



Les troubles du comportement perturbateurs chez les patients âgés de 75 ans et plus aux urgences : étude descriptive et comparative entre les services d'accueil d'Urgence des hôpitaux du CHU et le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation des Personnes de l'hôpital Charles Perrens

Célia Cousteau

► **To cite this version:**

Célia Cousteau. Les troubles du comportement perturbateurs chez les patients âgés de 75 ans et plus aux urgences : étude descriptive et comparative entre les services d'accueil d'Urgence des hôpitaux du CHU et le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation des Personnes de l'hôpital Charles Perrens. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01469861

HAL Id: dumas-01469861

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01469861>

Submitted on 16 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 5 janvier 2017

Par Célia COUSTEAU

**LES TROUBLES DU COMPORTEMENT PERTURBATEURS
CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS DE 75 ANS ET PLUS AUX
URGENCES**

**Étude descriptive et comparative entre les services d'accueil d'Urgence des
hôpitaux du CHU et le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation des
Personnes de l'hôpital Charles Perrens**

Sous la direction de : Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU

Membres du jury :

Madame le Professeur Nathalie SALLES
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Madame le Professeur Muriel RAINFRAY
Madame le Docteur Chantal BERGEY
Madame le Docteur Isabelle FAURE
Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU

Président
Rapporteur
Examineur
Examineur
Examineur
Directeur

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT PERTURBATEURS CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS DE 75 ANS ET PLUS AUX URGENCES

Étude descriptive et comparative entre les services d'accueil d'Urgence des hôpitaux du CHU et le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation des Personnes de l'hôpital Charles Perrens

Introduction : Les troubles du comportement perturbateurs du sujet âgé sont d'étiologie et de prise en charge complexes. En situation de crise, ces patients arrivent dans deux types de service d'urgence des hôpitaux bordelais : médicale (SAU) et psychiatrique (SECOP).

Objectifs : L'objectif principal est de comparer les caractéristiques démographiques, sociales et médicales de ces patients admis dans les deux types de service d'urgence. L'objectif secondaire est de suivre leurs parcours de soins jusqu'à un mois et leur prise en charge.

Matériels et Méthode : Une étude rétrospective observationnelle a été réalisée, comprenant : une partie comparative des caractéristiques des patients selon le lieu de première admission, puis une partie descriptive du parcours de soin et des prises en charge effectuées.

Résultats : L'étude concerne 113 patients au SECOP et 115 aux SAU. Les patients des SAU sont plus âgés, ont plus de troubles cognitifs, viennent principalement de leur domicile et sont adressés surtout pour des problèmes d'agitation, d'opposition et d'hallucination. Les patients adressés au SECOP ont plus d'antécédents psychiatriques, viennent plus fréquemment d'EHPAD et sont adressés pour agressivité ou idées délirantes plus fréquemment. 20% des patients sont transférés d'un service à l'autre. 86% des patients au total ont eu une prescription d'anxiolytique ; 8,2% des patients du SECOP et 25% des patients du SAU ont nécessité l'usage de contention.

Conclusion : Cette étude met en avant des différences de profils de patient entre les deux types de service. Une concertation pluridisciplinaire peut permettre d'améliorer la prise en charge de ces patients. L'utilisation de dispositifs mis en place par les pôles de gériatrie et psychiatrie sur le lieu de vie des patients pourrait limiter leur recours aux urgences.

Mots clés : troubles du comportement perturbateurs, personnes âgées, urgences

DISRUPTIVE BEHAVIOR DISORDERS IN PATIENTS AGED 75 AND OVER IN EMERGENCY SERVICES Comparative and descriptive study between a medical emergency department and a psychiatric emergency service

Introduction: Disruptive behavior disorders of the elderly is a complex etiology requiring management. In crisis situations, these patients are admitted in two types of emergency services of Bordeaux hospitals: Medical (SAU) and psychiatric (SECOP).

Objectives: The main objective is to compare the demographic, social and health conditions of these patients admitted to two types of emergency service. The secondary objective is to follow their care pathway up to a month after admission and support.

Materials and Methods: A retrospective observational study was conducted, including: firstly, a comparison of patients' characteristics by place of first admission follow by a descriptive study of the treatment course and patient support.

Results: The study involves 113 patients at SECOP and 115 at SAU. Patients of SAU are older, have more cognitive disorders, come mainly from their home and are addressed especially for agitated behavior, opposition and hallucination. Patients referred to SECOP have more extensive psychiatric records, come more frequently from nursing homes and are referred to because of aggression or delusions more frequently. 20% of patients attended both types of services. 86% of patients had a prescription anxiolytic; 8.2% of SECOP patients and 25% of SAU patients required restraint use.

Conclusion: This study highlights differences in patient profiles between the two types of services. A multidisciplinary collaboration may improve these patient's care. The use of devices developed by psychiatric and geriatric departments at the patient's premises may limit their instances of admission in emergency department.

Keywords: disruptive behavior disorder, elderly, emergency department

UFR des sciences médicales

Remerciements

À notre Présidente du jury

Madame le professeur Nathalie SALLES

Professeur des universités, praticien hospitalier

Chef de service du pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie d'avoir accepté la réalisation de ce travail, en lien avec les équipes mobiles de gériatrie. J'ai eu l'occasion de travailler à vos côtés, je vous remercie d'avoir partagé votre expérience et votre savoir-faire.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des universités,

Directeur et coordonnateur du diplôme d'enseignement supérieur de médecine générale

Je vous remercie d'avoir accepté de me faire profiter de votre expérience en étant rapporteur de cette thèse. Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse. En tant que futur médecin généraliste, je vous remercie d'avoir participé à ma formation et de me permettre de me lancer dans cette belle profession.

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY

Professeur des universités, praticien hospitalier

Responsable d'unité de médecine gériatrique du CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de votre apport au cours de ma formation, j'ai eu l'occasion de participer à vos enseignements lors de mon internat.

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Praticien Hospitalier

Responsable du Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation des Personnes du Centre hospitalier Charles Perrens

Je vous remercie d'avoir accepté la réalisation de ce travail au sein du SECOP. Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Isabelle FAURE

Praticien hospitalier

Responsable du Service d'accueil des Urgences de l'hôpital Saint-André

Je vous remercie d'avoir accepté la réalisation de ce travail et de participer à mon jury de thèse. Lors de mon stage aux urgences, j'ai apprécié votre partage de connaissances et votre aide à la décision médicale.

À ma directrice de thèse

Madame le Docteur Marie-Neige VIDEAU

Praticien hospitalier

Responsable des équipes mobiles de gériatrie du CHU de Bordeaux

Merci m'avoir fait confiance en me proposant ce travail. Je te remercie pour la pertinence de tes conseils, ton aide précieuse et ta patience. Merci de plus pour ta disponibilité et tes encouragements. De plus lors de mon stage, j'ai apprécié ton approche clinique qui m'est utile dans mon travail de généraliste.

À ceux qui ont participé à ce travail

Madame le Docteur Aurélie LAFARGUE

Praticien hospitalier, pole de gériatrie clinique

Merci pour ton aide à la réalisation de ce travail. J'ai apprécié tes conseils et ton investissement.

À ceux qui ont marqué ma formation médicale

Dr Hodonou Joël, Dr Pradeau Laurent, Dr Descamps Arnaud, Dr Jenn Joanne et tous ceux qui ont précédé.

À mes proches

Ma famille, qui me soutien depuis la décision de partir en médecine et tout au long de ce cursus. Mes parents et mon frère qui ont toujours cru en mes capacités. Mes grands-parents qui m'ont poussé dans cette voie. Et mes oncles, tantes, cousins et cousines, ma marraine et mon marrain.

Mon homme, Rudy, merci pour ton soutien pour terminer ce travail et conclure cette formation.

Mes amis, ceux qui m'ont suivi et ceux que j'ai rencontré au cours de mes déplacements toulousains puis Aquitains et maintenant dans le Sud. Et ceux du début (Inès)

À mes futurs collègues : Véronique et Michel, une collaboration à venir dans un cabinet très accueillant

Table des matières

Liste des figures	11
Liste des tableaux	11
Glossaire	12
Introduction.....	13
État des connaissances.....	14
I Patients âgés aux urgences	14
I.A Caractéristiques des patients âgés aux urgences	14
I.B Personnes adressant aux urgences.....	14
I.C Durée de passage.....	15
I.D Conséquences du passage	15
I.E Urgences psychiatriques	15
II Troubles du comportement des sujets âgés	16
II.A Troubles du comportement de la démence	17
II.A.1 Définitions.....	17
II.A.1.1 Démence.....	17
II.A.1.2 SPCD.....	17
II.A.2 Diagnostic différentiel avec la confusion	18
II.A.3 Épidémiologie	18
II.A.3.1 Démence.....	18
II.A.3.2 SPCD.....	18
II.A.4 Spécificités des troubles du comportement selon le type de démence	19
II.A.4.1 Troubles cognitifs légers.....	19
II.A.4.2 Maladie d'Alzheimer.....	19
II.A.4.3 Démence vasculaire.....	19
II.A.4.4 Démence fronto-temporale	20
II.A.4.5 Démence à corps de Lewy	20
II.A.5 Facteurs de risque	20
II.A.6 Retentissement des troubles du comportement	20
II.A.6.1 Sur les aidants.....	21
II.A.6.2 Hospitalisation	21
II.A.6.3 Institutionnalisation	21
II.A.7 Prise en charge thérapeutique	21
II.A.7.1 Pharmacologique.....	21
II.A.7.1.1 La place des médicaments psychotropes	21
II.A.7.1.2 Les anti-démentiels.....	22

II.A.7.1.3	Les psychotropes	22
II.A.7.2	Interventions non médicamenteuses.....	24
II.B	Troubles du comportement et pathologies psychiatriques	24
II.B.1	Dépression	24
II.B.1.1	Épidémiologie	24
II.B.1.2	Description sémiologique chez le sujet âgé	24
II.B.2	Troubles anxieux.....	26
II.B.2.1	Épidémiologie	26
II.B.2.2	Description sémiologique chez le sujet âgé	26
II.B.3	Troubles bipolaires	26
II.B.3.1	Épidémiologie	26
II.B.3.2	Description sémiologique chez le sujet âgé	27
II.B.4	Psychoses.....	27
II.B.4.1	Épidémiologie	27
II.B.4.2	Description sémiologique chez le sujet âgé	27
II.B.5	Addictions	28
II.B.5.1	Épidémiologie	28
II.B.5.2	Description et lien avec troubles du comportement	28
II.B.6	Troubles de la personnalité	28
II.B.6.1	Épidémiologie	28
II.B.6.2	Description et liens avec les troubles du comportement	29
III	Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs en situation aiguë	30
III.A	Évaluation et Hospitalisation	30
III.A.1	Évaluation initiale	30
III.A.2	Décision d'hospitalisation et modalités	30
III.A.2.1	Cas de démence connue.....	30
III.A.2.2	Autres cas	30
III.B	Recherche de causes cliniques	31
III.C	Prise en charge symptomatique	31
III.C.1	Prise en charge non médicamenteuse	31
III.C.1.1	Approche relationnelle	31
III.C.1.2	Contention physique	32
III.C.2	Prise en charge médicamenteuse	32
III.D	Surveillance et devenir.....	32
III.D.1	Surveillance du patient.....	32
III.D.2	Devenir.....	32
IV	Offre de soins sur Bordeaux.....	33
IV.A	Filière médico-gériatrique	33

IV.A.1	Services d'Accueil d'Urgences	33
IV.A.1.1	Hôpital Pellegrin	33
IV.A.1.1.1	Missions	33
IV.A.1.1.2	Locaux	33
IV.A.1.2	Hôpital Saint-André	33
IV.A.1.2.1	Missions	33
IV.A.1.2.2	Locaux	33
IV.A.1.2.3	Organisation	33
IV.A.2	Pôle gériatrique	34
IV.A.2.1	EMOG	34
IV.A.2.1.1	Dispositif réglementaire	34
IV.A.2.1.2	Types d'interventions	34
IV.A.2.1.3	Population	34
IV.A.2.1.4	Spécificités des EMOG du CHU Bordeaux	34
IV.A.2.2	Services d'hospitalisation	35
IV.A.2.2.1	Unités de Court Séjour Gériatrique	35
IV.A.2.2.2	Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique	35
IV.A.2.2.3	Unités d'hébergement	35
IV.A.2.2.4	Unités cognitivo-comportementales	35
IV.A.2.3	Consultations gériatriques et hôpital de jour	36
IV.A.2.4	Ligne direct d'appel du pôle gériatrique pour les médecins libéraux	36
IV.B	Filière psychiatrique	36
IV.B.1	SECOP	36
IV.B.1.1	Missions	37
IV.B.1.2	Locaux et Ressources humaines	37
IV.B.1.3	Population	37
IV.B.1.4	Équipes psychiatriques de liaison	37
IV.B.2	Hospitalisation	37
IV.B.2.1	Sectorisation	37
IV.B.2.2	Géronto-psychiatrie	38
IV.B.3	Équipe Mobile de Géronto-Psychiatrie	38
	Objectifs de l'étude	39
	Matériel et méthodes	40
I	Schéma de l'étude	40
II	Population étudiée	40
II.A	Pour l'étude comparative	40
II.A.1	Critères d'inclusion	40
II.A.2	Critères d'exclusion	40

II.B	Pour l'étude descriptive	41
III	Déroulement de l'étude	41
III.A	Durée.....	41
III.B	Recueil des données	41
IV	Données recueillies	41
IV.A	Étude comparative en fonction du site de première admission	41
IV.A.1	Données démographiques et sociales.....	41
IV.A.2	Données médicales.....	42
IV.B	Étude descriptive en fonction des sites de passage	42
IV.B.1	Pour le parcours de soins	42
IV.B.2	Pour la prise en charge	42
V	Analyse des données	42
Résultats.....		43
I	Description de la population étudiée.....	43
II	Étude comparative selon le site de premier passage	45
II.A	Données démographiques et sociales	45
II.A.1	Âge et sexe.....	45
II.A.2	Niveau d'autonomie	45
II.A.3	Lieu de vie.....	46
II.A.4	Présence d'aide à domicile	46
II.A.5	Présence d'aidant naturel	46
II.A.6	Personne adressant le patient.....	47
II.A.6.1	Professionnels médicaux	47
II.A.6.2	Non médicaux.....	47
II.B	Données médicales	48
II.B.1	Type de troubles du comportement	48
II.B.2	Antécédents et comorbidités des patients	49
II.B.3	Traitements à l'entrée	50
III	Description du parcours de soins.....	50
III.A	Site du premier passage.....	50
III.B	Orientation à l'issue du premier passage	51
III.C	Orientation à l'issue des passages ultérieurs	52
III.D	Durée du passage.....	53
III.E	Suivi spécialisé	53
III.F	Le devenir des patients à un mois du premier passage	53
III.G	Résumé des parcours de soins.....	54
IV	Description de la prise en charge lors de chaque passage	57
IV.A	Diagnostic retenu aux urgences.....	57

IV.B	Prise en charge d'une cause somatique favorisant le trouble du comportement	57
IV.C	Demande d'un avis psychiatrique aux SAU ou d'un avis somatique au SECOP	57
IV.D	Prescription de traitement psychotrope	57
IV.E	Prescription de contentions.....	58
Discussion		59
I	Résumé des principaux résultats	59
I.A	Profil des patients	59
I.B	Données de l'étude descriptive	59
I.B.1	Orientation des patients et durée de passage.....	59
I.B.2	Devenir à 1 mois.....	60
I.B.3	Les différentes prises en charge.....	60
II	Forces et faiblesses de l'étude	60
II.A	Originalité de l'étude	60
II.B	Choix méthodologique.....	60
II.C	Les limites de l'étude	61
III	Interprétation et discussion des résultats	61
III.A	Population étudiée.....	61
III.B	Étude comparative.....	62
III.B.1	Les données sociodémographiques significatives.....	62
III.B.1.1	Âge	62
III.B.1.2	Sexe.....	62
III.B.1.3	Lieu de vie	63
III.B.1.4	Aides à domicile.....	63
III.B.1.5	Présence d'aidant naturel.....	64
III.B.1.6	Personne adressant aux urgences	64
III.B.1.6.1	Les médecins traitants	64
III.B.1.6.2	SOS Médecins et les adressant non médicaux	64
III.B.1.6.3	Les autres professionnels médicaux	65
III.B.2	Les données médicales	65
III.B.2.1	Les types de troubles du comportement	65
III.B.2.1.1	Ensemble de la population	65
III.B.2.1.2	Symptômes les plus fréquents au SECOP	65
III.B.2.1.3	Symptômes les plus fréquents aux SAU	66
III.B.2.2	Antécédent de troubles cognitifs	66
III.B.2.3	Antécédent de pathologie psychiatrique	66
III.B.2.4	Évaluation des comorbidités	66
III.B.2.5	Prescription d'antipsychotiques	67
III.C	Étude descriptive	67

III.C.1	Parcours de soins.....	67
III.C.1.1	Transferts de patients entre SAU et SECOP.....	67
III.C.1.2	Orientation des patients à l'issue du passage aux urgences et devenir à un mois	68
III.C.1.2.1	Le retour sur le lieu de vie ou nouvelle entrée en EHPAD.....	68
III.C.1.2.2	Hospitalisation des patients.....	68
III.C.1.3	Durée de passage aux urgences	68
III.C.2	Prise en charge	69
III.C.2.1	Diagnostics retenus et facteurs organiques	69
III.C.2.2	Psychotropes	69
III.C.2.3	Contentions.....	69
III.D	Réponse à l'hypothèse de départ	70
IV	Proposition d'amélioration de la prise en charge.....	70
IV.A	Perspectives d'amélioration de la prise en charge.....	70
IV.A.1	Dispositifs en place à Bordeaux.....	70
IV.A.1.1	Ligne directe d'appel gériatrique des médecins libéraux	70
IV.A.1.2	Télémédecine	70
IV.A.1.3	Interventions à domicile des équipes mobiles de gériatrie	71
IV.A.2	Dispositifs dans d'autres villes.....	71
IV.A.2.1	Consultations de liaison psycho-gériatriques à Lille	71
IV.A.2.2	Équipe Mobile de Gériatrie Extrahospitalière d'Annecy.....	71
IV.A.2.3	Consultations de liaison psychiatriques à Newcastle	71
IV.A.2.4	Exemple de coordination de prise en charge spécifique des troubles du comportement à Lyon	72
IV.B	Piste de recherche à développer	72
Conclusion		73
Bibliographie		74
Annexes		81
I	Inventaire Neuro-psychiatrique-Réduit (NPI-R) [37]	81
II	Définition des troubles du comportement perturbateurs de notre étude	84
III	Grilles ADL, IADL.....	85
IV	Indice de Charlson [92].....	87
V	Fiche CAT devant une agitation aigue chez la personne âgée CHU Bordeaux	88
VI	Schéma d'évaluation des troubles du comportement [3]	90
Serment d'Hippocrate		91

Liste des figures

Figure 1 : Schéma de l'étude.....	44
Figure 2 : Nombre de patients des SAU en fonction du score ADL/IADL (N = 115).....	46
Figure 3 : Motifs d'admission, en nombre de patients (N = 228)	48
Figure 4 : Devenir des patients à la sortie des SAU (N=115).....	51
Figure 5 : Devenir des patients à la sortie du SECOP (N=113)	52
Figure 6 : Durée de passage en heures (N = 278)	53
Figure 7 : Devenir à un mois des patients des SAU (N = 115).....	54
Figure 8 : Devenir à un mois des patients du SECOP (N = 113)	54
Figure 9 : Parcours de soins des patients depuis le SAU.....	55
Figure 10 : Parcours de soins des patients depuis le SECOP.....	56

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques comparées.....	45
Tableau 2 : Personne adressant le patient.....	47
Tableau 3 : Types de troubles du comportement selon le lieu.....	48
Tableau 4 : Antécédents des patients.....	49
Tableau 5 : Traitement à l'entrée des patients.....	50
Tableau 6 : Diagnostic aux urgences (N=268)	57

Glossaire

ADL	Activities of Daily Living
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CHCP	Centre Hospitalier Charles Perrens
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EHPAD	Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes
EMGEH	Équipe Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière
EMOG	Équipe Mobile de Gériatrie
EMPG	Équipe Mobile de Géro-onto-Psychiatrie
EURODEM	European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia
HAS	Haute Autorité de Santé
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IDE	Infirmière Diplômée d'État
NPI	Neuropsychiatric Inventory
PAERPA	Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PAQUID	Personnes Âgées QUID ?
PHC	Psychose Hallucinatoire Chronique
RAD	Retour au lieu de vie
REAL-FR	Réseau sur la maladie d'Alzheimer Français
SAFES	Sujets Âgés Fragiles : Évaluation et Suivi
SAU	Service d'Accueil d'Urgence
SECOP	Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation des Personnes
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SPCD	Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHU	Unité d'hospitalisation d'Urgence

Introduction

Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de patients âgés sont admis dans les services d'urgence. Le nombre de passages aux urgences a augmenté en moyenne d'environ 4,5% par an en France de 1990 à 1998, et le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté dans les mêmes proportions [1]. En Aquitaine plus que dans d'autres régions, la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans devrait augmenter de 7% d'ici 2020 [1].

Les troubles du comportement perturbateurs sont un motif complexe de recours aux urgences. On entend par troubles du comportement perturbateurs, les comportements qui sont dérangeants et dangereux pour autrui [3]. Ce large champ de symptômes concerne le plus souvent des patients déments mais peut également s'observer dans des pathologies psychiatriques, somatiques ou lors d'un état confusionnel. Ces perturbations sont principalement agitation, auto ou hétéro-agressivité, opposition aux soins, idées délirantes, ... Elles ont un retentissement sur l'environnement des patients, jusqu'à compliquer leur maintien dans leur lieu de vie, et motivent parfois leur transfert vers les services hospitaliers, notamment aux urgences [4].

La disposition géographique des urgences médico-chirurgicales séparés des urgences psychiatriques à bordeaux et l'étiologie complexe - affection médicale aiguë, pathologie neurodégénérative ou psychiatrique, intrication environnementale – des troubles du comportement perturbateurs font que la personne adressant peut rencontrer des difficultés pour choisir la structure de soins d'urgences la plus adaptée. On constate effectivement que des patients âgés sont admis dans les deux types de structure et ce malgré les recommandations de bonne pratique sur les troubles du comportement perturbateurs de la personne âgée [3] et sur les patients agités aux urgences [5].

Les équipes mobiles de gériatrie intervenant au sein des services d'urgences sont souvent interpellées pour ce type de problématique. Leur compétence pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée et leur connaissance de la filière permettent d'orienter au mieux le patient [6].

Pour leur part, les urgences psychiatriques sont mises en difficulté devant ces patients âgés, souvent poly-pathologiques, dont les troubles peuvent être de cause organique et donc nécessiter une prise en charge médicale prioritaire [7].

La question posée est de savoir si l'on peut identifier un profil de patients adressés pour troubles du comportement perturbateurs aux urgences médico-chirurgicales plutôt qu'aux urgences psychiatriques. L'hypothèse est qu'il existe des critères privilégiant une orientation initiale vers un site plutôt qu'un autre.

L'objectif de ce travail est de comparer les caractéristiques démographiques, sociales et médicales des patients âgés de plus de 75 ans présentant des troubles du comportement perturbateurs admis aux Services d'Accueil d'Urgences (SAU) des hôpitaux bordelais à celles des patients admis au Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation des Personnes (SECOP), puis d'étudier leurs parcours de soins ainsi que les prises en charge effectuées.

Le but est d'initier un travail pour aider les médecins ou personnes confrontés à ce type de patients à les orienter dans les filières de soin adaptées.

État des connaissances

I Patients âgés aux urgences

I.A Caractéristiques des patients âgés aux urgences

Les données concernant la prise en charge dans les services d'urgence médico-chirurgicale des patients âgés amènent à plusieurs constats.

Selon les études françaises de la DREES, entre 12 et 16% des passages aux urgences concernent des personnes âgées de plus de 75 ans [8,9].

Les études sur les caractéristiques démographiques de ces patients rapportent un âge moyen de 83 ans et une prédominance féminine (60-65%) qui s'accroît avec l'âge. La majorité des patients vivent au domicile (60-83%) [1,10-14] et sont accompagnés d'un proche (25-50%). Ils sont adressés le plus souvent par leur médecin traitant (72-86%) [11,13,14].

Les motifs de recours aux urgences sont le plus souvent somatiques (69,5%) ou traumatiques (24,8%). Les troubles psychiatriques (hors tentative de suicide) représentent 1,5% des recours [1].

L'étude anglaise de Goldberg *et al.* sur la prévalence des troubles mentaux des personnes âgées de 70 ans et plus admis aux urgences, retrouve que 50% des patients testés présentaient des troubles cognitifs [15]. La prévalence de patients agités ou agressifs était de 14% et augmentait s'ils avaient un diagnostic de troubles cognitifs [16]. La cohorte française de Sough *et al.* note que 35% de patients admis aux urgences de 75 ans et plus avaient des fonctions cognitives altérées et 5 % des patients présentaient un trouble du comportement à l'entrée [11].

Selon la conférence de consensus de 2003 de la société française de médecine d'urgence, 90% des patients des services d'urgence âgés de 75 ans et plus, entre 5 et 10% des patients âgés relèvent vraiment de l'urgence. Or, 66% de ces patients ont un état clinique jugé stable. C'est souvent l'intrication de problèmes environnementaux, sociaux voire psychologiques qui motivent la prise en charge aux SAU [17].

I.B Personnes adressant aux urgences

Les médecins généralistes sont parfois contraints d'adresser leurs patients vers les urgences. En effet, soit pour des raisons médicales, soit pour des raisons socio-environnementales, il arrive qu'un patient nécessite une prise en charge rapide. Notamment en situation de crise avec mise en danger du patient, le seul recours reste parfois les urgences.

Par ailleurs, lorsqu'une pathologie évolue de manière subaigüe, les médecins peuvent éviter le recours aux urgences. Toutefois, les délais de prise en charge dans les services spécialisés ou pour obtenir une consultation spécialisée sont jugés trop importants pour certaines problématiques posées par ces patients [18,19].

Une étude irlandaise [20] indique que dans les maisons de retraite, la décision du transfert vers les urgences est prise la plupart du temps par des médecins autres que le médecin traitant car en dehors des heures d'ouverture des cabinets. Bien que ces transferts concernent

majoritairement des pathologies organiques, cette étude souligne le rôle des médecins de garde dans les transferts vers les urgences.

