

Troubles psycho-gériatriques du sujet âgé en ambulatoire : une étude descriptive des patients suivis par l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité

Julien Herrou

▶ **To cite this version:**

Julien Herrou. Troubles psycho-gériatriques du sujet âgé en ambulatoire : une étude descriptive des patients suivis par l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03120425

HAL Id: dumas-03120425

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03120425

Submitted on 25 Jan 2021

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020 Thèse N° 161

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2020

Par Julien HERROU
Né le 7 septembre 1990 à Mont de Marsan

Troubles psycho-gériatriques du sujet âgé en ambulatoire : Une étude descriptive des patients suivis par l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité.

Sous la direction du Docteur Marina COUTAUCHAUD

Jury

Madame le Professeur Marie TOURNIER - Présidente
Monsieur le Professeur François PETREGNE - Rapporteur
Madame le Professeur Claire ROUBAUD - Membre du jury
Madame le Docteur Elizabeth TALLON - Membre du jury
Madame le Docteur Marina COUTAUCHAUD - Membre du jury

Remerciements

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Marie Tournier,
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et d'apporter votre expertise psychiatrique à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François Petregne,
Merci d'avoir accepté d'être rapporteur et membre du jury, et d'avoir pu porter votre regard éclairé sur mon travail. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

A Madame le Professeur Claire Roubaud,
Vous me faites l'honneur de participer à mon jury et d'apporter votre expertise gériatrique à cette thèse. Je vous en remercie. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Elizabeth Tallon,
Merci beaucoup pour vos conseils méthodologiques et pour votre regard de psychiatre qui m'ont permis de perfectionner ce travail. Soyez assurée de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Marina Coutauchaud,
Mes sincères remerciements pour m'avoir permis de réaliser cette thèse. Merci pour votre aide, votre accompagnement et vos conseils avisés tout au long de ce travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A ma famille,

A mes parents, merci infiniment de tout ce que vous avez fait pour moi. Merci de votre amour et du soutien sans failles que vous m'avez donné au cours de ses longues années d'études.

A Hugo, mon frère adoré. Merci pour tous les moments passés avec toi. Je te souhaite le meilleur dans ton aventure parisienne.

A mes grand mères, pour tout l'amour et la tendresse que vous m'avez donnés. Merci d'avoir a vous d'avoir toujours était si fières de moi.

A tous mes oncles et tantes, cousins et cousines, qui ont toujours cru en moi durant ces années d'études.

A mes amis,

A mes copains de toujours, merci d'avoir toujours étaient là pour moi et pour tous les moments partagés ensembles. Je vous remercie infiniment de votre fidèle amitié.

Aux copains de médecine, je suis chanceux d'avoir croisé votre chemin et que nos amitiés se poursuivront encore longtemps.

Merci à tous les médecins, et autres professionnels de santé qui m'ont formé, aussi bien à l'hôpital qu'en libéral.

Table des matières

Liste des abréviations 7
Index des figures 9
Index des tableaux 10
I- Introduction 11
1. Généralités 11
2. Psychopathologies de la personne âgée 12
2.1. Trouble de l'humeur de la personne âgée 12
2.1.1. Dépression 12
2.1.2. Troubles bipolaires 15
2.2. Démence et trouble du comportement 15
2.3. Troubles psychotiques du sujet âgé 17
2.4. Troubles anxieux du sujet âgé 17
3. Les différents acteurs de la prise en charge 18
3.1. Le médecin généraliste 19
3.2. Les autres acteurs permettant le maintien au domicile 19
3.3. Les structures d'accueil 20
3.4. Les équipes mobiles comme interface entre le soin ambulatoire et l'hôpital 22
3.4.1. Équipes mobiles de gériatrie (EMG) 22
3.4.1.1. Description des équipes mobiles de gériatrie 22
3.4.1.2. Missions 22
3.4.2. Équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée 23
4. Le parcours de soin à Bordeaux dans le cadre du programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) 23
4.1. Présentation du programme PAERPA 23
4.1.1. Définition 23
4.1.2. Actions 24
4.2. PAERPA à Bordeaux ou Parcours de soins des Aînés 25
4.2.1. Plate-forme Autonomie Seniors 25
4.2.2. PAACO 26
4.2.3. Unité d'urgence nuit 26
4.2.4. Service d'aide aux aidants 26
4.2.5. Astreinte des infirmiers de nuit 27
4.2.6. EHPAD relais 27
4.2.7. Action du CHU (Centre hospitalo-universitaire) de Bordeaux 27
4.3. Activité de l'unité d'évaluation gériatrique dans la cité 28
4.3.1. Objectifs 28

4.3.2. Composition 28
4.3.3. Demande d'intervention 28
4.3.4. Déroulement des actions 28
5. Question de recherche 30
5.1. Objectif principal 30
5.2. Objectifs secondaires 30
II- Matériel et méthodes 31
1. Type et durée de l'étude 31
2. Population de l'étude 31
2.1. Critères d'inclusion 31
2.2. Critères d'exclusion 31
3. Schéma de l'étude 32
4. Recueil des données 32
III- Résultats 33
1. Caractéristiques de la population 33
1.1. Age de la population 33
1.2. Sexe des patients 34
1.3. Mode de vie 34
1.4. Niveau d'étude 35
1.5. Évaluation gériatrique standard 37
1.5.1. Score Charlson 37
1.5.2. Évaluation de l'autonomie et de la dépendance 37
1.5.3. Évaluation cognitive 39
1.5.4. Fonction rénale 39
1.5.5. État nutritionnel 40
1.5.6. Évaluation thymique 41
1.6. Antécédents psychiatriques 42
1.7. Traitements psychotropes 43
2. Intervention de l'EMG 45
2.1. Prévalence 45
2.2. Diagnostic retenu par le gériatre 45
2.3. Proposition thérapeutique du gériatre 46
3. Intervention du psychiatre 49
3.1. Demande d'intervention du psychiatre 49
3.2. Nombre de visites 49
3.3. Diagnostics retenus 50
3.4. Propositions thérapeutiques 51
3.5. Évolution clinique 52
3.6. Poursuite de la prise en charge 53

3.7. Protection juridique 53
IV- Discussion 55
1. Forces de l'étude 55
2. Limites et biais 55
3. Axes de discussion 56
3.1. Résultats principaux et caractéristiques de la population 56
3.2. Intervention de l'équipe 60
V- Conclusion 63
Bibliographie 64
Annexe 1 70
Annexe 2 71
Annexe 3 72
Annexe 4 73
Annexe 5 75
Annexe 6 79
Annexe 7 80
Annexe 8 82
Annexe 9 83
Annexe 10 84
Annexe 11 85
Annexe 12 86
Annexe 13 87
Annexe 14 : 88
Serment d'Hippocrate 100
Résumé : 101

Liste des abréviations

ADL : Activities of Daily Living

ARS : Agence régionale de santé

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CMP : Centre médico-psychologique

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CTA : Coordination territoriale d'appui

DFG : Débit de filtration glomérulaire

DSM V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux- cinquième édition

EGS : Evaluation gériatrique standardisée

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : Equipe mobile de gériatrie

EMPPA : Equipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée

GDS : Geriatric depression scale

HAS : Haute autorité de santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IDE : Infirmier diplomé d'état

MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MMS : Mini mental state

MNA : Mini nutritional assessment

MSP : Maison de Santé Protestante

NPI : Neuropsychiatric inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAACO : Plate-forme Aquitaine d'aide à la communication santé

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan personnalisé de santé

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SPCD : Symptômes psycho-comportementaux de la démence

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

UHR : Unités d'hébergement renforcé

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USLD : Unités de soins de longue durée

WONCA : Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

Index des figures

Figure 1 : Répartition des patients par tranche d'âge
Figure 2 : Sexe des patients
Figure 3 : Patients vivant seul ou non
Figure 4 : Niveau d'étude des patients
Figure 5 : Score Charlson des patients
Figure 6 : Score ADL des patients
Figure 7 : Score IADL des patients
Figure 8 : Score MMS des patients
Figure 9 : Fonction rénale des patients
Figure 10 : Score nutritionnel MNA des patients
Figure 11 : Score GDS (15 items) des patients
Figure 12 : Présence ou non d'un antécédent psychiatrique
Figure 13 : Effectifs des patients par type d'antécédents
Figure 14 : Traitements psychotropes
Figure 15 : Les différents types de diagnostics établis par le gériatre
Figure 16 : Propositions thérapeutiques du gériatre
Figure 17 : Les modifications thérapeutiques proposés par le gériatre
Figure 18 : Nombre de visites du psychiatre
Figure 19 : Les diagnostics retenus par le psycho-gériatre après consultation
Figure 20 : Pourcentage de propositions thérapeutique chez les patients ayant bénéficié d'une consultation psycho-gériatrique
Figure 21 : Modifications des traitements parmi les 29 patients ayant bénéficié d'une proposition de modification thérapeutique après consultation du psychiatre
Figure 22 : Propositions de relaie dans la prise en charge après consultation et suivi psycho-gériatrique
Figure 23 : Évolution clinique des patients au cours du suivi

Index des tableaux

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques socio-démographique de la population

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des éléments de l'évaluation gériatrique standard

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des propositions du gériatre lors de l'évaluation gériatrique

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des propositions du psychiatre lors de son intervention

I- Introduction

1. Généralités

La population française connaît un vieillissement croissant. En 2018, en France, l'espérance de vie d'une femme était de 85,4 ans et celle d'un homme elle était de 79,5 ans. Cette même année, la France comptait 13,1 millions de personnes de 65 ans ou plus, soit un habitant sur cinq. D'ici 2070 les seniors devraient représenter 29% de la population (1).

Selon les rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) plus de 20% des adultes de 60 ans et plus souffrent d'un trouble de santé mentale ou neurologique (2).

Ces pathologies sont susceptibles de participer à la perte d'indépendance des personnes âgées. Cependant, le maintien de l'autonomie relève d'un enjeu majeur de santé publique. Comme le rappelle la feuille de route grand âge et autonomie parue en mai 2018 (3), il est important de repérer et de gérer précocement les éléments de fragilité qui pourraient entraîner un déclin de l'autonomie.

Toujours selon l'OMS, les troubles de santé mentale ou neurologique les plus courants dans cette tranche d'âge sont la démence et la dépression. Ils touchent respectivement environ 5% à 7% des personnes âgées dans le monde (2). Viennent ensuite, les troubles anxieux qui touchent 3,8% de la population âgée, les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives presque 1% et environ un quart des suicides qui concernent des personnes âgées de 60 ans ou plus.

Les études sur les populations des pays occidentaux (Europe, États-Unis) tendent à confirmer que les troubles psychiatriques du sujet âgé les plus fréquents sont la dépression et les troubles anxieux (4) (5) (6) (7). Bien que leur prévalence soit variable selon les études, il apparaît qu'elle est tout de même moins forte que dans la population générale. Cette prévalence probablement sous-évaluée, notamment dans la dépression (7) reste tout de même suffisamment forte pour être considérée comme un problème de santé publique.

Enfin, les caractéristiques de la population notamment l'état physique, la démence, l'état marital (8), l'âge (4) ou le sexe (5) font varier considérablement cette prévalence.
De fait, il est intéressant d'avoir une idée approfondie des caractéristiques de la population âgée

présentant des troubles psycho-gériatriques pour améliorer le dépistage et la prise en charge et anticiper le suivi.
Dans ce cadre, les équipes mobiles de gériatrie (EMG) permettent notamment d'apporter une expertise gériatrique, avec une approche gérontologique, au plus près du patient en intervenant au domicile. Elles sont un appui utile pour la médecine de ville.

