des hommes était de 84,6 ans (SD : 4,6).

3.1.1.3 Lieu de vie

Parmi les 50 patients inclus :

- 94% (n=47) vivaient au domicile,
- 6% (n=3) vivaient en EHPAD.

A la sortie d'hospitalisation :

- 58% (n=29) sont rentrés au domicile,
- 42% (n=21) sont allés en EHPAD.

Sur les 47 qui vivaient au domicile lors de l'inclusion, 38,3% (n=18) ont été institutionnalisés de novo.

3.1.1.4 Mode de vie

Sur 47 patients vivants au domicile :

- 53% (n=25) vivaient avec un proche,
- 47% (n=22) vivaient seuls.

3.1.2 Données médicales

3.1.2.1 Antécédents

3.1.2.1.1 Pathologies chroniques

Les patients avaient en moyenne 5,4 pathologies chroniques (SD 2,3), avec au maximum 10 pathologies chroniques et au minimum 1. La médiane était de 5 pathologies.

La pathologie chronique la plus fréquente était l'insuffisance rénale (88% ; n=44), puis les antécédents neurologiques (28% ; n=14) et cardiaques (26% ; n=13) et a minima le diabète (14% ; n=7) et l'éthylisme chronique (8% ; n=4).

La moyenne des clairances de créatinine était 42,7 ml/min (SD 15,1).

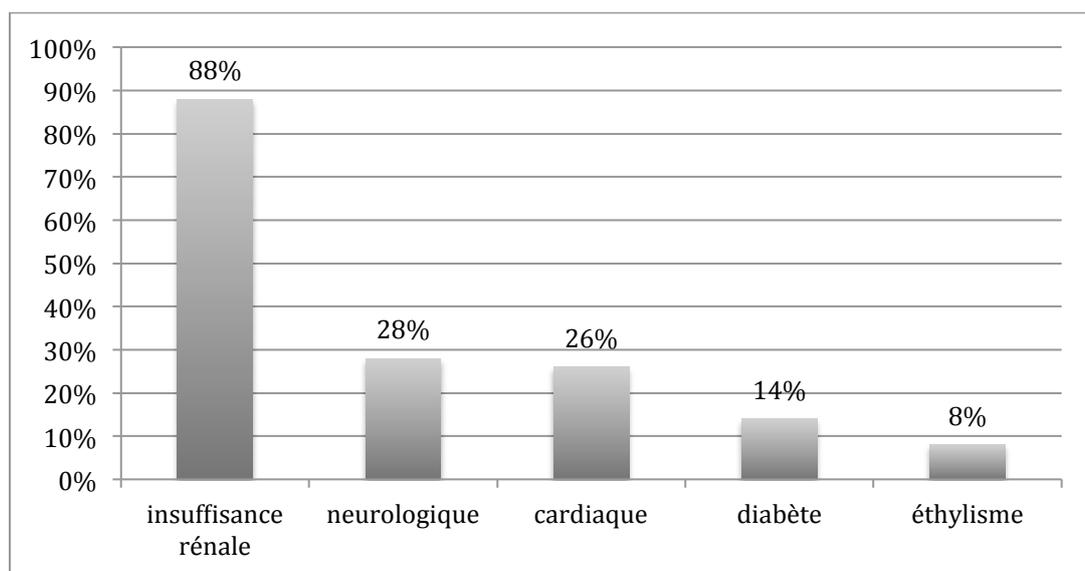


Figure 1 : Pathologies chroniques

3.1.2.2 Traitements chroniques

A l'entrée de l'hospitalisation, sur les 50 patients inclus :

- Les patients prenaient en moyenne 5,3 médicaments (SD 3,1). Avec un maximum de 11 médicaments, et un minimum de 0. La médiane était de 5 médicaments.
- Les patients prenaient en moyenne 1,3 psychotropes (SD 1,2). Avec un maximum de 4 et un minimum de 0.
 - 66% (n=33) des patients consommaient des psychotropes.

A la sortie d'hospitalisation :

- Les patients prenaient en moyenne 5,6 médicaments (SD 2,7). Avec un maximum de 14 médicaments, et un minimum de 0.
- Les patients prenaient en moyenne 1,4 psychotropes (SD 1,0). Avec un maximum de 4 et un minimum de 0.
 - 80% (n=40) des patients consommaient des psychotropes.

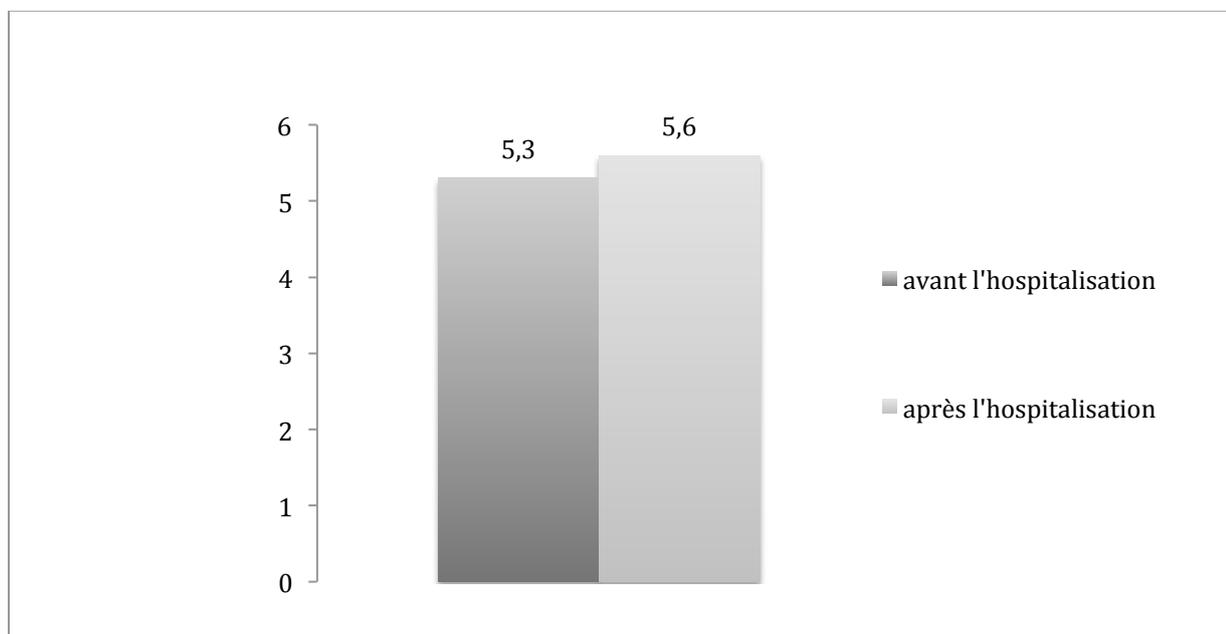


Figure 2 : Nombre moyen de traitements chroniques

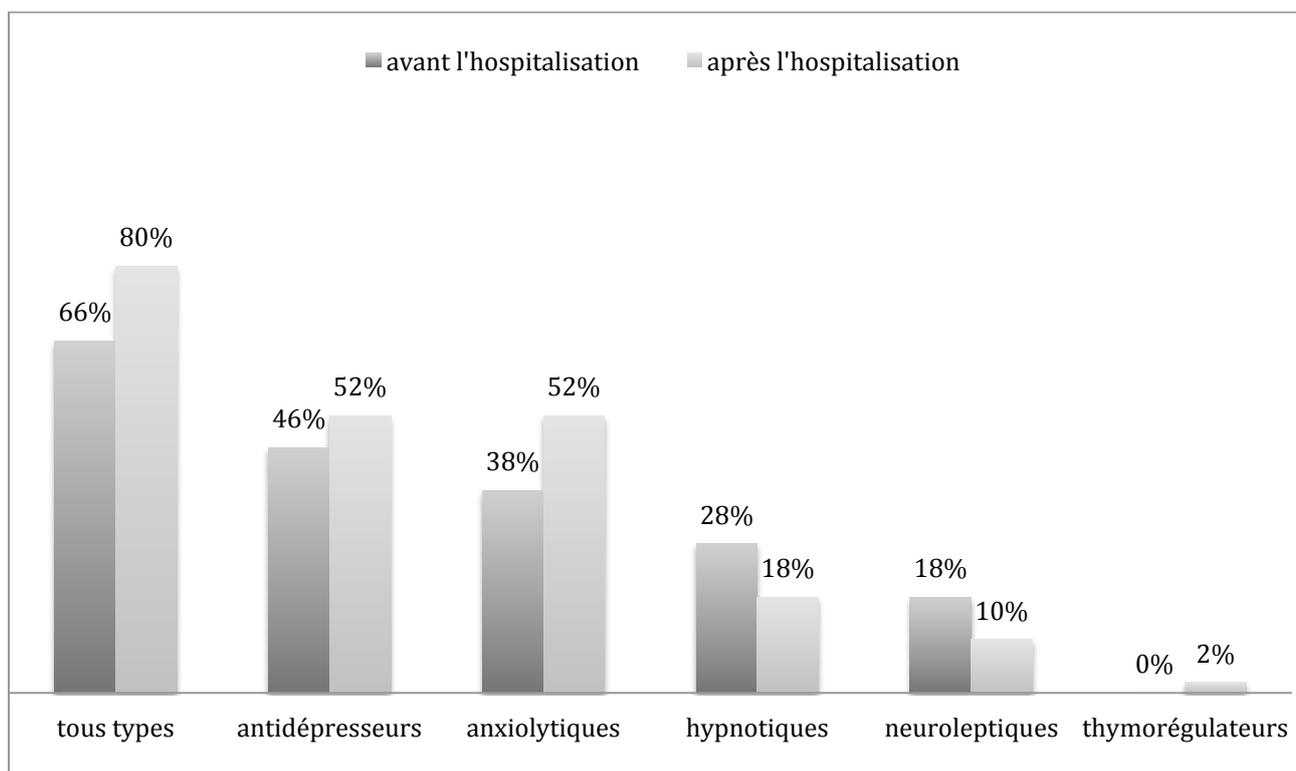


Figure 3 : Psychotropes : tous types, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, thymorégulateurs

3.1.2.2.1 Neuroleptiques

A l'entrée d'hospitalisation, 18% (n=9) des patients consommaient des neuroleptiques et à la sortie d'hospitalisation, 10% (n=5) des patients en consommaient. Donc ce médicament a été arrêté chez 44,5% (n=4) des patients qui en prenaient initialement.

3.1.2.2.2 Anxiolytiques

A l'entrée d'hospitalisation, 38% (n=19) des patients consommaient des anxiolytiques et à la sortie, 52% (n=26) des patients en consommaient. Donc ce traitement a été introduit chez 22,6% (n=7) des patients qui n'en prenaient pas initialement.

3.1.2.2.3 Hypnotiques

A l'entrée d'hospitalisation, 26% (n=13) des patients consommaient des hypnotiques et à la sortie, 18% (n=9) des patients en consommaient. Donc ce traitement a été arrêté chez 30,8% (n=4) des patients qui en prenaient initialement.

3.1.2.2.4 Thymorégulateurs

Aucun patient ne prenait de thymorégulateurs avant l'hospitalisation, et à la sortie d'hospitalisation 2% (n=1) des patients étaient traités.