Les données de l'étude Lazarovici *et al.* [14] comparée à l'enquête DREES, indiquent qu'après les médecins traitant, ceux qui adressent le plus souvent aux urgences les patients âgés sont :

- Les médecins de garde et le personnel soignant, pour les patients vivant en EHPAD
- Les personnes accompagnantes, pour les patients vivant au domicile

I.C Durée de passage

Le passage des personnes âgées aux urgences est plus long que celui des patients de moins de 75 ans : 200 minutes pour les premiers contre 120 minutes pour les seconds [17]. Cette durée allongée s'explique par la complexité de leur prise en charge [21] :

- Il est plus difficile de réunir les informations médicales (traitements habituels, antécédents médicaux, difficultés de communication)
- Les patients présentent des comorbidités multiples
- Le sujet âgé a une symptomatologie particulière

Cette durée de passage est plus longue si le patient vit en institution [12].

I.D Conséquences du passage

Le passage dans les services d'urgence des personnes âgées augmente le risque de complications et peut aggraver leurs symptômes. En effet, le temps d'attente augmente le risque de décompensation de maladies chroniques, peut aggraver la dépendance de la personne âgée et augmenter le risque d'escarres [22]. Dans le cas des patients âgés déments, ce passage augmente également le risque de contention physique, d'injection de neuroleptique et leur grabatisation [23].

Après leur passage, 53 à 77% des patients âgés restent hospitalisés [11,13]. Plus de 8% des patients âgés sont réadmis dans les 15 jours dans les services d'urgence [16]. Dans la cohorte SAFES [23], à 6 mois du passage aux urgences, 17,6% des patients âgés de 75 ans et plus sont décédés et 15,7% sont entrés en EHPAD et à 1 mois du passage, 15% des patients sont toujours hospitalisés [25].

I.E Urgences psychiatriques

Les urgences psychiatriques accueillent des patients dont le pronostic vital n'est pas engagé, mais qui présentent une souffrance psychique aiguë nécessitant une réponse rapide et adaptée. Cette souffrance se traduit soit par la décompensation d'une affection psychiatrique soit par des états aigus transitoires. Chez la personne âgée plus encore que chez le sujet jeune, le diagnostic psychiatrique étant un diagnostic d'élimination, la prise en charge psychiatrique ne peut se faire qu'après avoir éliminé une étiologie organique [26]. Ces services d'urgences psychiatriques sont parfois intégrés au sein d'un service d'accueil d'urgences médicochirurgicales.

Les troubles du comportement perturbateurs chez le sujet âgé peuvent être liés à un problème médical ou psychiatrique [7,27] et les problématiques médicales sous-jacentes peuvent être amplifiées par les traitements médicaux prescrits pour ces troubles du comportement. Les psychiatres doivent donc s'assurer que le bilan médical est effectué de manière exhaustive [27].

Une étude sur un an effectuée aux SAU du CHU de Limoges montre que la prévalence des demandes d'avis psychiatriques pour des patients âgés de 65 ans et plus est de 5%. Parmi ces 5%, 27% n'ont bénéficié que d'un avis psychiatrique [28].

Dans deux cohortes étrangères [29,30], entre 3.4 et 7.2% des patients admis aux urgences psychiatriques sont des personnes âgées de 65 ans et plus. Entre 10 et 38% de ces patients sont jugés violents à leur admission. Ils sont plus fréquemment hospitalisés que les plus jeunes.

L'étude sur la cohorte taiwanaise [30] montre que les patients âgés reviennent plus fréquemment aux urgences psychiatriques que les sujets plus jeunes. Les transferts vers un hôpital général sont aussi plus fréquents pour cette population (5% vs 1.5%). Elle relève par ailleurs que 33.3% des patients sortants ont un suivi psychiatrique.

Des données émanant de maisons de retraite américaines [31] mettent en avant le fait qu'une partie de ces patients sont hospitalisés sous contrainte. Ce sont généralement des hommes plus jeunes, ayant une démence ou une pathologie psychiatrique sévère (surtout des troubles bipolaires et psychotiques), avec un index de Charlson moyen de 3.6 ($\pm$ 1.6).

II Troubles du comportement des sujets âgés

Un trouble du comportement est une altération dans les réactions observables d'un individu vis-à-vis d'une stimulation de son milieu intérieur ou extérieur.

La notion de « perturbateur » désigne les comportements qui posent problème, qui sont dérangeant ou dangereux pour autrui. Elle concerne donc les comportements qui ne sont pas de retrait (tels que l'apathie ou l'anxiété).

Les troubles psycho-comportementaux pouvant apparaître avant un diagnostic de trouble cognitif [32] et être favorisé par des comorbidités psychiatriques [33,34].

On détaillera ici les liens entre les troubles du comportement perturbateurs et les pathologies neurodégénératives et psychiatriques du sujet âgé. On ne recherche pas à présenter les troubles du comportement liés aux affections médicales aiguës ou chroniques.

II.A Troubles du comportement de la démence

II.A.1 Définitions

II.A.1.1 Démence

La démence, appelée *trouble neurocognitif majeur* dans le DSM-V, est caractérisée par un déclin cognitif qui compromet l'indépendance de la personne.

Voici les critères diagnostiques de la démence du *DSM-V*. Ils présentent quelques différences avec ceux du *DSM-IV*.

- A. Évidence d'un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception-motricité ou cognition sociale) sur la base :
 - 1. D'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien éclairé, ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive ; et
 - 2. D'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée.
- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités quotidiennes (c'est-à-dire, au minimum, besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne telles que le paiement des factures ou la gestion des médicaments).
- C. Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'une confusion.
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, le trouble dépressif majeur, la schizophrénie) [35]

II.A.1.2 SPCD

Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD), tels que définis par l'International Psychogeriatric Association [36], correspondent aux « signes et symptômes découlant de troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement ». Ce sont les manifestations non cognitives de la démence. Ils ont comme caractéristiques d'être en décalage avec le fonctionnement de la personne, d'évoluer dans le temps et d'être interdépendants.

On peut les classer selon l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) [37]. Cette échelle est la plus utilisée et adaptée [3] pour évaluer la fréquence, l'intensité et la gravité des SPCD. Elle les classe selon 12 items : idées délirantes, hallucinations, agitation ou agressivité, dépression ou dysphorie, anxiété, euphorie ou exaltation de l'humeur, apathie ou indifférence, désinhibition, irritabilité ou instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, trouble du sommeil et troubles de l'appétit. Le questionnaire détaillé rempli par un soignant permet en plus d'évaluer le retentissement des SPCD sur leurs activités professionnelles (cf. Annexe 1).

II.A.2 Diagnostic différentiel avec la confusion

D'après la définition du DSM-IV-revisité : « *La caractéristique essentielle du delirium est une perturbation de la conscience, accompagnée de modifications cognitives, qui ne peuvent pas s'expliquer par une démence préexistante ou en évolution. Le delirium est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, de l'intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, de l'utilisation d'un médicament, d'une substance toxique, ou d'une combinaison de ces différents facteurs.* » [38]

Ainsi, contrairement aux troubles du comportement dans la démence, la confusion :

- Apparaît brutalement
- Fluctue rapidement
- Se manifeste par des troubles de la vigilance ou de l'attention.
- Est toujours due à une affection médicale

La confusion est suspectée devant une modification du comportement antérieur. Mais une agitation chez un sujet dément n'est pas toujours le signe de confusion [39].

II.A.3 Épidémiologie

II.A.3.1 Démence

D'après l'étude coopérative européenne EURODEM [40], la prévalence des démences des sujets de 65 ans et plus est de 6,4%. Cette prévalence augmente avec l'avancée en âge, surtout concernant la maladie d'Alzheimer. Cette dernière est la plus fréquente des démences : elle représente 65 à 70% des patients déments soit, d'après l'étude française PAQUID, 17,8% des personnes âgées de 75 ans et plus [41].

II.A.3.2 SPCD

L'incidence de ces troubles (SPCD) est de 88 à 90% des patients déments selon les études [42,43,44]. Ils peuvent apparaître chez les personnes âgées de manière inaugurale à la démence, avant même que les troubles cognitifs soient mis en évidence [42]. Ils ont une origine complexe, souvent plurifactorielle : médicale (un trouble cognitif, une pathologie somatique aiguë, un trouble préalable de la personnalité ou névrotique), sociale (des difficultés d'intégration), environnementale (conflit intrafamilial) [45].

Un tiers des patients déments présente des symptômes psycho-comportementaux jugés modérés à sévères [46].

D'après un consensus du consortium européen sur la maladie d'Alzheimer, pour des démences légères à modérées, les SPCD les plus fréquents sont les comportements de retrait (apathie, anxiété et dépression). Puis viennent les comportements : d'agitation-agressivité, l'irritabilité, la déambulation et les troubles psychotiques (hallucinations, idées délirantes). La désinhibition et l'euphorie sont les moins fréquents, elles ont tendance à augmenter avec la sévérité du trouble cognitif [44,47].

Dans l'étude sur le suivi des SPCD sur 4 ans sur la cohorte REAL.FR [42], si l'on examine chaque symptôme indépendamment, la prévalence de l'agitation, la désinhibition, l'hallucination et des comportements moteurs aberrants augmentent dans le temps et avec l'aggravation de la maladie d'Alzheimer.

II.A.4 Spécificités des troubles du comportement selon le type de démence

II.A.4.1 *Troubles cognitifs légers*

Le DSM -5 introduit la notion de trouble neurocognitif léger défini par :

- A. Évidence d'un modeste déclin cognitif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception-motricité ou cognition sociale) sur la base :
 - 1. D'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien éclairé, ou du clinicien quant à un déclin léger de la fonction cognitive ; et
 - 2. D'un modeste déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée.
- B. Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec l'indépendance dans les activités quotidiennes (c'est-à-dire, les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne).
- C. Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'une confusion.
- D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Bien que les troubles psycho-comportementaux n'entrent pas dans les critères diagnostiques de ces troubles, des études récentes montrent que 50% des patients en présentent et 13% sont considérés modérés à sévères [32]. Ce sont principalement des troubles déficitaires (type dépression, apathie, troubles du sommeil et de l'appétit), mais l'irritabilité et l'agitation peuvent être présentes dans 15 à 45% des cas en fonction des études [32,48].

II.A.4.2 *Maladie d'Alzheimer*

Elle se caractérise par une détérioration cognitive progressive, d'abord de la mémoire puis des capacités d'apprentissage. Étant la pathologie démentielle la plus fréquente, les études sur les SPCD sont fréquentes.

On remarque que :

- Les idées délirantes augmentent entre les stades légers et modérés de la maladie, puis diminuent pour le stade suivant
- Les hallucinations sont présentes chez 30 % des patients au stade modéré

II.A.4.3 *Démence vasculaire*

Résultant d'un événement cérébro-vasculaire aigu, le déclin cognitif évolue par paliers aigus, puis un déclin plus global et progressif.

Dans le cas de multiples infarctus cérébraux focaux et diffus, l'évolution est progressive et les troubles neuropsychologiques prédominent sur les fonctions exécutives et les troubles du comportement (irritabilité, désinhibition et apathie).

II.A.4.4 *Démence fronto-temporale*

Elle correspond à des symptômes qui évoluent de manière insidieuse et un déclin cognitif graduel. Le DSM-5 met en avant deux formes cliniques de démence fronto-temporale :

- La forme comportementale, qui associe au moins trois de ces symptômes : désinhibition ; apathie, perte d'empathie ; comportement de persévération, stéréotypés ou de compulsion ; hyper oralité ou changement alimentaire. Et un déficit important des capacités exécutives ou de la cognition sociale
- La forme sémantique, qui retrouve des symptômes de déclin dans la capacité de langage

Les autres critères diagnostiques reprennent ceux de la démence.

Cette forme de démence développe plus de troubles du comportement de type frontaux : désinhibition et impulsivité par exemple.

II.A.4.5 *Démence à corps de Lewy*

Elle se caractérise par la persistance de signes cliniques correspondant à :

- Une atteinte cognitive fluctuante concernant les troubles de la mémoire ou des fonctions supérieures, se manifestant par des périodes de confusion et de lucidité
- La présence soit d'hallucinations associées ou non à des idées délirantes paranoïaques ; soit d'un syndrome extrapyramidal modéré spontané ou un syndrome de sensibilité aux neuroleptiques ; soit de chutes inexplicables, perte de conscience et/ou obnubilations transitoires

Les troubles psycho-comportementaux sont prépondérants dans cette démence.

II.A.5 *Facteurs de risque*

Les troubles du comportement perturbateurs du sujet âgé dément ont une origine multifactorielle. Ils sont liés à des facteurs propres à la personne (comorbidités, personnalité), au type de démence et à des facteurs environnementaux [3].

On peut lister les facteurs prédisposant :

- Le type de trouble cognitif et sa sévérité [42,44,48]
- Facteurs somatiques : pathologie chronique, douleur [49]
- Facteurs d'autonomie ou de fragilité : déficit sensoriel, handicap physique
- Facteurs de personnalité : modalités antérieures de caractère, réaction aux situations stressantes [33,50]
- Facteurs relationnels : attitude des aidants ou des professionnels [51,51]
- Facteurs d'environnement : changement de lieu de vie, changements d'habitudes de vie [53]

II.A.6 *Retentissement des troubles du comportement*

Leur retentissement sur l'entourage familial et soignant est très important. Ces symptômes sont associés à une moins bonne qualité de vie, une plus grande dépendance, un fardeau plus important pour les soignants ou les aidants naturels et un plus grand taux d'hospitalisation [54].

II.A.6.1 Sur les aidants

Les troubles du comportement responsable de plus de stress chez l'aidant sont la dépression et les troubles du type psychotique (associant idées délirantes, hallucination, agitation, euphorie, désinhibition, irritabilité et comportements moteurs aberrants) [55,56].

Les troubles du comportement perturbateurs augmentent le fardeau des soignants dans les EHPAD comme dans les services hospitaliers [4,47,57]. Et inversement, un comportement perturbateur du patient dément est favorisé par un fardeau important pour l'aidant ou une mauvaise relation avec ce dernier [54,58].

Le stress des soignants dû à l'agitation des patients est associé à une majoration des prescriptions de psychotropes par les médecins [59].

II.A.6.2 Hospitalisation

Ils représentent aussi l'un des motifs les plus fréquents d'hospitalisation en unité de court séjour gériatrique et augmentent avec le temps passé en hospitalisation [60,61]. De même, ils augmentent le risque d'admission aux urgences chez les patients déments [62]

Certains troubles du comportement perturbateurs - type violence ou agressivité physique - nécessitent une sédation et un isolement dans une unité sécurisée [7].

De plus un changement de lieu du patient, peut augmenter un comportement dépressif, une agitation ou le risque de mortalité, et de nombreux patients montrent des comportements perturbateur 3 mois après un changement de lieu [53].

II.A.6.3 Institutionnalisation

Indépendamment du déficit cognitif, plus le patient présente de troubles du comportement perturbateurs, plus il risque d'être institutionnalisé [42]. Les SPCD sont donc plus fréquents et plus nombreux en EHPAD que chez les patients vivant au domicile [44].

II.A.7 Prise en charge thérapeutique

II.A.7.1 Pharmacologique

II.A.7.1.1 La place des médicaments psychotropes

Les syndromes psycho-comportementaux sont à l'origine de nombreuses prescriptions de psychotropes au long cours [63]. En l'absence d'AMM spécifique aux troubles du comportement dans la démence, ils sont prescrits selon l'expérience clinique.

Leur prescription peut être envisagée à court-terme si :

- Les traitements non pharmacologiques sont insuffisamment efficaces
- Le patient ou son entourage sont mis en danger du fait de la sévérité des SPCD
- Le fonctionnement du patient est altéré du fait des SPCD
- Il n'y a pas d'origine iatrogène ou somatique des troubles du comportement

Une étude dijonnaise réalisée en 2012 [64] sur la cohorte de la Banque Nationale Alzheimer (patients de 75 ans et plus ayant une démence) montre que les patients institutionnalisés prennent plus d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antipsychotiques que les patients vivant au domicile. 40% des patients avaient reçu au moins un psychotrope sur l'année 2012 (21% à domicile et 79% en institution). Les patients en institution étant plus sujets aux troubles du comportement, la réponse médicamenteuse est donc celle utilisée malgré les recommandations récentes.

Les études sur l'impact des prescriptions de psychotropes chez le sujet âgé montrent que :

- Le risque iatrogénique est important : les prescriptions de psychotropes augmentent le risque de chute, de fracture et de confusion pouvant entraîner des hospitalisations [65]
- La prescription d'antipsychotiques augmente le risque de mortalité à long terme [66]
- Les patients âgés atteints de démence avec des troubles du comportement non sévères peuvent arrêter les antipsychotiques au long terme sans effets néfastes sur leur comportement [66,68]

Toutefois, une étude toulousaine a montré une réduction de 40% de l'usage des antipsychotiques chez les patients âgés déments, entre 2003 et 2011 [69].

La prise en charge médicamenteuse peut être justifiée à long terme selon la pathologie psychiatrique sous-jacente, devant une dépression avec un masque délirant par exemple [3].

II.A.7.1.2 Les anti-démenciels

En 2009, l'HAS ne recommandait pas la prescription des traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer dans la prévention et le traitement des troubles psycho-comportementaux, faute de données cliniques. De multiples études sont en cours pour étudier en critère de jugement principal leur efficacité sur les troubles du comportement dans les démences.

Toutefois, lorsque ces traitements sont indiqués, de multiples études retrouvent un effet des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (donépézil, rivastigmine et galantamine) sur les symptômes neuropsychiatriques [70]. Cet effet est modeste et inconstant et concerne surtout les symptômes négatifs. La population ciblée présentait une maladie d'Alzheimer de stade léger à modérément sévère. Lorsque ce traitement doit être arrêté, il faut réduire la dose progressivement pour limiter la survenue de troubles du comportement. La méta-analyse Van der Linde *et al.*, met en avant une efficacité du donépézil et de la galantamine sur les symptômes psychotiques de la démence [47,70].

La mémantine prescrite dans les maladies d'Alzheimer de stade modéré à sévère, pourrait être efficace dans la prévention et le traitement des troubles du comportement, surtout sur l'agitation et l'agressivité. Mais de même que pour les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, les études montrent une variabilité de résultats [70].

II.A.7.1.3 Les psychotropes

II.A.7.1.3.1 Les antipsychotiques

Les neuroleptiques étant efficaces sur les troubles psychotiques, ils sont souvent prescrits chez des patients déments présentant agitation, agressivité, cris et comportements moteurs aberrants [69].

L'HAS ne les recommande qu'en cas de trouble sévère après échec des traitements non médicamenteux ou en cas d'urgence, mais après avoir bien évalué la balance bénéfice/risque.

On privilégiera les neuroleptiques atypiques qui présentent moins d'effets indésirables que les neuroleptiques classiques, surtout concernant les symptômes extrapyramidaux [71]. Toutefois, on rappelle que les sujets âgés présentent plus fréquemment que les sujets jeunes des effets secondaires de ces traitements, tels que les effets anticholinergiques périphériques (sècheresse buccale, constipation, rétention urinaire, tachycardie, vision floue, aggravation d'un glaucome préexistant) et centraux (hypotension orthostatique, troubles du rythme, confusion, délire, aggravation de troubles cognitifs, sédation, chutes et fractures). Le risque de surmortalité dans cette population traitée par neuroleptiques a été démontré. De plus, les

neuroleptiques étant métabolisés par le cytochrome P450, les risques d'interaction médicamenteuse sont importants [65]. Toutefois, en l'absence d'alternative pharmacologique efficace [71], l'usage de ces molécules est possible, mais sous certaines conditions.

Chez le sujet âgé, deux types d'antipsychotiques sont préconisés en raison des données connues. La risperidone a une posologie de 0,25 mg à 1 mg par jour et l'olanzapine a la dose de 2,5 mg à 5 mg par jour. La clozapine peut être prescrite en cas de trouble psychotique dans la maladie de Parkinson [3,72].

Ces traitements doivent être prescrits sur une durée très limitée, et être réévalués très régulièrement. L'HAS limite les prescripteurs aux spécialistes dans cette indication : prescription hospitalière initiale par un neurologue, un psychiatre ou un gériatre.

Les mêmes préconisations de prescription de neuroleptiques sont recommandées pour d'autres indications chez le sujet âgé : psychose tardive, idées délirantes chroniques, dépression avec signes psychotiques [65].

II.A.7.1.3.2 Les anxiolytiques

Il existe peu de données sur la prescription de benzodiazépines dans cette indication. L'HAS recommande d'utiliser des molécules à demi-vie courte, sans métabolite actif et non métabolisées par le foie, soit l'oxazépam et le lorazepam.

Les effets indésirables redoutés sont : le risque de chute, la sédation, les réactions paradoxales, l'accentuation des troubles mnésiques, la dépendance, le syndrome de sevrage.

Les règles de bonne pratique de l'HAS de 2007, préconisent d'utiliser de faibles posologies, la durée ne devant pas excéder quelques jours, au maximum 12 semaines. Ceci pour limiter le risque de dépendance et d'aggravation des troubles cognitifs.

II.A.7.1.3.3 Les hypnotiques

Ils sont fréquemment prescrits en pratique clinique, aucune étude clinique n'évalue les hypnotiques non benzodiazépiniques (zopiclone et zolpidem) dans cette indication.

II.A.7.1.3.4 Les thymorégulateurs

Que ce soit la lamotrigine, la carbamazépine ou le valproate de sodium, ils sont envisagés après échec des antipsychotiques et des inhibiteurs de la sérotonine dans la gestion de l'agitation et l'agressivité des patients déments. Leurs effets secondaires et l'absence d'études cliniques fiables expliquent qu'ils ne soient pas recommandés [3].

Ils ont toutefois une indication dans les épisodes maniaques du sujet âgé, par extension du traitement de l'adulte plus jeune.

II.A.7.1.3.5 Les antidépresseurs

Les molécules recommandées chez le patient âgé dépressif et dément sont : la fluoxétine, la sertraline, le citalopram et la paroxétine. Les antidépresseurs tricycliques sont à éviter du fait de leur action anticholinergique importante. [3]

En dehors de leur indication pour épisode dépressif majeur ou trouble anxieux, ces molécules n'ont pas montré d'efficacité sur les troubles du comportement, hormis le citalopram, et la paroxétine dans la démence fronto-temporale [65].

Du fait des changements physiologiques liés au vieillissement, la réponse thérapeutique est plus longue, il faut un délai de 6 semaines minimum pour juger de l'efficacité du traitement. Devant le risque d'interaction médicamenteuse et les effets indésirables attendus, il est recommandé de débiter le traitement à de plus faibles doses.

Dans les démences sévères, il est conseillé de les arrêter car ils peuvent être responsables d'une agitation croissante [70].

II.A.7.2 Interventions non médicamenteuses

Bien qu'aucune de ces interventions non médicamenteuses n'ait fait la preuve de son efficacité du fait de difficultés méthodologiques, elles ont une place majeure dans la prise en charge du patient. Elles s'appliquent de manière collective ou individuelle.

Elles sont nombreuses, on retient : la stimulation cognitive, l'exercice physique et la stimulation multi sensorielle type Snoezelen.

Chacune de ces interventions a pour but l'amélioration de la qualité de vie des patients, et donc de diminuer la fréquence et la sévérité des troubles du comportement.

Elles sont recommandées en 1^{ière} intention pour la prise en charge des troubles psycho-comportementaux [3,36,73,74,75].

De plus, les recommandations insistent sur l'importance d'une information et éducation des patients et des aidants (naturels et professionnels) dans la prise en charge des troubles du comportement de la démence. En effet, l'explication de la maladie, ses symptômes, son évolution et des indications sur le savoir-être et le savoir-faire face à ces situations, permet une meilleure prise en charge de ces patients [3].

II.B Troubles du comportement et pathologies psychiatriques

Les études des équipes de psycho-gériatrie extrahospitalières mettent en évidence que lors de leurs interventions, les diagnostics de démences sont souvent associés à des diagnostics de troubles psychiatriques [76,77].

En dehors des SPCD, les troubles du comportement perturbateurs chez le sujet âgé peuvent correspondre à des pathologies psychiatriques. La psychiatrie du sujet âgé regroupe les patients vieillissant soit avec une pathologie psychiatrique chronique de l'âge adulte, soit avec des pathologies psychiatriques apparaissant à l'âge avancé. Ces pathologies sont décrites ci-après.

II.B.1 Dépression

II.B.1.1 Épidémiologie

Bien que souvent sous-diagnostiqués et insuffisamment traités, les symptômes dépressifs sont retrouvés dans la population âgée avec une fréquence de 10 à 25%. Dans une cohorte française de Ritchie *et al.*, la prévalence d'épisode dépressif majeur est de 26,5% sur une vie [78]. Cette cohorte compte 1873 patients âgés de 65 ans et plus, non-institutionnalisés. En médecine générale, 15 à 30% des patients présentent des troubles dépressifs, ces troubles étant souvent masqués par des troubles somatiques. Chez les patients hospitalisés, la prévalence moyenne de la dépression est de 20% [34].

II.B.1.2 Description sémiologique chez le sujet âgé

Chez le sujet âgé, la présentation clinique de la dépression est moins franche et moins claire que chez le sujet jeune. On retrouve plus fréquemment des plaintes somatiques, de l'irritabilité, de la perte d'intérêt, des idées délirantes et de l'agitation [50]. Surtout si la dépression survient après 60 ans, les caractéristiques mélancoliques et délirantes sont plus fréquentes [79] et l'humeur dépressive peut se présenter au second plan après les troubles du comportement.

Le tableau clinique typique d'un épisode dépressif majeur est caractérisé par [35] :

- Une humeur triste et une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités depuis plus de 2 semaines
- Et au moins 4 symptômes parmi cette liste : une perte ou une prise de poids ou perte d'appétit, des troubles du sommeil, un ralentissement psychomoteur ou agitation, une fatigue, une dévalorisation ou culpabilité excessive, un fléchissement intellectuel, des idées noires et suicidaires.