2. Psychopathologies de la personne âgée

2.1. Trouble de l'humeur de la personne âgée

2.1.1. Dépression

La dépression chez le sujet âgé reste une pathologie fréquente. On estime que 1 à 4% des plus de 65 ans souffrant d'épisode dépressif caractérisé (9), cette prévalence est par ailleurs assez variable selon la définition et les critères utilisés. Ainsi, elle s'élève à 10% pour les sujets souffrant de symptômes dépressifs invalidants, sans qu'il s'agisse d'épisodes caractérisés. On estime par ailleurs que 40% des sujets âgés dépressifs sont sous-diagnostiqués ou sous-traités. (10)
Enfin, les sujets âgés institutionnalisés sont particulièrement touchés. La prévalence peut s'élever à 8,1% pour les épisodes caractérisés, 14,1% pour les épisodes dépressifs légers voire 24% pour les formes infra-cliniques (11).

Sur le plan sémiologique, il n'existe pas d'entité nosographique particulière pour la personne âgée. Les critères diagnostiques d'épisode dépressif chez l'adulte s'appliquent donc à la population gériatrique.

Ces critères sont définis par le DSM V (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux cinquième édition) (12) :

- Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport à l'état antérieur. Au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :
    - Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.
    - Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute

la journée et presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée pouvant être délirante, presque tous les jours.
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou plan précis pour se suicider voire tentative de suicide.

- Ces symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- Ces symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Pour autant, si une plainte d'allure dépressive doit faire rechercher un épisode dépressif caractérisé, des symptômes atypiques peuvent être des points d'appel. On retiendra notamment les plaintes somatiques, les plaintes mnésiques, les plaintes anxieuses, les difficultés à la concentration, l'insomnie, l'anorexie/amaigrissement, l'asthénie, les troubles du comportement, le désintérêt pour les activités courantes (9).

Ainsi l'épisode dépressif caractérisé peut revêtir des formes particulières comme (9) (11) :

- les formes à masque somatique avec moins de plaintes sur l'humeur mais plus de plaintes somatiques, notamment ostéo-articulaires et gastro-intestinales,
- les formes à caractéristiques psychotiques avec idées délirantes de persécution, de jalousie, de culpabilité ou dans le registre hypocondriaque, parfois syndrome de Cotard voire de rares hallucinations,
- les formes hostiles s'exprimant par une anxiété, une agitation hostile et une agressivité souvent dirigée contre l'entourage direct du patient,
- les formes avec un masque anxieux, avec des accès d'angoisse inexpliquée, une inquiétude permanente ou à l'inverse une grande inhibition et une importante rumination. Elles peuvent

aller jusqu'à des formes confusionnelles avec une désorientation et un discours incohérent (10),

- les formes avec plainte mnésique qui se manifestent par le sentiment de perdre la mémoire. L'évaluation des fonctions cognitives montre des déficits attentionnels alors que sur le plan de la mémoire, on constate des troubles du rappel sans déficit de l'encodage. Ce profil contraste avec la symptomatologie très riche. Ces formes font discuter le diagnostic de démence au stade débutant associée à un état dépressif.

Le diagnostic de dépression est avant tout clinique et se base sur l'entretien devant faire chercher les points cités plus haut. Toutefois, l'utilisation d'échelles d'évaluation peut être une aide au dépistage de la dépression (13). On pourra notamment utiliser l'échelle de Dépression Gériatrique ou GDS (geriatric depression scale), la plus utilisée chez le sujet âgé. Il s'agit d'un auto-questionnaire validé comprenant 30 items (Annexe 1) (ou 15 items pour la version courte (Annexe 2)). Une version très courte de cette échelle est aussi très utilisée, le Mini-GDS (comprend quatre questions)(Annexe 3).
Il existe également des échelles d'hétéro-évalution comme la MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)(Annexe 4), l'échelle d'Hamilton (Annexe 5) ou bien encore l'échelle de Cornell (Annexe 6) pour les patients souffrant de démence avec un MMS (mini mental state)(Annexe 7) inférieur à 15. (10)

La recherche de symptômes dépressifs fait habituellement partie de l'évaluation gériatrique standardisée compte tenu de sa prévalence plutôt forte chez les sujets âgés et des risques de complication. On retiendra en particulier la perte progressive d'indépendance et surtout le risque suicidaire (13). Celui-ci augmente de manière importante après 75, il est d'ailleurs en France le plus haut d'Europe chez la personne âgée (14) (4).

2.1.2. Troubles bipolaires

Les troubles bipolaires de la personne âgée ont pour caractéristique d'être très hétérogènes tant par leur début variable que par leur évolution. On distinguera trois grands sous-types (10) :

- Les sujets unipolaires dépressifs à l'âge adulte présentant un trouble bipolaire tardivement.
- Les sujets bipolaires vieillissants. On retrouve souvent des épisodes maniaques atypiques.
- Les sujets bipolaires tardifs. On retrouve le plus souvent une cause organique, notamment des causes neurologiques, au début du tableau clinique. Ce dernier est souvent atypique.

La présentation clinique chez la personne âgée reste variable. Elle peut aller du tableau classique d'état maniaque (hyperactivité, fuite des idées, dépenses inconsidérées…) à des formes plus atypiques. Ces dernières se caractérisent par une hostilité et une irritabilité à la place d'une symptomatologie euphorique moins intense.
Chez les patients âgés, après un épisode maniaque, il peut y avoir plus fréquemment virage dépressif sans passage normothymique. Ces tableaux dépressifs sont alors mixtes avec des symptômes confusionnels associés. (10)

2.2. Démence et trouble du comportement

Les symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD) sont très fréquents dans la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. On estime qu'une très grande majorité des patients (jusqu'à 90%) présentera un des symptômes au cours de la maladie (15).
Ces symptômes peuvent avoir un grand retentissement sur la vie du patient et de son entourage. Il est donc important de savoir les repérer. L'échelle psychométrique NPI (neuropsychiatric inventory) (Annexe 8) est l'échelle la plus utilisée à cet effet. Elle identifie 12 types de symptômes (9) (16) (17) :

- d'une part les symptômes dits de retrait : l'apathie avec une perte ou une réduction de la réponse ou de l'initiation dans le comportement (entamer ou répondre à une conversation, faire les activités de la vie courante...), la cognition (perte d'intérêt pour la vie sociale, familiale...) et l'émotion. Mais aussi les symptômes dépressifs. Il s'agit souvent d'une tristesse de l'humeur, une culpabilité, un pessimisme voire des idées de mort. Ces symptômes ne remplissent pas les critères d'épisode dépressif caractérisé.
- les symptômes psychotiques : avec des idées délirantes souvent de persécution ou de trouble de l'identification. Ces idées délirantes peuvent aller jusqu'à prendre la forme d'un syndrome

de Capgras. Dans ce cas, le patient croit qu'une personne de son entourage a été remplacée par un sosie. D'autre part, des hallucinations peuvent atteindre les 5 sens, le plus souvent elles sont visuelles complexes notamment avec des animaux. Elles sont favorisées par les déficits sensoriels. Si ces hallucinations visuelles sont très importantes, elles peuvent être évocatrices d'une démence à corps de Lewy.

- Agitation/agressivité, qui peut être verbale ou physique, souvent accès de colère ou opposition.
- Anxiété pouvant se manifester par un trouble anxieux, de possible attaque de panique ou des ruminations.
- Exaltation de l'humeur/euphorie avec joie excessive, régression puérile pouvant être confondue avec un état hypomaniaque.
- Désinhibition, elle correspond à un comportement impulsif et inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales au moment où ce comportement est observé.
- Irritabilité.
- Comportements moteurs aberrants avec déambulations inadaptées possiblement nocturnes, errance.
- Troubles du sommeil, fragmentation du rythme du sommeil, phénomène du coucher de soleil.
- Troubles de l'appétit avec hyperphagie.

Les SPCD sont souvent d'origine multifactorielle et il convient toujours de rechercher des causes médicales somatiques sous-jacentes. L'examen clinique sera particulièrement attentif à éliminer une douleur non soulagée, un fécalome, un globe urinaire ou un processus infectieux. Il sera complété d'un examen para-clinique. La iatrogénie, les troubles psychiatriques caractérisés et le changement d'environnement sont également d'importants facteurs favorisants.

2.3. Troubles psychotiques du sujet âgé

Devant des idées délirantes et des hallucinations, il convient en premier lieu d'éliminer une cause somatique sous-jacente, d'éliminer un trouble du comportement en lien avec la démence ainsi qu'un trouble de l'humeur (18). En effet, si les symptômes psychotiques se retrouvent chez le sujet âgé, il s'agit rarement de maladies psychotiques.

Dans le cas d'un trouble psychotique, la plupart du temps, il s'agira d'une schizophrénie (18) (9). Deux cas sont possibles :

- Soit il s'agit d'une schizophrénie vieillie. Les symptômes sont sensiblement les mêmes que pour la schizophrénie du sujet jeune. On note cependant une diminution de la symptomatologie délirante et troubles cognitifs plus importants.
- Soit il s'agit d'une schizophrénie tardive. Elle est caractérisée par la prédominance de symptômes positifs. Les symptômes négatifs sont moins présents. Les hallucinations sont souvent riches (visuelles, tactiles, olfactives, auditives) avec une prédominance féminine (18).

Enfin, il peut s'agir de troubles délirants persistants tardifs. Ceux-ci ont en commun avec la schizophrénie le caractère chronique et l'existence d'un délire. Ce délire débute de façon insidieuse et reste plutôt bien systématisé. Les idées délirantes sont souvent puisées dans le contexte de vie et la situation du patient. Elles sont souvent à thématiques de persécution et de préjudice, parfois hypocondriaques. Bien que la notion ait disparu du DSM V, on parlait de délire non-bizarre avec des mécanismes interprétatifs ou imaginatifs sans désorganisation de la pensée et symptômes négatifs (19) (9).

2.4. Troubles anxieux du sujet âgé

La prévalence de l'anxiété est difficile à évaluer, une revue de la littérature rapporte qu'elle varie de 1,2% à 15% chez le sujet âgé (20).

Comme pour la dépression les troubles anxieux sont fréquemment sous diagnostiqués et sous traités. Il existe par ailleurs une comorbidité importante avec les syndromes dépressifs chez la personne âgée. Les troubles anxieux regroupent essentiellement les troubles anxieux généralisés, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs et le stress post-traumatique.

Chez la personne âgée, il peut exister des particularités cliniques notamment pour l'anxiété généralisée. La symptomatologie se traduit alors par des plaintes somatiques multiples sur une durée

supérieure ou égale à six mois. Les plaintes psychiques sont souvent au second plan. Le patient peut se plaindre d'irritabilité, de fatigabilité, de troubles de la concentration et de la mémoire ou de troubles du sommeil.

Avec le vieillissement, on peut noter des décompensations des troubles phobiques et les stratégies d'évitement qui pouvaient être mises en place deviennent de plus en plus difficiles à réaliser. De nouvelles phobies peuvent également apparaître avec l'âge.

Les troubles paniques sont rares chez le patient âgé et se présentent volontiers par des attaques de panique atypiques (pseudo-agitation, pseudo-urgence cardio-respiratoire). De fait, ces dernières passent souvent pour des troubles du comportement (10).

3. Les différents acteurs de la prise en charge

Les sujets âgés ayant des troubles neuro-psychiatriques s'intègrent dans trois grands cadres nosologiques.

Dans le premier cas, il s'agit de pathologies psychiatriques développées chez le patient jeune ou à l'âge adulte dont la symptomatologie se complexifie avec le vieillissement. Cela est en lien notamment avec le développement de comorbidités somatiques (maladie cardiovasculaire, rénale, hépatique...).

Dans le second cas, il s'agit de patients âgés sans antécédent psychiatrique développant un trouble de cet ordre. Bien souvent, le développement de cette pathologie est en lien direct avec la fragilité de l'avancée en âge.