3.1.2.2.5 Antidépresseurs

A l'entrée, 44% (n=22) des patients consommaient des antidépresseurs et à la sortie, 50% (n=25) des patients en consommaient. Donc ce médicament a été introduit chez 10,7% (n=3) des patients qui n'en prenaient pas initialement.

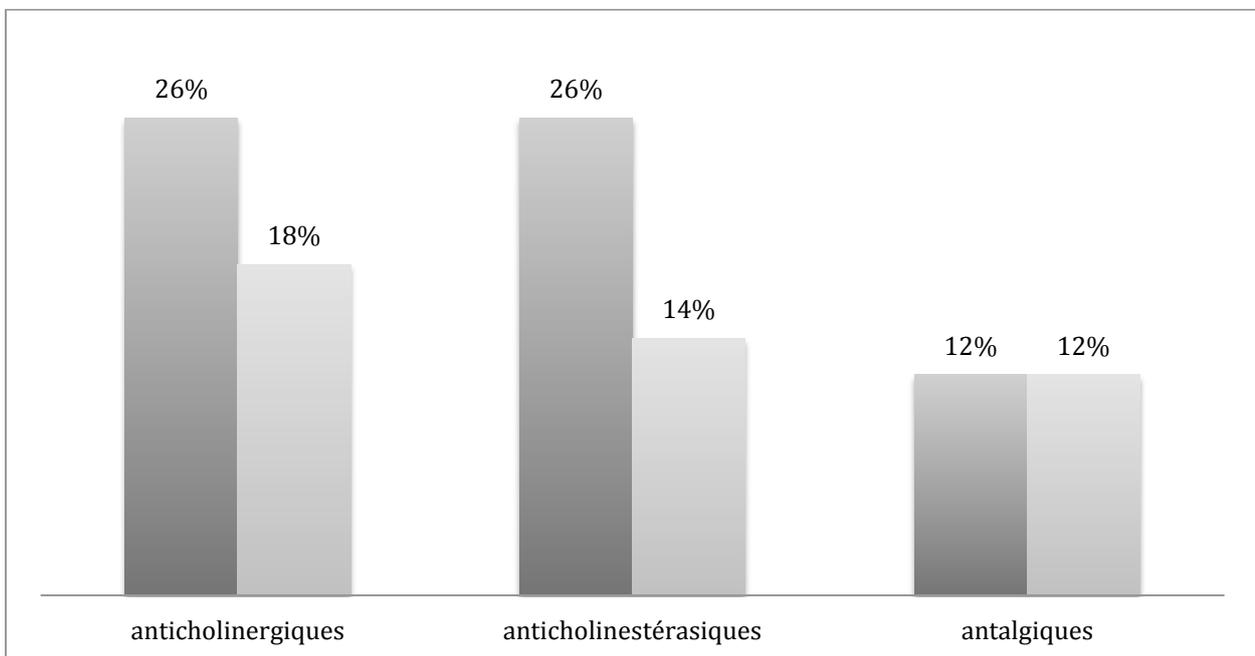


Figure 4 : Autres médicaments : anticholinergiques, anticholinestérasiques, antalgiques

3.1.2.2.6 Anticholinergiques

A l'entrée d'hospitalisation, 26% (n=13) des patients consommaient des anticholinergiques. Et à la sortie, 18% (n=9) des patients en consommaient.

Donc ce médicament a été arrêté chez 30,8% (n=4) des patients qui en prenaient initialement.

3.1.2.2.7 Anticholinestérasiques

A l'entrée, 26% (n=13) des patients consommaient des anticholinestérasiques. Et à la sortie, 14% (n=7) des patients en consommaient.

Donc ce médicament a été arrêté chez 46,2% (n=6) des patients qui en prenaient initialement.

3.1.2.2.8 Antalgiques de paliers 2 ou 3

A l'entrée d'hospitalisation, 12% (n=6) des patients consommaient des antalgiques. Et à la sortie d'hospitalisation, 12% (n=6) des patients en consommaient.

3.1.3 Données gériatriques

3.1.3.1 Antécédent d'évaluation gériatrique

Les patients avaient déjà eu un antécédent d'évaluation gériatrique (hospitalisation, consultation en gériatrie) dans 72% (n=36) des cas.

3.1.3.2 Types de démences

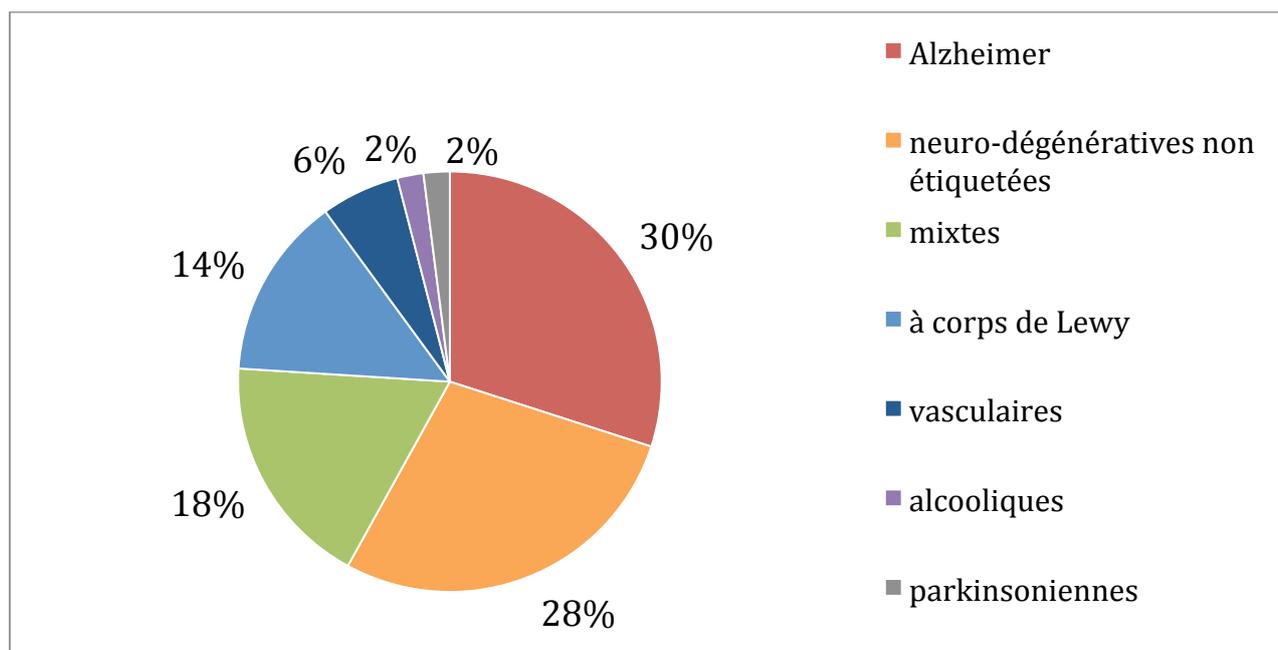


Figure 5 : Types de démences

Les 50 patients inclus présentaient différents types de démences : la maladie d'Alzheimer (30% ; n=15) et les démences neuro-dégénératives non étiquetées (28% ; n=14) étaient les plus fréquentes, puis les démences mixtes (18% ; n=9), à corps de Lewy (14% ; n=7), les démences vasculaires (6% ; n=3) et, a minima, les démences alcooliques (2% ; n=1) et parkinsoniennes (2% ; n=1).

3.1.3.3 Troubles du comportement

- Des troubles du comportement productifs étaient décrits chez 64% (n=32) des patients, avec en moyenne 2,6 troubles par patient ;
- Des troubles non productifs étaient décrits chez 36% (n=18) des patients, avec en moyenne 1,1 troubles par patient.

Les troubles productifs retrouvés étaient les troubles de type : agressivité (26% ; n=13), agitation (22% ; n=11), anxiété (20% ; n=10), déambulation (18% ; n=9), hallucinations (14% ; n=7), délires (14% ; n=7), autres troubles du sommeil (12% ; n=6), inversion du rythme nyctéméral (10% ; n=5), opposition (10% ; n=5), désinhibition (4% ; n=2), cris (4% ; n=2), propos incohérents (2% ; n=1), logorrhée (2% ; n=1), fugue (2% ; n=1), irritabilité (2% ; n=1), impulsivité (2% ; n=1).

Les troubles non productifs retrouvés étaient : ralentissement psychomoteur (8% ; n=4), anorexie (8% ; n=4), syndrome dépressif (4% ; n=2), troubles de l'appétit (4% ; n=2), apathie (4% ; n=2), repli avec retentissement social (4% ; n=2), apragmatisme (2% ; n=1), clinophilie (2% ; n=1), aboulie (2% ; n=1), somnolence (2% ; n=1).

3.1.3.4 Chute et/ou confusion récentes

Une confusion dans les 3 mois précédant l'hospitalisation était présente chez 26% (n=13) des patients.

Une chute dans les 3 mois précédant l'hospitalisation était présente chez 34% (n=17) des patients.

3.1.3.5 Humeur dépressive

Une humeur dépressive était présente chez 26% (n=13) des patients.

3.1.3.6 Anorexie

Une anorexie était présente chez 18% (n=9) des patients.

3.1.3.7 Troubles neurosensoriels

Les troubles neurosensoriels étaient présents chez 34% (n=17) des patients.

Ces troubles étaient les déficits moteurs, sensitifs, sensoriels : presbycousie, hypoacousie, cataracte, troubles visuels, otospongiose, hémiplégie, troubles de déglutition, syndrome extra pyramidal, névralgie du trijumeau.

3.1.3.8 Albuminémie et dénutrition

L'évaluation de la dénutrition était renseignée dans 49 dossiers.

L'albuminémie moyenne était de 37,0 g/l (SD 4,8). Une albuminémie inférieure à 35 g/l était rapportée chez 26,5% (n=13) des patients qui donc étaient dénutris.

3.1.3.9 Autonomie

A l'entrée, la moyenne des scores ADL obtenus était de 3,6 (SD 1,9). La médiane du score ADL était de 4 :

- 54% (n=27) des patients avaient un score inférieur ou égal à la médiane,
- 46% (n=23) des patients avaient un score supérieur à la médiane.
- 6% (n=3) des patients étaient complètement autonomes,
- 32% (n=16) avaient une perte d'autonomie,
- 62% (n=31) étaient dépendants.

A la sortie, la moyenne des scores obtenus était de 3,8 (SD 1,8) :

- 50% (n=25) des patients avaient un score inférieur ou égal à la médiane (=4),
- 50% (n=25) des patients avaient un score supérieur.
- 4% (n=2) des patients avaient une autonomie complète,

- 34% (n=17) avaient une perte d'autonomie,
- 62% (n=31) étaient dépendants.

3.1.3.10 GIR

Les patients étaient très dépendants (GIR 1 ou 2) pour 36% (n=18) d'entre eux, modérément dépendants (GIR 3 ou 4) pour 44% (n=22) d'entre eux, légèrement dépendants (GIR 5 ou 6) pour 20% (n=10) d'entre eux.

3.1.3.11 MMSE

Le MMSE a été réalisé chez 34 patients au cours de l'hospitalisation.