Les formes masquées décrites par Clément et al. [80] sont :

- Masque somatique : avec des plaintes somatiques au premier plan
- Masque hypochondriaque
- Masque délirant : au premier plan, on retrouve des idées de préjudice, de persécution ou de jalousie, les mécanismes sont plutôt interprétatifs et imaginatifs, parfois des hallucinations auditives ou visuelles. Pour différencier d'une pathologie psychotique, dans ce tableau, on ne retrouve pas de syndrome dissociatif, d'automatisme mental ou d'antécédent psychotique. On retrouve fréquemment des troubles du comportement agressifs et revendicateurs
- Masque hostile : elle est caractérisée par une hostilité du patient, avec irritabilité, colère et labilité émotionnelle au premier plan, le fait d'un changement récent du caractère permet de le différencier d'un trouble caractériel
- Masque anxieux
- Masque confusionnel : une importante angoisse pouvant désorienter le patient et lui donner des troubles de l'attention
- Masque démentiel : le patient présente une altération des compétences intellectuelles. On retrouve alors : désorientation, trouble mnésique, trouble de la concentration et maladresse. Le patient peut alors présenter une agitation et des comportements moteurs et vocaux aberrants. Les tests neuropsychologiques et la réversion des symptômes sous antidépresseurs permettent le diagnostic différentiel de la démence.
- Masque conatif : touche les patients très âgés, elle se manifeste par une démotivation affective, relationnelle et sociale

La prise en charge des patients âgés dépressifs est avant tout en ambulatoire. L'hospitalisation est motivée par : une idéation suicidaire, un état général précaire, une hostilité entre personne âgée et son entourage entre autres.

Le traitement par antidépresseur est nécessaire : inhibiteur de la recapture de la sérotonine, un inhibiteur réversible et sélectif de monoamine oxydase A ou un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline sont les traitements les mieux tolérés et les plus efficaces chez le sujet âgé. Dans les formes délirantes il est parfois utile d'ajouter un antipsychotique à faible dose. Du fait de la physiologie du vieillissement, le délai de réponse au traitement peut être plus long (6 à 12 semaines) [65].

II.B.2 Troubles anxieux

On regroupe sous cette catégorie : le trouble anxieux généralisé, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs et le stress post-traumatique.

II.B.2.1 Épidémiologie

Toutefois, la prévalence de l'ensemble des troubles anxieux (selon le DSM-IV) est de 29,4% dans la cohorte de Ritchie *et al.* [78]. Les phobies sont le trouble anxieux le plus fréquent (17,6%). Bien que très fréquents dans cette population, car ce sont l'une des premières manifestations psychologiques, il existe peu d'études spécifiques. Ils sont souvent associés à des manifestations somatiques chroniques et communes, ce qui rend difficile leur diagnostic.

II.B.2.2 Description sémiologique chez le sujet âgé

Devant la variété des troubles anxieux du sujet âgé, on évoquera les particularités les plus courantes [81].

L'anxiété généralisée, qui débute fréquemment avec l'avancée en âge, se traduit le plus souvent à travers de multiples plaintes somatiques évoluant depuis 6 mois au moins. Les plaintes psychiques présentes ne sont pas évoquées en premier lieu par le patient. On retiendra : l'irritabilité, la fatigabilité, les troubles de la concentration, de la mémoire, du sommeil voire une agitation.

Les troubles phobiques peuvent se décompenser avec le vieillissement du fait des événements de vie (affectifs, sociaux, somatiques) ou de l'apparition d'une dépendance. Les patients adoptent des stratégies d'évitement qui deviennent plus difficiles à mettre en œuvre. Par ailleurs, ils peuvent développer de nouvelles phobies (syndrome post-chute et phobie de la marche, agoraphobie et entrée en maison de retraite, ...)

Le trouble panique est considéré comme rare chez le sujet âgé, toutefois il peut se manifester par des crises atypiques (pseudo-urgence cardiaque ou pulmonaire, agitation d'allure confusionnelle, ...) rendant le diagnostic difficile. Ces attaques de panique avec un état d'agitation aiguë réactionnelle sont souvent perçues comme un trouble du comportement.

Les troubles obsessionnels compulsifs n'ont pas de spécificité chez le sujet âgé.

De plus, elle est très fréquente dans la démence et fait partie des SPCD les plus retrouvés [40,42].

II.B.3 Troubles bipolaires

Les troubles bipolaires chez le sujet âgé présentent deux particularités : l'âge de début et la polarité des épisodes antérieurs.

II.B.3.1 Épidémiologie

Dans la cohorte de Ritchie *et al.* [78], la prévalence est de 1,2% sur toute une vie. Dans une méta-analyse sur les troubles bipolaires du sujet âgé [82], il est mis en évidence une diminution de la prévalence des troubles bipolaires avec l'avancée en âge. La prévalence des 65 ans et plus concernant ce trouble varie de 0,25 à 0,5% dans la population générale.

Par ailleurs, cette méta-analyse indique chez les patients hospitalisés en psychiatrie une prévalence de troubles bipolaires de 8,7% en moyenne (4,7 à 18,5%), et une durée d'hospitalisation plus longue pour cette pathologie comparée à une population plus jeune, sans doute du fait de comorbidité médicale ou de symptômes plus longs à traiter.

II.B.3.2 Description sémiologique chez le sujet âgé

Dans cette population, on distingue trois sous-types de troubles bipolaires [83] :

- Trouble ayant débuté à l'âge adulte sur un mode unipolaire dépressif avec un épisode maniaque apparaissant tardivement (7 à 30% des cas)
- Trouble bipolaire de l'âge adulte et se pérennisant avec le vieillissement (13 à 60% des cas)
- Trouble maniaque apparaissant à l'âge avancé (après 65 ans), sans épisode thymique antérieur (20 à 26% des cas)

Dans les 2 premiers sous-types, les analyses sémiologiques à ce jour ont des résultats contradictoires et ne permettent pas de conclure à une spécificité du tableau clinique chez le sujet âgé.

On rappellera qu'un épisode maniaque est classiquement composé : d'une hyperactivité, d'une diminution du besoin de sommeil, d'une fuite des idées, d'un délire de grandeur, de dépenses inconsidérées et d'une hypersexualité [35].

La présentation clinique peut être atypique avec des symptômes non retrouvés dans les troubles bipolaires du sujet plus jeune. Il regroupe : plus de syndromes dépressifs et d'épisodes mixtes (accélération idéique, agitation, humeur dépressive, culpabilité, indignité, idées suicidaires) ; plus d'éléments délirants de persécution non congruents à l'humeur ; plus d'hostilité et d'irritabilité ; plus de syndrome confusionnel, de troubles du comportement et de troubles cognitifs ; moins de troubles du cours de la pensée et d'euphorie.

Dans le dernier sous-type, le lien entre manies tardives et pathologies neurologiques (telles que : lésions ischémiques, néoplasiques ou traumatiques) ou pathologie neurodégénérative est important, on parle alors de manie secondaire.

II.B.4 Psychoses

II.B.4.1 Épidémiologie

Selon la cohorte de Richtie *et al.*, la prévalence sur une vie des psychoses est de 4,7% (concerne les schizophrènes et les troubles de l'humeur avec des caractéristiques psychotiques) [78] avec dans 70 % des cas une survenue avant 40 ans. La prévalence de la schizophrénie stricte descend à 0,1-0,5% chez les sujets âgés de 65 ans et plus.

II.B.4.2 Description sémiologique chez le sujet âgé

On distingue chez le sujet âgé : les troubles psychotiques ayant débuté à l'âge adulte (ou psychose vieillie) et les délires d'apparition tardive.

En général, dans le premier groupe, les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont la schizophrénie, les troubles graves de la personnalité (limite, hystérique, paranoïaque) et les formes délirantes des troubles bipolaires. Les symptômes ont tendance à s'atténuer avec l'âge.

Dans le second groupe, le délire inaugural correspond à plus de 30% des dépressions du sujet âgé [50], mais aussi aux épisodes psychotiques aigus réactionnels et autres syndromes psychotiques.

La psychose hallucinatoire chronique (PHC) (bien qu'uniquement décrite en France) débute typiquement vers 40-50 ans. La symptomatologie comprend : des hallucinations auditives, cénesthésiques et olfactives ; des automatismes mentaux à thématique de persécution, l'adhérence est totale. Les idées délirantes s'enrichissent avec l'âge et les troubles du comportement (plaintes, fuite, ...) apparaissent tardivement.

En dehors de la PHC bien décrite en France, la notion de schizophrénie tardive (apparaissant après 60 ans) est toujours controversée. La présence d'une dissociation n'étant pas toujours présente dans les délires tardifs, on ne peut pas toujours évoquer le terme de schizophrénie. La prise en charge varie donc en fonction du diagnostic psychiatrique établi.

L'épisode psychotique aigu réactionnel correspond à un épisode délirant survenant à la suite d'un événement de vie. L'évolution est le plus souvent favorable avec la disparition du délire, et les traitements antipsychotiques ne sont préconisés qu'en cas de troubles du comportement perturbateurs et dangereux.

Les délires d'apparition tardifs risquent d'évoluer vers une démence, ou d'être un symptôme inaugural de la démence. En effet des études suivant les patients ayant présenté un délire tardif, ont montré que 26 à 65% de ces patients évoluaient vers une démence [84].

II.B.5 Addictions

II.B.5.1 Épidémiologie

Les sujets âgés sont moins concernés que les plus jeunes par les problèmes d'addictions. Il existe peu d'études sur l'addiction spécifique des sujets âgés. La modification du métabolisme liée au vieillissement rend plus difficile de reconnaître les seuils de tolérance, ce qui risque de minorer les problèmes de dépendance dans cette population. L'étude française PAQUID de 1991 montre que 30% des personnes âgées consomment régulièrement des benzodiazépines. Les autres produits illicites chez le sujet âgé concernent plutôt des toxicomanes qui continuent à vivre [78].

II.B.5.2 Description et lien avec troubles du comportement

Ce sont principalement des manifestations de confusion, troubles du sommeil, anxiété et dépression qui sont liés à la prise de ces substances (médicaments psychotropes, alcool, ...) en excès ou liés au sevrage.

II.B.6 Troubles de la personnalité

II.B.6.1 Épidémiologie

Selon la méta-analyse d'Abrams et Horowitz [85], les troubles de la personnalité chez le sujet âgé sont estimés entre 10% et 20% de cette population. Seuls ceux du cluster B tendraient à diminuer avec le vieillissement.

II.B.6.2 Description et liens avec les troubles du comportement

Pendant longtemps, on considéra que les troubles de la personnalité s'amélioraient avec le vieillissement. Les troubles de la personnalité au cours du vieillissement tendraient globalement à un repli social, un syndrome dépressif ou une amélioration. On remarquera tout de même, selon les types de personnalités de la classification du DSM-IV-TR, une tendance à la décompensation délirante pouvant aller jusqu'à la schizophrénie tardive pour les personnalités de type schizoïde (cluster A) ; une tendance aux accès colériques pour les personnalités de type histrionique (cluster B) ; la persistance de troubles interpersonnels pouvant entraîner des comportements agressifs ou conflictuels chez les borderline ; et un développement de l'agressivité, de l'hostilité en cas de personnalité compulsive obsessionnelle [86].

De nombreuses études ont démontré des modifications de la personnalité ayant précédé l'apparition de la maladie d'Alzheimer. Ces patients semblent présenter plus de troubles du comportement perturbateurs tels que : hostilité, grossièreté [84].

Ces éléments montrent bien la difficulté de mettre en évidence un trouble de la personnalité du sujet âgé. L'évolution du trouble au cours du vieillissement et qui sort donc de la classification du DSM montre la nécessité d'adapter un modèle basé sur les traits stables de la personnalité et les processus dynamiques au cours de l'âge. L'identification de ces personnalités chez le sujet âgé permet d'adapter sa prise en charge.

III Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs en situation aiguë

Nous présentons dans cette partie les recommandations de prise en charge des troubles du comportement perturbateurs de la personne âgée en se basant sur les recommandations de l'HAS de mai 2009 [3,39] et sur les conférences de consensus de la SFMU de 2003 [5] et de l'American Association for Emergency [87].

III.A Évaluation et Hospitalisation

III.A.1 Évaluation initiale

Devant un patient âgé présentant des troubles du comportement perturbateurs, les recommandations dépendent du statut cognitif du patient et du niveau de tolérance de son entourage. Il convient d'apprécier :

- Le degré d'urgence
- La dangerosité pour le patient ou pour autrui
- L'ancienneté du trouble
- Le contexte de survenue
- Les comorbidités médicales, les antécédents cognitifs et psychiatriques
- La contrôlabilité du trouble du comportement

En fonction de ces caractéristiques, l'évaluateur – médecin ou non – décide de la nécessité d'un transfert aux urgences ou d'une hospitalisation [87].

III.A.2 Décision d'hospitalisation et modalités

III.A.2.1 *Cas de démence connue*

L'hospitalisation est recommandée si les troubles ne peuvent être gérés de manière rapide et sécurisante. C'est-à-dire en cas de menace du pronostic vital ou fonctionnel, d'une dangerosité du patient, de nécessité d'un bilan complémentaire non accessible rapidement en ambulatoire, d'une surveillance médicale rapprochée, ou d'un milieu de vie non sécurisant.

Le recours à une hospitalisation directe est privilégié en unité spécialisée, telle que dans un service d'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC). À défaut, le patient pourra être adressé aux services d'urgence, d'où l'importance pour le médecin de premier recours de connaître la filière hospitalière.

Le recours à l'hospitalisation sous contrainte doit être exceptionnel, seulement en cas de refus du patient et d'urgence importante : dangerosité pour lui ou pour autrui, absence de son consentement fiable, ou si l'hospitalisation est la seule prise en charge possible. Il a pour but le soin et non l'institutionnalisation [3].

III.A.2.2 *Autres cas*

On se réfère aux recommandations concernant la confusion chez la personne âgée [39] et à celles concernant l'agitation en urgence [5]. Le service d'accueil d'urgences est recommandé en priorité pour réaliser les premières explorations. La SFMU rappelle que l'admission directe en secteur psychiatrique doit rester l'exception et ne doit être envisagée qu'en cas de certitude d'absence de troubles organiques déclenchants.

III.B Recherche de causes cliniques

Il convient en priorité de rechercher une cause organique, grâce à un bilan clinique et biologique en première intention, complété d'imagerie ou d'autres examens complémentaires si besoin. On recherchera :

- Une affection médicale intercurrente, telle que : un Accident Vasculaire Cérébral, une tumeur cérébrale, une Infection (herpès, toxoplasmose, autre encéphalite infectieuse), une épilepsie, etc.
- Un facteur déclenchant d'un syndrome confusionnel : globe vésical, fécalome, douleur, pathologie métabolique, endocrinienne, cardiovasculaire, générale...

La recherche d'une cause médicamenteuse doit être systématique chez le patient âgé :

- Médicaments confusiogènes
- Intoxication
- Sevrage

Puis les facteurs de risque doivent être éliminés :

- Les facteurs prédisposant : troubles cognitifs, critères de fragilité, perte d'autonomie
- Les facteurs d'environnement : évènement de vie, problèmes relationnels ou attitudes inadaptées des aidants

La recherche de causes psychiatriques est recommandée en deuxième intention.

On cherchera à distinguer une confusion, un syndrome psycho-comportemental de la démence ou une décompensation de pathologie psychiatrique.

En cas de confusion ou de suspicion de troubles comportementaux liés à la démence, une évaluation gériatrique est préconisée [39], notamment par les Équipes Mobiles de Gériatrie.

En cas d'agitation aiguë, la SFMU préconise une intervention précoce des psychiatres pour aider au diagnostic (y compris somatique) et une hospitalisation en psychiatrie si nécessaire.

III.C Prise en charge symptomatique

Le premier traitement du symptôme reste le traitement de la cause. Toutefois, afin de limiter le trouble du comportement et de réaliser les explorations étiologiques nécessaires, des mesures symptomatiques peuvent être utilisées.

III.C.1 Prise en charge non médicamenteuse

III.C.1.1 Approche relationnelle

Dès l'accueil, que l'agitation soit contrôlable ou non, la SFMU préconise une prise en charge au niveau urgence absolue. Elle doit permettre de prévenir l'escalade vers la violence et le passage à l'acte.

L'HAS recommande notamment de limiter la multiplicité des intervenants, de favoriser la présence de la famille et de l'entourage, de respecter le degré d'autonomie de la personne et de favoriser la mobilité physique tout en évitant le risque de fugue [39].

III.C.1.2 Contention physique

Les mesures de contention physique ne sont pas recommandées chez les personnes âgées. Leur recours ne s'envisage qu'en cas d'échec des autres mesures (pharmacologique, environnementale ou relationnelle) et en cas de dangerosité à court terme ou pour permettre les investigations et traitements nécessaires. Elle ne doit être prescrite qu'en situation où une surveillance suffisante peut être appliquée. Elle ne doit pas être prescrite plus de 24h et doit être réévaluée régulièrement. C'est un facteur de confusion, mais aussi d'aggravation du trouble du comportement [3,39,88].

III.C.2 Prise en charge médicamenteuse

Chez le sujet âgé, lorsque les mesures relationnelles ne sont pas suffisantes et que la balance bénéfice-risque est en faveur de l'emploi de médicaments, il faut envisager l'utilisation de benzodiazépines ou de neuroleptiques.

Le CHU de Bordeaux a mis à la disposition des médecins, sur son intranet, un protocole en cas d'agitation aiguë chez la personne âgée (cf. Annexe 5).

III.D Surveillance et devenir

III.D.1 Surveillance du patient

Il faut surveiller la tolérance du traitement symptomatique, rechercher des effets indésirables des traitements employés et réévaluer leur prescription.

Un patient âgé présentant des troubles du comportement est susceptible de présenter des complications au cours de son séjour. La surveillance des paramètres généraux et de l'évolution des symptômes est donc nécessaire.

III.D.2 Devenir

Le retour à domicile est préconisé en cas de confusion ou de troubles psycho-comportementaux de la démence, après amélioration des troubles.

Dans le cas où la confusion est liée à un état dépressif caractérisé et sévère avec des symptômes délirants, il est recommandé d'hospitaliser le patient en service de psychiatrie [39].

L'institutionnalisation doit être réfléchie et préparée à l'avance avec le patient. Il est préconisé de ne pas attendre une situation d'urgence en cas de trouble du comportement perturbateur connu chez un sujet dément.

IV Offre de soins sur Bordeaux

Le CHU de Bordeaux comporte trois structures hospitalières :

- Le groupe hospitalier Pellegrin
- Le groupe hospitalier Sud constitué par l'hôpital Haut-Lévêque, l'hôpital Xavier Arnoz situé à Pessac et le centre de gériatrie de Lormont
- Le groupe hospitalier Saint-André situé au centre-ville de Bordeaux

IV.A Filière médico-gériatrique

IV.A.1 Services d'Accueil d'Urgences

Les SAU pour patients adultes du CHU de Bordeaux sont répartis sur 2 sites : l'hôpital Pellegrin et l'hôpital de Saint-André.

IV.A.1.1 Hôpital Pellegrin

IV.A.1.1.1 Missions

Initialement, ce service était dévolu à la prise en charge des urgences orthopédiques, chirurgicales et neurologiques, car l'hôpital Pellegrin regroupe la neurologie, les activités de chirurgie orthopédique et urologiques et divers services de médecine dont un service de post-urgence. Au fil du temps, il a accueilli de plus en plus de patients âgés venant pour des problématiques médicales. Ils accueillent en moyenne 200 patients par jour.

IV.A.1.1.2 Locaux

Les locaux sont segmentés en différents secteurs (Salle d'accueil, service des soins externes relié au bloc des urgences, secteur de post-urgence et unité d'hospitalisation d'Urgence), chacun disposant d'une équipe soignante différente. Les patients peuvent être amenés à rencontrer différentes équipes en fonction de leur parcours de soins. La disposition des locaux oblige à déplacer fréquemment les patients, ce qui complexifie la prise en charge des patients âgés en cas de troubles du comportement.

IV.A.1.2 Hôpital Saint-André

IV.A.1.2.1 Missions

Le SAU de l'hôpital Saint-André accueille principalement des patients ayant des problématiques médicales. Il reçoit en moyenne 70 patients par jour, dont de nombreuses personnes âgées, et est confronté à des problématiques de proximité liées à sa situation en centre-ville (ivresse aiguë ou autres intoxications volontaires par exemple).

IV.A.1.2.2 Locaux

Le service se compose d'1 salle de transit, 9 box de prise en charge initiale, 1 salle de consultation, 6 post-box et 4 places d'isolement. Un service d'unité d'Hospitalisation d'Urgence (UHU, anciennement UHCD) est aussi géré par les médecins urgentistes.

IV.A.1.2.3 Organisation

Au sein du service des urgences (SAU ou UHU), interviennent des équipes consultantes : outre l'EMOG (décrite ci-dessous), une infirmière de l'équipe ELSA (Équipe de liaison et de Soins en Addictologie) et l'équipe de liaison en psychiatrie (décrite plus bas).

L'hôpital Saint-André comprend notamment : une unité de gériatrie post-urgences (UPUG), un service de réanimation polyvalente et digestive, un service de chirurgie digestive, une unité de cardiologie, des services de médecine interne et d'oncologie.

IV.A.2 Pôle gériatrique

IV.A.2.1 EMOG

IV.A.2.1.1 Dispositif réglementaire

La circulaire du 18 mars 2002 pour l'amélioration de la filière de soins gériatriques, a permis de créer les Équipes Mobiles de Gériatrie (EMOG) qui interviennent dans les SAU et les services hospitaliers pour aider à la prise en charge des patients âgés [89].

Leurs missions consistent à :

- Donner des conseils, informations et formations pour les équipes soignantes, sur les bonnes pratiques gériatriques
- Réaliser une évaluation médico-psycho-sociale des personnes âgées fragiles et donner un avis gériatrique diagnostique et thérapeutique
- Aider à l'élaboration du projet de soin et/ou de vie
- Orienter les patients au sein de la filière gériatrique ou à la sortie d'hospitalisation

Elles ont un rôle de consultant et la prise en charge médicale reste sous la responsabilité du service demandeur.

IV.A.2.1.2 Types d'interventions

En pratique courante, les EMOG réalisent 3 types d'intervention :

- Une évaluation gériatrique standardisée
- Une consultation gériatrique avec orientation
- Une activité de coordination et de liaison

Une étude nationale rétrospective sur une période de 4 mois, concernant 15 équipes mobiles (dont 55% interviennent aux urgences), montre que les patients vus étaient admis pour : chute (28,9%), pathologie cardio-pulmonaire (19,6%), infection (12,9%), altération de l'état général (10,8%), confusion (9,5%) et problème social (1,6% seulement) [90].

IV.A.2.1.3 Population

Les études montrent que les EMOG sont de plus en plus sollicitées au sein des services d'urgences. Elles aident au retour au domicile dans des conditions optimales ou à l'orientation des patients hospitalisés dans la filière de soins adaptée [6].

IV.A.2.1.4 Spécificités des EMOG du CHU Bordeaux

Trois équipes sont présentes sur le CHU de Bordeaux, réparties entre l'hôpital Pellegrin et l'hôpital Saint-André. Deux d'entre elles interviennent aux SAU sur demande des urgentistes, l'autre intervient dans les services médico-chirurgicaux.

Aux SAU de Pellegrin comme de Saint-André, les EMOG sont présentes 4 jours par semaine. Elles sont composées chacune d'un médecin gériatre, d'une infirmière diplômée d'état, d'une assistante sociale et d'une secrétaire (à distance). Elles dépendent du pôle de gériatrie clinique situé à l'hôpital Xavier Arnoz.

Elles sont souvent sollicitées par les médecins urgentistes pour aider à la gestion des troubles du comportement perturbateurs. En effet, cette prise en charge chronophage pour le médecin urgentiste nécessite une évaluation globale. Elles ont parfois besoin d'un recours à un avis psychiatrique, elles peuvent alors demander l'avis du psychiatre de liaison ou transférer le patient au SECOP.

IV.A.2.2 Services d'hospitalisation

IV.A.2.2.1 Unités de Court Séjour Gériatrique

Elles prennent en charge les patients âgés de 75 ans et plus présentant une pathologie médicale aiguë.

Il en existe trois :

- Une unité de post-urgence gériatrique (UPUG) au sein de l'hôpital Saint-André, elle prend en charge les patients en aval des urgences pour une durée moyenne de 8 jours
- Deux unités de médecine gériatrique situées au sein de l'hôpital Xavier Arnozan, qui admettent les patients venant des urgences mais aussi du domicile :
 - o L'une compte 30 lits dont 3 lits identifiés de soins palliatifs et accueille les patients venant des urgences de Pellegrin en priorité
 - o L'autre compte 34 lits, dont 15 lits en unité sécurisée, et prend en charge les patients déments présentant une affection médicale intercurrente

IV.A.2.2.2 Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique

Situés au sein de l'hôpital Xavier Arnozan, ils accueillent les patients de plus de 75 ans poly-pathologiques et dépendants ou à risque de dépendance, en provenance des services ou unités du CHU.

On compte deux unités :

- SSR 1 : spécialisés dans la ré-autonomisation des patients âgés après une affection médicale ou chirurgicale
- SSR 2 : plus orientés vers la rééducation et réadaptation fonctionnelle à la suite de pathologies neuro-vasculaires

IV.A.2.2.3 Unités d'hébergement

L'unité de Soins de Longue Durée prend en charge les patients dépendants poly-pathologiques instables nécessitant un suivi médical continu. Elle accueille également des patients présentant des troubles du comportement hormis les comportements moteurs aberrants ou la déambulation.

Les EHPAD sont répartis entre le site de Lormont et celui de Xavier Arnozan (les jardins de l'Alouette). Cette dernière prend en charge exclusivement les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Elle contient une unité d'hébergement renforcée pour la prise en charge des troubles sévères du comportement.

IV.A.2.2.4 Unités cognitivo-comportementales

Situées en dehors du CHCP, il existe 2 unités cognitivo-comportementales en Gironde :

- L'une dépend du centre hospitalier de Libourne, c'est un Service de Soins de Suite spécialisé en psychogériatrie
- L'autre est aux Fontaines de Monjous, à Gradignan.

IV.A.2.2.4.1 Missions

Ces structures prennent en charge les patients âgés déments autonomes à la marche et ayant des troubles du comportement perturbateurs. Le but de ces structures est de stabiliser ces troubles du comportement et de proposer une prise en charge adaptée pour un retour sur leurs lieux de vie (domicile ou EHPAD).