Le troisième cadre nosologique est celui des comorbidités psychiatriques en lien avec le développement d'une pathologie neurocognitive.

Dans ces trois cas, comme on peut le voir la prise en charge relèvera autant de la gériatrie que de la psychiatrie.

En conséquence, il existe une véritable complémentarité des deux disciplines nécessitant de développer leur collaboration (10).

3.1. Le médecin généraliste

La WONCA (l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes) (21) décrit que l'une des principales caractéristiques du médecin généraliste est d'être le premier contact dans la gestion des soins de santé primaires, quel que soit le problème de santé. Il doit prendre en charge le patient dans sa globalité. Son rôle est essentiel dans la coordination des soins en travaillant avec les autres professionnels de soins primaires et en gérant le recours aux autres spécialités.
Dans ces conditions, le médecin est et sera de plus en plus confronté à la prise en charge et à la gestion des pathologies accompagnant le vieillissement. Ce sera notamment le cas des troubles de la santé mentale, pathologie pouvant mettre en jeu la poursuite du maintien au domicile.

3.2. Les autres acteurs permettant le maintien au domicile

D'autres acteurs permettent de poursuivre la prise en charge en assurant le maintien au domicile du patient (10) :

- Les équipes de psychiatrie de secteur. Elles font partie de la sectorisation de la psychiatrie et ne sont pas spécifiquement dédiées aux personnes âgées. Elles sont essentiellement composées d'IDE (infirmier diplômé d'état) intervenant au domicile. Un psychiatre coordonne ce dispositif. Ce dispositif permet d'assurer à moyen ou long terme le suivi du patient (22).
- Le psychiatre de ville si le patient est suivi.
- Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Créée dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, elles ont pour but d'améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades d'Alzheimer. Elles interviennent après avoir repéré les situations complexes en faisant le lien entre les professionnels déjà en charge de la situation. Après évaluation, elles réalisent le plan de service individualisé et planifient les recours au service. Elles jouent un rôle important dans l'accompagnement des patients en refus de soins.
- Les hôpitaux de jour psycho-gériatriques, s'adressant aux patients présentant des pathologies psychiatriques compatibles avec le maintien à domicile. Ces structures ont l'avantage de maintenir l'adaptation sociale du sujet âgé. Elles évitent une coupure avec la famille.
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ils assurent les soins infirmiers et d'hygiène. Ils font intervenir IDE, aides-soignants et autres auxiliaires médicaux au domicile. Leurs interventions se font sur prescription médicale. Ils peuvent intervenir 7 jours sur 7 de

façon pluriquotidienne si nécessaire.

3.3. Les structures d'accueil

La complexité de la psycho-pathologie du vieillissement impose une approche globale de la prise en charge. Le caractère pluridisciplinaire des équipes reste le plus pertinent pour apporter des solutions à ces situations quand le maintien au domicile n'est plus possible (22).
Dans ce cadre, plusieurs types de structures peuvent permettre la prise en charge psycho-gériatrique, notamment (22) :

- les unités d'hospitalisation de psycho-gériatrie aiguë. Ce sont des unités de court séjour s'inscrivant dans la psychiatrie de secteur. Elles sont réservées aux situations de crises. Comme en psychiatrie, générale l'hospitalisation peut se faire libre ou sous contrainte, bien que cela soit rare en psycho-gériatrie. Elles doivent être en lien avec :
  - la médecine de ville notamment avec le médecin traitant et doivent continuer à s'enrichir d'un véritable partenariat opérationnel en amont et en aval de l'hospitalisation,
  - le service d'accueil des urgences, encore trop souvent porte d'entrée vers ce genre d'unité,
  - les services de gériatrie pour d'éventuelles réorientations,
  - les équipes mobiles de gériatrie/psycho-gériatrie pour une évaluation en amont,
  - la psychiatrie de secteur pour un éventuel suivi,
  - les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer dans un rôle de coordination.
- les unités protégées dans les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Elles accueillent généralement une douzaine de résidents présentant des troubles du comportement modérés dans un environnement architectural adapté, indépendant du reste de la structure. Elles ciblent une population présentant une maladie d'Alzheimer ou des syndromes apparentés et présentant des symptômes psychologiques et comportementaux « productifs », « perturbateurs » ou « gênants » compromettant la sécurité et empêchant le maintien d'une vie autonome dans une structure d'EHPAD classique. Elles font intervenir un personnel formé et volontaire. Y sont mis en place des projets spécifiques de soins associé à des projets de vie personnalisés avec la participation de la famille. Des projets d'aide aux aidants peuvent aussi y être mis en place.
- les unités cognitivo-comportementales. Dotées d'un projet médical et de soins spécifiques, elles doivent assurer des programmes de rééducation cognitive et de réhabilitation. L'objectif

est de permettre un retour à domicile ou en institution. L'admission dans ces unités se fait après évaluation des troubles du comportement au moyen de grilles d'évaluation adaptées comme l'inventaire neuro-psychiatrique NPI. Ces unités sont encore trop rares.

- les unités d'hébergement renforcé (UHR), pour les malades présentant des troubles sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents des EHPAD. La décision d'admission et de sortie de l'UHR se prend sur avis du médecin coordonnateur de l'EHPAD, en lien avec le médecin traitant de la personne. Un diagnostic doit avoir été posé et annoncé à la personne et une évaluation des troubles du comportement doit avoir été faite par le personnel soignant au moyen de grilles d'évaluation préconisées (NPI-ES, échelle de Cohen-Mansfield) (23). Le passage dans l'UHR a pour objectif de trouver des réponses adaptées (médicamenteuses et non-médicamenteuses) pour atténuer les troubles des patients hébergés et leur permettre de retourner sur leur lieu de vie et de soins habituel, dans la mesure du possible (24).

D'autre part, avec ses unités d'hospitalisation aiguë, ses unités de soins de longue durée (USLD), ses unités cognitivo-comportementales, ses hôpitaux de jour ou encore ses équipes mobiles, la filière gériatrique joue un rôle important dans la prise en soins globale de ces patients. La gériatrie et la psychiatrie ne doivent pas se juxtaposer mais plutôt entretenir une étroite collaboration. Cette collaboration doit dans l'idéal avoir lieu dans un sens comme dans l'autre en apportant le soin psychiatrique en gériatrie et inversement le soin gériatrique en psychiatrie. (10)

3.4. Les équipes mobiles comme interface entre le soin ambulatoire et l'hôpital

3.4.1. Équipes mobiles de gériatrie (EMG)

3.4.1.1. Description des équipes mobiles de gériatrie

Les équipes mobiles de gériatrie ont commencé à être mises en place en France au cours des années 90 dans le cadre d'un développement de réseaux de soins coordonnés pour faire face aux enjeux du vieillissement de la population. Elles ont ensuite été confortées par la parution de la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002. (25)

Elles ciblent les populations âgées fragiles et dépendantes. Elles font partie intégrante de la filière de soins gériatriques.

Leur activité d'abord hospitalière s'élargit assez rapidement ne se limitant plus à ce seul secteur. Elles peuvent alors intervenir en extra-hospitalier que ce soit en EHPAD ou au domicile suivant la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques (26).

Elles sont une interface avec l'extérieur, par le biais des médecins généralistes, infirmiers libéraux, des représentants des services médicaux et médico-sociaux (25).

Elles se composent au minimum d'un médecin gériatre, d'infirmier, d'assistante sociale et de secrétaire.

3.4.1.2. Missions

Leur mission comporte plusieurs aspects :

- Dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques.
- L'orientation dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux.
- Participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à

domicile (centres locaux d'information et de coordination, coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées »).

- Conseiller, informer et former les équipes soignantes (27).

3.4.2. Équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée

Ces équipes, rattachées à la filière de soin intersectoriel, ont pour but de déplacer le soin psychiatrique au plus près de la personne âgée, à la manière des EMG (10).
Plus récentes dans leur mise en place que les équipes mobiles de gériatrie, elles sont moins présentes sur le territoire.
Elles sont composées d'une équipe pluridisciplinaire. On y retrouve psychiatre, IDE, psychologue clinicien, secrétaire et assistante sociale.

Ces équipes permettent notamment une orientation plus adaptée pour le patient et de traiter plus rapidement les décompensations psychodynamiques. Elles développent une collaboration entre la psychiatrie de la personne âgée et les autres acteurs du soin notamment le médecin généralise et permettent d'éviter les passages aux urgences.

4. Le parcours de soin à Bordeaux dans le cadre du programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie)

4.1. Présentation du programme PAERPA

4.1.1. Définition

Depuis 2014, le programme PAERPA est déployé dans des territoires pilotes par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
Faisant le constat d'un vieillissement croissant de la population ce dispositif s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

La démarche PAERPA a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie, le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne.

Cette action part nécessairement des besoins du patient et de ses aidants. Elle est rendue possible en agissant idéalement en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables : la chute, la dépression, la dénutrition, les problèmes liés aux médicaments.

Elle permet l'optimisation de la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée (28).

4.1.2. Actions

Ce dispositif s'articule autour de cinq actions clés (28):

- Renforcer le maintien à domicile en agissant au plus près de la personne âgée dès que la situation médico-sociale le nécessite. Cela se fait grâce aux professionnels de santé de premier recours en lien si nécessaire avec les professionnels sociaux qui forment ainsi une coordination clinique de proximité.
- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions via une plate-forme d'action unique, la coordination territoriale d'appui (CTA). Accessible via un numéro unique, elle vise notamment l'information et l'orientation des personnes âgées et de leurs aidants.
- Sécuriser la sortie de l'hôpital, tant en anticipant et préparant celle-ci ainsi qu'en repérant la perte d'autonomie. Une transition par un hébergement temporaire ou bien la mobilisation d'un SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile) ou d'un SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) peut alors être nécessaire. Tout cela s'effectue en coordination avec le médecin traitant.
- Éviter les hospitalisations inutiles par le repérage des situations à risques, l'éducation thérapeutique, la transmission de l'information entre professionnels et l'accès simplifié à l'évaluation gériatrique.
- Réduire le risque de iatrogénie souvent présent chez les personnes âgées du fait d'une polymédication fréquente. C'est dans ce cadre que sont proposées des actions de révision des ordonnances.

Dans la pratique, ces actions se font par la mise en place d'un plan personnalisé de santé (PPS). Ce PPS est donc un plan d'action. Il est déclenché par le repérage d'une personne âgée en difficulté. Il fait suite à une évaluation, permettant aux acteurs de proximité de recueillir les données nécessaires

à sa mise en place. Cela nécessite premièrement une clarification des diagnostics et des traitements par le médecin traitant. Deuxièmement une exploration des différentes dimensions où des problèmes peuvent exister et troisièmement une évaluation de la situation sociale.

L'initiation, la réalisation et la validation de ce PPS doivent toujours avoir lieu avec la participation du médecin traitant.

Par la suite, la mise en place du PPS permet la mise en œuvre d'actions concrètes et surtout leur suivi et réévaluation régulière (29).

4.2. PAERPA à Bordeaux ou Parcours de soins des Aînés

La ville de Bordeaux a pu faire partie des territoires pilotes du PAERPA. Ce projet est porté par l'Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine avec l'appui des partenaires institutionnels et des acteurs de santé du territoire.
On note un véritable enjeu d'autonomie sur le secteur avec en 2016 près de 20 000 personnes âgées de 75 ans et plus à Bordeaux dont la moitié vit seule au domicile (30).

4.2.1. Plate-forme Autonomie Seniors

Il s'agit du point d'entrée unique pour le PAERPA de Bordeaux. Cette plate-forme permet de coordonner tous les moyens pour accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches et mieux orienter les personnes âgées et leurs aidants.