La moyenne des MMSE était de 16,1 (SD 5,6) :

- 29,4% (n=10) des patients étaient au stade léger de démence,
- 61,8% (n=21) étaient au stade modéré,
- 8,8% (n=3) étaient au stade sévère.

3.1.4 Données sociales avant et après l'hospitalisation

3.1.4.1 Aides professionnelles

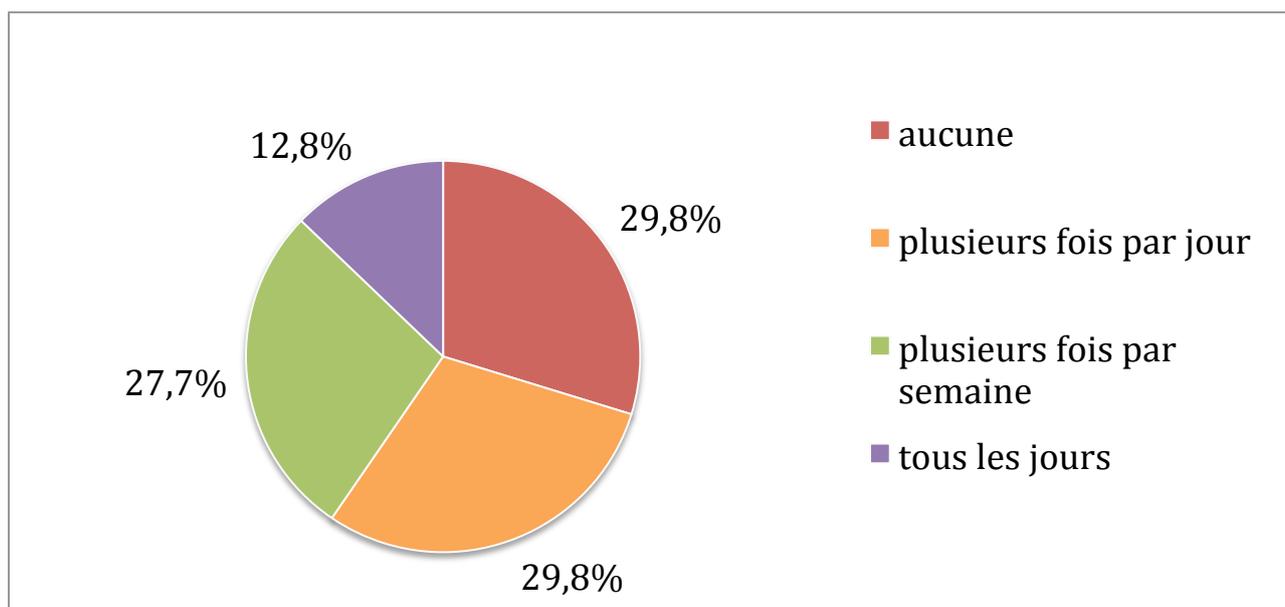


Figure 6 : Aides professionnelles

Avant l'hospitalisation, parmi les 47 patients provenant du domicile, près de 30% (n=14) n'avaient pas d'aide professionnelle, plus de 27% (n=13) recevaient une aide plusieurs fois par semaine, plus de 12% (n=6) recevaient une aide tous les jours, et près de 30% (n=14) recevaient une aide plusieurs fois par jour.

- 34,0% (n=16) des patients avaient une auxiliaire de vie,
- 40,4% (n=19) des patients avaient une IDE.

Après l'hospitalisation, parmi les 29 patients qui sont rentré à domicile, les aides professionnelles ont été augmentées chez 62,1% (n=18) de ces patients.

- le nombre de patients ayant une auxiliaire de vie a augmenté de 25% (n=4),
- le nombre de patients ayant une IDE a augmenté de 10,5% (n=2).

3.1.4.2 Aides non professionnelles

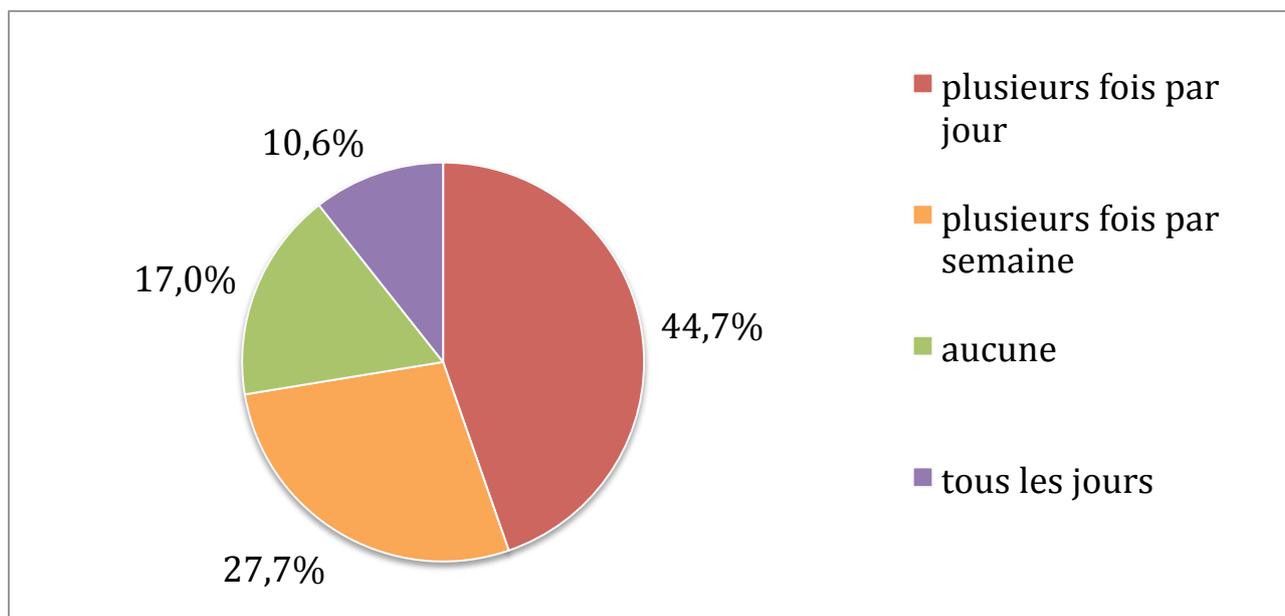


Figure 7 : Aides non professionnelles

Parmi les 47 patients vivant au domicile, la plupart recevait une aide plusieurs fois par jour (44,7% ; n=21), ou plusieurs fois par semaine (27,7% ; n=13), une minorité n'avait pas d'aide (17,0% ; n=8) et recevait une aide tous les jours (10,6% ; n=5).

Après l'hospitalisation, parmi les 29 patients vivant au domicile, les aides non professionnelles ont été augmentées chez un patient (3,5%) qui est parti vivre avec son beau frère.

3.1.4.3 APA

Avant l'hospitalisation, 24,1% (n=7) des patients avaient déjà l'APA. Après l'hospitalisation l'APA a été prise en compte pour les 29 patients vivant au domicile : 48,3% (n=14) avaient l'APA.

Donc l'hospitalisation a permis une augmentation de 100% (n=7) du nombre de patients bénéficiant de l'APA.

3.1.4.4 AGEF

Avant l'hospitalisation, un seul patient (3,5%) des 47 patients vivant à domicile était connu de l'AGEF. Après l'hospitalisation, 17,2% (n=5) des 29 patients vivant au domicile étaient connus.

L'évaluation gériatrique faite en hospitalisation a donc nécessité l'intervention de l'AGEF chez près de 14% des patients retournant à domicile.

3.1.4.5 Protection juridique

Avant l'hospitalisation, 16% (n=8) des patients avaient une protection juridique. Après l'hospitalisation 32% (n=16) des patients avaient une protection juridique.

L'évaluation gériatrique à l'hôpital a entraîné la mise en place d'un changement de situation chez 16% (n=8) des patients.

3.1.5 Autres données

3.1.5.1 Parcours hospitalier

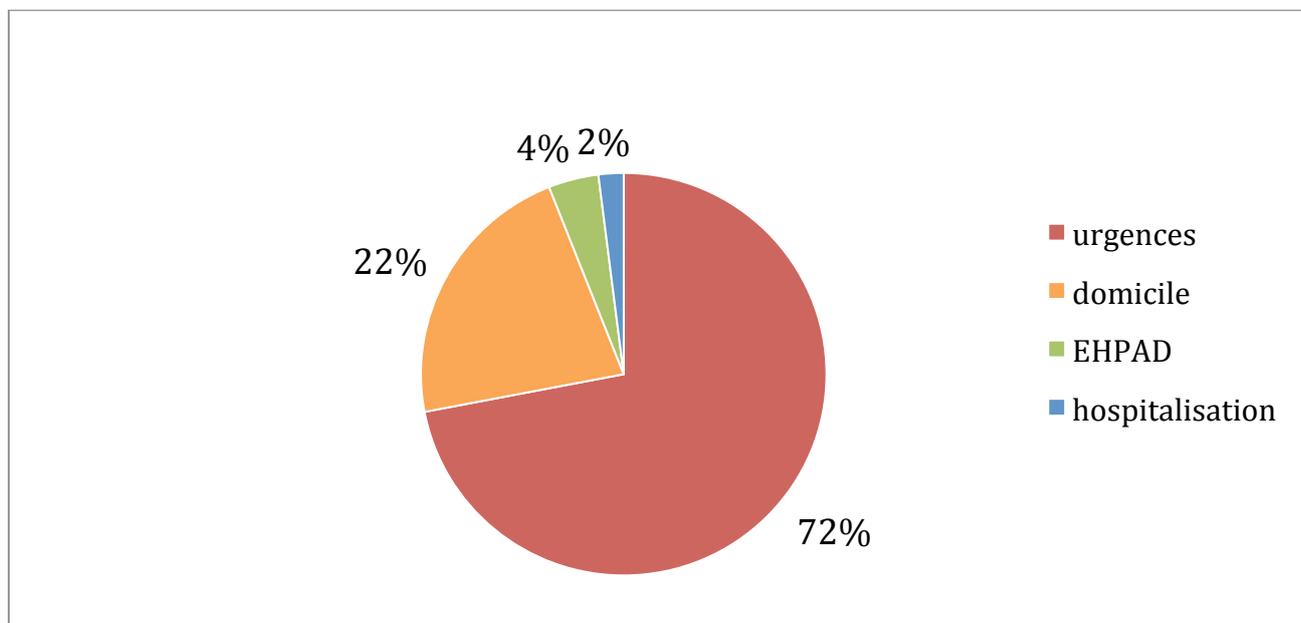


Figure 8 : Moyen d'entrée à l'hôpital

La majorité des patients est entrée dans le service après un passage aux urgences (72% ; n=36), 22% (n=11) des patients sont venus directement du domicile et une minorité est venue directement d'EHPAD (4% ; n=2) ou via un autre service hospitalier (2% ; n=1).

Le service hospitalier d'accueil était majoritairement l'UGA (94% ; n=47). Par la suite :

- 48% (n=24) des patients sont rentrés directement : à domicile (36% ; n=18) ou dans leur EHPAD (2% ; n=1) et institutionnalisation de novo (10% ; n=5) ;
- 34% (n=17) ont été transférés en SSR, puis sont rentrés à domicile (20% ; n=10) ou ont été institutionnalisés de novo (14% ; n=7) ;
- 12% (n=6) ont été transférés en UCC, puis sont rentrés à domicile (2% ; n=1) ou dans leur EHPAD (2% ; n=1) et institutionnalisation de novo (8% ; n=4).