IV.A.2.2.4.2 Locaux et Ressources humaines

Les unités ont une capacité d'accueil de 10 à 12 lits. Elles bénéficient de particularités architecturales (chambres à 1 lit, espace de déambulation, environnement rassurant et sécurisant...) et d'un plateau technique de réhabilitation adaptés.

L'équipe pluridisciplinaire comprend : un médecin formé en réhabilitation cognitivo-comportementale, des infirmières, des aides-soignantes, une assistante de soins en gériatrie, un psychomotricien, un ergothérapeute, une assistante sociale, ...

IV.A.2.3 Consultations gériatriques et hôpital de jour

Concernant le service ambulatoire, le pôle gériatrique dispose :

- D'un hôpital de jour : aide à la prise en charge des situations complexes concernant les troubles de la marche, les plaies chroniques, les pathologies neurologiques et gériatriques, notamment les troubles cognitifs, le diabète et les troubles de la déglutition
- De consultations mémoire pour le diagnostic et le suivi des troubles cognitifs
- De consultations gériatriques concernant diverses spécialités (neurologie, douleur ou diabète par exemple)

IV.A.2.4 Ligne direct d'appel du pôle gériatrique pour les médecins libéraux

En 2010, a été mise en place une ligne téléphonique gérée par le pôle de gériatrie clinique pour améliorer la prise en charge des personnes âgées et favoriser la communication entre les médecins libéraux et l'hôpital. Il consiste en une permanence téléphonique la semaine de 9 à 19h assurée par un médecin gériatre sénior. L'appel peut donner lieu à un conseil, une hospitalisation, une consultation programmée ou une journée en hôpital de jour.

IV.B Filière psychiatrique

L'hôpital psychiatrique de Bordeaux est le Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP). Il prend en charge les patients venant de l'ouest de la communauté urbaine de Bordeaux, du Médoc et du Bassin d'Arcachon. Il est situé à proximité de l'hôpital Pellegrin.

Les patients habitant les autres zones de la Gironde sont orientés vers les centres hospitaliers de Cadillac et de Libourne.

IV.B.1 SECOP

Le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique est une structure psychiatrique intersectorielle ouverte en permanence.

IV.B.1.1 Missions

Il accueille des patients venant spontanément ou adressés en situation « d'urgence ressentie » pour faire un diagnostic syndromique et proposer une réponse adaptée. Son plateau technique étant limité à un service de biologie médicale, il lui est impossible d'assurer l'imagerie ou la surveillance médicale spécialisée des patients.

À l'arrivée du patient dans le service, le médecin psychiatre décide parmi trois options :

- Une consultation/entretien
- Une observation pouvant durer 24 à 48h suivie d'une prise en charge externe par un psychiatre de ville ou un suivi de secteur
- Une hospitalisation en psychiatrie, en secteur libre ou sans consentement du patient

Les patients peuvent être orientés si besoin vers des urgences médico-chirurgicales, de préférence les hôpitaux Pellegrin ou Saint-André.

IV.B.1.2 Locaux et Ressources humaines

Le service est situé au sein du CHCP. Il comprend 11 chambres individuelles, dont 2 sont de contention, et 4 bureaux de consultation.

22 infirmiers, 4 psychiatres à temps plein et 2 psychiatres à mi-temps, 1 médecin généraliste à mi-temps, 1 à 3 internes interviennent soit pour les consultations, soit dans l'unité d'hospitalisation.

IV.B.1.3 Population

En 2007, les patients de 70 ans et plus représentaient 6,5% des 5096 patients vus au SECOP en consultation comme en hospitalisation. Les troubles du comportement perturbateurs correspondaient à 6,3% des motifs de consultations et à 30.5% des motifs d'admission en psychiatrie ; quel que soit l'âge des patients. [26]

IV.B.1.4 Équipes psychiatriques de liaison

Le SECOP travaille avec les équipes psychiatriques de liaison qui interviennent dans le SAU de Saint-André, à Pellegrin elle intervient au sein de l'hôpital mais pas dans le SAU. Leurs missions consistent en une évaluation psychiatrique sur place et l'orientation des patients en psychiatrie si besoin.

À l'hôpital Pellegrin, l'équipe comprend 2 infirmières. À l'hôpital Saint-André, l'équipe comprend 1 médecin psychiatre à mi-temps et 3 infirmières. [26]

IV.B.2 Hospitalisation

IV.B.2.1 Sectorisation

Depuis 1960 et la dernière définition des secteurs pour la prise en charge des patients, le CHCP a la charge de 9 secteurs de psychiatrie générale, ce qui correspondait en 2009 à une population de 740 000 personnes environ. Les services d'hospitalisation en psychiatrie adulte comprennent 12 unités d'hospitalisation. Les patients y sont répartis en fonction de leur secteur.

Le CHCP dispose de 500 lits d'hospitalisation et son taux d'occupation des lits en 2009 est de 96%, pouvant monter à plus de 100% dans certains pôles. La durée moyenne de séjour est de 34 jours [91].

IV.B.2.2 Géro-nto-psychiatrie

Le CHCP contient une unité de psycho-gériatrie située à l'hôpital Xavier Arnoz : c'est l'unité « USIG » intersectorielle, sous la responsabilité du Dr Glenisson.

Elle accueille les patients en hospitalisation libre âgés de 65 ans et plus, qui présentent des pathologies psychiatriques et somatiques. Elle a pour mission l'évaluation et la gestion des situations de crise dans le domaine psycho-gériatrique. Les indications d'hospitalisation sont les décompensations psychiatriques aiguës chez les personnes âgées si leur état de santé physique le permet et que la problématique psychiatrique prédomine.

Ses patients présentent une symptomatologie trop importante pour relever des seuls soins ambulatoires. Ils proviennent de leur domicile, d'EHPAD ou d'un autre service hospitalier, et leur admission est soumise à l'aval du médecin géro-nto-psychiatre référent.

IV.B.3 Équipe Mobile de Géro-nto-Psychiatrie

Le CHCP est constitué de deux équipes mobiles de Géro-nto-psychiatrie. L'une intervient dans le secteur d'Arcachon, l'autre pour les patients du Médoc. Elles collaborent avec l'unité locale de géro-nto-psychiatrie. Elles sont composées d'un médecin psychiatre, d'infirmiers et de neuropsychologues.

Elles se déplacent dans les EHPAD et au domicile des patients sur demande d'un médecin généraliste ou coordonnateur de l'EHPAD. Le délai de première consultation doit être rapide. L'approche est pluridisciplinaire comprenant notamment une évaluation cognitive. Le but est d'aider au diagnostic, de faire des propositions thérapeutiques, et de suivre l'évolution du patient.

Développées pour faire face au manque de psychiatrie de secteur surtout au sein des EHPAD, les équipes mobiles de géro-nto-psychiatrie aident à la prise en charge extrahospitalière des troubles psychiatriques ou psycho-comportementaux.

Objectifs de l'étude

La question posée est de savoir si l'on peut identifier un profil de patients adressés pour troubles du comportement perturbateurs aux urgences médico-chirurgicales plutôt qu'aux urgences psychiatriques. L'hypothèse est qu'il existe des critères privilégiant une orientation initiale vers un site plutôt qu'un autre.

L'objectif principal de ce travail est de comparer les caractéristiques démographiques, médicales et sociales des patients âgés de 75 ans et plus, qui sont adressés dans les services d'urgence du CHU bordelais et au SECOP de Charles Perrens pour des troubles du comportement perturbateurs fonction du site de leur 1^{ière} admission.

Les objectifs secondaires sont :

- D'identifier leur parcours de soins de leur admission jusqu'à 1 mois après leur passage
- De recenser les diagnostics et traitements symptomatiques utilisés pour la prise en charge des troubles du comportement

Matériel et méthodes

I Schéma de l'étude

Nous avons choisi une étude observationnelle, rétrospective, basée sur le recueil des informations à partir des dossiers médicaux des patients admis dans :

- Les services d'accueil d'urgence des hôpitaux Pellegrin et Saint-André
- Le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique de l'hôpital Charles Perrens

L'étude comprend 2 parties :

- Une étude comparative des données démographiques et médicales de chaque patient au site de premier passage.
- Puis une étude descriptive du parcours de soin de ces patients jusqu'à 1 mois et de leur prise en charge lors des différents passages dans les services d'urgence.

II Population étudiée

II.A Pour l'étude comparative

II.A.1 Critères d'inclusion

Cette étude concerne tous les patients de 75 ans et plus

- Admis pour des troubles du comportement perturbateurs (selon le NPI et la définition HAS [3]), c'est-à-dire : agitation, agressivité, opposition, déambulation, désinhibition, euphorie, délire, hallucination (cf. Annexe2)
- Admis dans les services d'accueil d'urgences des hôpitaux Pellegrin et Saint-André et évalués par les Équipes Mobiles de Gériatrie (EMOG)
- Admis dans le Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) de l'hôpital Charles Perrens

II.A.2 Critères d'exclusion

Ont été exclus :

- Les patients non évalués par l'EMOG aux urgences médico-chirurgicales (Saint-André et Pellegrin)
- Les patients admis pour une problématique autre :
 - o Les patients admis pour des troubles du comportement perturbateurs déficitaires (apathie, dépression, anxiété)
 - o Les patients adressés pour syndrome confusionnel avec une cause somatique identifiée à l'admission
 - o Les patients admis pour une pathologie psychiatrique identifiée (idées suicidaires, décompensation de pathologie psychiatrique connue)

II.B Pour l'étude descriptive

Lors du suivi du parcours de soin de chaque patient, si le patient a été transféré vers une autre structure d'urgence, un nouveau passage a été inclus. Ainsi, les patients admis lors de l'étude comparative peuvent avoir plusieurs passages pour l'étude descriptive.

III Déroulement de l'étude

III.A Durée

L'étude concerne les patients admis entre le 1^{er} mai 2014 et le 30 avril 2015, soit une durée d'un an. Cette durée est retenue *a priori*, en l'absence d'étude similaire connue, pour limiter les variations d'affluence des patients au cours de l'année.

III.B Recueil des données

Nous nous sommes basées sur les dossiers informatisés des patients pour recueillir les données nécessaires. Nous avons utilisé les données administratives, les observations médicales et paramédicales des praticiens, les courriers médicaux et les prescriptions faites.

IV Données recueillies

Du fait du schéma de l'étude, on regroupe les informations recueillies en deux parties.

IV.A Étude comparative en fonction du site de première admission

Pour l'étude comparative, les données recueillies au premier site d'admission concernaient les données démographiques, sociales et médicales de la population étudiée. Soit :

IV.A.1 Données démographiques et sociales

- L'âge et le sexe
- Le niveau d'autonomie : scores des échelles d'activités de la vie quotidienne (ADL) et d'activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) (cf. Annexe 3)
- Le lieu de vie : Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou domicile.
- La présence d'aide à domicile (infirmier, auxiliaire de vie), pour les patients vivant hors EHPAD.
- La présence d'aidant naturel (qui aide en partie ou totalement une personne dépendante dans les activités de la vie quotidienne : famille, conjoint ou proche)
- La personne qui adresse dans le service. On distingue :
 - o Les patients adressés par un professionnel médical : médecin traitant, SOS Médecins, autres médecins
 - o Les patients adressés par des non médicaux : l'infirmier ou les aides-soignants (à domicile ou en EHPAD) et les autres (pompiers, police, famille, voisins, ...)

IV.A.2 Données médicales

- Le type de troubles du comportement
- Les antécédents du patient : de trouble cognitif, de trouble du comportement, de pathologie psychiatrique
- Les comorbidités évaluées *a posteriori* par le score de Charlson pondéré par l'âge [92] (cf. Annexe 4)
- Les traitements à l'entrée : antipsychotique, anxiolytique, hypnotique, thymorégulateur, antidépresseur ou anti-démence

IV.B Étude descriptive en fonction des sites de passage

Lors de chaque passage de patient quel que soit le site, les données recueillies concernaient :

IV.B.1 Pour le parcours de soins

- Le site du premier passage
- La durée du passage
- L'orientation à l'issue des passages successifs
- La mise en place d'un suivi spécifique
- Le devenir du patient, un mois après son premier passage

IV.B.2 Pour la prise en charge

- La prise en charge d'une cause somatique favorisant le trouble du comportement
- Le diagnostic retenu aux urgences : trouble du comportement lié à la démence, syndrome confusionnel, syndrome psychiatrique ou indécis
- La demande d'un avis psychiatrique dans les SAU ou d'un avis somatique au SECOP
- Modification du traitement psychotrope, prescription d'anxiolytique et d'antipsychotique
- Prescription de contentions

V Analyse des données

Les données ont été saisies sur informatique et analysées à partir du logiciel EXCEL. La comparaison de variables qualitatives a été effectuée par le test Chi2, avec la correction de Yates appliquée. La comparaison des moyennes d'âge et du score de Charlson, sur échantillons indépendants, a été faite selon la loi normale et le test de Student. Les différences étaient considérées significatives si $p < 0.05$.

Résultats

I Description de la population étudiée

Entre le 1^{er} mai 2014 et le 30 avril 2015, les services d'urgences des hôpitaux bordelais ont accueilli :

- 5286 passages de patients de 75 ans et plus à Saint-André
- 8836 passages de patients de 75 ans et plus à Pellegrin
- 268 passages de patients de 75 ans et plus au SECOP

Tous les passages de patients de 75 ans et plus au SECOP ont été examinés, puis :

- 126 patients ont été exclus car ne correspondant pas aux motifs d'admission (adressés pour tentative de suicide, idées suicidaires, syndrome anxio-dépressif, demande de consultation psychiatrique)
- 16 dossiers ont été exclus car ils n'entraient pas dans les critères d'inclusion aux SAU (patients admis aux SAU mais non examinés par l'EMOG, puis transférés au SECOP)
- 4 dossiers ont été exclus par manque de données

Tous les passages de patients de 75 ans et plus vus par l'EMOG de Saint-André ou de Pellegrin ont été examinés, soit 1534 dossiers, puis :

- 1373 dossiers ont été exclus (patients ne présentant pas de troubles du comportement)
- 5 dossiers ont été exclus par manque de données

Au total, ont été inclus pour l'étude comparative :

- 115 patients admis aux SAU en premier passage, soit 8% des dossiers examinés par l'EMOG
- 113 patients admis au SECOP en premier passage, soit 42% des patients de 75 ans et plus.

Pour l'étude descriptive, on prend en compte tous les passages de ces patients, soit :

- Concernant les SAU, 156 passages inclus
- Concernant le SECOP, 122 passages inclus

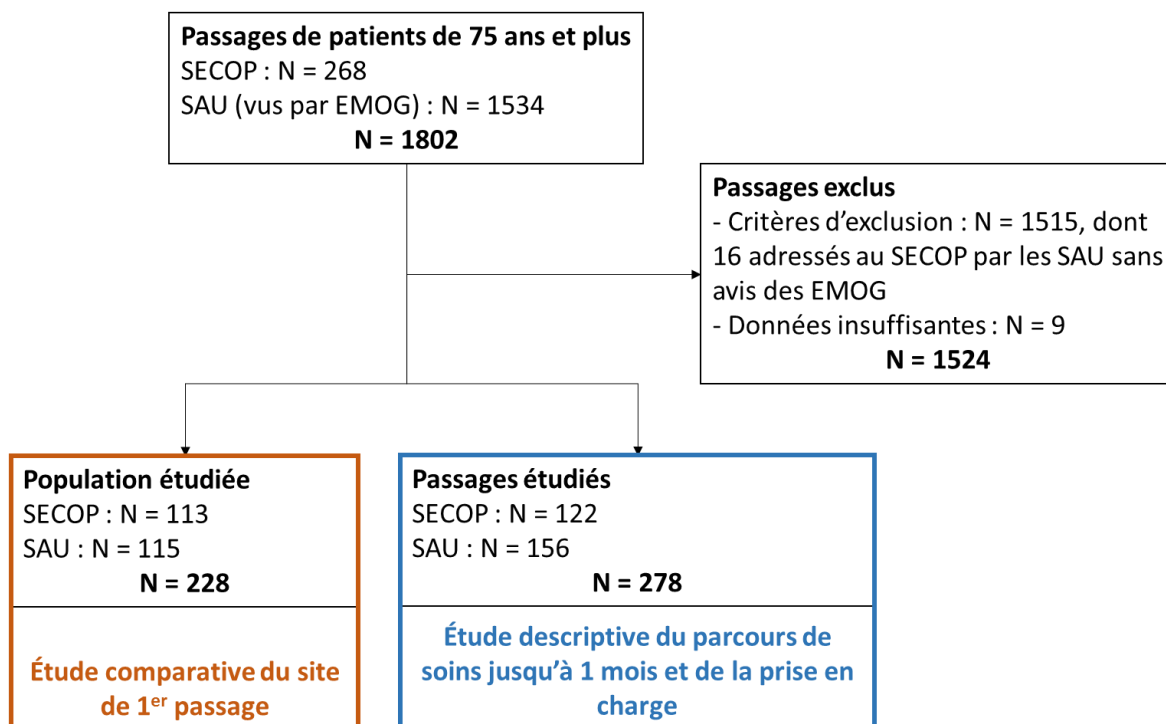


Figure 1 : Schéma de l'étude

II Étude comparative selon le site de premier passage

II.A Données démographiques et sociales

Elles sont résumées dans le Tableau 1 ci-dessous :

	SAU (N= 115)	SECOP (N=113)	p
Age moyen	86,15 ± 5,7	82 ± 5,5	<0,0001
Femmes	64 (55,65%)	63 (55,75%)	0,91
Hommes	51 (44,35%)	50 (44,25%)	0,91
Vit en EHPAD	11 (10%)	30 (27%)	0,001
Vit au domicile	104 (90%)	83 (73%)	0,001
Aide à domicile	99 (86%)	36 (42%)	<0,0001
Présence d'aidant naturel	104 (90%)	93 (82%)	0,15

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques comparées

II.A.1 Âge et sexe

Les patients pris en charge aux SAU sont significativement plus âgés que ceux pris en charge au SECOP. L'âge des patients consultant au SECOP en première admission est compris entre 75 et 95 ans. Les patients consultant aux SAU sont âgés de 75 à 102 ans.

Il n'y a pas de différence significative en fonction des genres : les SAU comme le SECOP ont accueilli 44% d'hommes et 56% de femmes consultant pour des troubles du comportement.

Le sex-ratio pour l'ensemble de la population est de 1,26 femmes/hommes.

II.A.2 Niveau d'autonomie

Les données recueillies ne permettent pas d'évaluer le niveau d'autonomie des patients vus au SECOP, car elles sont insuffisantes (concernent 20 patients sur 113).

En revanche, pour les SAU, les données concernent 90% des patients. La dépendance pour les activités instrumentales de la vie quotidienne est importante dans la population étudiée : 87% des patients ont un score IADL inférieur ou égal à 2. Mais la dépendance pour les gestes courants relatif à l'hygiène corporelle est moindre, 23% des patients présentent un score ADL inférieur ou égal à 2.

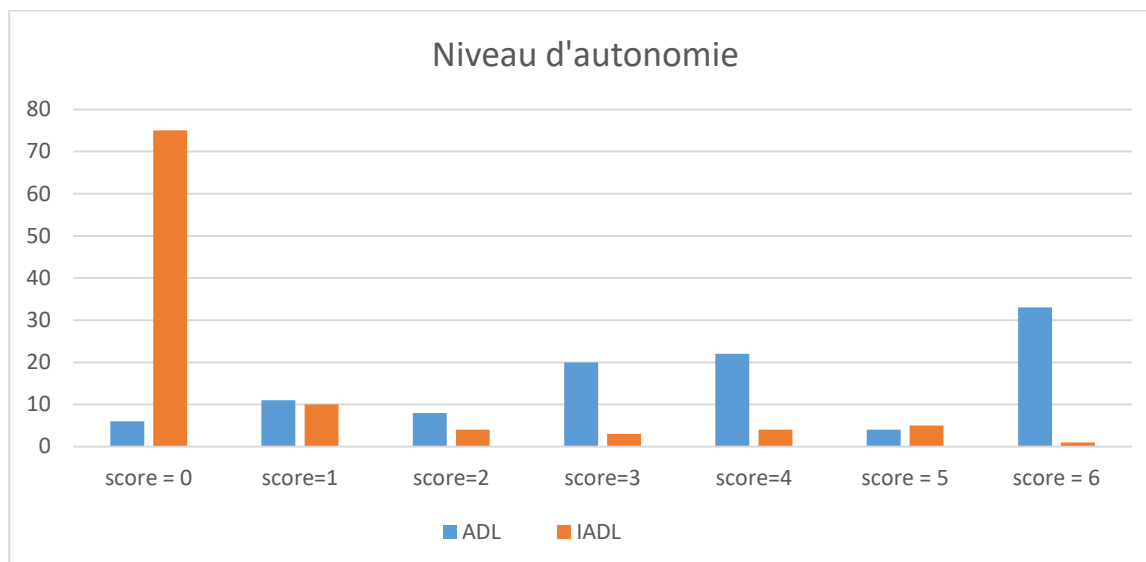


Figure 2 : Nombre de patients des SAU en fonction du score ADL/IADL (N = 115)

II.A.3 Lieu de vie

On retrouve une différence significative concernant le lieu de vie : le SECOP reçoit plus de patients venant d'EHPAD que les SAU (27% contre 10% des patients inclus dans l'étude).

II.A.4 Présence d'aide à domicile

En comparant la population vivant au domicile dans les 2 groupes, les patients admis en première intention au SECOP ont significativement moins d'aides à domicile que ceux des SAU. Ces aides sont principalement des auxiliaires de vie et des infirmiers à domicile.

II.A.5 Présence d'aidant naturel

Selon les données des dossiers des patients, il n'y a pas de différence significative motivant l'orientation des patients vers le SECOP ou les SAU en fonction de la présence d'aidant naturel.

II.A.6 Personne adressant le patient

	SAU (N= 115)	SECOP (N=113)	p
Professionnels Médicaux	82 (71%)	75 (66%)	0,50
Médecin traitant	59 (51%)	36 (32%)	0,004
SOS Médecins	20 (17%)	21 (19%)	0,95
Autres médecins	3 (3%)	18 (16%)	0,001
Non médicaux	28 (24%)	29 (26%)	0,9
IDE	6 (5%)	9 (8%)	0,54
Autres	22 (19%)	20 (18%)	0,9
Non renseigné	5 (4%)	9 (8%)	0,39

Tableau 2 : Personne adressant le patient

II.A.6.1 Professionnels médicaux

Dans plus de la moitié des cas, les patients sont adressés aux urgences médico-chirurgicales par leur médecin traitant, et ces derniers adressent 32% des patients du SECOP. Cette différence est statistiquement significative. Ainsi, les médecins généralistes adressent préférentiellement leurs patients présentant des troubles du comportement perturbateurs aux urgences médico-chirurgicales.

SOS Médecins adresse régulièrement les patients au SECOP et aux SAU dans les mêmes proportions (18%).

La catégorie « autres médecins » regroupe : les médecins de services hospitaliers du CHU (hors SAU, soit les médecins internistes, gériatres ou d'autres services) ou de cliniques du bassin bordelais (y compris les services d'urgences correspondant à 14 patients) et des psychiatres dont le SECOP. Ils adressent 16% des patients du SECOP contre 3% des patients des SAU. Cette différence est significative.

II.A.6.2 Non médicaux

Une faible part des patients ont été adressés par les équipes de soins paramédicaux (IDE au domicile/de l'EHPAD). La catégorie « autres » regroupe pompier, police, famille et voisins. Pour cette catégorie où aucun médecin n'est intervenu directement auprès du patient dans la décision de recours aux urgences, on ne note pas de différence significative.

II.B Données médicales

II.B.1 Type de troubles du comportement

	SAU (N = 115)	SECOP (N = 113)	p
Agitation	50 (43%)	28 (25%)	0,004
Agressivité	52 (45%)	68 (60%)	0,03
Opposition	45 (39%)	24 (21%)	0,005
Déambulation	20 (17%)	25 (22%)	0,46
Désinhibition	7 (6%)	7 (6%)	0,81
Euphorie	1 (0,9%)	19 (17%)	<0,001
Idées délirantes	29 (25%)	64 (57%)	< 0,001
Hallucinations	39 (34%)	23 (20%)	0,03

Tableau 3 : Types de troubles du comportement selon le lieu

Le motif d'admission le plus fréquent était l'agressivité dans les 2 types de services d'accueil. Les patients présentant des hallucinations, une opposition ou une agitation étaient significativement plus fréquents aux SAU. À l'inverse, les patients présentant une agressivité, des idées délirantes et une euphorie étaient plus nombreux au SECOP.