Elle regroupe trois dispositifs complémentaires en faveur de l'autonomie des personnes âgées :

- la Coordination territoriale d'appui (CTA) qui assure le fonctionnement opérationnel du nouveau dispositif PAERPA,
- le Centre local d'information et de coordination (CLIC),
- la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).

Elle dispose d'un numéro unique, d'un site internet et d'un accueil physique qui permettent d'aider les professionnels dans leurs démarches, d'accompagner et d'améliorer l'orientation des personnes âgées et de leurs aidants (30) (31).

4.2.2. PAACO

Il s'agit d'un outil numérique offrant une solution innovante pour faciliter l'information entre les différents intervenants pour une même personne âgée (agenda partagé, messagerie sécurisée). PAACO est accessible sur différents supports : ordinateur fixe, tablette et smartphone (32).

4.2.3. Unité d'urgence nuit

Elle est portée par les équipes DomCare de la Maison de Santé Protestante (MSP) de Bagatelle. Son but est de permettre un retour au domicile organisé et encadré des personnes âgées passées aux urgences la nuit dont l'état de santé ne nécessite pas forcément une hospitalisation.
Elle fonctionne avec un binôme nuit avec infirmier et aide-soignant, de 17h à 3h, et un trinôme infirmier, aide-soignant et auxiliaire de vie de 8h à 13h (33).

4.2.4. Service d'aide aux aidants

Également porté par les équipes DomCare de la MSP de Bagatelle, il prend en charge le soutien et la coordination des soins et d'accompagnement social du couple aidant-aidé lorsque ce dernier se trouve en difficulté.

Les situations sont alors évaluées lors d'une visite à domicile dont l'objectif est de prévenir les situations pouvant conduire à une hospitalisation.
Elle fonctionne en équipe pluridisciplinaire composée d'un technicien coordinateur d'aide psycho-sociale aux aidants à temps plein en première ligne. Il peut aussi s'appuyer sur les compétences d'un ergothérapeute, d'une assistante sociale et d'un psychologue (34).

4.2.5. Astreinte des infirmiers de nuit

Ce dispositif est porté par l'URPS (union régionale des professionnels de santé) Infirmiers Libéraux en partenariat avec le Centre 15 et SOS Médecins. Il permet d'éviter les hospitalisations de nuit relevant d'actes d'infirmiers (35).

4.2.6. EHPAD relais

Les EHPAD relais permettent un hébergement temporaire en urgence à la suite d'une sortie d'hospitalisation ou après un passage aux urgences. Ils s'adressent aux personnes âgées de plus de 75 ans, domiciliées à Bordeaux et présentant une pathologie aiguë ou non stabilisée responsable d'une perte d'autonomie.
Les demandes se font en passant par la plate-forme autonomie senior en journée, et par le centre 15 la nuit, les week-ends et jours fériés (36).

4.2.7. Action du CHU (Centre hospitalo-universitaire) de Bordeaux

Le pôle gérontologie clinique a mis en place plusieurs actions dans le cadre du PAERPA :

- La permanence téléphonique gériatrique (37) : il a été constaté une augmentation croissante du nombre de personnes âgées admises aux urgences du CHU avec des passages pas toujours nécessaires. Une des explications à ce phénomène venait de la difficulté pour les médecins libéraux à programmer une hospitalisation directe en service de gériatrie.

L'Union régionale des médecins généralistes du sud-ouest de la France (Aquitaine), le Département de gériatrie et l'administration du CHU de Bordeaux ont donc mis en place une permanence téléphonique. Son objectif est de répondre au plus vite aux sollicitations des médecins libéraux lorsqu'ils font face aux situations complexes chez une personne âgée.
Une publication dans le Journal Américain de Gériatrie (38) rapporte les résultats pour l'année 2014 et montre que ce dispositif a permis d'éviter des admissions aux urgences pour les personnes âgées dans plus de 80% des cas.

- La télémédecine : démarrée en 2014, elle permet d'améliorer le parcours de soins et la qualité de vie des patients âgés en leur évitant des transports itératifs. Elle permet à des professionnels de santé de fournir des actes médicaux (téléconsultation, téléassistance médicale, télé-expertise) à distance, par l'intermédiaire des technologies de télécommunications (39).
- L'unité d'évaluation gériatrique dans la cité : son activité est détaillée dans la partie suivante.

4.3. Activité de l'unité d'évaluation gériatrique dans la cité

4.3.1. Objectifs

Créée en 2015 dans le cadre du PAERPA, cette unité permet un lien entre les différents intervenants de proximité (médecins généralistes, pharmaciens, paramédicaux, …). Son objectif est de favoriser le maintien au domicile en évitant les hospitalisations itératives et les passages aux urgences (40).
Cette unité est financée par l'ARS, elle est pérennisée depuis 2017.

Elle s'adresse aux personnes âgées de plus de 75 ans, résidant à Bordeaux présentant des problèmes gériatriques (chutes, dénutrition, troubles cognitifs, poly-médication, troubles cognitifs, …) mais aussi psycho-comportementaux, en bref des patients en risque de perte d'autonomie.

4.3.2. Composition

L'unité d'évaluation gériatrique est composée d'un gériatre, d'un pharmacien, d'un psychiatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale, d'un ergothérapeute et d'une secrétaire.

Ce caractère pluridisciplinaire a pour but d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées, d'éviter la iatrogénie par l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Grâce à son travail en lien avec la psychiatrie du sujet âgé, elle vise à gérer au mieux les problèmes psychopathologiques complexes.

4.3.3. Demande d'intervention

Ses bureaux sont situés au sein du CHU dans l'Hôpital Saint-André à Bordeaux.
Les demandes d'intervention sont principalement effectuées par le médecin traitant mais peuvent l'être aussi par l'infirmier de la personne âgée ou par le pharmacien.
Elles peuvent également passer par la plate-forme d'autonomie senior dans le cadre d'un PPS.
Si le médecin généraliste n'est pas à l'origine de la demande, son accord est sollicité avant d'intervenir.

4.3.4. Déroulement des actions

L'unité d'évaluation gériatrique réalise les évaluations gériatriques standardisées au domicile des

patients. Ces évaluations ont pour but d'identifier les problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux de chaque personne. Ceci permettant de mettre en place des actions en amont de la crise.
Elle permet de promouvoir le suivi gériatrique et d'améliorer l'orientation.

Dans son fonctionnement de tous les jours, la secrétaire se charge de relever les noms et prénoms, âges, adresses et coordonnées de l'entourage et des personnes à l'origine de la demande. Ce travail est fait pour chaque demande.
L'infirmière contacte alors par téléphone le patient et son entourage afin de convenir d'un rendez-vous pour une visite. Cette visite doit avoir lieu, dans l'idéal, en présence d'un proche ou d'un professionnel de santé qui prend en charge la personne.

L'évaluation est réalisée lors de cette visite. Le médecin recueille les antécédents, les traitements en cours, les examens complémentaires réalisés et effectue l'examen clinique du patient. L'infirmière peut effectuer l'évaluation gérontologique avec les outils validés. L'assistante sociale s'occupe de récupérer les informations sur l'entourage et sur les aides déjà en place.

Dans un second temps, le pharmacien peut réaliser la conciliation médicamenteuse par l'analyse exhaustive des traitements pris.
Les dossiers sont discutés de façon pluridisciplinaire. Devant des troubles psychopathologiques l'avis du psychiatre peut être requis. Si la situation le nécessite, une visite de celui-ci au domicile peut être organisée dans le but d'une évaluation psychiatrique et de proposition de prise en charge. Un suivi est alors possible.
L'ergothérapeute peut aussi intervenir si nécessaire.

A la suite de l'évaluation le gériatre peut téléphoner au médecin traitant du patient pour discuter de la prise en charge et lui donner les résultats de l'évaluation gériatrique standardisée.
Le courrier est rédigé. Il contient notamment le diagnostic, les propositions thérapeutiques et d'aide humaine, matérielle et sociale, ainsi que le suivi. Il est adressé au médecin traitant et est aussi disponible sur la plate-forme Aquitaine d'aide à la communication santé (PAACO).

Un mois après l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) l'infirmière se renseigne par téléphone sur le devenir du patient.

5. Question de recherche

Avec le vieillissement de la population, notamment bordelaise, la prise en charge des troubles psycho-gériatrique devient un enjeu important. C'est dans ce contexte que l'équipe mobile de gériatrie dans la cité s'est vue renforcée par l'arrivée d'une psychiatre à mi-temps.

Nous nous sommes ainsi posé la question de savoir quelle est la prévalence des troubles psycho-gériatriques dans la population des patients suivi par l'EMG ? Mais aussi de connaître les caractéristiques de celle-ci et d'identifier les diagnostics établis et les propositions thérapeutiques proposées. Enfin, d'évaluer l'apport du médecin psychiatre dans l'équipe sur le plan diagnostic, thérapeutiques et sur l'évolution clinique.

5.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est de calculer la prévalence des troubles psycho-gériatriques parmi les patients suivis par l'EMG.

5.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- décrire les caractéristiques de la population des patients présentant des troubles psycho-gériatriques pris en charge par l'EMG de Bordeaux,
- décrire les propositions thérapeutiques du psychiatre et du gériatre,
- décrire les diagnostics établis par le gériatre et le psychiatre ainsi que les motifs d'intervention du psychiatre,
- décrire l'évolution des patients pris en charge.

II- Matériel et méthodes

1. Type et durée de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, descriptive, mono-centrique, sur une durée de six mois, du 1er janvier 2019 au 30 juin 2019.

Cette étude s'est basée sur le recueil des données socio-démographiques et médicales dans les dossiers médicaux et courriers des patients via le logiciel de l'hôpital (Dxcare). Cette étude n'a pas fait l'objet de déclaration auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés)

2. Population de l'étude

2.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les patients ayant eu une évaluation gériatrique par l'EMG de Bordeaux sur une durée de 6 mois de janvier à juin 2019 (comme précisé plus haut) et présentant un trouble psycho-gériatrique (que ce soit dans les motifs de la demande ou dans les symptômes ou diagnostics retenus). Parmi ces patients certains ont fait l'objet d'une première consultation avec la psychiatre de l'équipe. Dans ce groupe une partie a bénéficié d'un suivi plus ou moins prolongé.

2.2. Critères d'exclusion

Ont été exclus tous les patients ne présentant pas de trouble d'ordre psycho-gériatrique lors du premier passage de l'EMG pour l'évaluation gériatrique.
Par ailleurs, les patients ayant bénéficié de plusieurs évaluations n'ont été inclus qu'une fois.

3. Schéma de l'étude

Cette étude comporte deux parties, la première porte sur l'ensemble des patients inclus afin de décrire les caractéristiques de la population comme défini dans l'objectif principal.
La seconde partie porte sur le groupe des patients à qui l'on a proposé et qui ont accepté la première consultation psychiatrique. Cette partie s'attarde sur l'impact de l'intervention psycho-gériatrique notamment en termes de diagnostic, de propositions thérapeutiques et de suivi.

4. Recueil des données

Les ont été compilées dans un tableau de recueil des données.
Ce tableau a été rédigé grâce aux données de la littérature et à l'évaluation standard de l'EMG.
Cette grille, réalisée sur un tableur OpenOffice (Annexe 14).