Une minorité des patients a été hospitalisée directement en UCC (4% ; n=2) puis 1 patient (2% ; n=1) est rentré dans son EHPAD, et 1 patient (2% ; n=1) a été institutionnalisé de novo ; ou en SSR (2% ; n=1) puis ce patient a été institutionnalisé de novo.

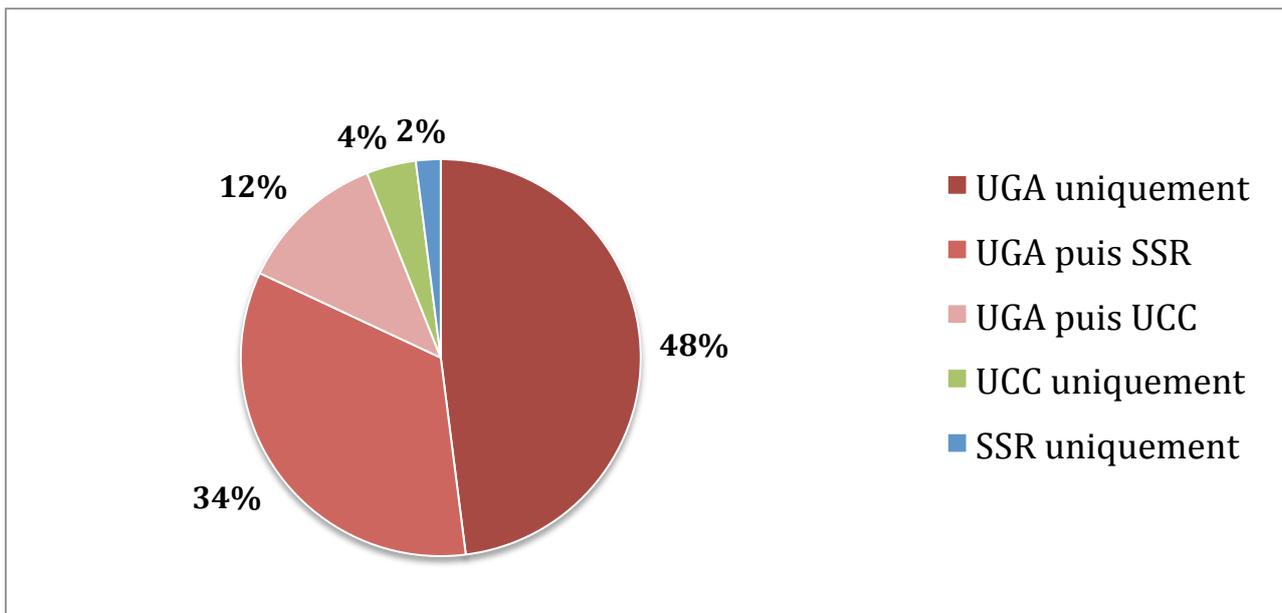


Figure 9 : Parcours hospitalier

Au total, 52% (n=26) des patients inclus sont passés dans l'unité de soins de suite : 36% (n=18) étaient en SSR et 16% (n=8) étaient en UCC.

Au total, le lieu de sortie de l'hôpital, pour la majorité des patients, était le retour au domicile (58% ; n=29) ou à l'EHPAD d'où ils venaient (6% ; n=3). Et 36% (n=18) des patients ont été institutionnalisés suite à leur séjour dans le service de gériatrie.

Concernant les patients retournés à leur domicile (58% ; n=29), 45% (n=13) vivaient seuls.

La durée moyenne du séjour en UGA des 47 patients était de 17,0 jours (SD 7,9).

La durée moyenne du séjour en soins de suite des 26 patients concernés, SSR ou UCC, était de 59 jours (SD 38,4).

3.1.5.2 Diagnostic de sortie

Les troubles du comportement étaient liés à :

- une évolution de leur démence pour 72% (n=36) des patients,
- une pathologie somatique décompensant les troubles du comportement pour 28% (n=14) des patients.

Les pathologies somatiques retrouvées étaient : iatrogénie (8% ; n=4), rétention aigue d'urine (4% ; n=2), déshydratation (2% ; n=1), poussée de pseudo-polyarthrite rhizomélisque (2% ; n=1), vertige paroxystique positionnel bénin (2% ; n=1), AVC (2% ; n=1), fécalome (2% ; n=1), pneumopathie (2% ; n=1), encéphalopathie métabolique (2% ; n=1), confusion (2% ; n=1).

Le lieu de sortie était :

- pour les patients ayant pour diagnostic final une évolution de leur démence : l'EHPAD (retour pour 6% (n=2) et institutionnalisation de novo pour 47% (n=17)) ou le domicile (47% ; n=17) ;
- pour les patients ayant pour diagnostic une pathologie somatique : l'EHPAD (retour pour 7% (n=1) et institutionnalisation de novo pour 7% (n=1)) ou le domicile (86% ; n=12).

3.2 Questionnaire au médecin traitant

Sur les 50 patients inclus, après 3 mois au domicile :

- 1 patient est décédé,
- 2 patients ont été perdus de vue :
 - 1 patient a déménagé,
 - 1 patient a été perdu de vue car on ne connaissait pas son médecin traitant.

3.2.1 Données médicales

3.2.1.1 Ré-hospitalisation dans les trois mois

Sur 46 patients dont on a pu obtenir l'information auprès des médecins traitants (2 perdus de vue et 2 médecins traitants ne savaient pas) :

- 43,5% (n=20) des patients ont été ré-hospitalisés.

Sur 19 des 20 patients ré-hospitalisés (1 médecin ne connaissait pas le motif d'hospitalisation) :

- 36,8% (n=7) des patients l'ont été pour des troubles du comportement,
- 63,2% (n=12) des patients ont été hospitalisés pour d'autres motifs.

Les autres motifs étaient : diarrhée compliquée d'hypokaliémie et d'ACFA, fracture de cheville, ulcère, cancer du sein, pose de bioprothèse aortique, AVC, crise d'épilepsie, chute, transfusion, exploration d'une masse abdominale, décompensation respiratoire, anémie, escarre, pneumopathie.

3.2.1.2 Changement de domicile

Sur les 47 des 50 patients inclus (3 médecins ne savaient pas) :

- 4,3% (n=2) des patients ont changé de lieu de vie : ils étaient au domicile et ont été institutionnalisés (soit 7,4% des 27 patients (2 perdus de vue) qui étaient rentrés à domicile et qui ne sont pas allés en EHPAD).

3.2.1.3 Consultations

Sur 28 des 29 patients au domicile (1 médecin ne souvenait pas) :

- 28,6% (n=8) des patients n'ont pas été revus en consultation par le médecin généraliste,
- 57,1% (n=16) ont été revus moins d'une fois par mois,
- 14,3% (n=4) ont été revus plus d'une fois par mois.

3.2.1.4 Troubles du comportement

Sur 45 des 50 patients inclus (2 patients ont été perdus de vue, 3 médecins ne savaient pas) :

- 53,3% (n=24) ont présenté des troubles du comportement.

Sur ces 24 patients :

- 83,3% (n=20) des patients ont présenté les mêmes troubles,
- 16,7% (n=4) ont présenté des troubles différents.

3.2.1.5 Modification des psychotropes

Sur 44 des 50 patients inclus (2 perdus de vue et 4 médecins qui ne savaient pas) :

- 15,9% (n=7) ont eu une modification thérapeutique.

Ces modifications concernaient les médicaments suivants : anxiolytiques (6,8% ; n=3), antihistaminiques (troubles du sommeil) (2,3% ; n=1), hypnotiques (2,3% n=1), neuroleptiques (2,3% ; n=1). Chez 2 patients (4,5%), des modifications étaient présentes sans autres précisions.

3.2.1.6 Syndromes gériatriques

Concernant les chutes, sur 43 des 50 patients inclus (7 médecins ne savaient pas) :

- 18,6% (n=8) ont chuté.

Concernant les épisodes de confusion, sur 41 des 50 patients inclus (9 médecins ne savaient pas) :

- 19,5% (n=8) ont présenté une confusion.

Concernant l'incontinence urinaire, sur 22 des 50 patients inclus (28 médecins ne savaient pas) :

- 36,4% (n=8) étaient incontinents.

3.2.2 Données sociales

3.2.2.1 Information au médecin traitant

Sur 38 des 50 patients inclus (12 médecins ne savaient pas) :

- 79,0% (n=30) des médecins avaient reçu un courrier concernant l'hospitalisation de leur patient,
- 21,1% (n=8) n'avaient pas reçu de courrier.

3.2.2.2 Aides professionnelles

Au domicile, sur 27 des 29 patients au domicile (2 patients perdus de vue) :

- 7,4% (n=2) ont eu des modifications de leurs aides, elles ont été augmentées dans 100% des cas.

3.2.2.3 Efficacité de la filière gériatrique

Concernant les aides non professionnelles, chez 33 des 50 patients inclus (17 médecins ne savaient pas) :

- 69,7% (n=23) des médecins ont déclaré que les aides étaient soulagées,
- contre 30,3% (n=10) déclarant que les aides étaient non soulagées.

Concernant la satisfaction au sujet de la prise en charge par la filière gériatrique, sur 39 des 50 patients inclus (11 médecins n'ont pas répondu à la question) :

- 84,6 (n=33) des médecins ont déclaré être satisfaits par la prise en charge par le biais de la filière,
- contre 15,4% (=6) non satisfaits.

3.3 Analyses statistiques : population non ré-hospitalisée versus ré-hospitalisée

Sur les 50 patients inclus,

- 26 ont été inclus dans le groupe H-
- 20 ont été inclus dans le groupe H+

- 2 médecins traitants ne savaient pas
- 2 patients ont été perdus de vue

Variables	Groupe H- n=26	Groupe H+ n=20	Valeur de p
Sexe masculin	46,2% ; n=12	50% ; n=10	0,8
Age moyen (années)	85,0 (SD 5,1)	85,6 (SD 5,0)	0,65
Traitements sortie (nombre moyen)	5,6 (SD 2,6)	6,2 (SD 2,6)	0,47
Psychotropes sortie (nombre moyen)	1,4 (SD 0,9)	1,5 (SD 1,2)	0,6
MMSE (score moyen)	16,9 (SD 5,7) (sur 17)	16,2 (SD 6,0) (sur 13)	0,7
Durée moyenne UGA (jours)	17,6 (SD 9,1) (sur 24)	16,9 (SD 7,1) (sur 19)	0,8
Durée moyenne SSR (jours)	42,3 (SD 19,1) (sur 12)	78 (SD 48,4) (sur 12)	0,03
Diagnostic de sortie : évolution de démence	27% ; n=7	30% ; n=6	0,82
Sous groupe des patients vivant seuls au domicile (n=25)	29% ; n=5 (sur 17)	75% ; n=6 (sur 8)	0,08
ADL sortie (score moyen)	3,8 (SD 1,9)	3,6 (SD 1,8)	0,74

Tableau I : Comparaison des groupes H- et H+

Les groupes H- et H+ étaient comparables en terme de sexe (46,2% (n=12) d'hommes dans le groupe H- versus 50% (n=10) dans le groupe H+), d'âge moyen (85,0 ans (SD 5,1) versus 85,6 ans (SD 5,0)), de nombre moyen de traitements de sortie (5,6 (SD 2,6)

versus 6,2 médicaments (SD 2,6)), de nombre moyen de psychotropes de sortie (1,4 (SD 0,9) versus 1,5 (SD 1,2)), de score moyen MMSE (16,9 (SD 5,7) versus 16,2 (SD 6,0)), de durée moyenne d'UGA (17,6 jours (SD 9,1) versus 16,9 jours (SD 7,1)), de diagnostic de sortie (évolution de démence pour 27% (n=7) versus 30% (n=6)), de mode de vie après l'hospitalisation (29% (n=5) vivant seuls au domicile versus 75% (n=6)), de score moyen ADL de sortie (3,8 (SD 1,9) versus 3,6 (SD 1,8)).