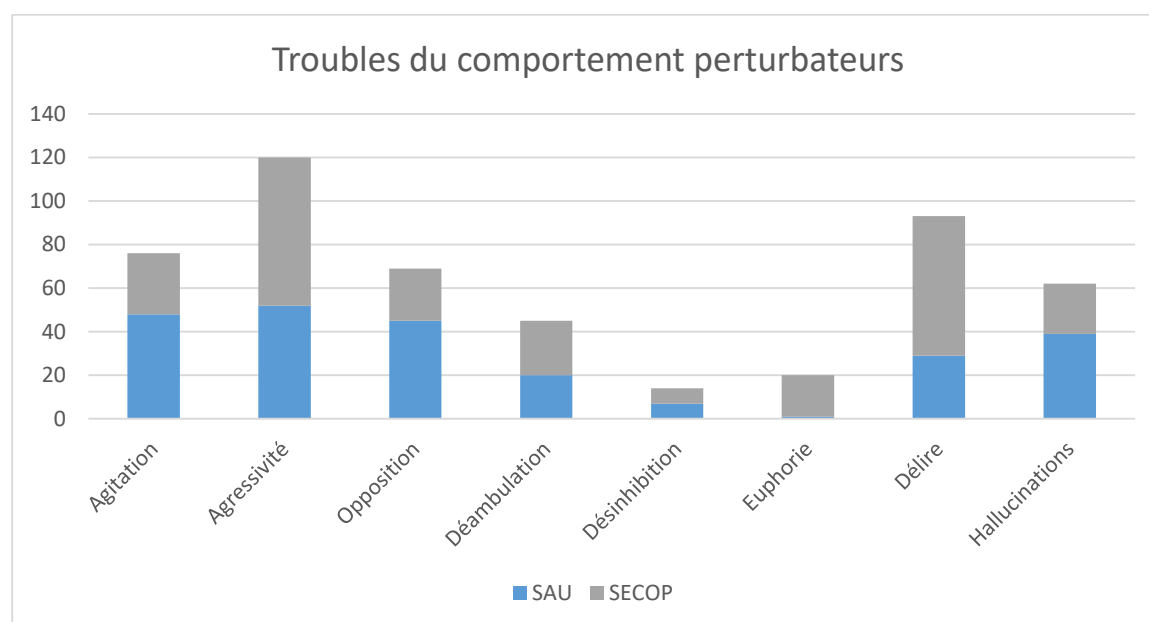


Figure 3 : Motifs d'admission, en nombre de patients (N = 228)

Les antécédents des patients sont résumés dans le Tableau 4 :

	SAU (N= 115)	SECOP (N=113)	p
Troubles cognitifs connus	100 (87%)	57 (50%)	<0,001
Trouble de comportement connu	86 (75%)	69 (61%)	0,03
Antécédent psychiatrique	49 (43%)	70 (62%)	0,005
Score de Charlson (moyenne)	6,4 ± 1,6	5,5 ± 1,8	<0,001

Tableau 4 : Antécédents des patients

Dans notre étude, 87% des patients adressés pour troubles du comportement perturbateurs aux services d'urgence somatique présentent des troubles cognitifs connus (quels que soient le type et la sévérité de la démence), contre 50% des patients adressés au SECOP. Cette différence est nettement significative. De même, les patients adressés au SECOP ont moins d'antécédents de troubles du comportement. On remarque que certains patients ont des antécédents de trouble du comportement mais pas de troubles cognitifs connus. Ces derniers sont liés à une pathologie psychiatrique le plus souvent.

Les patients présentant un antécédent psychiatrique sont plus fréquents au SECOP qu'aux SAU, de manière statistiquement significative. La dépression est l'antécédent le plus fréquent chez 43% des patients admis au SAU en première intention. Les patients adressés au SECOP ont, dans plus de la moitié des cas, un antécédent psychiatrique (62%). Les pathologies retrouvées étaient le syndrome dépressif, le trouble bipolaire, les psychoses et les délires tardifs.

Le score de comorbidité de Charlson utilisé est corrélé à l'âge. Il est plus important chez les patients des SAU. 90% des patients des SAU ont un score supérieur à 5, contre 66% des patients du SECOP.

II.B.3 Traitements à l'entrée

À l'entrée dans les services d'urgence, 77% des patients ont un traitement psychotrope prescrit (73% aux SAU, 81% au SECOP). Ils sont répartis de la manière suivante :

	SAU (N= 115)	SECOP (N=113)	p
Psychotropes	84 (73%)	92 (81%)	0,17
Antipsychotiques	33 (29%)	50 (44%)	0,02
Anxiolytiques	54 (47%)	61 (54%)	0,35
Hypnotiques	26 (23%)	19 (17%)	0,35
Thymorégulateurs	16 (14%)	17 (15%)	0,35
Antidépresseurs	39 (34%)	36 (32%)	0,85
Anti démentiels	10 (10%)	12 (11%)	0,80

Tableau 5 : Traitement à l'entrée des patients

Les antipsychotiques sont plus fréquents chez les patients adressés au SECOP.

On ne note pas de différence significative dans les autres traitements psychotropes en fonction du lieu de première admission. Près de 50% des patients prennent déjà des anxiolytiques, 20% des hypnotiques, 30% des antidépresseurs, 15% des thymorégulateurs et 10% des anti-démentiels.

Une analyse multifactorielle permet d'observer que 19% des patients ayant un trouble cognitif connu reçoivent un traitement anti-déméntiel au SECOP, contre 11% des patients admis aux SAU.

III Description du parcours de soins

III.A Site du premier passage

Afin de suivre le parcours des soins, nous avons comptabilisé le nombre de passages de chaque patient dans chaque service, ainsi que l'ordre de ces passages. Chaque passage correspond à une nouvelle observation et prise en charge. Ainsi, les 278 passages enregistrés concernent 228 patients.

On remarque que :

- 182 patients ont effectué 1 seul passage
- 43 patients ont effectué 2 passages
- 2 patients ont effectué 3 passages
- 1 patient a effectué 4 passages

III.B Orientation à l'issue du premier passage

Globalement, après ce premier passage dans un service d'urgences - qu'il soit psychiatrique ou somatique -, 18% des patients regagnent leur lieu de vie habituel (RAD), que ce soit l'EHPAD ou le domicile, et 80% restent hospitalisés dont 20 % dans les services d'urgence.

Les Figure 4 et Figure 5 détaillent l'orientation des patients après leur premier passage dans chaque service.

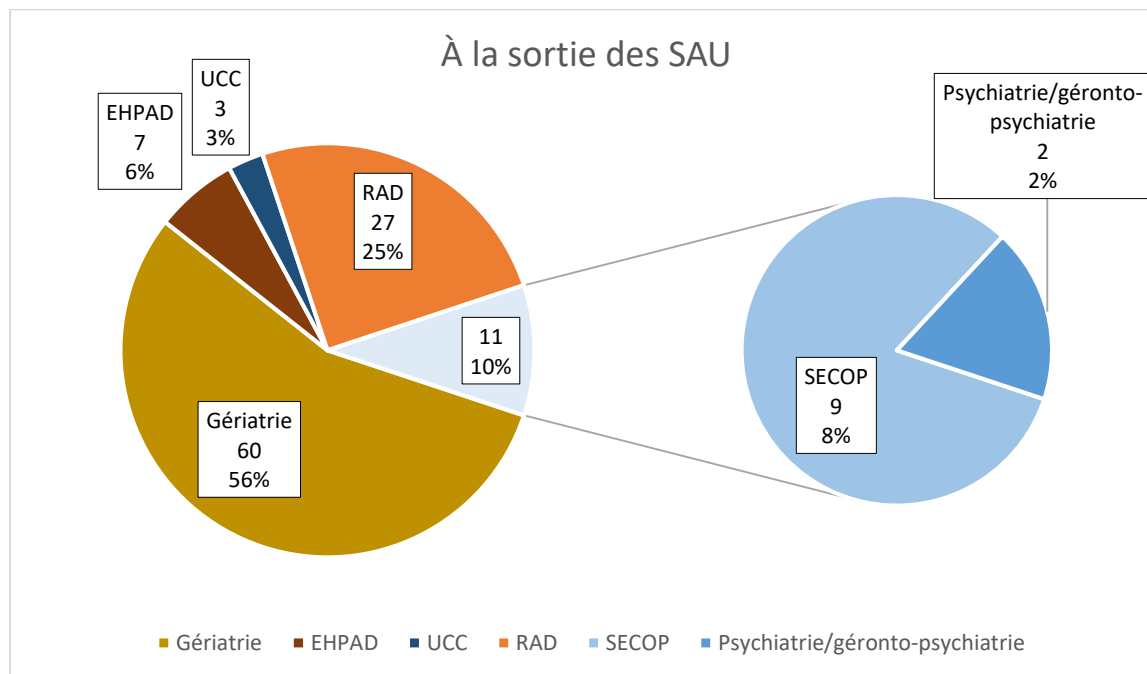


Figure 4 : Devenir des patients à la sortie des SAU (N=115)

Après leur passage aux SAU, 56% des patients sont hospitalisés dans un service de médecine somatique et 10% sont adressés en psychiatrie, soit directement soit via le SECOP. 3 patients sont transférés en unité cognitivo-comportementale.

On remarque que 25% regagnent leurs lieux de vie habituel (RAD). 6% des patients sont directement orientés vers un EHPAD alors qu'ils vivaient au domicile. Ces patients viennent principalement de l'hôpital Saint-André où l'unité de post-urgence les prend en charge en attendant leur institutionnalisation.

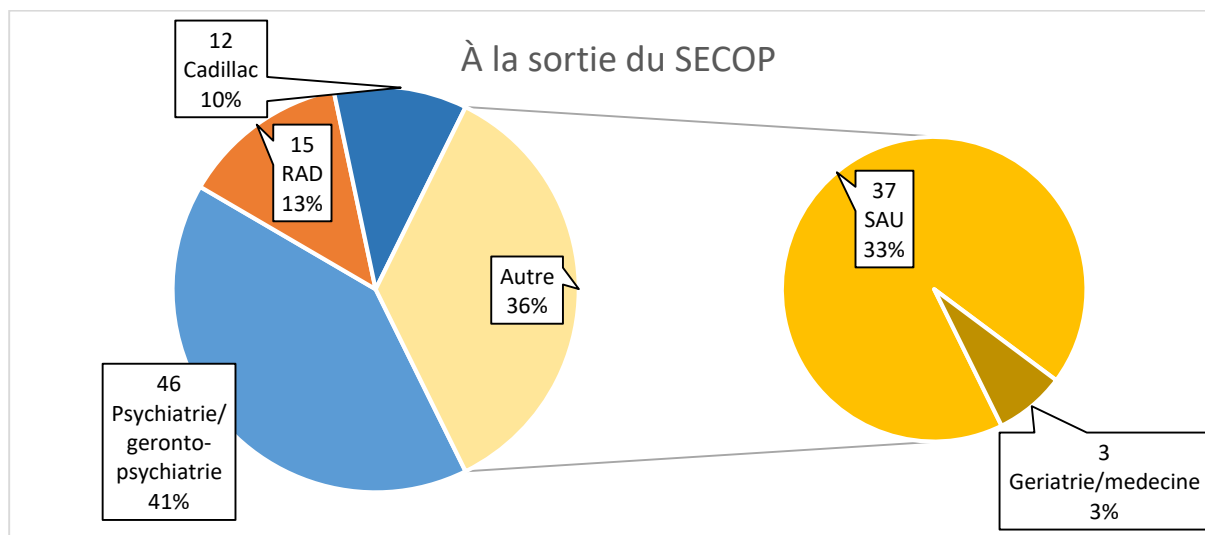


Figure 5 : Devenir des patients à la sortie du SECOP (N=113)

À l'issue de ce premier passage au SECOP, 33% des patients sont adressés aux urgences médicales pour un bilan organique plus complet.

41% sont hospitalisés en psychiatrie ou géro-psi-chiatrie. 10% sont orientés vers leur secteur (Cadillac), ils sont ensuite considérés comme « perdus de vue », car nous n'avons pas les données concernant leur prise en charge.

Seulement 13% rentrent sur leur lieu de vie habituel.

III.C Orientation à l'issue des passages ultérieurs

Le parcours de soin des patients et leur orientation à l'issue des passages successifs sont résumés dans les Figure 9 et Figure 10.

Et au total, à l'issue de ce second passage (N=46) :

- 15% regagnent leur lieu de vie initial et 4% sont nouvellement institutionnalisés
- 30% sont orientés en gériatrie ou médecine
- 24% sont orientés en psychiatrie ou géro-psi-chiatrie
- 6% (3 patients) retournent vers la structure de première admission
- 1 patient est décédé

Ainsi, le deuxième passage permet plus fréquemment une orientation vers une hospitalisation. Le secteur diffère selon le site de prise en charge.

Globalement à l'issue des passages, tous sites confondus, on relève que :

- 37,7% des patients sont hospitalisés en médecine ou gériatrie,
- 26 % sont hospitalisés en psychiatrie/géro-psi-chiatrie,
- 25,4% ont regagné leur lieu de vie habituel,
- 5,3% ont été transférés vers Cadillac,
- 3,9% sont entrés en EHPAD,
- 1,3% ont été pris en charge dans une unité cognitivo-comportementale
- 1 patient est décédé.

III.D Durée du passage

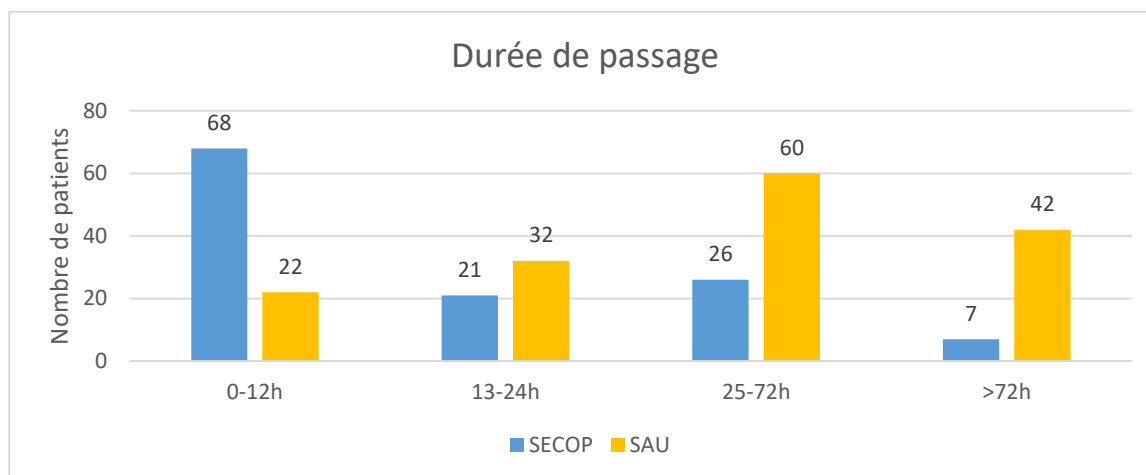


Figure 6 : Durée de passage en heures (N = 278)

La durée moyenne de passage observée est de 18 h au SECOP (écart type $\pm 21,2$), et de 63 h aux SAU (UHU compris ; écart-type $\pm 69,96$). Il existe une différence importante entre les urgences de Pellegrin et de Saint-André, de 2 à 100 h pour le premier et de 4 à 400 h pour le second.

La Figure 6 met en avant les différences de prise en charge. Les patients vus au SECOP restent moins longtemps dans le service et sont souvent vus en consultation simple. Seuls 7 patients sont restés dans le service plus de 3 jours en attendant une prise en charge en hospitalisation.

65% des patients pris en charge aux SAU restent plus de 24h, dont 41% plus de 72h. On remarque que les patients qui sont restés le plus longtemps dans les SAU (surtout Saint-André) attendent une place en institution.

III.E Suivi spécialisé

De tous les patients suivis :

- 67% n'ont pas bénéficié d'un suivi spécifique : gériatrique, géronto-psychiatrique ou psychiatrique
- 12% ont un suivi psychiatrique
- 12% sont suivis par un gériatre
- 4% sont suivis par un géronto-psychiatre
- 5% sont suivis par 2 spécialités : gériatre et psychiatre

III.F Le devenir des patients à un mois du premier passage

Ces informations ont été obtenues :

- Aux SAU : par les données des infirmières de l'EMOG qui rappellent tous les patients évalués un mois après leur sortie
- Au SECOP : grâce aux dossiers médicaux des patients

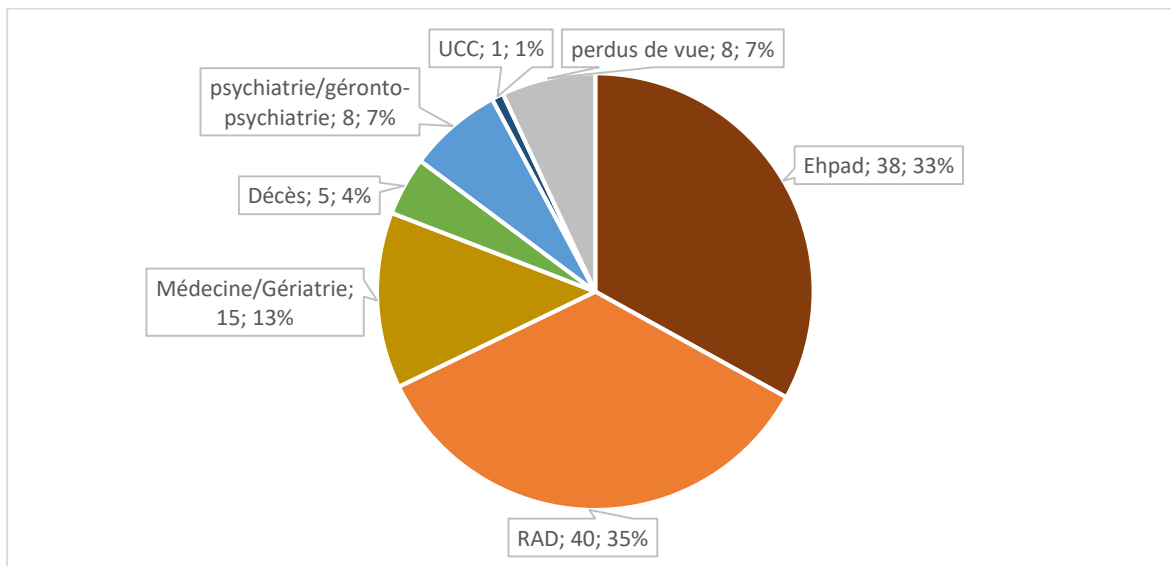


Figure 7 : Devenir à un mois des patients des SAU (N = 115)

Suite au passage dans les SAU, 35% ont regagné un lieu de vie habituel (RAD), 33% ont été nouvellement institutionnalisés, et 20% sont toujours hospitalisés (dont 13% en médecine). 4% des patients sont décédés. Nous retrouvons 7% de perdus de vue.

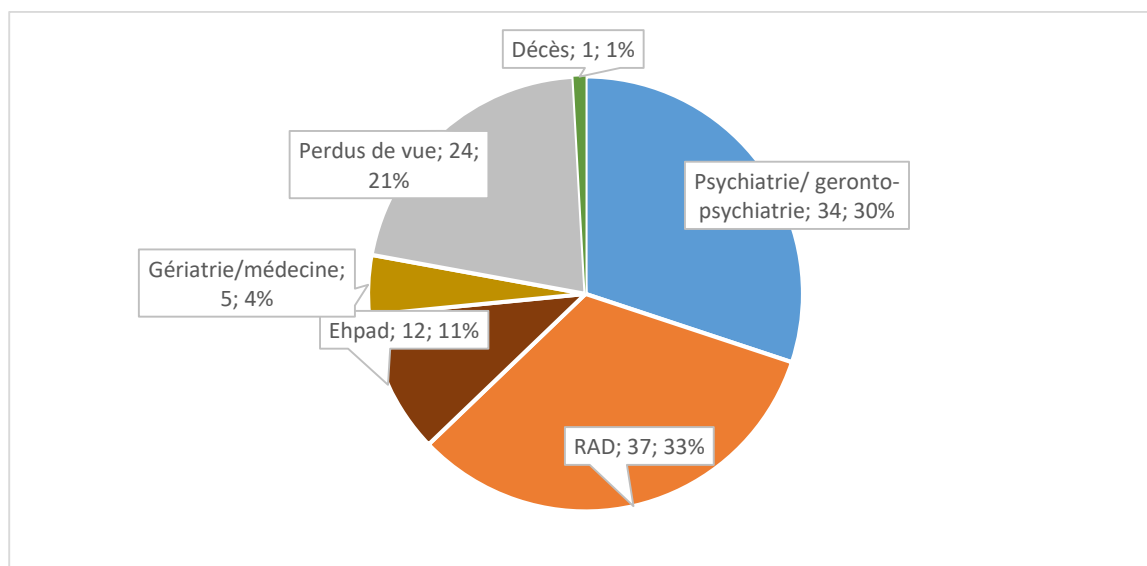


Figure 8 : Devenir à un mois des patients du SECOP (N = 113)

Suite au passage au SECOP, 33% regagnent leur lieu de vie habituel (RAD), 11% ont été nouvellement institutionnalisés et 34% restent hospitalisés (8% sont hospitalisés en gérontopsychiatrie, 4% en médecine et 22% en psychiatrie). 1 patient est décédé et 21% sont perdus de vue (dont ceux orientés vers Cadillac).

III.G Résumé des parcours de soins

Ils sont résumés dans les figures 9 et 10.

Orientation et devenir à un mois après admission aux SAU

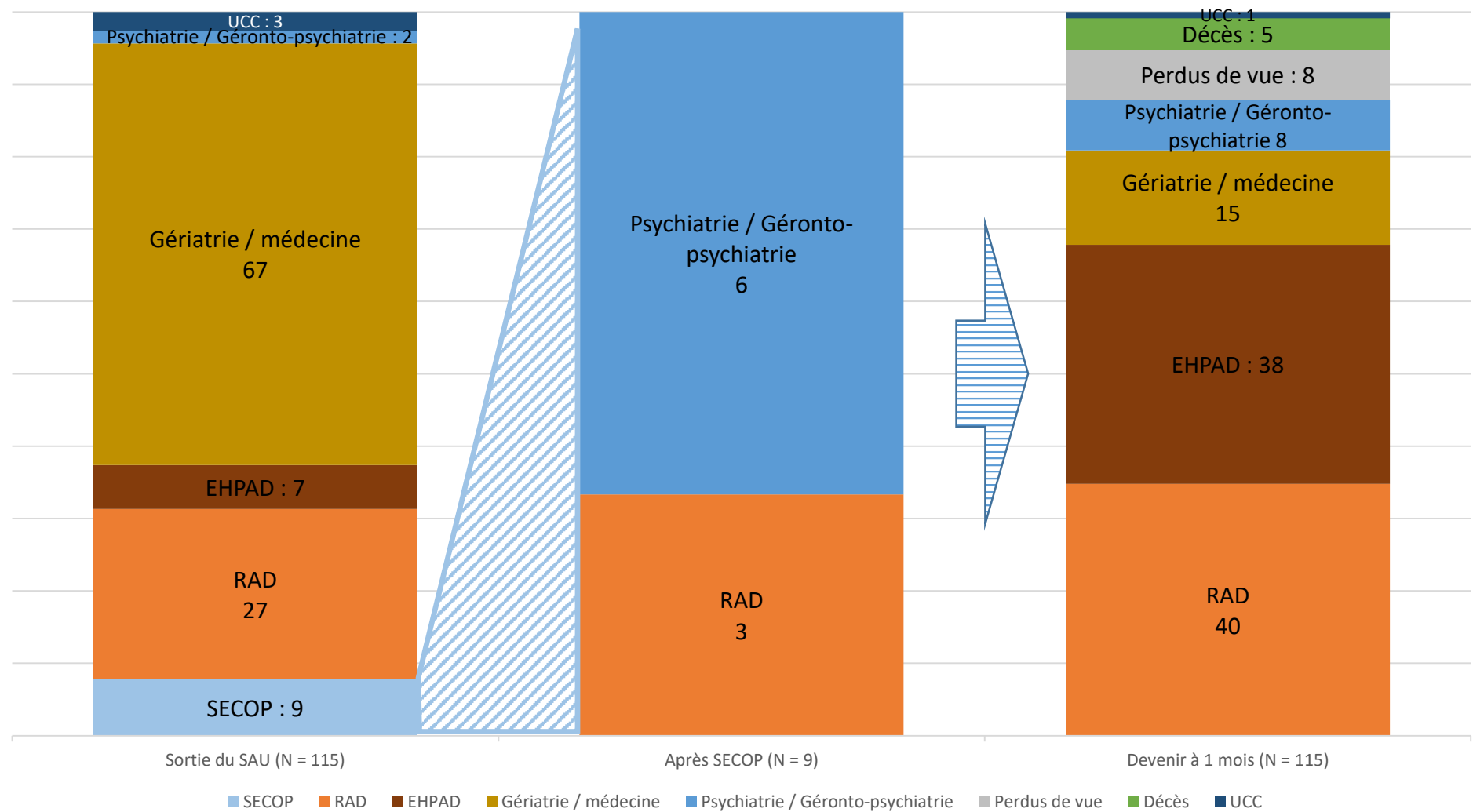


Figure 9 : Parcours de soins des patients depuis le SAU

Orientation et devenir à un mois après admission au SECOP

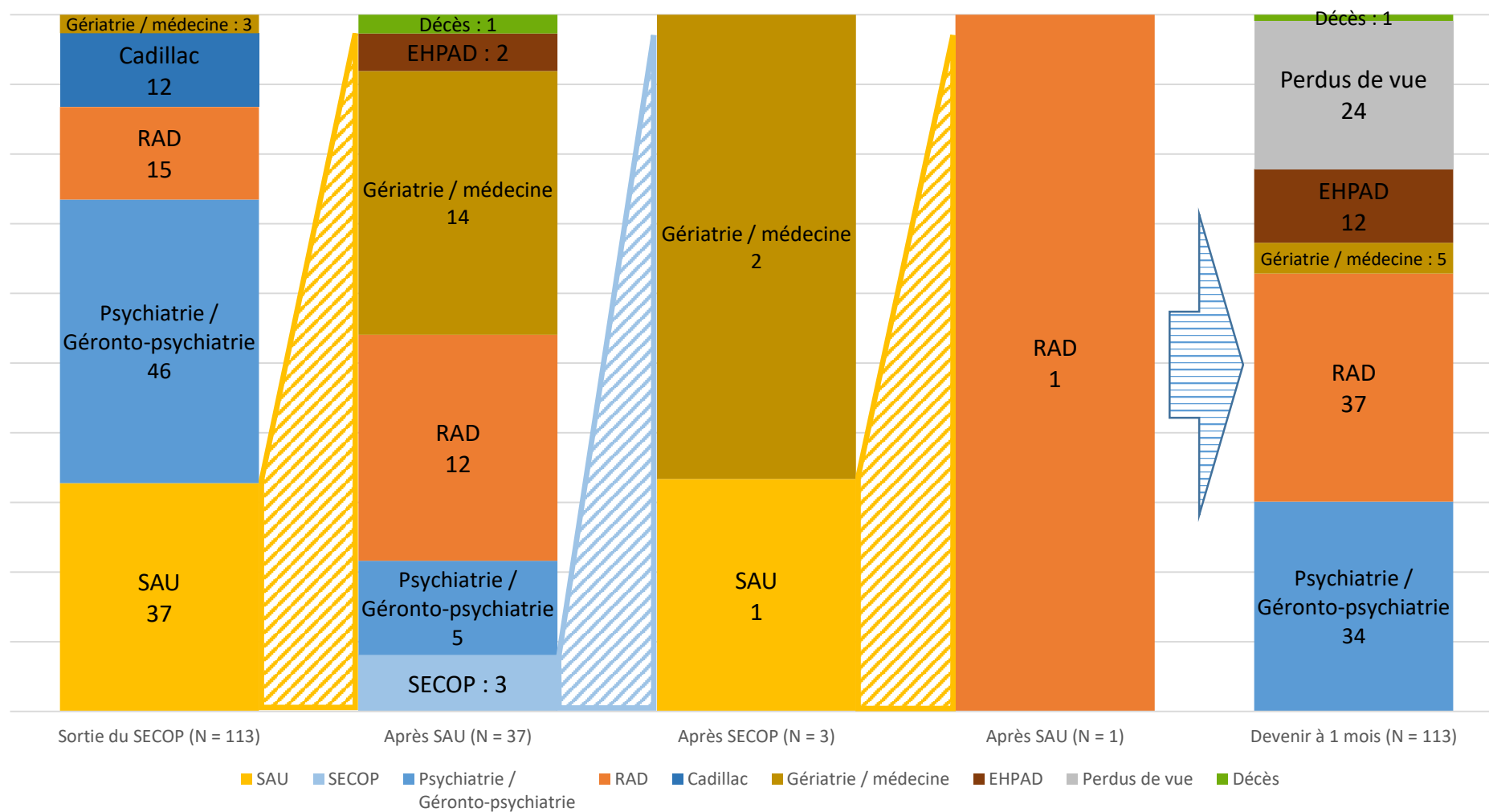


Figure 10 : Parcours de soins des patients depuis le SECOP

IV Description de la prise en charge lors de chaque passage

IV.A Diagnostic retenu aux urgences

En se basant sur les conclusions des cliniciens, nous avons regroupé les diagnostics en : trouble du comportement lié à la démence, syndrome confusionnel, syndrome psychiatrique ou indécis.