Les variables recueillies ont alors été divisées en cinq parties :

- premièrement les données socio-démographiques, comprenant l'âge, le sexe, le mode de vie, la présence d'aide au domicile, le niveau d'étude, la notion de protection juridique.
- deuxièmement, l'évaluation gériatrique générale, comprenant le score de Charlson (Annexe 9), l'ADL (Activities of Daily Living)(Annexe 10), l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living)(Annexe 11), le MMS (Mini-mental state)(Annexe 7), la fonction rénale, l'état nutritionnel et le GDS 15 (Geriatric depression scale)(Annexe 2).
- troisièmement, les éléments de l'évaluation gériatrique d'ordre psychiatrique notamment les antécédents, les traitements psychotropes, l'existence d'un suivi pré-existant.
- quatrièmement, les éléments en lien avec l'intervention de l'EMG notamment l'existence d'un diagnostic après le passage, les propositions thérapeutiques, la proposition et le motif d'une première consultation psychiatrique.
- cinquièmement, les éléments en lien avec l'intervention du psychiatre notamment les propositions thérapeutiques, le nombre de passages, l'amélioration au cours du suivi, la proposition d'un relais et le devenir. Ces dernières données n'ont été recueillies seulement pour les patients ayant bénéficié d'une première consultation psycho-gériatrique au domicile.

III- Résultats

1. Caractéristiques de la population

Sur la période s'étalant du 1er janvier au 30 juin 2019 l'équipe mobile de gériatrie dans la cité à réaliser une évaluation gériatrique chez 149 patients. A noter, 5 sur 149 ont été vus 2 fois dans le cadre d'une réévaluation à 6 mois. Au total, 144 dossiers de patients différents traités. Parmi eux, 85 patients ont été inclus devant la présence de troubles psychogériatriques.

1.1. Age de la population

Parmi les 85 patients inclus, la moyenne d'âge était de 85,3 ans. Celle des femmes était de 86 ans et celle des hommes de 83 ans.

Le patient le plus jeune avait 72 ans et le patient le plus âgé avait 104 ans. L'âge médian était de 85 ans.

Sur la période décrite, 35 patients avaient entre 80 et 89 ans soit 41% et 24 entre 90 et 99 ans soit 28,5%. Les patients âgés de 75 à 79 étaient 18 soit 21%. On dénombrait 5 patients ayant moins de 75 ans soit près de 6% et 3 patients ayant 100 ans ou plus soit 3,5%.

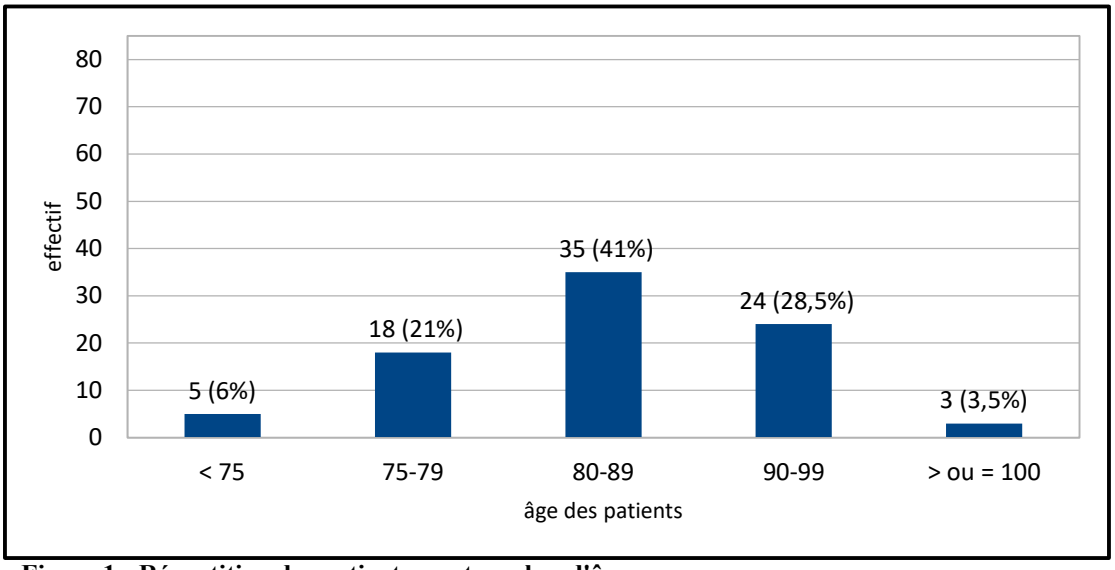


Figure 1 : Répartition des patients par tranches d'âge

1.2. Sexe des patients

Durant la période étudiée, 75% des patients inclus étaient des femmes contre 25% d'homme (64 femmes pour 21 hommes).

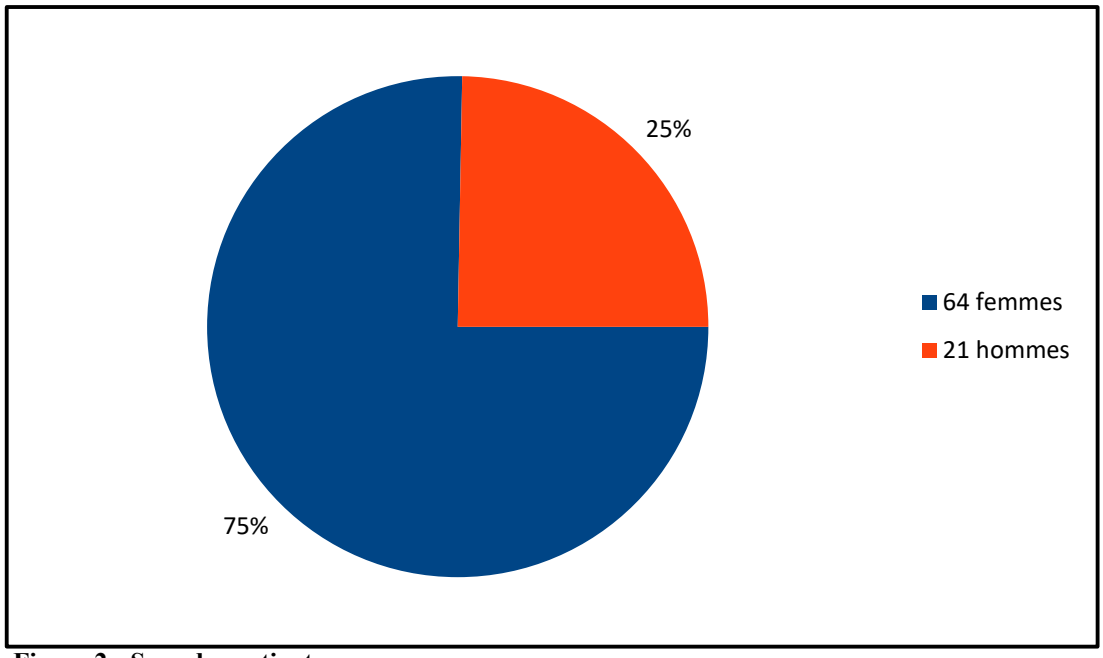


Figure 2 : Sexe des patients

1.3. Mode de vie

Parmi les 85 patients, 59% vivaient seuls (50 patients) et 41% vivaient avec quelqu'un (35 patients). En fonction des sexes, chez les hommes, 9 vivaient seuls (11%), 12 vivaient accompagnés (14%). Chez les femmes, 41 (48%) d'entre elles vivaient seules contre 23 (27%) qui vivaient avec quelqu'un.

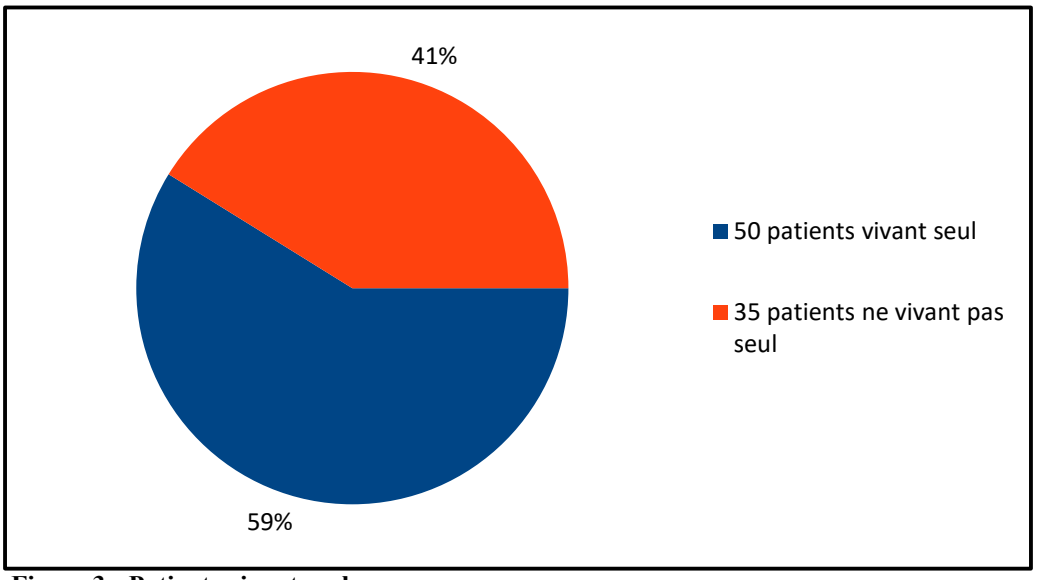


Figure 3 : Patients vivant seul ou non

D'autre part, parmi les 85 patients, 61 bénéficiaient d'aide au domicile, soit un peu moins de 72%, le reste des patients consultés ne bénéficiait d'aucune aide.

On notera que 3 patients (3,5%) sur les 85 étaient placés sous protection juridique.

1.4. Niveau d'étude

Concernant le niveau d'étude, 26 patients avaient le certificat d'études (31%) et 18 avaient un brevet des collèges (21%). 10 patients avaient fait des études supérieures (12%). 6 patients avaient un CAP (certificat d'aptitude professionnelle) (7%) et 5 avaient leurs Baccalauréat (6%). 3 patients (3%) avaient été très peu scolarisés et n'avaient aucun diplôme.

On notera que pour 10 patients le niveau d'étude n'était pas rapporté (12%). D'autre part 7 patients étaient d'origine étrangère et n'avaient pas été scolarisés en France (8%).

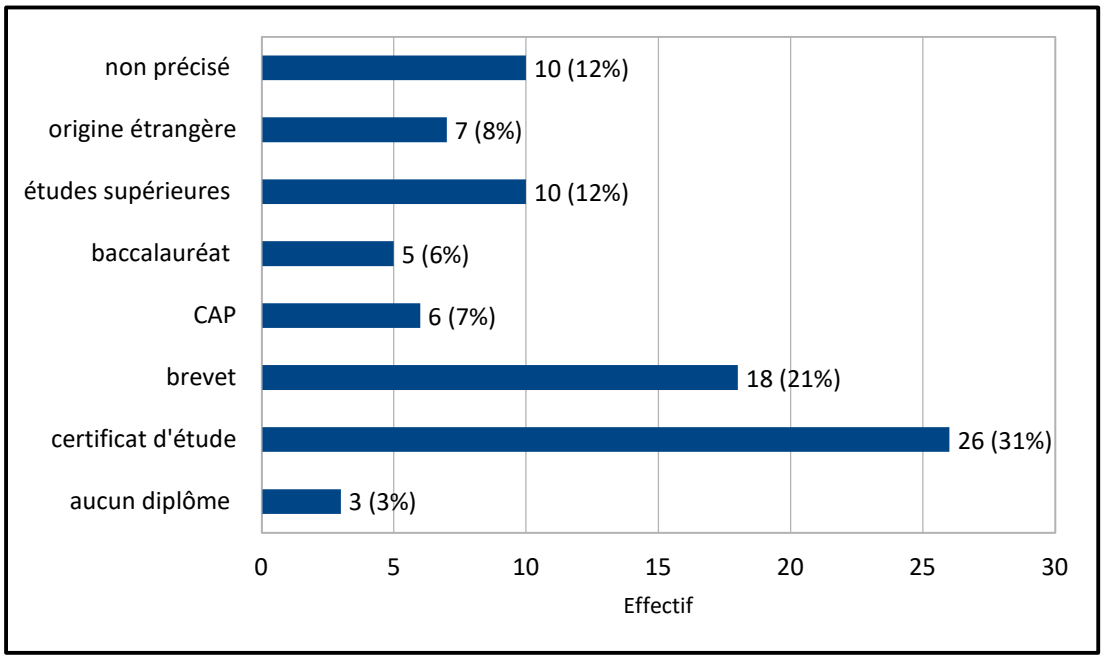


Figure 4 : Niveau d'étude des patients

Caractéristiques socio-démographiques	
Effectif total (n)	85
Moyenne d'âge (année)	85,3
Par tranche d'âge (%)	
<75	6
75 – 79	21
80 – 89	41
90 – 99	28
>100	4
Sexe féminin (%)	75
Patients vivant seul (%)	59
Niveau d'étude (%)	
Aucun diplôme	3
Certificat d'étude	31
Brevet des collèges	21
CAP	7
Baccalauréat	6
Etudes supérieures	12
N'ayant pas étudié en France	8
Non précisé	12