Une différence statistiquement significative a été retrouvée pour la durée moyenne de séjour en SSR (42,3 jours (SD 19,1) versus 78 jours (SD 48,4)), $p=0,03$.

4 DISCUSSION

4.1 Interprétation des résultats

Nous allons désormais essayer de répondre aux questions initialement posées :

- Qui sont les patients hospitalisés en gériatrie pour trouble du comportement ?
- Quel est le devenir médico-social des patients après leur sortie d'hospitalisation en gériatrie pour des troubles du comportement ?
- Y a t il un lien entre une ou plusieurs caractéristiques médico-sociales du patient et le fait d'être à nouveau hospitalisé dans les trois mois ?

4.1.1 Description des patients inclus : qui sont les patients hospitalisés pour troubles du comportement ?

4.1.1.1 Données générales

La population observée est composée d'un nombre plus important de femmes. Elles sont en moyenne plus âgées de 1,3 ans par rapport aux hommes. Les patients inclus avaient un âge moyen avancé (85,3 ans (SD : 5,3 ans)).

Les patients inclus venaient majoritairement plus du domicile que de l'EHPAD. Au domicile, ils étaient sensiblement plus nombreux à vivre avec un proche plutôt que seul.

Ces résultats sont en accord avec la population cible. En effet, une étude du BEH paru en septembre 2013 décrit les patients en ALD pour une démence, hospitalisés en France métropolitaine en 2007 et 2010 (4) :

- majorité de femmes : 69% et 66% des patients hospitalisés en 2007 en 2010 respectivement ;
- évolution en fonction de l'âge : avec, à partir de 80 ans, un taux systématiquement supérieur chez les femmes avec un ratio de 1,05 ;
- âge moyen : 82,7 et 83,3 ans en 2007 et 2010.

L'INSEE observe en 2009 que : « 497 000 personnes vivent dans les établissements pour personnes âgées ou dépendantes (...). Avant 80 ans, vivre en institution reste

encore rare (...): cela concerne 1 personne sur 40 de 75 à 79 ans (...). Mais ce phénomène est plus fréquent aux grands âges : un quart des personnes de plus de 90 ans vivent en institution, et la moitié des plus de 97 ans. » (32)

4.1.1.2 Données médicales

Certaines pathologies chroniques ont été traitées à part dans notre étude (insuffisance rénale, éthyliste, diabète, pathologies cardiaques et neurologiques) car elles sont directement liées à la perte d'autonomie des patients. Elles peuvent être à l'origine de troubles cognitifs et aussi de troubles du comportement.

Concernant ces pathologies chroniques, une insuffisance rénale chronique était notée chez la grande majorité des patients inclus. Un nombre important avait des antécédents cardiaques et neurologiques : troubles du rythme, cardiopathie ischémique, hypertensive, accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson... Peu étaient diabétiques et très peu consommaient de l'alcool.

Une étude espagnole transversale incluant 72 815 patients et publiée en 2014 a décrit et analysé les comorbidités associées à la démence chez les personnes âgées (33).

Dans la population démente, 5,5% des patients (n=3 971), le nombre moyen de comorbidités était 3,7, soit moins élevé que dans la présente étude (5,4 pathologies). Les comorbidités les plus fréquentes retrouvées étaient l'hypertension artérielle et le diabète.

Un biais est présent dans l'étude : l'HTA a été prise en compte dans les antécédents généraux, mais n'a pas été prise en compte dans les antécédents cardiaques, ni indépendamment, alors qu'elle est à l'origine de troubles cognitifs, et d'autres pathologies entraînant des dépendances. Les patients présentant des antécédents cardiaques peuvent donc être sous-évalués.

On observe un nombre important d'insuffisants rénaux (88%). La fonction rénale a été évaluée par la formule de Cockcroft and Gault. Pourtant la HAS préconise de ne plus utiliser cette formule car elle calcule la clairance de la créatinine et non le débit de filtration glomérulaire, reflet de cette fonction. Elle propose d'utiliser la formule MDRD, mais précise qu'aucune équation n'est validée pour certaines populations : les sujets âgés de plus de 75 ans, les poids extrêmes, les variations de la masse musculaire, et les patients dénutris, ce qui est le cas de la population de l'étude (34) (35). Cette formule a été choisie car l'adaptation de la posologie des traitements se fait en fonction de la clairance de la créatinine estimée avec la formule de Cockcroft et Gault.

Le choix des traitements étudiés était ceux des pathologies chroniques afin que les patients inclus soient comparables. Les traitements aigus n'ont pas été pris en compte. Si la pathologie aiguë était à l'origine des troubles du comportement, elle figurait dans le diagnostic de sortie.

Les psychotropes ont été étudiés par familles car ces médicaments présentent des indications et des effets indésirables particuliers dans la population étudiée dans ce travail :

- les neuroleptiques sont indiqués dans certains troubles du comportement (signes psychotiques, agitation et agressivité délirante), si ces troubles induisent un risque de blessure physique pour ceux qui vivent et travaillent avec le patient ou un stress extrême. Ils exposent aux risques de chute, de syndrome extrapyramidal, de sédation excessive, d'hypotension orthostatique, d'effets cognitifs délétères, de confusion, d'AVC...
- les anxiolytiques et les hypnotiques sont indiqués en cas d'anxiété ou d'agitation et présentent plus particulièrement des risques de sédation, d'agitation paradoxale, d'accentuation des troubles mnésiques, de chute, d'hallucinations....
- les antidépresseurs sont recommandés dans les épisodes dépressifs et utilisés dans divers troubles anxieux : instabilité émotionnelle, apathie, insomnie, anxiété, impulsivité, agitation, idées délirantes. Ils exposent aux risques de confusion et d'hypotension orthostatique.
- les thymorégulateurs qui ne sont pas recommandés en pratique courante dans les troubles du comportement du sujet âgé exposent aux risques d'hyponatrémie, de sédation, de confusion, d'encéphalopathie, de troubles du comportement. Cependant, quelques médecins les utilisent dans certains troubles du comportement après échec des sérotoninergiques ou des antipsychotiques sans que cette utilisation ne soit actuellement recommandée.

D'autres traitements ont été pris en compte, pouvant avoir certains effets sur le comportement :

- les traitements ayant une activité anticholinergique (dépression, asthme, allergies, pathologies cardiovasculaires, troubles du comportement...) exposent aux risques

de confusion, rétention aigue d'urine, chutes, désorientation spatio-temporelle, agitation, hallucinations.

- les anticholinestérasiques, indiqués dans la prise en charge symptomatique des formes légères à modérément sévères de la maladie d'Alzheimer exposent aux risques d'effets indésirables comportementaux et somatiques : sédation, asthénie, insomnie.
- les antalgiques (paliers 2 ou 3) sont indiqués dans la douleur, elle-même pouvant engendrer des troubles (anxiété, dépression, régression, isolement, troubles sommeil et appétit). Ils exposent aux risques de somnolence, hallucinations, hypotension orthostatique.

A la sortie d'hospitalisation, le nombre de traitements chroniques était majoré. Pourtant la polymédication augmente le risque iatrogénique et diminue l'observance. La personne âgée a une sensibilité accrue aux accidents médicamenteux : les effets indésirables sont deux fois plus fréquents après 65 ans (36) et 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation (37).

Les patients inclus consommaient également plus de psychotropes à la sortie. Ce résultat était attendu car la population de l'étude était spécifique, étant donné que les troubles du comportement étaient un critère d'inclusion. Ce constat soulève le problème actuel de consommation excessive de psychotropes en France dont nous avons parlé dans l'introduction. En 2008 est publiée une analyse transversale d'une cohorte multicentrique pour étudier la consommation de « médicaments potentiellement inappropriés » chez les patients âgés de 75 ans et plus. 1306 patients français hospitalisés ont été inclus. Les résultats montrent que l'utilisation des médicaments potentiellement inappropriés est fréquente (28%) chez les patients âgés (38).

Dans la présente étude, les traitements les plus consommés étaient les antidépresseurs (44%), suivis par les anxiolytiques (19%), les neuroleptiques (18%), et les hypnotiques (13%).

Le nombre de traitements à la sortie d'hospitalisation était :

- diminué pour les neuroleptiques, les hypnotiques, les anticholinergiques, les anticholinestérasiques ;
- augmenté pour les anxiolytiques, les antidépresseurs ;
- inchangé pour les antalgiques.

De nombreux patients étaient traités par des psychotropes alors qu'ils n'en avaient pas nécessairement besoin et, effectivement, le séjour dans le service de gériatrie a permis d'optimiser les ordonnances, permettant de diminuer le nombre de traitements chroniques, d'arrêter les traitements jugés non utiles et ainsi de diminuer les risques iatrogènes.

Un nombre infime de patients était traité par thymorégulateurs, médicaments qui ne sont en effet pas recommandés dans les troubles du comportement du sujet âgé.

De nombreuses études montrent que l'utilisation des antipsychotiques chez les sujets âgés déments présente une balance bénéfice risque défavorable (39). L'une d'entre elles, publiée en mai 2014, porte sur la consommation des neuroleptiques chez les sujets atteints de démence dans la cohorte PACA-Alz 2010 en Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse. Cette cohorte était composée de 34 696 patients. Parmi eux, 47% ont reçu des antidépresseurs, 45,3% des anxiolytiques, 26% des neuroleptiques (40). Les résultats montrent tout d'abord que la consommation de neuroleptiques reste importante, malgré les recommandations de la HAS de ne prescrire ni neuroleptiques ni autre sédatif au long cours dans les troubles du comportement dits « productifs ». Ils montrent également que les antidépresseurs sont majoritairement prescrits dans ce type de population, la moitié des patients inclus en recevant. Les antidépresseurs sont indiqués dans certains troubles du comportement qui peuvent traduire des épisodes dépressifs caractérisés : anxiété, instabilité émotionnelle, impulsivité, agitation ou encore idées délirantes (41). Il est également recommandé d'éviter ou de limiter les coprescriptions notamment à visée sédatrice, anxiolytique ou hypnotique.