	SAU (N=156)	SECOP (N= 122)
SPCD	86 (55%)	33 (27%)
Confusion	48 (31%)	22 (18%)
Syndrome psychiatrique	12 (8%)	43 (35%)
Indécis	10 (6%)	24 (19%)

Tableau 6 : Diagnostic aux urgences (N=268)

Seulement 24,5% des patients admis dans l'un ou l'autre des services présentaient une confusion. En cas de suspicion de pathologie organique lors de l'examen clinique du patient au SECOP, les patients nécessitant des examens complémentaires étaient alors orientés vers un SAU.

IV.B Prise en charge d'une cause somatique favorisant le trouble du comportement

Parallèlement au diagnostic retenu, un facteur déclenchant a été systématiquement recherché.

Ainsi, au SECOP, 26% des patients ont été pris en charge pour une cause organique favorisant le trouble du comportement ; contre 60% aux SAU.

IV.C Demande d'un avis psychiatrique aux SAU ou d'un avis somatique au SECOP

Au sein des urgences de Saint-André, les psychiatres de liaison sont parfois sollicités pour des patients âgés. On note que 8% des patients ayant été admis pour un trouble du comportement perturbateurs ont bénéficié d'un avis du psychiatre de liaison. Les patients pris en charge au SAU de Pellegrin ne peuvent pas en bénéficier.

Le protocole du SECOP prévoit que tout patient pris en charge en hospitalisation bénéficie d'un examen clinique par un médecin somaticien. À partir des observations des dossiers médicaux, 56% ont bénéficié de cet examen.

IV.D Prescription de traitement psychotrope

Aux SAU, sur tous les patients pris en charge :

- 48% de traitements antipsychotiques ont été prescrits
- 86% de traitements anxiolytiques ont été prescrits

Au SECOP, on relève :

- 30% de traitements antipsychotiques prescrits,
- 86% de traitements anxiolytiques prescrits

IV.E Prescription de contentions

Lorsque la contention est nécessaire, l'HAS recommande une prescription obligatoirement écrite dans le dossier des patients. Cette étude montre que :

- Aux SAU, cela concerne 25% des patients, soit 39 patients sur 156
- Au SECOP, cela concerne 8,2% des patients, soit 10 patients sur 122

Discussion

I Résumé des principaux résultats

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les différences de caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients âgés adressés pour troubles du comportement perturbateurs en fonction du lieu de première admission.

Les objectifs secondaires étaient d'observer le parcours de soins des patients jusqu'à 1 mois et leurs prises en charges symptomatiques.

Notre étude comparative a porté sur 42% des patients âgés de 75 ans et plus adressés au SECOP en 1^{er} intention et 8% des patients du SAU examinés par l'EMOG.

I.A Profil des patients

Les caractéristiques significatives des patients adressés pour troubles du comportement perturbateurs dans un service d'accueil d'urgence médico-chirurgicale sont les suivantes :

- Ils sont âgés de 86 ans en moyenne
- Ils vivent au domicile (90%)
- Ils ont des aides à domicile (86%)
- Ils ont des antécédents de troubles cognitifs (87%)
- Ils ont des antécédents de troubles du comportement connus (75%)
- Ils ont des comorbidités importantes (moyenne score de Charlson = $6,4 \pm 1.6$)
- Ils sont adressés par leur médecin traitant (51%)
- Ils sont adressés plus fréquemment pour des troubles de type agitation (43%), opposition (39%) ou hallucinations (34%)

Les caractéristiques des patients adressés au SECOP sont les suivantes :

- Ils sont moins âgés (82 ans en moyenne)
- Ils vivent au domicile (73%), mais dans ¼ des cas en EHPAD
- Ils ont moins fréquemment des aides à domicile (42%)
- Ils présentent des antécédents psychiatriques (62%)
- Ils ont moins de comorbidités (moyenne du score de Charlson = 5.5 ± 1.8)
- Ils ont plus fréquemment une prescription d'antipsychotique (44%)
- Ils sont adressés par leur médecin traitant (32%)
- Ils sont adressés plus fréquemment pour des troubles de type agressivité (60%), idée délirantes (57%) et euphorie (17%).

I.B Données de l'étude descriptive

I.B.1 Orientation des patients et durée de passage

Dans cette étude 20% des patients sont transférés entre établissements (8% du SAU vers le SECOP et 33% du SECOP vers les SAU).

A l'issue des différents passages, tous sites confondus, on relève que :

- 37,7% des patients sont hospitalisés en médecine ou gériatrie,
- 26 % sont hospitalisés en psychiatrie/géronto-psychiatrie,
- 25,4% ont regagné leur lieu de vie habituel,
- 3,9% sont entrés en EHPAD,

Concernant la durée de passage au SECOP, 56% des patients restent moins de 12 heures au SECOP et 6% restent plus de 3 jours. Aux SAU : 65% des patients restent plus de 24h dont 27% plus de 3 jours.

I.B.2 Devenir à 1 mois

À 1 mois du passage :

- 19% des patients des SAU sont hospitalisés (dont 68% en médecine-gériatrie), contre 35% de ceux du SECOP (dont 85% en psychiatrie)
- 22% sont nouvellement institutionnalisés
- 7% des patients des SAU sont perdus de vue, contre 21% de ceux du SECOP

I.B.3 Les différentes prises en charge

L'étude de la prise en charge permet plusieurs constats :

- 35% des patients du SECOP ont un diagnostic de syndrome psychiatrique
- À l'issue de l'évaluation médicale, 26% des patients du SECOP et 60% des patients des SAU nécessitaient une prise en charge médicale pour un facteur favorisant somatique
- Les traitements antipsychotiques sont prescrits pour 48% des patients aux SAU et pour 30% des patients au SECOP. Les traitements anxiolytiques sont prescrits pour 86% des patients du SAU et du SECOP.
- Les contentions physiques sont prescrites pour 25% des patients aux SAU et pour 8,2% des patients au SECOP

II Forces et faiblesses de l'étude

II.A Originalité de l'étude

À travers la revue de la littérature, nous avons constaté qu'il existe peu d'études spécifiques sur les troubles du comportement perturbateurs du sujet âgé pris en charge aux urgences psychiatriques et médico-chirurgicales quels que soient ses antécédents cognitifs ou psychiatriques.

Une étude mesure le lien de causalité des troubles du comportement aux urgences avec différents paramètres [49], mais exclut les patients ayant des diagnostics psychiatriques. Dans notre étude, nous avons pris en compte tous les patients adressés pour des troubles du comportement perturbateurs, quelle que soit l'étiologie de ces troubles (démence, pathologie psychiatrique, ...).

Notre étude rentre dans le projet de l'ARS Aquitaine 2012-2016 qui vise à l'amélioration de l'articulation ville-hôpital-médico-social et plus particulièrement à développer la complémentarité entre la filière gériatrique et les services de psychiatrie [93].

II.B Choix méthodologique

Le terme « comportement perturbateur » regroupe plus de symptômes que l'agitation, nous avons choisi d'utiliser différents items de la NPI pour prendre en compte cette diversité. C'est l'échelle la plus fréquemment utilisée pour étudier les troubles psycho-comportementaux [40,42,43]. Toutefois, nous avons différencié agitation, agressivité et opposition, selon la définition de troubles du comportement perturbateurs proposé par l'HAS [3].

La pratique courante veut que les urgentistes demandent systématiquement l'avis des EMOG pour la prise en charge de ces patients. Néanmoins, ces équipes sont absentes les week-ends et certains jours de la semaine, ce qui implique que certains patients sont pris en charge directement par les urgentistes, sans avoir été évalués par les EMOG. Toutefois, les patients présentant des troubles du comportement perturbateurs restent habituellement hospitalisés à l'UHU en attendant l'évaluation de l'EMOG, ce qui minimise le nombre de patients non vus par ces équipes. Sachant de plus que les EMOG fournissent les données gériatriques les plus complètes, nous avons choisi d'inclure uniquement les patients vus par les EMOG.

Nous avons choisi d'exclure les patients adressés aux SAU pour une confusion avec une cause somatique identifiée car nous ne souhaitons pas étudier les patients adressés pour confusion aux urgences. De même, nous avons choisi d'exclure les patients adressés pour une pathologie psychiatrique identifiée. En effet, ces problématiques relèvent moins d'une interdisciplinarité. Lorsqu'ils sont identifiés dans le motif d'admission, l'orientation en psychiatrie ou en milieu somatique est moins remise en question.

La longue durée de l'étude (un an) permet de diminuer le risque de variations d'affluence des personnes âgées aux urgences liées aux vacances des aidants [94] et d'obtenir un échantillon suffisant pour la comparaison. Ce critère de durée nous a logiquement orientées vers une étude rétrospective.

II.C Les limites de l'étude

Notre étude était observationnelle et rétrospective ce qui implique un faible niveau de preuve scientifique (niveau 4 ou grade C) [95].

De ce fait, un certain nombre de données

- n'ont pu être exploitées : les scores de niveau d'autonomie, non retrouvés au SECOP,
- n'ont pu être suffisamment retrouvées : les Mini-Mental State (MMS) aux SAU, le type de démence non renseigné, les échelles de qualité de vie ou de fardeau des aidants, ...

Nous remarquons dans les résultats de notre étude qu'aucun patient n'a été « perdu de vue » immédiatement après son premier passage. En revanche, en ce qui concerne le devenir à un mois et le suivi des patients, 21% des patients du SECOP et 7% de ceux des SAU sont « perdus de vue ». Au SECOP, cela s'explique par l'absence de données dans les dossiers médicaux après le premier passage et par le fait que les patients adressés à Cadillac n'ont pas été suivis. Aux SAU, les patients hospitalisés en gériatrie ne sont pas rappelés habituellement par l'infirmière de l'EMOG. Ainsi, leurs données de suivi n'étaient toujours pas disponibles.

III Interprétation et discussion des résultats

III.A Population étudiée

On note qu'autant de patients sont adressés aux SAU qu'au SECOP pour des troubles du comportement perturbateurs. Cela souligne la difficulté des personnes adressant à choisir vers quel service s'orienter, malgré les recommandations de l'HAS et de la SFMU [3,5] qui préconisent une prise en charge médicale avant une prise en charge psychiatrique.

On ne retrouve pas dans la littérature d'études semblables sur les troubles du comportement perturbateurs des personnes âgées aux urgences somatiques et psychiatriques.

Notre étude concerne 8% des patients pris en charge par l'EMOG. L'enquête de Créteil *et al.* aux urgences de Marseille, indique que 7% des patients admis et examinés par l'Équipe Mobile de Gériatrie présentaient des troubles du comportement [96]. Ce résultat concorde avec nos données. Comparativement aux données de l'étude de Salles *et al.* [90] sur l'activité des EMOG aux urgences et dans les services hospitaliers, ce motif fait partie des motifs d'admission les moins fréquents (par exemple, chute 29%, pathologie cardio-pulmonaire 19,6%, confusion 9,5%). Toutefois, la complexité de sa prise en charge [57] justifie que l'on s'y intéresse.

Une étude israélienne [49] mesurant les comportements perturbateurs de type « agressivité » des personnes âgées admises aux urgences montre qu'ils ont une prévalence de 18,6%. Cette donnée est validée par des études similaires antérieures, montrant une prévalence de 17 à 33%. Toutefois, cette prévalence est supérieure à la nôtre. On l'explique par le fait que cette étude concerne tous les patients admis, y compris ceux admis pour confusion.

La cohorte de Sough *et al.* rapporte que 5% des personnes âgées de 75 ans et plus adressées aux urgences présentent des troubles du comportement à leur arrivée [11]. Notre étude indique un taux supérieur, toutefois les données de la cohorte de Sough *et al.* se basent sur une durée d'étude d'un mois, ce qui peut expliquer cette différence.

Notre étude concerne 42% des patients de 75 ans et plus adressés au SECOP en première intention. Cette problématique est donc fréquente dans ce service. Les données de la littérature ne permettent pas de comparer ce résultat. En effet, les études de cohortes de patients âgés aux urgences psychiatriques retrouvées présentaient un classement différent de motif d'admission (trouble du comportement, symptôme psychotique, manie ou hypomanie, ...) [29,29]. Or nous avons exclu les patients venant pour une pathologie psychiatrique identifiée, telle que décompensation maniaque d'un trouble bipolaire.

III.B Étude comparative

III.B.1 Les données sociodémographiques significatives

III.B.1.1 Âge

L'âge moyen des patients aux SAU est de 86 ans. Ce chiffre est globalement plus élevé que l'âge moyen retrouvé dans la plupart des études [10,11,13,16] où les sujets ont une moyenne d'âge entre 83 et 85 ans.

Concernant notre population du SECOP, les différentes études sur les patients âgés aux urgences psychiatriques prennent en compte les patients à partir de 65 ans. La fréquentation de patients ayant entre 65 et 75 ans est plus importante que celle de patients plus âgés, ainsi l'âge moyen est systématiquement inférieur à celui de notre cohorte [29,30 ,97,98].

III.B.1.2 Sexe

Le sex-ratio de notre étude est de 1,26 femmes/homme, sans différence entre les 2 groupes. Selon l'enquête DREES sur les usagers des services d'urgences, le sex-ratio en Aquitaine pour les patients de 75 ans et plus est de 1,38 femmes/homme [8]. Notre cohorte présente une différence plus faible entre hommes et femmes.

Ceci diffère des données de la méta-analyse de Borsje *et al.* qui retrouve un sex-ratio de 1,50 femmes/homme chez les patients déments présentant des troubles du comportement [99]. Contrairement à notre étude, cette méta-analyse prend en compte tous les symptômes psycho-comportementaux. Or, selon l'étude de Kitamura *et al.*, les symptômes de type dépression et apathie sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme [100]. Nous n'avons pas inclus ces symptômes déficitaires dans notre étude, ce qui peut expliquer notre sex-ratio moins en faveur des femmes.

III.B.1.3 *Lieu de vie*

Selon l'observatoire régional de la santé [1], 80% des Aquitains de 80 ans et plus vivent au domicile et 10% vivent en établissement de soins ou en EHPAD. On retrouve les mêmes proportions chez les patients admis aux SAU.

En revanche, dans le groupe SECOP, la proportion de patients vivant en EHPAD est plus importante. On sait que les patients en EHPAD présentent plus de pathologies psychiatriques que ceux vivant au domicile [97,75]. Or les patients du SECOP présentent plus fréquemment des antécédents psychiatriques, ce qui va dans le sens de nos résultats.

Dans les EHPAD, il existe différents dispositifs pouvant être sollicités et qui permettraient de diminuer le recours aux urgences :

- La télémédecine dans certains EHPAD, elle propose notamment une aide à la prise en charge des troubles du comportement grâce à des téléconsultations gériatre-psychiatre.
- L'intervention d'équipes mobiles de géronto-psychiatrie interviennent dans les secteurs d'Arcachon et du Médoc pour évaluer leur trouble psychiatrique.

Il semble important d'informer les médecins traitants et coordonnateurs d'EHPAD sur l'existence de ces dispositifs.

III.B.1.4 *Aides à domicile*

Comparativement à l'enquête de Salles *et al.* sur l'activité générale des EMOG [90], nos patients des SAU ont plus fréquemment des aides à domicile et sont plus dépendants. Or les troubles du comportement augmentent le risque de perte d'autonomie selon Okura *et al.*, y compris chez les patients non déments [101]. Parallèlement, une seconde étude montre que les troubles du comportement augmentent le besoin en quantité d'heures de soins à domicile [54]. Cela peut expliquer que notre population des SAU nécessite plus d'aides au domicile qu'une population âgée des urgences.

Concernant les patients vivant au domicile, ceux des SAU bénéficient plus fréquemment d'aides à domicile que les patients adressés au SECOP. Nous n'avons pas pu mesurer l'autonomie des patients du SECOP, faute de données, il est donc difficile d'expliquer cette différence entre les 2 groupes.

III.B.1.5 *Présence d'aidant naturel*

On ne met pas en évidence de différence dans la présence d'aidant naturel entre les deux types de services.

On sait que les troubles du comportement de la démence ou de pathologie psychiatrique augmentent le fardeau des aidants [46,47,63]. De plus, une étude sur la cohorte REAL-FR, indique que dans la démence, l'épuisement de l'aidant mesuré par l'échelle de ZARIT est un facteur prédictif d'hospitalisation [102]. Ainsi, on note le rôle majeur de ces aidants dans la stratégie de prise en charge des patients et notamment lors du recours aux urgences. Cela illustre l'importance d'actions de prévention (technique non médicamenteuse de gestion des troubles du comportement) et d'information auprès des aidants naturels, comme le rappelle l'HAS [3].

Dans notre étude, le fardeau de l'aidant n'a pu être pris en compte faute de données valides dans les dossiers médicaux. L'utilisation de l'échelle de Zarit aurait permis cela. Elle est facile à utiliser et a été validée plusieurs fois pour apprécier la souffrance des aidants de personnes âgées [102]. Dans un récent article du JAMDA [103], elle est utilisée pour démontrer le lien entre accroissement du fardeau des aidants et, de manière indépendante : une baisse des capacités cognitives, une augmentation de la perte d'autonomie et une hausse des symptômes psycho-comportementaux de la démence.

Néanmoins, dans un service d'urgences, elle est difficilement réalisable. En effet, elle nécessite d'isoler l'aidant pendant une longue durée, or la configuration des lieux et l'activité des urgences compliquent sa mise en pratique.

III.B.1.6 *Personne adressant aux urgences*

III.B.1.6.1 *Les médecins traitants*

La décision d'hospitalisation aux urgences d'une personne âgée est dans la majorité des cas du ressort du médecin traitant (72 à 86% des sujets) [11,13,14]. Dans notre étude, seulement 51% des patients ont été adressés par leur médecin traitant aux SAU, et ce chiffre est encore plus faible pour les patients du SECOP (32%).

Ce taux inférieur aux cohortes de patients âgés aux urgences [11,13,14] montre que, dans notre cohorte, les médecins généralistes adressent moins fréquemment aux urgences pour cette problématique.

La thèse de Leila Diallo [104] montre que les médecins généralistes contactent fréquemment le service de ligne téléphonique de la filière gériatrique du CHU pour des problématiques de troubles du comportement (29,5%). De plus, aucun des patients pour lequel un avis a été sollicité n'a été hospitalisé à la suite de l'appel, car d'autres alternatives ont été trouvées : hospitalisation programmée, hôpital de jour, consultation en urgences. Ainsi, l'utilisation de ce dispositif par les médecins traitants peut expliquer un moindre recours aux urgences.

III.B.1.6.2 *SOS Médecins et les adressant non médicaux*

Contrairement aux patients adressés par leur médecin traitant, on ne note pas de différence significative entre SAU et SECOP du nombre de patients adressés par SOS Médecins ou adressés sans avis médical préalable. Des études montrent que les troubles du comportement augmentent avec le stress des aidants et qu'une réaction inappropriée des aidants peut amplifier ces troubles [54,58]. Cela peut conduire à des situations de crise motivant la venue de SOS Médecins ou une décision prise par personnes sans compétences médicales.

Ces médecins ont moins accès à l'historique médical et thérapeutique des patients, ce qui peut expliquer qu'ils différencient moins l'orientation vers un site plutôt qu'un autre. Cela montre la complexité de cette prise en charge et nous interroge sur ces choix, qui vont à l'encontre des recommandations médicales [3].

Dans 25% des cas, les patients étaient adressés par des personnes sans compétences médicales (IDE, autres) et non sensibilisées aux recommandations quant à l'orientation préférentielle de ces patients [3,5]. D'autant plus que les antécédents de troubles du comportement connus sont nombreux dans notre population et que les recommandations insistent particulièrement sur la gestion de ces cas. Cela souligne l'importance d'informer les patients et leur entourage sur l'évolution des troubles du comportement.

III.B.1.6.3 Les autres professionnels médicaux

Enfin, les patients du groupe SECOP ont été plus fréquemment adressés par des médecins spécialistes. Ces médecins des cliniques alentours ou de services hospitaliers (médecine interne, médecine gériatrique) avaient une demande précise de prise en charge psychiatrique. On se demande si ce recours ne pourrait être évité grâce aux consultations psychiatriques proposées au sein du CHU (équipe de liaison psychiatrique à Pellegrin et Saint-André, consultation de géro-psi-chiatrie à l'hôpital Xavier Arnozan).

III.B.2 Les données médicales

III.B.2.1 Les types de troubles du comportement

III.B.2.1.1 Ensemble de la population

Une récente méta-analyse de Van der Linde [104] montre que l'agitation est le symptôme le plus persistant au cours de l'évolution de la démence et qu'il évolue vers de l'agression verbale puis physique. Cela explique que c'est le symptôme le plus fréquemment retrouvé dans notre cohorte.

Par ailleurs, d'après Rocca *et al.* et Desai *et al.*, le fardeau des aidants est plus important pour les comportements de type « psychotiques » (soit agitation, idées délirantes, hallucination, euphorie, déambulation) [55,56].

III.B.2.1.2 Symptômes les plus fréquents au SECOP

Les symptômes les plus fréquents au SECOP étaient agressivité, idées délirantes et euphorie.

Or selon Desai *et al.*, les troubles du type agressivité, agitation, désinhibition, hallucination ou idées délirantes, sont associés à une demande accrue d'avis psychiatrique [56]. On en déduit que les patients agressifs ou délirants sont plus fréquemment adressés au SECOP pour bénéficier d'une prise en charge spécialisée.

Les idées délirantes sont fréquentes chez le sujet âgé [84]. Elles peuvent être des manifestations atypiques de pathologies psychiatriques (dépression, manie atypique, psychose tardive, ...), ce qui peut expliquer une demande accrue de prise en charge spécifiquement psychiatrique. Toutefois, on rappelle que ces idées délirantes sont fréquemment dues à des pathologies organiques [83] et que ces patients doivent bénéficier d'une recherche de causes somatiques avant d'être dirigés vers les urgences psychiatriques.

Quant à l'euphorie, c'est un symptôme de trouble bipolaire. Cela peut justifier l'orientation préférentielle vers le SECOP.

III.B.2.1.3 Symptômes les plus fréquents aux SAU

Les patients des SAU présentent plus d'opposition, d'agitation et d'hallucinations que ceux du SECOP.

L'agitation et l'opposition sont plus fréquemment retrouvés aux SAU qu'au SECOP. Cela concorde avec la recommandation de la SFMU sur le patient agité [5].

On s'étonne de la différence significative entre les deux types de services concernant le motif hallucination, surtout comparé au motif idées délirantes. Nous n'avons pas d'explication à cette différence.

III.B.2.2 Antécédent de troubles cognitifs

L'antécédent de trouble cognitif est significativement différent entre les groupes SAU et SECOP (87% vs. 50%).

Ainsi les patients présentant un trouble cognitif sont plus fréquemment adressés aux SAU qu'au SECOP. Ce résultat montre qu'en cas de troubles du comportement associé à une démence, la plupart des patients sont adressés vers la filière de soin somatique, comme le préconise l'HAS [3]. Et que lors de troubles du comportement perturbateurs il est parfois difficile de différencier une pathologie psychiatrique d'une pathologie médicale ou neurodégénérative.

III.B.2.3 Antécédent de pathologie psychiatrique

Devant l'apparition d'un symptôme neuropsychiatrique, le risque d'une décompensation de pathologie psychiatrique connue peut amener le praticien à orienter son patient vers les urgences psychiatriques. C'est ce que l'on observe dans notre étude, les patients ayant un antécédent psychiatrique sont plus fréquemment orientés vers le SECOP.

III.B.2.4 Évaluation des comorbidités

Nous avons utilisé l'indice de Charlson pour évaluer les comorbidités de nos patients. C'est l'indice le plus utilisé en gériatrie et il est facilement déductible des données des dossiers d'observation. Il a été développé en cancérologie pour mesurer la survie des patients et validé pour les patients aux urgences [106]. Il est associé à un score de mortalité plus important [10].

Cependant, il ne prend pas en compte la dénutrition, la dépression, les pathologies sensorielles et ostéo-articulaires. L'indice CIRS-G serait plus adapté, car validé dans les populations âgées en milieu psychiatrique, mais il n'est pas utilisé en pratique courante par les intervenants des urgences et n'était donc pas disponible pour notre rétrospective [106].

On note une différence significative dans le score de Charlson entre les patients des SAU et ceux du SECOP. Lors de la prise en charge de troubles du comportement perturbateurs, la recherche d'un facteur déclenchant somatique est nécessaire [3]. Les patients présentant plus de comorbidités ont plus de risque de décompenser une pathologie chronique et sont donc orientés en priorité vers les SAU.

Les comorbidités doivent être prises en compte lors de la prise en charge du patient. En effet, les comorbidités importantes sont associées à des risques plus élevés de retard diagnostique, de perte d'autonomie, d'iatrogénie et d'interactions médicamenteuses, car elles sont souvent associées à une poly-médication [65,107,108]. Ceci souligne l'importance d'une évaluation gériatrique globale pour la prise en charge de ces patients.