Tableau 1: Tableau récapitulatif des caractéristiques socio-démographique de la population

1.5. Évaluation gériatrique standard

1.5.1. Score Charlson

Le score Charlson (Annexe 9) reflétant l'état de comorbidité a été calculé pour chaque patient, le score moyen était de 6,5, le plus faible était de 3 et le plus élevé montait à 12.
Ici, 2 patients (2,5%) avaient un score Charlson à 3, pour 13 autres (15%) on retrouvait un score à 4 contre 15 patients (17,5%) avec un score à 5. Une majorité de 55 patients soit 65% avaient un score Charlson supérieur ou égal à 6. Pour rappel, un score à 6 correspond à une probabilité de survie à 10 ans de 2% et au-delà de 6 de 0%.

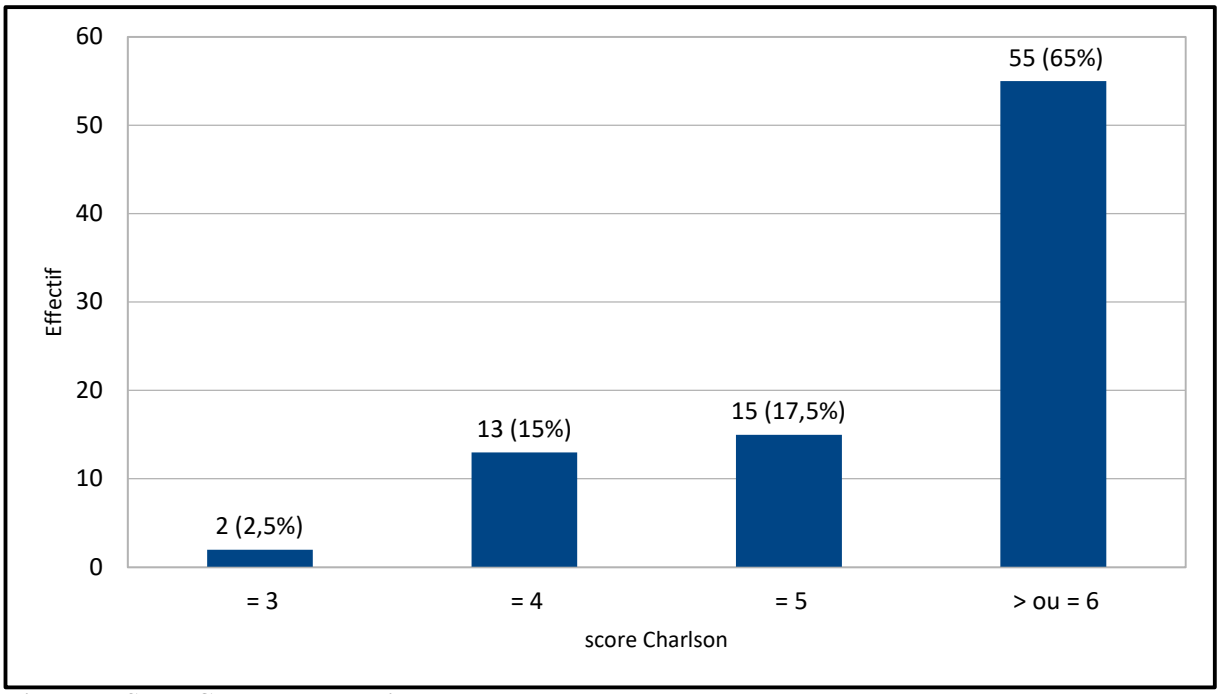


Figure 5 : Score Charlson des patients

1.5.2. Évaluation de l'autonomie et de la dépendance

La mesure du niveau de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne était calculée avec l'échelle ADL (Annexe 10). 36 patients (42,5%) avaient un score maximal à 6, signifiant une autonomie totale pour les activités de la vie quotidienne. 28 patients (33%) présentaient une autonomie partielle avec un score calculé compris entre 4 et 5. 18 (21%) présentaient une perte d'autonomie majeure avec un ADL entre 1 et 3 et 3 patients une perte d'autonomie totale avec un score à 0 (3,5%).

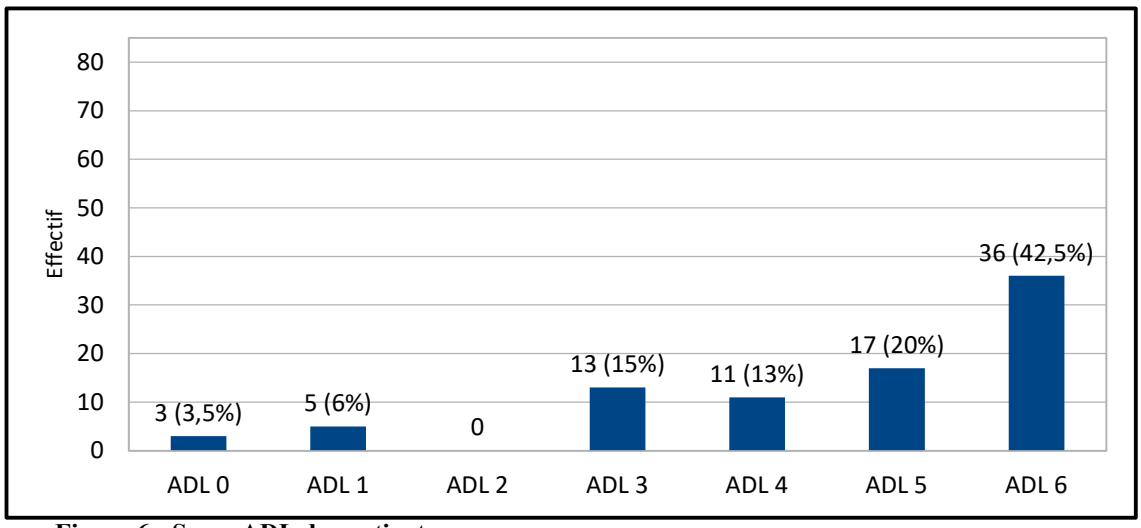


Figure 6 : Score ADL des patients

L'échelle IADL (Annexe 11) était aussi calculée. Elle mesure l'autonomie pour les activités instrumentales. On notait alors que 3 patients avaient un score de 8 (3,5%) signifiant une autonomie pour les activités instrumentales. 3 un score de 7 (3,5%). Les patients avec un IADL à 6 étaient au nombre de 4 (5%), un seul patient avait un IADL à 5 (1%) et 6 patients avaient un score de 4 (7%). En suivant, on notait que 5 patients présentaient un IADL de 3 (6%), puis 9 patients avec un IADL à 2 (10,5%) et 14 patients avec un IADL à 1 (16,5%). Enfin, 40 patients (47%) avaient un score nul, étant totalement dépendant.

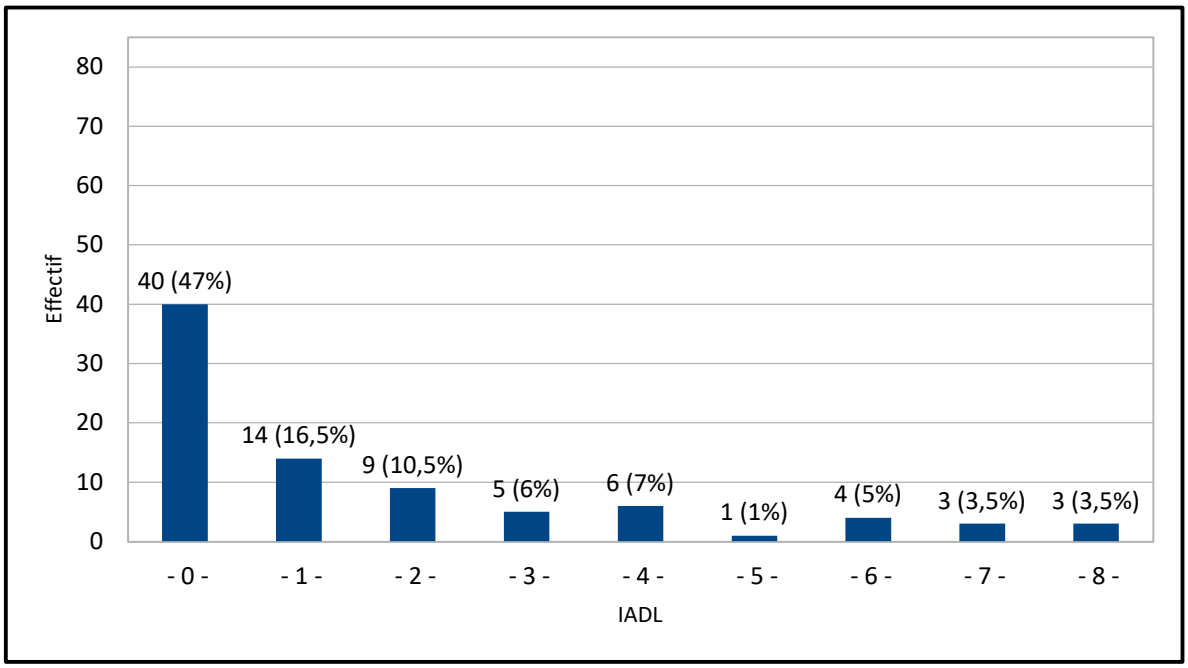


Figure 7 : Score IADL des patients

1.5.3. Évaluation cognitive

Concernant les troubles cognitifs, l'évaluation était faite grâce au MMS (Annexe 7). On retrouvait une majorité relative de 33%, soit 28 patients ayant un trouble cognitif majeur au stade modéré (MMS jusqu'à 10). Les patients avec un MMS entre 30 et 26 représentaient environ 21% soit 18 patients. Les patients avec un MMS entre 25 et 20 (présentant des troubles cognitifs légers) étaient également 21% soit 18 patients. Enfin, 11% soit 9 patients présentaient un MMS inférieur à 10 signant des troubles cognitifs sévères.

On notera que dans 3 cas le MMS n'avait pas été fait et dans 9 cas il n'était pas réalisable soit en raison de l'état du patient soit en raison d'une opposition de la part du patient (non réalisé 14%).