Une revue de littérature parue en avril 2014 concerne les antidépresseurs dans la dépression du sujet âgé dément : elle est non concluante. Une approche non pharmacologique est suggérée pendant les 8 à 12 premières semaines concernant les stades légers et modérés de dépression. En cas d'échec ou de dépression sévère, un traitement peut être initié mais d'autres études sont nécessaires pour conclure (42).

Une étude parue cette année montre que l'utilisation des benzodiazépines est associée à un risque accru de maladie d'Alzheimer (43). L'utilisation injustifiée à long terme de ces médicaments doit être considérée comme un problème de santé publique.

4.1.1.3 Données gériatriques

La plupart des patients inclus avaient fait l'objet d'une évaluation de nature gériatrique : consultation mémoire, suivi en consultation gériatrique, hospitalisation en gériatrie, bilan gériatrique en hôpital de jour.

Les démences majoritairement rencontrées dans l'étude étaient la maladie d'Alzheimer (30%) et les démences non étiquetées (28%). Puis, dans une moindre mesure, les démences mixtes (18%) et à Corps de Lewy (14%).

Peu d'études ont évalué la prévalence des différentes démences. La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente démence du sujet âgé représentant environ 70% des cas. Elle est aussi la plus étudiée (44).

Les troubles cognitifs étaient évalués, en moyenne, au stade modéré au moment de l'hospitalisation. Le MMSE en cours d'hospitalisation est souvent sous-évalué et n'a qu'un intérêt relatif. Un score bas n'est spécifique d'aucune pathologie, il peut être dû aux conditions non optimales de passation du test lors de l'hospitalisation (45).

Les troubles du comportement étaient majoritairement productifs. Cela peut être expliqué notamment par le fait que les troubles non productifs ont un retentissement moindre.

La plupart des patients ne présentait pas les syndromes gériatriques recherchés (troubles neurosensoriels, humeur dépressive, anorexie, dénutrition, chute ou confusion récente). Ces troubles ont été recherchés dans cette étude car ils peuvent être à l'origine de troubles du comportement. Ils n'ont peut être pas été notés dans les dossiers alors qu'ils étaient présents malgré tout.

Concernant l'autonomie, les patients de la présente étude étaient majoritairement dépendants. La perte d'autonomie est un facteur de risque d'hospitalisation, plusieurs études le montrent (46). En fin d'hospitalisation, les patients étaient légèrement plus nombreux à présenter une aggravation de leur score de dépendance. Cela est expliqué par le fait que la pathologie aigüe pour laquelle ils ont été hospitalisés a entraîné une perte d'autonomie que certains n'ont pas forcément récupérée en fin d'hospitalisation, nécessitant ainsi une réévaluation des aides ; et que l'hospitalisation a un effet iatrogène chez le sujet âgé.

Au sujet des outils d'évaluation, l'échelle de référence validée ADL de Katz évalue de manière objective les activités de la vie quotidienne. Très robuste, elle est très utile dans un service d'hospitalisation. Son principal défaut de ne pas prendre en compte les dépendances d'origine cognitive, sous évaluant donc le degré de dépendance (47).

4.1.1.4 Données sociales

Les patients venant du domicile avaient pour la plupart des aides professionnelles et non professionnelles, mais pour la plupart, n'avaient pas d'auxiliaire de vie, ni d'IDE, alors que ces aides sont les plus fréquentes. Les aides professionnelles retrouvées étaient : des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des aides ménagères, des aides soignants, des livraisons des repas, des accueils de jour, des organismes de services médico-sociaux à la personne.

A la sortie, chez la majorité des patients, les aides professionnelles à domicile ont été augmentées. Les patients étaient également plus nombreux à avoir une IDE et une auxiliaire de vie.

Ceux dont le retour au domicile était impossible ont été institutionnalisés. Ils représentent plus d'un tiers des sujets inclus. Selon l'INSEE, les altérations cognitives sont 8 fois plus fréquentes en établissement qu'en ménage (32). Les troubles du comportement augmentent la probabilité d'institutionnalisation (48). Dans le présent travail, les patients de l'étude ont également été massivement institutionnalisés après décompensation de leurs troubles. Cela est expliqué, entre autre, par le fait que l'entourage des patients institutionnalisés est moins présent, que leur état de santé est plus altéré, et qu'ils ont besoin de plus d'aides techniques.

L'augmentation des aides professionnelles et de l'institutionnalisation soulève le problème des dépenses de santé qui augmentent avec l'âge : la dépense moyenne annuelle de soins d'une personne de 80 ans est environ 3 fois plus élevée que pour une personne de 50 ans (49). La dépense publique liée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes peut être aujourd'hui évaluée à environ 21 milliards d'euros par an (50).

Dans ce travail, on observe une augmentation du nombre de bénéficiaire de l'APA, nombre sous-estimé puisque seuls les patients retournant au domicile ont été considérés, alors que les patients institutionnalisés sont plus dépendants. Pour rappel, les personnes de plus de 60 ans dont le GIR est coté 1 à 4 peuvent prétendre à l'APA,

destinée à couvrir en partie les dépenses de toutes natures en cas de besoin d'aides pour les activités de la vie quotidienne. Une étude de la DREES mentionne qu'à fin 2011, 696 000 personnes recevaient l'APA, soit une augmentation de 10% depuis 2007 (51).

Selon l'INSEE, si 136 000 personnes dépendantes continuent de vivre seules à domicile, très peu sont classées en équivalent-GIR 1 (le plus élevé) et près de la moitié en équivalent-GIR 4. À l'inverse, la majorité des 268 300 personnes vivant en institution se situe en équivalent-GIR 1 ou 2 (52).

Par ailleurs, l'hospitalisation a permis à certains patients d'être pris en charge par l'AGEP, de faire bénéficier d'une protection juridique à des patients alors que la plupart n'était pas concernée. La population des sujets âgés déments protégés est assez méconnue. Selon les estimations du gouvernement, 700 000 majeurs (1,3% de la population française majeure) font actuellement l'objet d'une mesure de protection (53). Le nombre a cru entre 1990 et 2004 de 56,8%. Cette augmentation peut être, entre autre, expliquée par la prise en charge croissante des troubles liés au vieillissement. Selon l'INED, 19,7% des personnes concernées sont âgées de 80 ans et plus.

4.1.1.5 Autres données

Les diagnostics de sortie étaient pour la plupart un trouble du comportement secondaire à une évolution de la démence. Les troubles du comportement sont en effet fréquents dans les pathologies démentielles, tels qu'évoqués dans l'introduction. Peu d'études portent sur les diagnostics différentiels des symptômes comportementaux dans la démence alors qu'il est important de les éliminer avant de conclure à une évolution de la pathologie (54). Selon le BEH, les comorbidités les plus fréquentes des patients hospitalisés présentant une démence sont une maladie cardiovasculaire ou neurovasculaire, une maladie respiratoire infectieuse ou d'inhalation et un traumatisme (4).

4.1.2 Description des patients inclus : quel est le devenir médico-social après la sortie d'hospitalisation ?

4.1.2.1 Données médicales

Pendant les 3 mois qui ont suivi la sortie d'hospitalisation, moins de la moitié des patients a été ré-hospitalisée. Nous n'avons pas retrouvé d'études s'intéressant spécifiquement au suivi de cette population pour les comparer à notre travail. Quelques études de cohortes s'intéressant à la ré-hospitalisation existent néanmoins. Une étude réalisée en 2008 a suivi une cohorte de patients âgés de plus de 75 ans et a observé un taux de ré-hospitalisation non programmées à 30 jours de 14% (55). Cette étude n'est pas comparable au travail présent car les critères d'inclusion sont différents, la pathologie démentielle n'en faisant pas partie.

Dans la présente étude, les motifs d'hospitalisation étaient pour la plupart des cas liés à des troubles du comportement. Les patients inclus dans la cohorte REAL.FR présentaient une maladie d'Alzheimer de stade léger à modéré. Ils ont été suivis pendant 2 ans. 20,3% (n=139) ont été ré-hospitalisés une fois, 5,8% (n=40) deux fois, 1,9% (n=13) trois fois, 0,6% (n=4) quatre fois et 0,3% (n=2) 5 fois. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient des chutes et des fractures (20,9%), suivis par des troubles cardio-vasculaires (14,5%), et des troubles du comportement (11,0%). Au total, 75,7% des admissions l'étaient en raison de pathologies associées ou d'évènements de la vie, mais non pas en raison des conséquences directes de la maladie elle-même (56). Ces résultats sont différents de ceux retrouvés dans la présente étude, mais les populations étudiées ne sont pas les mêmes. Notre étude se situant dans un unique centre, il faudrait en créer davantage et les élargir à plusieurs endroits afin d'avoir des données plus importantes.

La plupart des patients au domicile de la présente étude ont été revus par le médecin traitant, et pour la majorité les ordonnances n'ont pas été modifiées. Cela signifie que les troubles du comportement semblent avoir été correctement évalués et pris en charge à domicile, et que les retours à domicile sont donc possibles après une hospitalisation pour trouble du comportement.

Plus de la moitié des patients inclus a de nouveau présenté des troubles du comportement dans les 3 mois après la sortie de l'hôpital, et pour la grande majorité, des

troubles similaires, ce qui souligne la fréquence de ces troubles dans l'évolution des pathologies démentielles. Une étude américaine réalisée dans le comté de Cache, Utah, montre que sur 355 résidents diagnostiqués déments, 119 n'avaient pas de symptômes neuropsychiatriques au départ. Après 18 mois, 69% des 61 patients vivants ont développé au moins un symptôme mental ou comportemental. Ces résultats plaident en faveur d'une évaluation de routine des troubles psychiatriques chez les patients déments, même pour ceux qui n'ont jamais connu ces troubles (57).

Concernant les syndromes gériatriques, la majorité des médecins a déclaré que les patients n'ont pas présenté de chute ni de confusion pour la plupart, mais il ressort que la continence urinaire des patients est peu connue de leur médecin. Pourtant l'incontinence peut être un facteur d'institutionnalisation chez ces patients dont l'autonomie est diminuée et peut être à l'origine des troubles du comportement (troubles du sommeil etc...) (58). Il existe des recommandations de la HAS concernant la prise en charge de cette pathologie (59).

Par ailleurs, pendant cette phase du questionnaire, à la question « votre patient a-t-il présenté une confusion pendant les 3 mois ? », les médecins traitants ont répondu de façon incertaine. Pourtant, la confusion est à l'origine de troubles du comportement. Sa prise en charge diagnostique, thérapeutique et préventive permettrait d'éviter ces troubles et d'améliorer la prise en charge du patient. Par ailleurs, la connaissance des signes de confusion par les familles pourrait également être bénéfique, leur permettant ainsi d'alerter au plus tôt le médecin.

Des recommandations de l'HAS portent sur la confusion aiguë chez la personne âgée (60). Elles précisent que les troubles cognitifs ne permettent pas de faire la distinction entre confusion et démence. Mais un début brutal, des troubles de la vigilance ou de l'attention et la fluctuation rapide des symptômes dans le temps orientent vers le diagnostic de confusion. En revanche, elle doit être évoquée en cas de changement rapide de la vigilance ou du comportement habituel, en cas d'aggravation brutale des fonctions cognitives.