III.B.2.5 Prescription d'antipsychotiques

On ne note pas de différences significatives dans les traitements psychotropes à l'entrée des différentes urgences, excepté en ce qui concerne les antipsychotiques.

En effet, la proportion de patients prenant des antipsychotiques est plus importante au SECOP qu'aux SAU. Il apparaît que, comparativement aux patients des SAU, ces patients proviennent d'avantage d'EHPAD et ont plus d'antécédents psychiatriques (notamment des maladies bipolaires et des psychoses).

Or les études montrent que la prescription de psychotropes, surtout d'antipsychotiques, est plus fréquente en EHPAD qu'au domicile, et ce quelle que soit la sévérité de la démence [64]. De plus, la prescription d'antipsychotiques est indiquée pour les patients présentant certains antécédents psychiatriques [65].

Plusieurs études expliquent qu'à cause de raisons neurobiologiques, les traitements psychotropes sont moins efficaces sur les symptômes psycho-comportementaux de la démence que pour les pathologies psychiatriques [73,110].

Par ailleurs, comme le souligne l'étude de Levy *et al.* [111] et le Pr Legrain [112], la consommation de psychotropes en France chez le sujet âgé est élevée et parfois injustifiée par rapport aux indications propre à chaque traitement. Il convient de peser la balance bénéfice-risque lors de la prescription de psychotropes. Pour cela, l'avis des gériatres et des psychiatres, y compris dans les services d'urgence, permet d'avoir un regard plus éclairé sur ces traitements.

III.C Étude descriptive

III.C.1 Parcours de soins

III.C.1.1 Transferts de patients entre SAU et SECOP

Dans notre étude, 20% des patients sont transférés entre les établissements (8% des SAU vers le SECOP et 33% du SECOP vers les SAU). En effet 16 patients venant des SAU et retrouvés au SECOP ont été exclus (car non examinés par l'EMOG aux SAU), Ce résultat est donc sous-estimé. Nous pouvons donc dire que ce taux de transfert est en réalité plus important.

Il est recommandé chez le sujet âgé agité d'avoir recours aux urgences médico-chirurgicales si son état le nécessite et de ne pas l'orienter vers les urgences psychiatriques en première intention [87,39]. On comprend alors la nécessité de transférer les patients du SECOP vers les SAU.

Notons que les patients souffrant de troubles du comportement sont particulièrement sensibles aux changements de leur environnement [113] et que le passage aux urgences augmente les risques de complications chez les patients âgés fragiles ou déments [22].

Par ailleurs, on remarque que la plupart des patients transférés des SAU vers le SECOP provenaient du SAU de Pellegrin (notamment les 16 patients exclus) où les équipes de liaison psychiatriques n'interviennent pas. De plus, on note que 8% des patients du SAU de Saint-André ont pu être examinés directement par l'équipe de liaison psychiatrique ; certains ont été directement hospitalisés en secteur psychiatrique sans être transférés au SECOP. Ainsi, la collaboration des équipes de liaison psychiatriques avec les gériatres/urgentistes permet de limiter les déplacements des patients.

Ce système de collaboration est également en place à Limoges [28], où l'équipe de psychiatres intervient au sein-même d'un SAU polyvalent. Ils proposent une consultation de psychogériatrie urgente. Les auteurs mettent en avant le travail de partenariat entre les psychiatres et gériatres permettant une prise en charge tenant compte des spécificités du patient âgé.

On souligne ainsi l'intérêt d'une concertation entre les différentes spécialités pour améliorer le parcours de soins aux urgences du patient âgé et proposer une prise en charge multidisciplinaire.

III.C.1.2 Orientation des patients à l'issue du passage aux urgences et devenir à un mois

III.C.1.2.1 Le retour sur le lieu de vie ou nouvelle entrée en EHPAD

À l'issue des passages, 4% des patients rentrent en EHPAD. Ce chiffre augmente à un mois du passage, que les patients aient été hospitalisés ou non (22%). Cela est cohérent avec les données connues [23,42], les troubles du comportement et d'autres facteurs (démence, fardeau de l'aidant) amplifient le risque de placement en institution.

25% des patients regagnent leur lieu de vie habituel à l'issue des passages. Il serait intéressant de pouvoir étudier cette population pour savoir si ces patients auraient pu éviter ce passage aux urgences.

III.C.1.2.2 Hospitalisation des patients

À l'issue des différents passages, 65% des patients sont hospitalisés en secteur somatique ou psychiatrique.

Les cohortes de patients âgés aux urgences indiquent un taux d'hospitalisation entre 53 et 77% des patients, tous motifs d'admission confondus [8, 11,13,17]. On sait que les troubles du comportement perturbateurs augmentent le recours à l'hospitalisation [60]. De plus, les patients ayant des comorbidités nombreuses ou des antécédents de démence ont plus de risques d'être hospitalisés [114].

III.C.1.3 Durée de passage aux urgences

Nous avons inclus, dans la durée de passage aux SAU, le passage aux urgences et celui en UHU. Le SECOP n'a pas de service d'UHU à proprement parler, mais prend en charge soit en consultation soit en hospitalisation.

Une étude sur les troubles du comportement du sujet âgé, montre qu'une durée de passage plus longue que la moyenne aux urgences augmente la sévérité des troubles du comportement [49].

On note que les durées de passages diffèrent entre le SAU et le SECOP. On constate que :

- 55% des patients du groupe SECOP restent moins de 12h dans le service, contre 14% aux SAU. On peut l'expliquer par l'organisation différente des soins au SECOP avec une large part de consultations ; et par le peu de lits disponibles au sein du service, ce qui nécessite que les patients soient orientés rapidement [26]

- 27% des patients des SAU restent plus de 72h dans le service des urgences/UHU, soit une durée moyenne de passage plus longue que celle prévue pour les UHU. Cela peut s'expliquer par trois facteurs :
 - Le délai d'intervention de l'EMOG [90] : ces équipes sont présentes 4 jours par semaine, ce qui implique que les patients attendent parfois 48h avant d'être pris en charge
 - La problématique complexe des troubles du comportement, nécessitant une prise en charge plus longue et multidisciplinaire (urgentiste, EMOG, parfois psychiatre) [3]
 - L'attente d'une place en EHPAD ou dans un service spécialisé tel que l'UCC

III.C.2 Prise en charge

III.C.2.1 *Diagnostics retenus et facteurs organiques*

35% des patients du SECOP ont un diagnostic de syndrome psychiatrique. On parle de syndrome et non de pathologie, car l'enquête étiologique psychiatrique peut prendre plus de temps qu'une simple consultation. Par ailleurs, un syndrome psychiatrique peut aussi être associé à une affection mentale aiguë [35]. Cela souligne la difficulté de cette prise en charge.

Dans 40% des cas aux SAU aucun facteur déclenchant organique de troubles du comportement n'a été retrouvé. Ces patients nécessitent donc une prise en charge plus globale qui requiert l'expertise d'autres professions. Les psychiatres et les EMOG interviennent dans ce sens.

Les facteurs déclenchants des troubles du comportement peuvent aussi être environnementaux, d'où l'importance d'accompagner les aidants et d'adapter l'environnement et le lieu de vie des patients. Cela permet de plus de limiter le recours aux urgences.

III.C.2.2 *Psychotropes*

Les recommandations précisent qu'en situation de crise nécessitant une approche pharmacologique (risque pour les autres usagers du service de soins ou pour le personnel soignant, nécessité d'examens complémentaires, ...), l'utilisation d'anxiolytiques ou d'antipsychotiques est préconisée [3,36,72].

D'après l'étude de Spanemberg *et al.*, les psychiatres prescrivent plus fréquemment des anxiolytiques aux urgences chez les personnes âgées [115]. Notre étude confirme cette tendance. En effet, elle montre un taux de prescriptions d'anxiolytiques au SECOP plus important que celui des antipsychotiques.

III.C.2.3 *Contentions*

L'usage de la contention a été nécessaire pour 8% des patients du SECOP. Ce résultat est inférieur aux taux observés dans les urgences psychiatriques étrangères (9,9 à 15% des patients), mais leurs études concernent des patients plus jeunes et mettent en avant que ce taux diminue avec l'avancée en âge [29,30]. Nos données sont donc cohérentes avec ces études. Les troubles du comportement perturbateurs ne modifient pas le taux de recours aux contentions pour les personnes âgées.

On remarque qu'aux SAU, 25% des patients ont nécessité l'usage de contentions. Ce taux reste important. Devant un patient agité, agressif ou déambulant, en accord avec les recommandations [3,36,88], le praticien peut être amené à prescrire ces contentions. La géographie des urgences et la proximité des patients dans ce service augmentent le risque de chute ou de blessure de ces patients ou des autres usagers du service et motivent cette prescription. On souligne ainsi l'intérêt d'un recours à l'hospitalisation sans passage *via* les urgences.

III.D Réponse à l'hypothèse de départ

Notre hypothèse d'étude était qu'il existe des critères privilégiant une orientation initiale vers un site plutôt qu'un autre. Notre étude a mis en avant des différences significatives concernant certaines caractéristiques des patients adressés sur les différents sites. Cela ouvre à des perspectives de travail pour l'amélioration de leurs prises en charge.

IV Proposition d'amélioration de la prise en charge.

IV.A Perspectives d'amélioration de la prise en charge

La prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée doit se faire en amont des systèmes d'urgence. Les recommandations ne le préconisent qu'en dernière intention [3]. Les filières gériatriques et psychiatriques proposent des dispositifs (consultation mémoire, hôpital de jour, ...) permettant de repérer et d'anticiper cette problématique. Ils sont aussi un moyen de prendre contact avec la filière de soin pour prévoir une hospitalisation directe si nécessaire.

Nous avons recensé les dispositifs existants sur Bordeaux et des dispositifs de prise en charge d'autres villes.

IV.A.1 Dispositifs en place à Bordeaux

IV.A.1.1 *Ligne directe d'appel gériatrique des médecins libéraux*

Ce service permet une réponse spécialisée en gériatrie pour les médecins de premier recours. Il a montré son efficacité pour limiter le recours aux urgences et 88% des médecins libéraux se disent satisfaits de ce service [104]. Il y a donc un intérêt certain à communiquer sur l'existence de ce service auprès des médecins généralistes.

IV.A.1.2 *Télé médecine*

Mise en place au sein du pôle de gériatrie du CHU bordelais, elle permet aux gériatres de donner des avis ou des préconisations dans différents EHPAD *via* des téléconsultations. Le but est d'éviter les transferts inappropriés des résidents âgés. Les gériatres répondent aux demandes des EHPAD de la ville de Bordeaux et de Gironde équipés du système. Le centre expert est situé au sein du nouvel EHPAD « Les jardins de l'Alouette » sur le site Xavier Arnozan. On rappelle que les téléconsultations concernant les troubles du comportement peuvent être assurées par un gériatre et un psychiatre.

IV.A.1.3 Interventions à domicile des équipes mobiles de gériatrie

En septembre 2016, une unité d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire dans la cité a été créée. Dans le cadre du parcours de soins des personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA), elle se déplace au domicile du patient sur demande du médecin traitant [116]. Elle se compose d'un gériatre, d'un pharmacien, d'un psychiatre et de professionnels paramédicaux ou sociaux (IDE, assistante sociale, ...). Elle s'adresse aux patients de 75 ans et plus présentant notamment des troubles du comportement. Ses objectifs sont de :

- Développer l'approche pluridisciplinaire surtout dans les situations complexes
- Faciliter le maintien au domicile des patients et d'améliorer le parcours de soin des personnes âgées et ainsi éviter le recours aux urgences.
- D'améliorer la prise médicamenteuse et de lutter contre la iatrogénie.

IV.A.2 Dispositifs dans d'autres villes

IV.A.2.1 Consultations de liaison psycho-gériatriques à Lille

À Lille, le secteur psychiatrique a mis en place une convention avec des EHPAD du secteur pour l'intervention de consultation de liaison de psychogériatrie dans ces EHPAD. L'équipe se compose d'une infirmière diplômée d'État spécialisée en psychiatrie et d'un gériatre spécialisé en psychologie du sujet âgé. Les résultats de leurs interventions montrent que le motif d'intervention le plus fréquent est un trouble du comportement perturbateur (agitation, agressivité, psychose, hallucination ou délire, opposition : 68%), que le diagnostic de démence posé est souvent associé à d'autres troubles psychiatriques, et que ces derniers motivent la demande de consultation. Les auteurs soulignent que cette intervention a permis d'éviter des hospitalisations inadéquates et itératives [76].

IV.A.2.2 Équipe Mobile de Gériatrie Extrahospitalière d'Annecy

L'Équipe Mobile de Gériatrie Extrahospitalière (EMGEH) du Centre hospitalier d'Annecy intervient en EHPAD depuis 2009. Son but est le maintien sur le lieu de vie des patients et, si besoin, son orientation dans la filière gériatrique adaptée. Le motif d'intervention le plus fréquent est à 75% des troubles neuropsychiatriques (70% de SPCD, 15% troubles psychiatriques anciens, 15% troubles psychiatriques récents). L'intervention de l'EMGEH permet d'éviter des admissions non programmées et d'améliorer l'orientation dans la filière gériatrique. Une enquête parallèle auprès des médecins généralistes montre qu'elle permet de réduire le taux d'hospitalisation de ces patients [77].

IV.A.2.3 Consultations de liaison psychiatriques à Newcastle

Par ailleurs, une étude anglaise évalue l'impact d'une consultation de liaison psychiatrique en EHPAD. Elle a mis en évidence une baisse de l'usage des neuroleptiques significative par rapport à des centres ne recevant pas cette équipe de liaison psychiatrique. De plus, ils remarquent une baisse du nombre de visites des médecins généralistes et une diminution du taux d'occupation des lits en hôpital psychiatrique [68].

Ces données soulignent l'intérêt d'une prise en charge spécialisée pluridisciplinaire au domicile du patient pour limiter le recours aux services d'urgence de ces patients et leur hospitalisation.

IV.A.2.4 Exemple de coordination de prise en charge spécifique des troubles du comportement à Lyon

Le centre de mémoire de ressources et de recherche de Lyon a mis en place un parcours de soins spécifique pour avoir une réponse rapide et adaptée face aux SPCD.

Il débute par une consultation « troubles du comportement » avec un délai de consultation de moins d'une semaine et accessible sur demande du patient, des aidants, du médecin traitant, coordonnateur d'EHPAD. Elle est animée par des gériatres, des neurologues et des psychiatres. Ils mettent en place une proposition thérapeutique ou orientent le patient vers la structure adaptée : UCC en milieu neuro-gériatrique ou géronto-psychiatrique, Équipe mobile spécialisée pour la maladie d'Alzheimer (Emma), l'hôpital de jour, l'accueil de jour ou une hospitalisation à visée somatique.

L'Emma est une équipe mobile de gériatrie extrahospitalière. Elle a pour objectif la prise en charge rapide et précoce des SPCD dans le milieu de vie du patient. Elle permet une consultation spécialisée, notamment lorsque le patient refuse de se déplacer en consultation [117].

IV.B Piste de recherche à développer

Au-delà des définitions de profil des patients, le but de cette étude était d'initier un travail pour aider les médecins ou personnes confrontés à ce type de patients à les orienter dans les filières de soin adaptées.

Notre travail met en avant :

- L'importance d'informer les patients et leur entourage sur l'évolution des troubles du comportement et d'éviter ainsi une orientation vers les services d'urgence en cas de situation de crise
- L'intérêt d'une évaluation gériatrique et psychiatrique au sein des urgences surtout lorsque le bilan organique ne permet pas d'expliquer la cause de ce trouble du comportement et en fonction du profil des patients
- Un parcours de soins complexe nécessitant le déplacement des patients d'un service à l'autre.
- L'existence de dispositifs aidant à cette prise en charge sur le lieu de vie des patients (télémédecine, ligne d'appel téléphonique, équipes mobiles de gériatrie et géronto-psychiatrie).
- Cette information doit aussi être diffusée auprès des médecins traitants, des médecins coordonnateurs et des médecins de garde, mais aussi auprès des patients, de leur entourage et de leur réseau d'aide.

Une concertation entre ces différents intervenants (médecins de ville, EHPAD, urgentistes, psychiatre et gériatre) permettrait de proposer des protocoles de prise en charge en fonction du profil des patients.

Ils auraient pour objectifs :

- De limiter le recours aux urgences, en communiquant sur l'existence de dispositifs adaptés auprès des professionnels de la santé et du social
- D'améliorer la prise en charge des patients directement dans la filière de soins adaptée depuis les urgences, lorsque cela s'avère nécessaire

Une étude pourrait secondairement mesurer l'impact de ces protocoles sur la qualité de prise en charge des patients âgés adressés aux urgences pour des troubles du comportement perturbateurs.

Conclusion

Les troubles du comportement perturbateurs de la personne âgée ont une étiologie complexe, leur prise en charge peut faire appel à différentes spécialités médicales. C'est aussi une cause fréquente d'hospitalisation, notamment dans les services d'urgences. La disposition géographique des établissements publics bordelais sur deux sites séparés (CHU et CHCP) implique que les patients peuvent être adressés vers deux types de structures d'urgences. Les gériatres et les psychiatres sont alors sollicités pour les prendre en charge et les orienter dans la filière de soin adaptée.

Notre travail avait pour objectif d'identifier une différence de profil de patients de 75 ans et plus adressés pour troubles du comportement perturbateurs entre ceux des Services d'Accueil d'Urgences (SAU) des hôpitaux bordelais et ceux du Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation des Personnes (SECOP), puis d'étudier leur parcours de soins jusqu'à un mois du passage ainsi que les prises en charge effectuées.

Notre étude montre que les 113 patients adressés au SECOP plutôt qu'aux SAU sont plus jeunes, ont plus d'antécédents psychiatriques, viennent d'EHPAD plus fréquemment et sont plus fréquemment adressés pour des troubles de type agressivité. Pour leur part, les 115 patients adressés aux SAU plutôt qu'au SECOP sont plus âgés, ont plus de troubles cognitifs, viennent principalement de leur domicile et sont plus fréquemment adressés pour des troubles de type opposition, agitation et hallucination.

L'étude descriptive indique que ce passage amène à une prescription d'anxiolytiques pour 86% des patients tout service confondu et l'usage de contention pour 25% des patients des SAU et 8,2% des patients du SECOP. On retient par ailleurs que 20% des patients sont transférés d'un service à l'autre. 38% des patients sont hospitalisés en secteur médical et 26% en secteur psychiatrique. Enfin, un mois après ce passage, 22% sont entrés en EHPAD.

Nous avons mis en évidence un parcours de soins complexe, où la collaboration entre psychiatres et gériatres selon les profils de patient est utile. L'élaboration de protocoles pluridisciplinaires adaptés à ces patients pourrait permettre l'amélioration de leur prise en charge.

Il existe des dispositifs adaptés à la prise en charge sur leur lieu de vie des patients âgés présentant des troubles du comportement. Communiquer sur ces dispositifs auprès des professionnels de la santé et du social permettrait de limiter le recours aux urgences.

Bibliographie

1. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France. Résultats d'une enquête nationale. *Presse Med* 2006;35:1804-10.
2. Observatoire Régional de la santé en Aquitaine. Les personnes âgées en aquitaine ; mars 2010.
3. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonnes pratiques ; Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs; mai 2009.
4. Schmidt SG, Dichter MN, Palm R et Hassehorn HM. Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents- evidence from German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21:3134-42.
5. Société Française de Médecine d'Urgence. Conférence de consensus : "l'agitation en urgence (petit enfance excepté)" ; décembre 2002.
6. Natali JP, Schwald N, Bach F, Bourgouin G, Chiffroy D, Bloch F. Intérêt d'une équipe mobile gériatrique aux urgences : retour sur dix ans d'expérience. *Soins Gerontol* 2015; 20(116):22-4.
7. Tueth MJ, Zuberi P. Life-threatening Psychiatric Emergencies in the elderly: Overview. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1999; 12:60-6.
8. Ricoch L. Vuagnat A. Temps, parcours et délais aux urgences : résultats de l'enquête nationale. [Internet] Mars 2015. [cited 15 juillet 2016] Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/a_vuagnat_g-1-1.pdf
9. DREES, enquête nationale sur les structure des urgences hospitalières. [Internet] juin 2013. [cited 10 aout 2016] Disponible sur : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IFActivePath=P_432,507
10. Dramé M, Da PAJ, Jolly D, Lang PO, Mahmoudi R, Schwebel G, *et al.* Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en urgence : la cohorte SAFES. *Presse Med* 2009; 38:1068-75.
11. Sough B, Gauthier T, Clair D, Le Gall A, Menecier P, Mangola B. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012; 10(2):151-8.
12. Ferry-Hmidouch R, Du Mezeray AP. Quels sont les critères d'admission dans un service d'urgence d'une personne âgée de plus de 75 ans? – Vivant à domicile – Vivant dans une institution non médicalisée – Vivant dans une institution médicalisée. Comment éviter les réadmissions précoces aux urgences ? *Journal Européen des Urgences* 2004 ; 17(3, part2) :209-14.
13. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy PM. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. *Santé publique* 1999; 11(4):465-82.
14. Lazarovici C, Somme D, Chatellier G, Saint-Jean O, Espinoza P. Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences. Résultats d'une enquête nationale. *Rev Med Interne* 2008; 29:618-25.
15. Bradshaw LE, Goldberg SE, Lewis SA, Whittamore K, Gladman JRF, Jones RG *et al.* Six-month outcomes following an emergency hospital admission for older adults with co-morbid mental health problems indicate complexity of care needs. *Age and Ageing* 2013; 42:582-8.
16. Goldberg SE, Whittamore KH, Harwood RH, Bradshaw LE, Gladman JRF, Jones RG *et al.* The prevalence of mental health problems among older adults admitted as an emergency to a general hospital. *Age and ageing* 2012; 41:80-6.

17. 10^{ième} conférence de consensus SFMU. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences. 05 décembre 2003; Strasbourg.
18. Francois P, Fourny M, Darras B, Giraud M. Étude d'image. Le CHU de Grenoble vu par les médecins généralistes ; Préparation du projet d'établissement. 2011-2018.
19. Gayrard P, Harzo C. Médecine ambulatoire, médecine hospitalière. Quels liens construire ? URML Rhone-Alpes 2008.
20. Briggs R, Coughlan T, Collins R, O'Neill D, Kennelly SP. Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes. Q J Med 2013; 106: 803-8.
21. Clevenger CK, Chu TA, Yang Z, Hepburn KW. Clinical Care of persons with dementia in the Emergency department: a review of the literature and agenda for research. JAGS 2012; 60 :1742-48.
22. Dolveck F. Médecine d'urgence et personnes âgées. Soins Gerontol 2013; 102:22-4.
23. Borbasi S, Jones J, Lockwood C, Emden C. Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: toward better practice. Geriatric Nursing 2006; 27: 300-8.
24. Dramé M, Lang PO, Novella JL, Narbey D, Mahmoudi R, Lanièce I, *et al.* Six-month outcome of elderly people hospitalized via emergency department: The SAFES cohort. Rev Epidemiol Sante Publique 2012; 60:189-96.
25. Lang PO, Heitz D, Hédelin G, Dramé M, Jovenin N, Ankri J, *et al.* Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in french acute hospitals. JAGS 2006; 54(7):1031-39.
26. Ariagno J, Présentation de SECOP C.H. Charles Perrens, [Internet] 2015 [cited 10 juillet 2014]. Disponible sur : <http://slideplayer.fr/slide/3038435/>
27. Thienhaus OJ, Piasecki MP. Assessment of Geriatric Patients in the psychiatric Emergency Service. Psychiatric Services 2004; 55(6):639-42.
28. Nubukpo P, Herrmann C, Valadas F, Clement JP. L'approche psychogériatrique au service d'accueil et d'urgences du CHU de Limoges. L'année gériatrique 2005; 19(1):173-79.
29. Chaput Y, Beaulieu L, Paradis M, Labonté E. The elderly in the psychiatric emergency service (PES); a descriptive study. BMC Psychiatry 2011; 11:111.
30. Lin CH, Hsu CW, Teng CY, Sun PPC, Hsu HC, Wung YT, *et al.* Factors predicting transferal after psychiatric emergency management in the elderly. Psychiatry Clin Neurosci 2009; 63:741-6.
31. Becker MA, Boaz TL, Demuth A, Andel R. Predictors of emergency commitment for nursing home residents: the role of resident and facility characteristics. Int J Geriatr Psychiatry 2012; 27:1028-35.
32. Van der Mussele S, Le Bastard N, Vermeiren Y, Saerens J, Somers N, Mariën, *et al.* Behavioural symptoms in mild cognitive impairment as compared with Alzheimer's disease and healthy older adults. Int J Geriatric Psychiatry 2013; 28(3):265-75.
33. Archer N, Brown RG, Reeves SJ, Boothby H, Nicholas H, Foy C, *et al.* Premorbid personality and behavioral and psychological symptoms in probable Alzheimer disease. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15(3):202-13.
34. Baldwin R, Mood disorders: depressive disorders. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Denning T, Thomas T. Oxford textbook of old age psychiatry. Oxford, Oxford University Press, 2008: 524-56.
35. American Psychiatric Association. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ("*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*"). 2013.
36. International Psychogeriatric Association. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Northfield /IPA 2003.

37. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44(12):2308-14.
38. Gulfi JD, Crocq MA, Pull CB, Pull MC. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4 éd. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2005.
39. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonnes pratiques ; Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Mai 2009.
40. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler M, *et al.* Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000; Suppl 5:S4-S9.
41. Letenneur L, Gilleron V, Commenges D, Helmer C, Orgogozo JM, Dartigues JF, *et al.* Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66:177-83.
42. Gonfrier S, Andrieu S, Renaud D, Vellas B, Robert PH. Course of neuropsychiatric symptoms during a 4-year follow up in the REAL-FR cohort. *J Nutr Health Aging* 2012; 16(2):134-7.
43. Robert PH, Verhey FRJ, Byrne EJ, Hurt C, Paul De Deyn P, Nobili F, *et al.* Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *European Psychiatry* 2005; 20:490-6.
44. Bergh S, Selbaek G. The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk epidemiologi* 2012; 22(2):225-32.
45. Le Dastumer B, Noel JL, Seguy C, Thorez D. Les symptômes psycho-comportementaux du sujet âgé. *Soins Gerontol* 2008 ;73:32-4.
46. Canevelli M, Adali N, Voisin T, Soto ME, Bruno G, Cesari M, *et al.* Behavioral and psychological subsyndromes in Alzheimer's disease using the Neuropsychiatric Inventory. *Int J geriatric psychiatry* 2013; 28(8):795-803.
47. Van der Linde RM, Denning T, Matthews FE, Brayne C. Grouping of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Geriatric Psychiatry* 2014; 29(6):562-8.
48. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, Dekosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Dementia and Mild Cognitive Impairment, Results from the cardiovascular health study. *JAMA* 2002; 288(12):1475-83.
49. Erel M, Shapira Z, Volicer L. Behavioral problems of seniors in an emergency department. *J Emerg Med* 2013; 45:13-8.
50. Brodarty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP, *et al.* Increase rate of psychosis and psychomotor change in depression with age. *Psychol Med* 1997; 27:1205-13.
51. Van Den Wijngaart MA, Vernooij-Dassen MJ, Felling AJ. The influence of stressors, appraisal and personal conditions on the burden of spousal caregivers of persons with dementia. *Aging Ment Health* 2007; 11:626-36.
52. Volicer L, Van der Steen JT, Frijters DH. Modifiable factors related to abusive behaviors in nursing home residents with dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10(9):617-22.
53. Anthony K, Proctor AW, Silverman AM, Murphy E. Mood and behavior problems following the relocation of elderly patients with mental illness. *Age and Ageing* 1987; 16:355-65.
54. Okura T, Langa KM. Caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in older adults with cognitive impairment: the aging, demographics, and memory study (ADAMS). *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2011; 25(2):116-21.
55. Rocca P, Leotta D, Liffredo C, Mingrone C, Sigaucho M, Capellero B, *et al.* Neuropsychiatric symptoms underlying caregiver stress and insight in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30:57-63.

56. Desai AK, Schwartz L, Grossberg GT. Behavioral disturbance in dementia. *Current Psychiatry Reports* 2012; 14(4):298–309.
57. Aguera-Ortiz L, Frank-Garcia A, Gil P, Moreno A. Clinical progression of moderate-to-severe Alzheimer's disease and caregiver burden: a 12-month multicenter prospective observational study. *Int Psychogeriatr* 2010;22(8):1265-79.
58. Morgan RO, Sail KR, Snow AL, Davila JA, Fouladi NN, Kunik ME. Modeling causes of aggressive behavior in patients with dementia. *The Gerontologist* 2012; 53(5):738-47.
59. Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: influence of environmental correlates and staff distress on physicians' prescription behavior. *Int Psychogeriatr* 2011; 23(10):1632-9.
60. Soto ME, Andrieu S, Villars H, Secher M, Gardette V, Coley N, *et al.* Improving care of older adults with dementia: description of 6299 hospitalizations over 11 years in a special acute care unit. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13(5):486.e1-6.
61. Balardy L, Voisin T, Cantet C, Vellas B. Predictive factors of emergency hospitalisation in Alzheimer's patients: results of one-year follow-up in the REAL.FR Cohort. *J Nutr Health Aging* 2005; 9(2):112-6.
62. Nourhashémi F, Andrieu S, Sastres N, Ducassé JL, Lauque D, Sinclair AJ, *et al.* Descriptive analysis of emergency hospital admissions of patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2001; 15:21-5.
63. Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007; 20:41-9.
64. Jacquin A, Sacco G, Tavassoli N, Rouaud O, Vellas B, Robert R, *et al.* Prescription des psychotropes chez les patients institutionnalisés ayant une maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté. *Revue neurologique* 2014 ;170(S1):A6.
65. Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé. EMC (Elsevier Masson SAS) Paris, Psychiatrie 37-540-C-10, 2011.
66. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M. The dementia antipsychotic withdrawal trial: long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2009; 8:151-7.
67. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AIM, van Driel ML, *et al.* Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 3:CD007726.
68. Ballard C, Powell I, James I, Reicheit K, Myint P, Potkins D, *et al.* Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17:140-5.
69. Gallini A, Andrieu S, Donohue JM. Trends in use of antipsychotics in elderly patients with dementia: Impact of national safety warnings. *European Neuropsychopharmacology* 2014; 24:95-104.
70. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1:CD005593.
71. Maher AR, Maglione M, Bagley S, Suttorp M, Hu JH, Ewing B, *et al.* Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011; 306(12):1359-69.
72. Wang J, Yi JT, Wang HF, Meng XF, Wang C, Tan CC, *et al.* Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86:101–9.
73. Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment (review). *Cochrane Database Syst* 2014; 1: CD009125.

74. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* 2015; 350:369
75. Ryan JM, Kidder SW, Daiello LA. Mental health services in nursing homes: psychopharmacologic interventions in nursing homes: what do we know and where should we go? *Psychiatr Serv* 2002; 53:1407-13.
76. Vanhoucke V, Dreumont AS, Ndjiki-Nya C, Versaevel C, Jeanson R, Lajugie C. La consultation-liaison de psychogériatrie en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. À propos d'une évaluation locale. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2004 ; 4:47-53.
77. Moheb B, Creton H, Roger V, Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière intervenant en EHPAD. Expérience de 3 ans d'activité au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (CHRA). *Rev Geriatr* 2012 ; 37 (9) :746-748
78. Ritchie K, Artero S, Beluche I *et al.* Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*, 2004; 184:147-52.
79. Fagegaltier M. Troubles mentaux dus à une affection médicale générale : Étude descriptive rétrospective sur une période de six mois au sein du Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation psychiatrique du Centre Hospitalier Charles Perrens de Bordeaux [Thèse de doctorat universitaire de médecine] Bordeaux ; 2013.
80. Clément JP, Nubukpo P, Bonin-Guillaume S. Pathologie dépressive. Dans Clément *et al.* Psychiatrie de la personne âgée. 1ere ed. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2010. p.141-58.
81. Roche J, Thomas P. Pathologie anxieuse. Dans Clément *et al.* Psychiatrie de la personne âgée. 1ere ed. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2010.p.195-203.
82. Depp CA, Jeste DV. Bipolar Disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord*, 2004 ; 6:343-67.
83. Galland F, Vialle-Perret E, Jalenques I. les troubles bipolaires chez le sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2005 ;3:115-23.
84. Bazin N, Clément JP, Jalenques I. Pathologie délirante. Dans Clément JP *et al.* Psychiatrie de la personne âgée. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2010. p. 159-77.
85. Abrams RC, Horowitz SV, personality disorders after 50: a meta-analysis. *J Pers Disord* 1996; 10:271-81.
86. Amad A, Geoffroy PA, Vaiva G, Thomas P. Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement : diagnostic, évolution, et prise en charge. *Encéphale* 2013 ;39(5)374-82.
87. Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Stiebel V, Ng AT, Bregman B, *et al.* Medical evaluation and triage of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for emergency project BETA Medical Evaluation Workgroup. *West J Emerg Med* 2012; 13(1)3-10.
88. ANAES ; Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé; Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Octobre 2000.
89. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.
90. Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Équipes mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. *Revue Geriatr* 2012; 37(9):738-9.
91. Sabine F, Quelle politique de coopération pour la psychiatrie ? L'exemple du Centre Hospitalier Charles Perrens. [Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique] 2010.
92. Fried L, Bernardini J, Piraino B. Charlson comorbidity index as a predictor of outcomes in indecent peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 37(2):337-42.

93. ARS, Projet régional de Santé d'Aquitaine approches transversales. [Internet] Décembre 2011. [cited 10 aout 2016] Disponible sur : http://www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/AQUITAIN/telecharger/05_Pol_reg_sante/501_Projet_regional_sante/02_TRANSVERSALES_ARS_Aquitaine_BD.pdf
94. Fournet N, Caillière N, Fouillet A, Caserio-Schönemann C, Josseran L. Le système français de Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®) Institut de veille sanitaire. [Internet] Mai 2011. [cited 10 aout 2016] Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Invs/Rapports/2012/plaquette_sursaud_2011.pdf
95. HAS, Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. 2000.
96. Créteil E, Ciocan D, Mounes C, Icard MC, Dramé M. Coordination aux urgences par une équipe mobile de gériatrie. *Soins gérontol* 2013 ;102:33-6.
97. Walsh PG, Currier G, Shah MN, Lyness JM, Friedmann B. Psychiatric emergency services for the US elderly: 2008 and beyond. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(9):706-17.
98. Sawayama E, Takahashi M, Arai H, Nakajima K, Kano A, Sawayama T, *et al.* Characteristics of elderly people using the psychiatric emergency system. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63:577-9.
99. Borsje P, Wetzels RB, Lucassen PL, Pot AM, Koopmans RT. The course of neuropsychiatric symptoms in community-dwelling patients with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2015; 27(3):385–405.
100. Kitamura T, Kitamura M, Hino S, Tanaka N, Kurata K. Gender differences in clinical manifestations and outcomes among hospitalized patients with behavioural and psychological symptoms of dementia. *J Clin Psychiatry* 2012; 73(12):1548–54.
101. Okura T, Plassman BL, Steffens DC, Liewellyn DJ, Potter GG, Langa KM. Prevalence of neuropsychiatric symptoms and their association with functional limitations in older adults in the United States: the aging, demographics, and memory study. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58(2):330–7.
102. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20(6):649–55.
103. Dauphinot V, Ravier A, Novais T, Delphin-Combe F, Mouchoux C, Krolak-Salmon P. Risk factors of caregiver burden evolution, for patients with subjective cognitive decline or neurocognitive disorders: a longitudinal analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17(11):1037-43.
104. Diallo L. Communication ville-hôpital en gériatrie : évaluation d'une ligne d'appel directe pour les médecins libéraux. Expérience du CHU de Bordeaux et de l'URPS des médecins libéraux d'aquitaine. [Thèse de doctorat universitaire de médecine] Bordeaux ; 2012.
105. Van der Linde RM, Denning T, Blossom C, Prina M, Evans M, Brayne C. Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *Br J Psychiatry*. [Internet] 2016 [cited 4 aout 2016]; 1-12 Disponible sur : <http://bjp.rcpsych.org/content/early/2016/07/21/bjp.bp.114.148403>
106. Murray SB. Charlson Index Is Associated with One-year Mortality in Emergency Department Patients with Suspected Infection. *Acad Emerg Med* 2006; 13(5): 530-6.
107. Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 130-7.
108. Prudent M, Dramé M, Jolly D, Trenque T, Parjoie R, Lang PO, *et al.* Consommation de médicaments potentiellement inappropriés chez des sujets âgés hospitalisés en France. Une analyse transversale d'une cohorte prospective multicentrique (cohorte SAFES). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2009 ; 57:S49.
109. Berrut G, Decker L. Évaluation des comorbidités chez la personne âgée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2015 ; 13(1):7-12.

- 110.Li XL, Hu N, Tan MS, Yu JT, Tan L. Behavioral and Psychological symptoms in Alzheimer's disease review article. *BioMed Research International* 2014;1-9.
- 111.Levy R, Afifi Hachemi M, Dufraisse G. Analyse de la prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée chez des patients de plus de 70 ans hospitalisés en secteur gériatrique. *Rev gériatrie* 2011 ; 36(9):621-9.
- 112.Legrain S, HAS ; Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, consommation, prescription, iatrogénie et observance. [Internet] 2005 [cited 10 aout 2016] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
- 113.Thomas, P, Hazif-Thomas C, Peix RO. Les troubles du comportement des personnes âgées. *Soins Gériontol* 2008 ; 73:16-20.
- 114.Wang SY, Shamliyan TA, Talley KM, Ramakrishnan R, Kane RL. Not just specific diseases: systematic review of the association of geriatric syndromes with hospitalization or nursing home admission. *Arch Gerontol Geriatr* 2013; 57(1):16-26.
- 115.Spanemberg L, Nogueira EL, Da Silva CT, Dargél AA, Menezes FS, Neto AC. High prevalence and prescription of benzodiazepines for elderly: data from psychiatric consultation to patients from an emergency room of a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33(1):45-50.
- 116.Le dispositif PAERPA-le parcours santé des aînés (PAERPA)-ministère des affaires sociales et de la santé.[Internet] 2014 [cited 27 aout 2016] Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
- 117.Delphin-Combe F, Martin-Gaujard G, Roubaud C, Fortin ME, Husson F, Rouch I, *et al.* Expérience d'un parcours de soins des symptômes psychologiques et comportementaux des démences. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013 ; 11 (4):416-22.

Annexes

I Inventaire Neuro-psychiatrique-Réduit (NPI-R) [37]

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement. Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportement différents.

PRÉSENCE : La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question. Les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation. Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse NON et passez à la question suivante. NA = question non applicable

GRAVITÉ : Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse OUI et évaluez la gravité du trouble du comportement avec l'échelle suivante :

1. Léger : changement peu perturbant
2. Moyen : changement plus perturbant
3. Important : changement très perturbant

RETENTISSEMENT : Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé d'évaluer le retentissement, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante :

0. Pas du tout
1. Minimum
2. Légèrement
3. Modérément
4. Sévèrement
5. Très sévèrement, extrêmement

RÉCAPITULATIF : Nom, âge du patient et la date de l'évaluation

Le type de relation avec le patient :

- Très proche/ prodigue des soins quotidiens
- Proche/ s'occupe souvent du patient
- Pas très proche/ donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »

HALLUCINATIONS

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ?

AGITATION / AGRESSIVITÉ

« Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

DÉPRESSION / DYSPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

ANXIÉTÉ

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ?»

EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? (Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille). Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

APATHIE / INDIFFÉRENCE

« Le patient/la patiente semble-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »

DÉSINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »

SOMMEIL

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ? (Ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

APPÉTIT / TROUBLES DE L'APPÉTIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ? (Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

II Définition des troubles du comportement perturbateurs de notre étude

On utilise les définitions de l'HAS [3] basée sur l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) pour évaluer les troubles du comportement perturbateurs dans notre étude.

Nous avons retenu les symptômes non déficitaires :

- Idées délirantes

Elles sont définies comme des perceptions et des jugements erronés de la réalité par le sujet. Les thèmes parmi les plus fréquents peuvent être : la spoliation, la persécution, le mystique, la filiation, la non-reconnaissance, le préjudice, l'abandon, et la jalousie.

- Hallucinations

Ce sont des perceptions sensorielles sans objet réel, elles sont de type visuel, auditif, tactile, olfactif ou gustatif.

- Agitation

C'est une activité verbale ou motrice inappropriée ne résultant pas d'un besoin. Elle peut être verbale (cris, ...) ou physique (activité sans objectif précis).

- Agressivité

C'est un comportement perçu par l'entourage comme violent envers les personnes ou les objets. Elle peut être physique ou verbale, et est parfois indépendante de l'agitation.

- Opposition

Cela correspond à des attitudes de refus de la part du patient, concernant : les soins, l'hygiène, l'alimentation, les règles sociales ou la coopération.

- Euphorie/Exaltation de l'humeur

On recherche des rires inadaptés, un comportement trop joyeux.

- Désinhibition

Cela se rapporte à un comportement impulsif et inapproprié vis-à-vis des normes sociales ou familiales. Elle se manifeste par une impulsivité, une instabilité émotionnelle, de la distraction et des attitudes incongrues ou impudiques.

- Comportement moteur aberrant

Il correspond à des activités répétitives incessantes ou excessives, comme une déambulation inadaptée, des vérifications incessantes ou une errance.

III Grilles ADL, IADL

Grille ADL utilisée par Les Équipes mobiles de gériatrie de Bordeaux

Échelle des activités de la vie quotidienne

ADL		
Transfert	Autonome au domicile	1
	Autonome à l'intérieur	0
	A besoin d'aide	0
	Grabataire	0
Toilettes	Autonome	1
	Doit être accompagné	0
	Ne se déplace pas	0
Continence	Oui	1
	Partielle	0
	Non	0
Soins corporels	Autonome	1
	A besoin d'aide	0
	Dépendance totale	0
Habillement	Autonome	1
	A besoin d'aide	0
	Dépendance totale	0
Alimentation	Autonome	1
	A besoin d'aide	0
	Dépendance totale	0
Score sur 6		/6

Inspiré de l'échelle de Katz S, Down TD, Cash HR, progress in the development of the index of ADL. Gerontologist 1970 ; 10 :20-30.

Grille IADL utilisée par les Équipes mobiles de gériatrie de bordeaux

Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne

Téléphone	De sa propre initiative, compose les numéros	1
	Compose quelques numéros connus	0
	Répond mais n'appelle pas	0
	N'utilise pas le téléphone	0
Faire les courses	Achète seul la majorité de ses courses	1
	Fait quelques petits achats seul	0
	Besoin d'être accompagné	0
	Incapacité à les faire	0
Faire la cuisine	Prépare et cuisine seul	1
	Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients	0
	Fait réchauffer les plats	0
	Nécessite des repas préparés et servis	0
Entretien du domicile	Entretient seul son domicile avec une aide occasionnelle pour les gros travaux	1
	Ne fait que des travaux d'entretien quotidiens	0
	Fait des travaux légers mais insuffisant	0
	Besoin d'aide pour tous les travaux ménagers	0
	Ne participe pas à l'entretien du domicile	0
Linge	Lave son linge tout seul	1
	Lave les petites affaires	0
	Toute la lessive doit être lavée par d'autres	0
Transport	Voyage de manière indépendante	1
	Peut se déplacer seul en taxi ou autobus	0
	Utilise les transports en commun avec une personne accompagnante	0
	Transport limité en voitures et avec un accompagnant	0
	Ne se déplace plus	0
Médicaments	Prend ses médicaments de manière correcte et responsable	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0
	Ne peut pas prendre ses médicaments correctement	0
Argent	Autonome pour gérer ses affaires financières	1
	Autonome pour les dépenses quotidiennes mais nécessite une aide pour gérer à long-terme	0
	Incapable de s'occuper des dépenses	0
Score sur 8		/8

Inspiré de : Lawton M, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969 ; 9 : 179-186.

IV Indice de Charlson [92]

Il se calcule en attribuant des points en fonction de la gravité des diagnostics secondaires

Score (points)	Comorbidités
1	Infarctus du myocarde Insuffisance cardiaque congestive Artériopathie périphérique (y compris les anévrismes de plus de 60mm) AIT/AVC sans déficit ou déficit léger Démence Maladie pulmonaire chronique Connectivites Maladie ulcéreuse gastroduodénale Hépatopathies légères sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques Diabète non compliqué
2	AVC avec hémiplegie séquellaire Insuffisance rénale modérée à sévère Diabète compliqué Tumeur sans métastases avec recul de moins de 5 ans Leucémie aigüe ou chronique Lymphome ou myélome
3	Hépatopathies modérées et sévères
6	Cancers métastasés SIDA déclaré

Pour chaque décade supérieure à 40ans, ajouter 1 point

Le patient hémodialysé est d'emblée coté 2

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

② TRAITEMENT de première intention

En cas de douleurs : voir le *Guide de Prescription des Antalgiques* (CLUD)

Mesures non médicamenteuses :

- Installer le patient au calme
- Corriger l'isolement sensoriel (appareil auditif, lunettes)
- Rassurer en expliquant la situation
- Laisser le patient en compagnie d'un membre de l'entourage (si ce dernier est calme)

Eviter la contention sauf brève et indispensable (ex. pose de perfusion). Une contention uniquement abdominale peut suffire.

Toute contention nécessite une **prescription médicale**

Surveillance régulière par le personnel infirmier : état de conscience, absence de déficit moteur, pression artérielle, fréquence cardiaque

SI MESURES INSUFFISANTES

Rappel sur les médicaments :

pour un usage gériatrique, *diviser en règle générale par deux les posologies* recommandées chez l'adulte et se référer aux monographies validées (ex. Vidal Hoptimal®, Thériaque®)

Traitement médicamenteux PONCTUEL de l'agitation aiguë :

Les noms de spécialités pharmaceutiques sont indicatifs : vérifier si besoin dans le livret des médicaments du CHU de Bordeaux

Si **anxiété dominante** : tremblements, sueurs

- voie orale à privilégier : oxazépam 10 mg (Séresta® 10 mg, 1 comprimé)
- voie injectable IM : diazépam 5 mg IM (Valium®) ; si IM impossible (ex. anticoagulants) : injection sous-cutanée (hors AMM)

Si **troubles productifs** dominants : agitation

- psychotique, éléments délirants ou hallucinatoires
- voie orale à privilégier : olanzapine 5 mg (Zyprexa® vélotab) 1 cp. Si > 75 ans : ½ cp en faisant dissoudre 1 cp. dans un récipient avec une quantité mesurée d'eau, de jus de fruit (sauf pamplemousse) ou de lait et en n'ingérant qu'exactement la moitié.
- voie injectable IM : halopéridol 2,5 mg IM (Haldol® 5 mg: ½ amp.) ; si IM impossible (ex. anticoagulants) : injection sous-cutanée (hors AMM)

Avant de prescrire : réévaluer l'état clinique après un **délai d'au moins une heure** après la première administration médicamenteuse

En cas de troubles de l'endormissement :

Imovane (zopiclone) :

Un comprimé à 3,75 mg

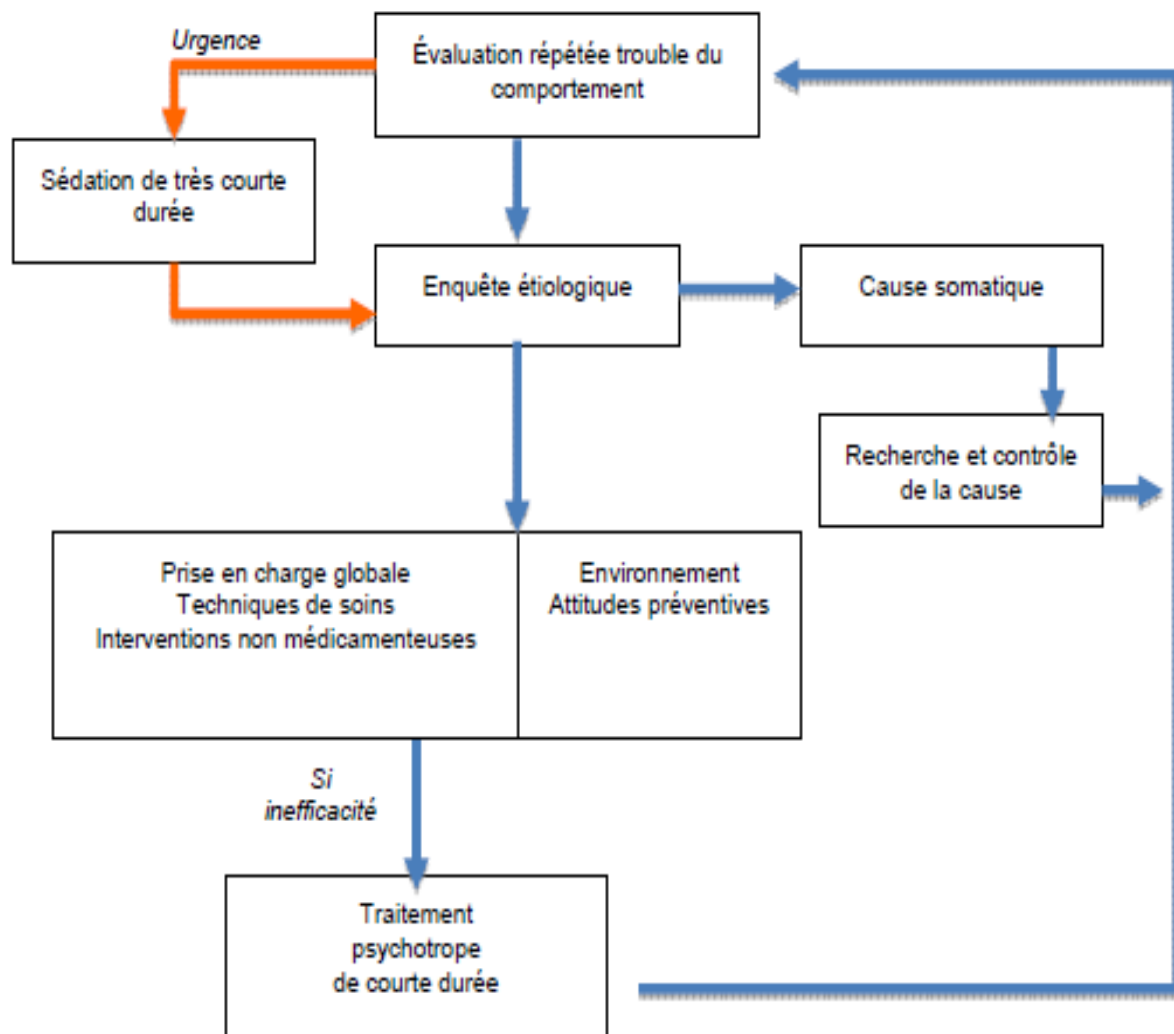
Patient dément agité et déjà sous

traitement: contacter l'Unité Alzheimer au poste 30214

Exemples de médicaments pouvant entraîner un état confusionnel (liste non exhaustive) :

Classes thérapeutiques	Principes actifs et spécialités (exemples)
Antalgiques	tramadol (Topalgic), fentanyl en patch, codéine (associée), morphine
Cardiologie	digoxine, bêta-bloquants, amiodarone, disopyramide
Gastro-entérologie	oméprazole, lansoprazole...
Immuno-allergologie	hydroxyzine (Atarax), dexchlorphéniramine (Polaramine), oxomémazine (Toplexil)
Neurologie	trihexyphénidyle (Artane), tropatépine (Lepticur), biperidène (Akineton)
	lévétiracétam (Keppra), lamotrigine (Lamictal), carbamazépine (Tégrétol), oxcarbazépine (Trileptal)
Psychiatrie	cyamémazine (Tercian), olanzapine (Zyprexa), rispéridone (Risperdal)
	tianeptine (Stablon), escitalopram (Séroplex), paroxétine (Déroxat)
	oxazépam (Séresta), prazépam (Lysanxia), bromazépam (Lexomil)
Urologie	oxybutynine (Ditropan, Driptane-Gé)
Autres : Corticoïdes, antibiotiques (bêta-lactamines, quinolones), hypoglycémiques, autres médicaments à effets anticholinergiques	

VI Schéma d'évaluation des troubles du comportement [3]



Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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