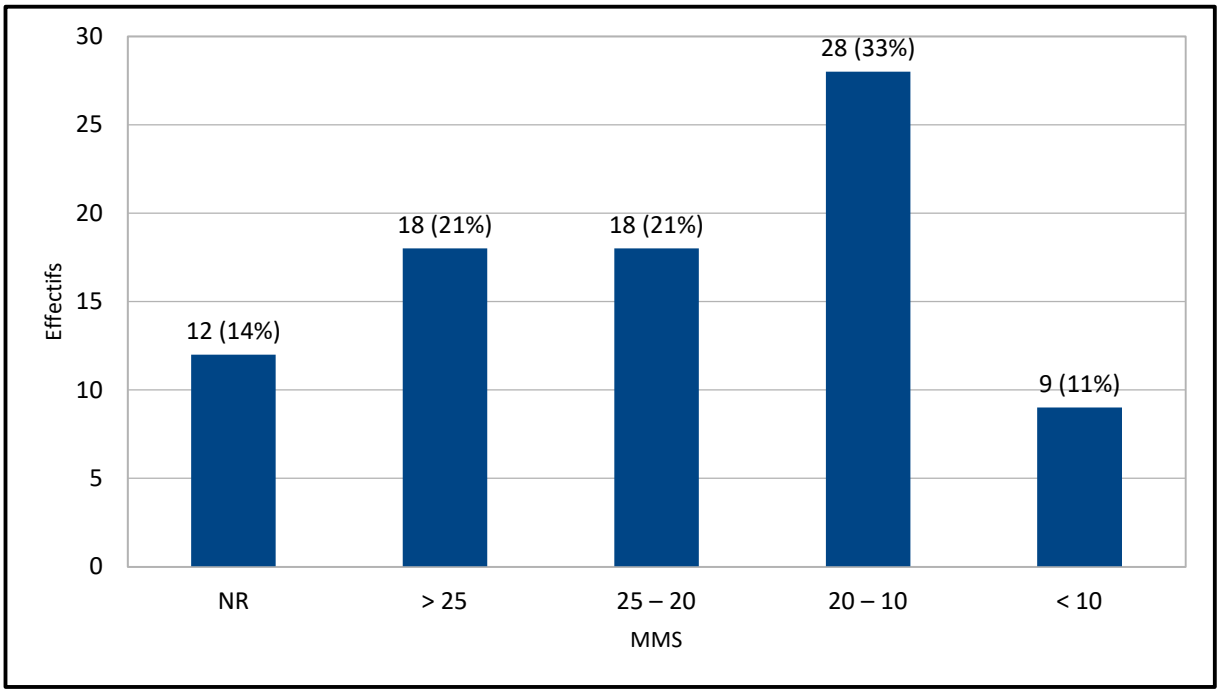


Figure 8 : Score MMS des patients

1.5.4. Fonction rénale

Les fonctions rénales étaient calculées par la formule Cockroft & Gault (Annexe 12). Les patients présentant une fonction rénale normale ou insuffisance rénale minime jusqu'à 60 de débit de filtration glomérulaire (DFG) étaient 24 (28,5%). Les patients présentant une insuffisance rénale modérée avec un DFG entre 59 et 30 étaient quant à eux au nombre de 20 (23,5%). Enfin, les patients présentant une insuffisance rénale sévère ou terminale (en deçà de 30) étaient 7 soit 8% environ.

Pour 34 patients cette information n'était pas renseignée (40%).

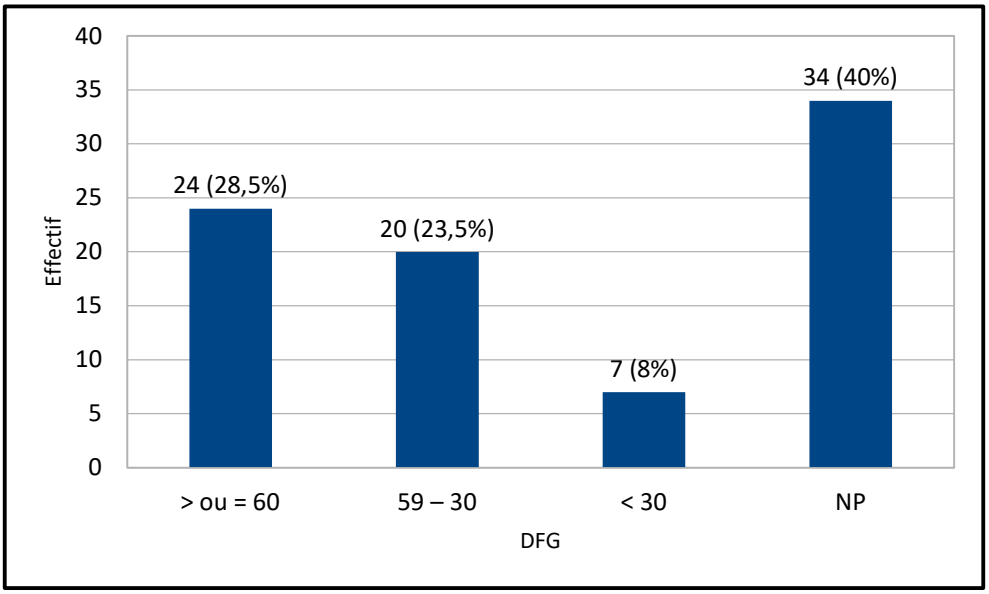


Figure 9 : Fonction rénale des patients

1.5.5. État nutritionnel

L'état nutritionnel était évalué avec le MNA (Mini nutritional assessment)(Annexe 13). Les patients présentant un risque de dénutrition avec un MNA compris entre 23,5 et 17 étaient 52 soit 61%. Les patients présentant un mauvais état nutritionnel avec un MNA inférieur à 17 étaient 16 soit 19%. Enfin, 10 patients avaient un MNA normal soit 11,5 % environ.

Pour 7 dossiers, le MNA n'était pas précisé (8,5%).

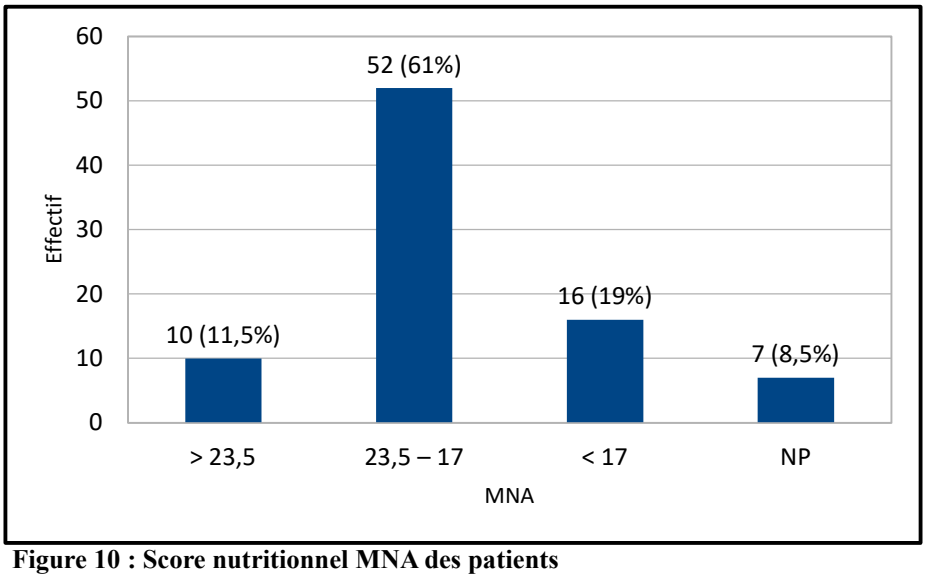


Figure 10 : Score nutritionnel MNA des patients

1.5.6. Évaluation thymique

L'évaluation thymique était réalisée avec le GDS 15 items (Annexe 2). Nous constatons qu'un fort risque de dépression était présent chez 27% de la population (23 patients) avec un GDS entre 5 et 10. Les patients avec un très fort de dépression pour lesquels le score était supérieur ou égal à 10 représentaient 12% de la population (10 patients). Également, 12% (10 patients) présentaient un GDS normal compris entre 0 et 5.

Pour 42 patients le GDS n'a pas été réalisé, notamment pour 8 patients à qui un mini GDS à 4 items a été fait, 6 d'entre eux avaient un mini GDS à 0, un avait un mini GDS à 1. Le dernier avait un mini GDS à 4/4.

Dans 34 dossiers, aucun GDS n'avait été réalisé.

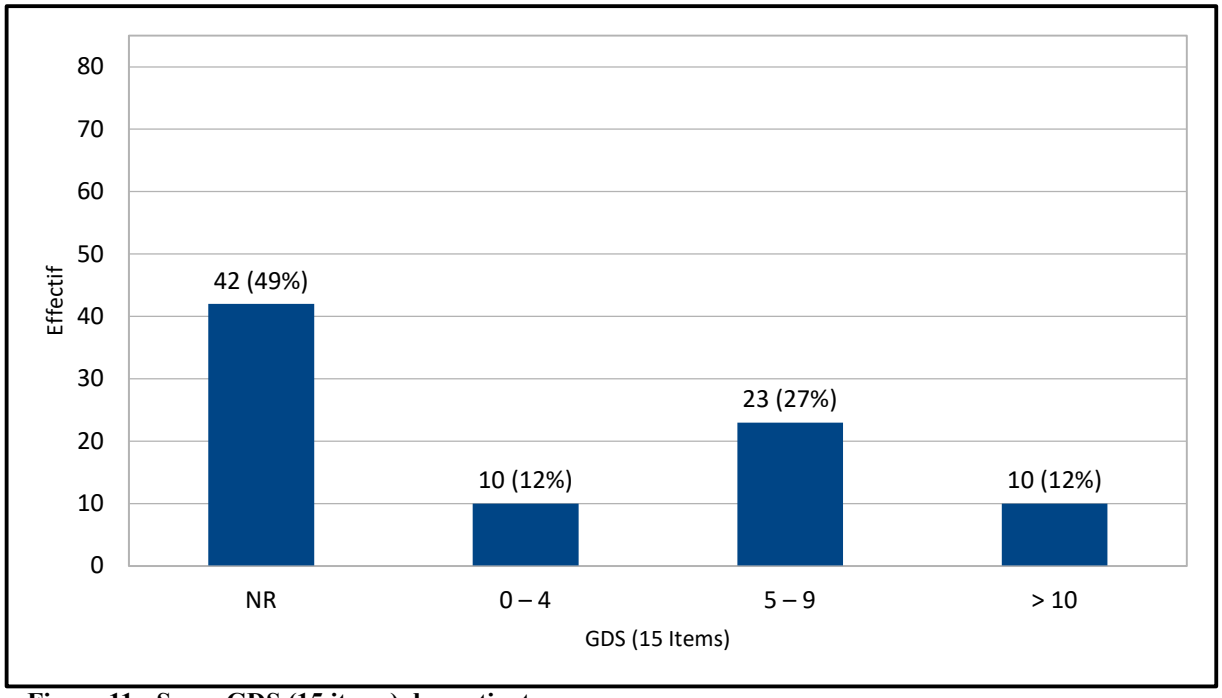


Figure 11 : Score GDS (15 items) des patients

1.6. Antécédents psychiatriques

Parmi les patients inclus 38 avaient au moins un antécédent psychiatrique soit près de 45% des patients.