Il existe un outil de dépistage des confusions, le CAM (Confusion Assessment Method), largement utilisé dans les pays anglo-saxons mais non validé en France. Dans la mesure où il n'existe actuellement pas d'outil similaire en France, on pourrait envisager de le développer et de l'évaluer dans le cadre d'un travail d'éducation, d'information et de formation des médecins traitants lors du suivi de ces patients.

4.1.2.2 Données sociales

Les aides professionnelles n'ont majoritairement pas été modifiées après la sortie des patients du service.

Les médecins ont généralement reçu un courrier venant de l'hôpital, et ont déclaré que les familles étaient le plus souvent soulagées. La filière gériatrique a été évaluée favorablement massivement. Une revue de la littérature pour les années 1996-2006 concernant l'identification des facteurs qui influencent le fardeau des aidants de patients déments retrouve que la diversité des services proposés va diminuer la charge et améliorer la qualité de vie des aidants et des soignants (61).

On note que 18% des médecins traitants ont déclaré ne pas avoir reçu de courrier dans les 3 mois. Une continuité des soins de qualité par une transmission des informations entre les soignants est nécessaire dans l'intérêt du patient. Une étude réalisée au CHU de Grenoble a porté sur 960 séjours en service de médecine ou de chirurgie durant l'année 1993 (62). Elle constate que le taux de présence du courrier de sortie est de 84% soit un taux similaire à la présente étude. Les facteurs influençant les caractéristiques du courrier de sortie retrouvés étaient liés au séjour (exhaustivité meilleure et délai d'édition plus court quand la durée de séjour est plus longue ; courrier plus souvent présent quand le patient est adressé par son médecin que quand il est admis via le service d'urgences ; courrier réalisé dans 99% des transferts vers un autre établissement, 85% des retours à domicile, 83% des mutations internes) et liés au service (nombre élevé de lits, nombre élevé de séjours par an, inversement proportionnels au taux de présence du courrier de sortie dans les dossiers, nombre d'ordinateurs, de secrétaires et de médecins rapportés au nombre d'entrées). La HAS a publié un guide concernant la préparation de la sortie du patient hospitalisé afin d'améliorer la qualité des soins (63).

4.1.3 Comparaison en sous groupes H- et H+ : y a t il un lien entre des caractéristiques médico-sociales et une nouvelle hospitalisation ?

Des différences statistiquement significatives entre le groupe de patients ré-hospitalisé et celui non ré-hospitalisé ont été trouvées pour la durée moyenne de séjour en SSR : plus élevée pour les patients du groupe H+.

Les services de soins de suite et de réadaptation correspondent à une des activités d'un établissement de santé. Les décrets n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 (64) (65) (Code de la santé publique) relatifs aux conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de SSR les définissent comme « ayant pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique» (Art.R. 6123-118).

La circulaire DHOS/O1 n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative au décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation précise que c'est « une structure sanitaire fournissant au patient une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine ». Le maintien de l'autonomie, ou le retour à l'autonomie pour les situations de patients dépendants, constitue l'un des principaux objectifs d'un séjour en SSR.

Ses principales missions sont d'assurer (Art.R. 6123-119) :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation des patients ;
- des actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- la préparation et l'accompagnement de la réinsertion familiale, sociale de la personne âgée.

Les patients concernés par une hospitalisation en SSR sont donc ceux qui sont les plus dépendants. Selon la Drees, la durée moyenne de séjour des patients présentant une dépendance moyenne ou forte est significativement plus élevée (respectivement de 22,6% et 33,7% en 2008) par rapport aux patients ayant une autonomie complète (66). Donc, on peut supposer que plus la durée du séjour en SSR est longue, plus les patients sont dépendants. Cela pourrait expliquer le fait qu'une durée moyenne d'hospitalisation en SSR plus importante, et donc une dépendance plus grande, chez les patients du groupe H+ par rapport aux patients du groupe H-, soit corrélée au fait d'être ré-hospitalisé.

Plusieurs études montrent que l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de ré-hospitalisation précoce (survenant dans les 30 jours) des personnes âgées (67) (68) (69). La HAS a publié une fiche concernant la réduction du

risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie, et après la sortie (70) :

- Pendant l'hospitalisation, il est nécessaire de repérer le risque de ré-hospitalisation pour identifier les patients qui doivent bénéficier d'une organisation de la sortie :

- « syndrome gériatrique » selon la présence d'un de ces facteurs : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre ;
- existence d'une dépendance préexistante à l'hospitalisation selon l'anomalie d'au moins une activité de la vie quotidienne ;
- un antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois ;
- une situation sociale (précarité, isolement) défavorable.

Le score TRST utilisé aux urgences (Triage Risk Screening Tool) est validé, il comporte 5 items :

- troubles cognitifs ;
- troubles de la marche, des transferts ou chutes récentes ;
- polymédication (> 5 médicaments par jour) ;
- antécédents d'hospitalisation depuis 90 jours ou d'admission aux urgences depuis 30 jours ;
- anomalie antérieure à l'hospitalisation d'au moins d'une ADL ou isolement social ;

Après repérage des patients, une évaluation médico-sociale sera effectuée afin de mettre en place un plan personnalisé de santé.

- Au moment de la sortie plusieurs moyens peuvent améliorer la communication : compte-rendu d'hospitalisation, continuité du suivi par un même professionnel pendant et après l'hospitalisation (médecin, infirmières, équipes mobiles gériatrie, coordonnateurs de réseaux, gestionnaires de cas ...).

- Au domicile l'HAS préconise la continuation des actions initiées pendant l'hospitalisation, des visites régulières au domicile.

La période de suivi post-hospitalisation s'étend au minimum jusqu'à 30 jours et peut être étendu à 90 jours.

4.2 Forces et limites de notre étude

4.2.1 Forces

Il n'existe pas d'étude en 2014 ayant comme objectif de décrire les patients hospitalisés pour troubles du comportement dans le cadre d'une démence quelle qu'elle soit et de tous stades, et qui suit ces patients au domicile, c'est donc le premier travail de ce type.

4.2.2 Limites

Le nombre de sujets minimal n'a pas été calculé, il n'y a donc pas de preuve que les 50 patients inclus donnent une puissance statistique suffisante. Le risque est de ne pas mettre en évidence une différence entre les 2 groupes alors qu'elle existerait. Ainsi, il n'a pas été possible de conclure dans certains cas : plusieurs résultats sont non significatifs alors que leur valeur pourrait faire penser le contraire.

Par exemple, en comparant les deux groupes :

- le nombre moyen de traitements chroniques en sortie d'hospitalisation est plus élevé dans le groupe H+ (6,2 ; SD 2,6) par rapport au groupe H- (5,6 ; SD 2,6) mais pas de différence statistiquement significative retrouvée ($p=0,47$) ;
- le nombre moyen de psychotropes à la sortie d'hospitalisation est plus élevé pour le groupe H+ (1,5 ; SD 1,2) par rapport au groupe H- (1,4 ; SD 0,9) mais pas de différence statistiquement significative retrouvée ($p=0,6$) ;
- le fait de vivre seul après la première hospitalisation (29% (n=5) sur 17 patients du groupe H- vivant au domicile versus 75%(n=6) sur 8 patients du groupe H+ vivant au domicile) est une différence presque significative, $p=0,08$. Il semblerait qu'il y ait une corrélation entre mode de vie au domicile et le risque de ré-hospitalisation sans que cette différence soit significative : en effet, parmi les patients hospitalisés, 75% d'entre eux vivaient seuls au domicile alors que dans le groupe des patients non ré-hospitalisés, seuls 29% des patients vivaient seuls au domicile.

Il existe plusieurs biais :

- biais de sélection car notre population n'est pas représentative de la population générale étant donné qu'elle est issue d'un seul centre ;

- biais d'évaluation car les troubles ont été estimés rétrospectivement sur les dossiers des patients et non par l'examen direct du patient, et par l'interrogatoire du médecin traitant qui parfois ne connaissait pas les informations demandées ;
- biais de classement car devant l'absence d'information concernant certaines données, des patients ont été classés arbitrairement dans un groupe.

5 Conclusion

La présente étude avait pour but de décrire les diverses caractéristiques médicales, gériatriques et sociales des patients déments hospitalisés pour des troubles du comportement et de suivre ces patients 3 mois après la sortie de l'hôpital.

Les caractéristiques retrouvées étaient en accord avec celles décrites dans la littérature.

La comparaison en sous-groupes a permis de rechercher un lien entre une ou plusieurs caractéristiques médico-sociales du patient et le fait d'être à nouveau hospitalisé dans les 3 mois. Un seul critère a pu être mis en évidence : la durée moyenne du séjour en SSR était plus longue chez les patients ré-hospitalisés.

Une étude à plus grande échelle est nécessaire pour mettre en évidence d'autres critères potentiellement significatifs.

A 3 mois de la première hospitalisation pour troubles du comportement, un peu plus de la moitié des patients inclus vivaient toujours à leur domicile. Le but de la filière gériatrique dont le médecin généraliste est le coordonnateur est de maintenir au domicile et dans les meilleures conditions les patients concernés par ces situations difficiles à prendre en charge au quotidien. Certaines mesures pourraient améliorer l'efficacité des actions de cette filière. Une meilleure connaissance des symptômes de confusion par l'entourage et par le médecin traitant permettrait de traiter au plus tôt une situation susceptible d'entraîner des troubles du comportement. Une sensibilisation à l'incontinence urinaire, à l'origine de perte d'autonomie avec retentissement majeur chez ces patients déjà peu autonomes, permettrait un maintien à domicile plus longtemps.

ANNEXE

Questionnaire au médecin traitant.

- 1 - Votre patient a t il été ré-hospitalisé ?
- 2 - Si oui : était ce pour trouble du comportement ?
- 3 - Combien de fois avez vous vu votre patient en consultation ?
- 4 - Votre patient a t il représenté des troubles du comportement ?
- 5 - Si oui : étaient-ce les mêmes troubles que ceux qui avaient donné lieu à l'hospitalisation ?
- 6 - Y a t il eu des modifications thérapeutiques ?
- 7 - Votre le patient a t il chuté ? A t il présenté une confusion ?
- 8 - Votre patient est il incontinent ?
- 9 - Avez vous reçu un courrier ou un compte rendu d'hospitalisation ?
- 10 - Y a t il eu un changement des aides sociales ?
- 11 - Votre patient a t il changé de lieu de vie ?
- 12 - Les aides personnelles sont elles soulagées par la prise en charge ?
- 13 - La prise en charge gériatrique a t elle permis une optimisation de la prise en charge du patient, selon vous ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. Population. Bilan démographique 2013 ; <http://www.insee.fr> ; Page consultée le 05/08/2014.
2. Projection de population à l'horizon 2060 ; <http://www.insee.fr> ; Page consultée le 05/08/2014.
3. Insee. Population. Bilan démographique 2013 ; Espérance de vie ; <http://www.insee.fr> ; Page consultée le 05/08/2014.
4. Duport N, Boussac-Zarebska M, Develay AE, Grémy I. Maladie d'Alzheimer et démences apparentées : taux d'ALD, de patients hospitalisés et de mortalité en France métropolitaine, 2007 et 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2013;30:361-8.
5. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Argumentaire. HAS, mai 2009.
6. Inventaire NeuroPsychiatrique-Réduit ; <http://www.cmrr-nice.fr>. Page consultée le 05/08/2014.
7. Hope T, Keene J, Gedling K, and al. Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a carer. Int J Geriatr Psy 1998;13 682-90.
8. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. Int Psychogeriatr 2004;16:295-315.
9. Benoit M, Staccini P, Brocker P et coll. Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer : résultats de l'étude REAL.FR. Rev Med Int, 2003;24(Suppl 3):319s-24s.

10. Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *Am J Psychiatry* 2005;162:2022-30.
11. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000;157:708-14.
12. Noblet-Dick M, Kiesmann M, Kaltenbach G et coll. Evaluation par l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) des symptômes comportementaux et psychologiques aux différents stades de la maladie d'Alzheimer. *Rev Gériat* 2004;29:605-612.
13. Amélioration du bon usage de médicament. Plan Alzheimer 2008-2012, mesure 15. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no15.html#>.
14. HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée. Novembre 2007 ; <http://www.has-sante.fr>. Page consultée le 05/08/2014.
15. Neuroleptiques chez le malade Alzheimer. Amélioration de la prescription chez le sujet âgé (PMSA) : Les indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie (AMI). HAS, janv 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/ipc_ami_pmsa_part8_biblio.vf.pdf.
16. Assemblée Nationale. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes 22 juin 2006 ; <http://www.assemblee-nationale.fr>.
17. Rochon PA, Normand SL, Gomes T, et al. Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Arch Intern Med* 2008;168:1090-6.
18. International Psychogeriatric Association. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Northfield: IPA; 2003.
19. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 ; 1 février 2008. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>.

20. Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012. Mesure n°6. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no6.html>.
21. Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. <http://www.sante.gouv.fr>.
22. Projet médical du territoire 75-2 Paris Est. ARHIF d'Ile de France. 26 octobre 2009. <http://www.parhtage.sante.fr>. Page consultée le 05/08/2014.
23. Association gériatrique de l'Est Parisien. Articulation sur le territoire 75-2 sud. Hôpitaux Universitaires Paris Est- Réseau de santé gérontologique. <http://www.fregif.org>.
24. CLIC Paris Emeraude Est. Bien vivre son âge à Paris. <http://www.croix-saint-simon.org>.
25. Labellisation sur tout le territoire de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Plan Alzheimer 2008-2012. Mesure n°4. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>.
26. Article L312-1. Legifrance. <http://www.legifrance.gouv.fr>.
27. Equipes spécialisées Alzheimer à domicile. Mesure 6 du plan Alzheimer 2008-2012. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/Medico-social/Personnes-agees/Alzheimer/alzheimer_fiche6-2014_web.pdf.
28. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte, Synthèse des recommandations. ANAES, Septembre 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/irc_chez_ladulte_2002_-_synth_350se.pdf.
29. Le modèle « AGGIR ». Guide d'utilisation. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Janvier 2008. http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Guide_AGGIR_2008-2.pdf.

30. Maladie d'Alzheimer et autres démences. Guide médecin-Affection de longue durée. HAS, mai 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/gm_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf.
31. Evaluation diagnostic de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. ANAES, Septembre 2003, Recommandations professionnelles. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_recos_2006_09_25__14_20_46_375.pdf.
32. Bouvier G, Lincot L, Rebiscoul C. Vivre à domicile ou en institution: effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial. INSEE, 2011. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/FPORSOC11k_VE43Insti.pdf.
33. Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Marta-Moreno J, et al. Comorbidity of dementia: a cross-sectional study of primary care older patients. BMC Psychiatry 2014;14:84.
34. Haute Autorité de Santé. Maladie Rénale Chronique de l'Adulte. Guide du parcours de soins. Février 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_mrc_web.pdf.
35. Haute Autorité de Santé. Evaluation du débit de filtration glomérulaire et du dosage de la créatininémie dans le diagnostic de la maladie rénale chronique chez l'adulte. Texte court du rapport d'évaluation technologique. Décembre 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/texte_court_dfg_creatininemie.pdf.
36. Bégaud B, Martin K, Fourrier A, Harambaru F. Does age increase the risk of adverse drug reaction? Br. J. Clin. Pharmacol ; 2002; 54 : 548-52.
37. Doucet J, Capet C, Jegou A, et coll. Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé : épidémiologie et prévention. Presse Méd 1999 ; 28 : 1789-93.

38. Prudent M, Dramé M, Jolly D, et al. Potentially inappropriate use of psychotropic medications in hospitalized elderly patients in France: cross-sectional analysis of the prospective, multicentre SAFEs cohort. *Drugs Aging* 2008;25:933-46.
39. Jeste DV, Blazer D, Casey D et al. ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33:957-70.
40. Bonin-Guillaume S, Martin G, Zafack J et coll. Consommation d'antipsychotiques chez les sujets âgés atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées de la cohorte PACA-Alz 2010. *Thérapie* 2014 ; 69 : 213-22.
41. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations. HAS, mai 2009.
42. Leong C. Antidepressants for depression in patients with dementia: a review of the literature. *Consult Pharm*. 2014 ; 29 : 254-63.
43. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease : case-control study. *BMJ*. 2014 ; 349 : g5205.
44. Berr C. Epidémiologie. Fondation plan Alzheimer. Plan 2008-2012. <http://www.fondation-alzheimer.org/content/%C3%A9pid%C3%A9miologie>. Page consultée le 09/09/2014.
45. Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L et coll. Le mini-Mental State Examination : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *La Presse Médicale*.1999 ; 21 ; 1141-48.
46. Andrieu S, Reynish E, Nourhashemi F et al. Predictive factors of acute hospitalization in 134 patients with Alzheimer's disease: a one year prospective study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002 ;17:422-6.

47. Collège National des Enseignants en Gériatrie. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. Vieillesse. 2^e éd. Paris : Masson, 2010 ; 199-215. http://www.seformeralageriatrie.org/Documents/CNEG_Vieillesse_item64.pdf
48. Gilley DW, Bienias JL, Wilson RS, et al. Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease. *Psychologic Med.* 2004;34:1129–35.
49. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. « Vieillesse, longévité et assurance maladie ». Avril 2010. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf. Page consultée le 09/09/2014.
50. IRDES. Le financement de la dépendance des personnes âgées en France. Mars 2014. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-financement-de-la-dependance-des-personnes-agees-en-france.pdf>. Page consultée le 09/09/2014.
51. BERARDIER M. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011. DRESS Etudes et résultats, Février 2014, n°876, 2-8. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er876.pdf>. Page consultée le 09/09/2014.
52. INSEE. Etat de santé, Pathologies et comportements de santé, Handicaps, incapacités, dépendance, Mortalité. Les personnes âgées, 2005, 40-61. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/persag05b.PDF. Page consultée le 09/09/2014.
53. SENAT. Projet de loi portant réforme de la protection juridique des majeurs. septembre 2014. <http://www.senat.fr/rap/l06-212/l06-2126.html>. Page consultée le 11/09/2014.
54. Uhde WH, Gasser US. Psychological disorders and behavioral symptoms in dementia and differential diagnostic significance. *Praxis* 2000;89:1366-70.

55. Laniece L, Couturier P, Dramé M et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Ageing* 2008;37
56. Voisin T, Sourdet S, Cantet C, et al. Descriptive analysis of hospitalizations of patients with Alzheimer's disease: a two-year prospective study of 686 patients from the REAL.FR study. *J Nutr Health Aging*. 2009 ;13:890-2.
57. Steinberg M, Sheppard JM, Tschanz JT et al. The incidence of mental and behavioural disturbances in dementia : the Cache County Study. *J Neuropsych Clin Neurosc* 2003 ;15 :340-5.
58. Mahamdia R, Cudennec T. Incontinence urinaire. *Successful Aging*. Mars 2014. http://www.saging.com/mise_au_point/incontinence-urinaire. Page consultée le 16/09/2014.
59. HAS. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Argumentaire. Recommandations pour la pratique clinique. ANAES. Mai 2003.
60. Haute Autorité de Santé. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Recommandations. HAS, Mai 2009.
61. Eters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20:423-8.
62. François P, Bertrand D, Weil G, Fauconnier J. Évaluation des courriers de fin de séjour hospitalier. *J Éco Méd* 1996;14:379-83
63. ANES. Préparation de la sortie du patient hospitalisé Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. HAS, Novembre 2001. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001_2009-08-31_16-13-36_630.pdf. Page consultée le 28/08/2014.

64. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel 2008;20 avril.
65. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel 20 avril.
66. Coquelet F, Valdelièvre H. Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. Dossiers solidarité et santé n°23. DRESS. 2011. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201123-2.pdf>. Page consultée le 09/09/2014.
67. Parker SG, Peet SM, McPherson A et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. Health Technol Assess 2002;6.
68. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. Professional Case Management 2007;12:330-336.
69. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, et al. Improving Patient Handovers From Hospital to Primary Care A Systematic Review. Ann Intern Med 2012;157:417-428.
70. Haute Autorité de Santé. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Points clés et solutions, organisation des parcours. Avril 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf. Page consultée le 08/09/2014.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université
Le Professeur

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot – Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Date

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot – Paris 7
Et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

RESUME

Introduction. Le vieillissement de la population a comme conséquence l'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles cognitifs. Ils sont parfois à l'origine de troubles du comportement, entraînant alors une dégradation de la qualité de vie. Les filières gériatriques assurent la continuité et la cohérence de la prise en charge globale dans le parcours de soins de ces patients.

Objectifs. Cette étude cherche à décrire le profil des personnes âgées démentes hospitalisées pour trouble du comportement et à observer leur devenir après l'hospitalisation.

Méthodes. L'étude était observationnelle descriptive rétrospective : description des patients hospitalisés dans un service de gériatrie de l'hôpital Rothschild à Paris pour des troubles du comportement sur une période d'inclusion de 3 mois et réévaluation à 3 mois de la sortie après appel du médecin traitant. Les critères d'inclusion étaient : âge supérieur à 75 ans, présence de troubles cognitifs, hospitalisation pour troubles du comportement.

Résultats. La population comportait 50 patients inclus dont 2 ont été perdus de vue après leur sortie d'hospitalisation. L'âge moyen était 85,3 ans (SD 5,3), 56% des patients étaient des femmes, 66% consommaient des psychotropes, les troubles du comportement étaient productifs à 64%, la durée moyenne du séjour en Unité de Gériatrie Aigue (UGA) était de 17 jours (SD 7,9), le diagnostic de sortie était une évolution de la démence à 72%. Le groupe H- des patients non ré-hospitalisés (52%) a été comparé au groupe H+ des patients ré-hospitalisés dans les 3 mois (40%). Le critère statistiquement significatif retrouvé était la durée moyenne du séjour en soins de suite et réadaptation (SSR) ($p=0,03$) : 42,3 jours (SD 19,1) pour le groupe H- versus 78 jours (SD 48,4) pour le groupe H+.

Conclusion. Une durée plus importante de séjour en SSR semble être corrélée au fait d'être ré-hospitalisé dans les 3 mois après hospitalisation pour troubles du comportement. Une étude à plus grande échelle est nécessaire pour mettre en évidence d'autres critères potentiellement significatifs.

MOTS CLES

Démence, Trouble du comportement, Filière gériatrique, Médecine générale