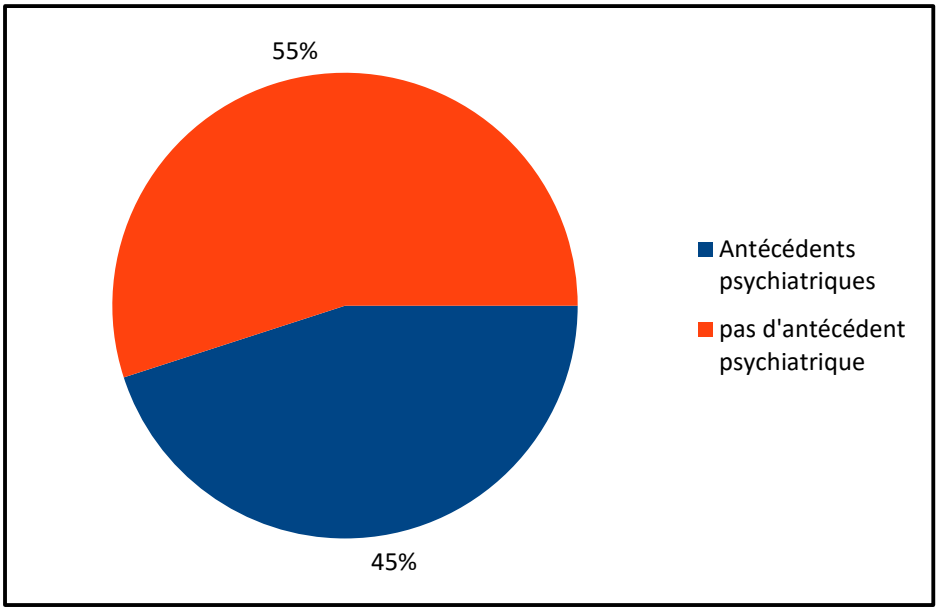


Figure 12 : Présence ou non d'un antécédent psychiatrique

Parmi les patients, 35,5% avaient un antécédent de dépression (30 patients). Les patients présentant un antécédent de trouble psychotique étaient 3,5% (3 patients). Les patients présentant un antécédent de trouble bipolaire représentaient 5% (4 patients). 5% (4 patients) des patients présentaient un antécédent de troubles psycho-comportementaux en lien avec la démence. Enfin, 8% des patients avaient un antécédent de trouble anxieux (7 patients).

4 patients avaient un antécédent de tentative de suicide (5%). 3 patients avaient déjà étaient hospitalisés en psychiatrie (3,5%). Enfin, 2 patients (2,5%) bénéficiaient d'un suivi antérieur au passage de l'équipe mobile.

A noter que certains patients pouvaient avoir plusieurs antécédents.

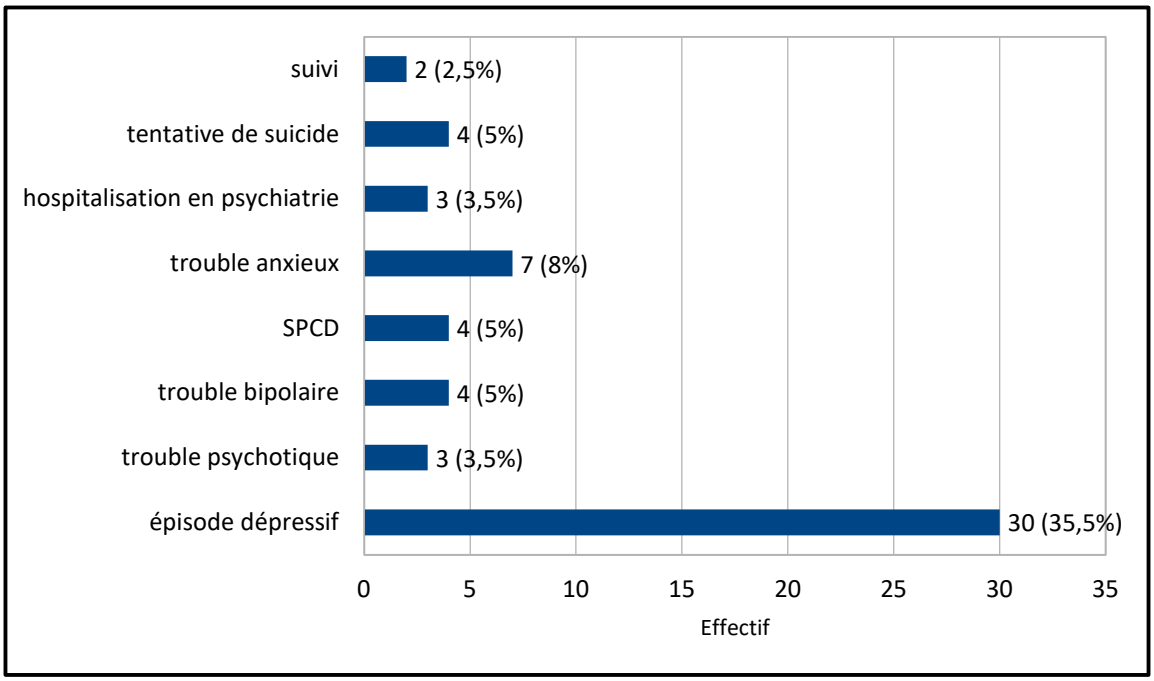


Figure 13 : Effectifs des patients par type d'antécédents

1.7. Traitements psychotropes

Sur 85 patients 33 (39%) n'avaient pas de traitement psychotrope lors de l'évaluation gériatrique.
52 (61%) patients avaient au moins un traitement psychotrope avant le passage de l'EMG.
Les patients avec un antidépresseur étaient au nombre de 34 (40%). Ceux traités par benzodiazépines étaient 32 (37,5%). 11 avaient un hypnotique (13%) et 3 un thymo-régulateur (3,5%). Les neuroleptiques étaient prescrits chez 10 patients (12%).
A noter que certains patients pouvaient cumuler plusieurs traitements.

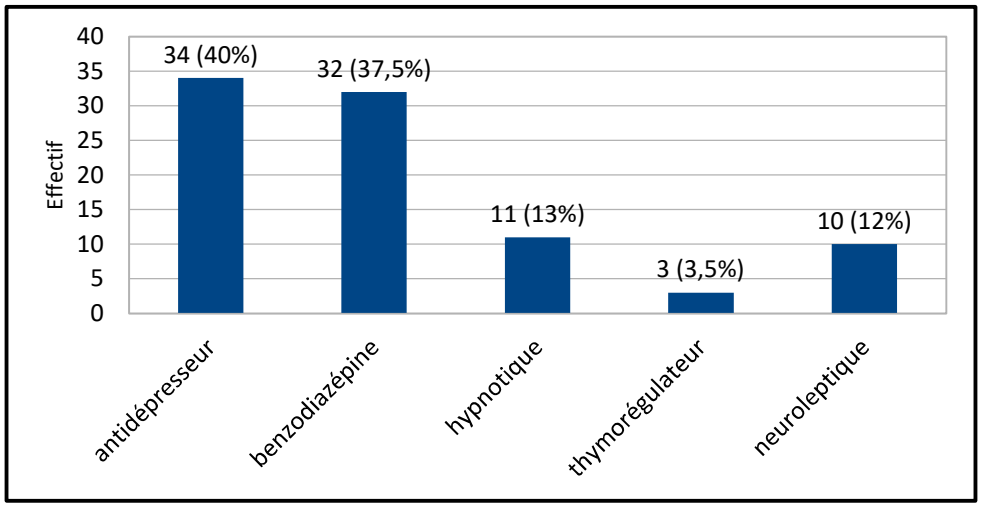


Figure 14 : Traitements psychotropes

Evaluation gériatrique standard	
Effectif (n)	85
Ecore Charlson (%)	
égal à 3	2,5
égal à 4	15
égal à 5	17
> ou = à 6	65
Score ADL (%)	
ADL à 6	42,5
Score IADL (%)	
IADL à 0	47
MMS (%)	
> 25	21
25 – 20	21
20 – 10	33
< 10	11
Non retrouvé	14
Fonction rénale	
DFG > ou = 60 (%)	28,5
DFG 59 – 30 (%)	23,5
DFG < 30 (%)	8
non précisé (%)	40
Score MNA	
> 23,5 (%)	11,5
23,5 – 17 (%)	61
< 17 (%)	19
non précisé (%)	8,5
Score GDS	
0 – 4 (%)	12
5 – 9 (%)	27
> 10 (%)	12
non précisé (%)	49
Présence d'un antécédent psychiatrique (%)	45
Episode dépressif	35,5
Trouble psychotique	3,5
Trouble bipolaire	5
SPCD	5
Trouble anxieux	8
Hospitalisation en psychiatrie	3,5
Tentative de suicide	5
Suivi pré-existant	2,5
Traitement psychotrope lors de l'évaluation (%)	61
Antidépresseur	40
Benzodiazépine	37,5
Hypnotique	13
Thymorégulateur	3,5
Neuroleptique	12

Tableau 2: Tableau récapitulatif des éléments de l'évaluation gériatrique standard

2. Intervention de l'EMG

2.1. Prévalence

En rapportant les 85 patients inclus dans l'étude (qui présentaient des troubles d'ordre psycho-gériatrique mis en évidence lors de l'évaluation gériatrique) sur l'ensemble des 144 patients ayant étés vu une fois ou plus par l'EMG pour une évaluation gériatrique, on calcule une prévalence de 59% de patients présentant des troubles psycho-gériatriques.

2.2. Diagnostic retenu par le gériatre

Lors de son 1er passage, parmi les 85 patients objet de l'étude, l'EMG a posé un diagnostic pour 77 patients (90,5%). 42 d'entre eux avaient un syndrome dépressif majeur (49,5%). 2 (2,5%) présentaient un syndrome psychotique. 21 présentaient des troubles psycho-comportementaux en lien avec la démence (25%). Pour 23 patients (27%) un diagnostic de trouble anxieux a été posé. 4 patients (5%) étaient diagnostiqués d'un trouble bipolaire. Enfin, 4 patients (5%) avaient un autre diagnostic, notamment 2 personnes avec un syndrome de Diogène, un deuil normal et une personne ayant une tristesse de l'humeur réactionnelle sans critère d'un épisode dépressif majeur.

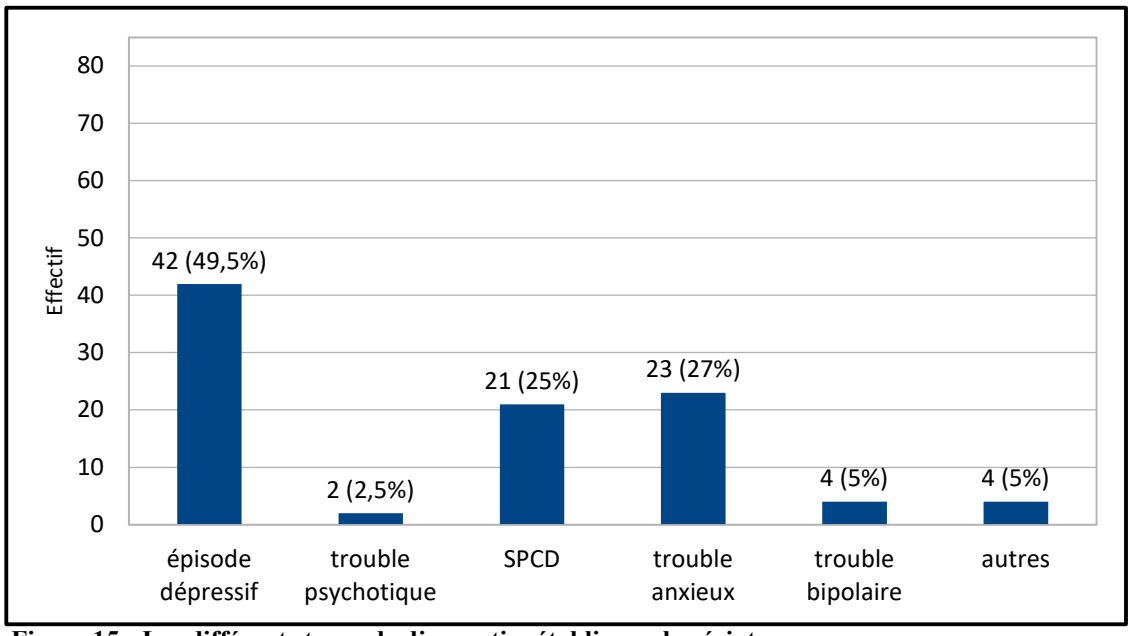


Figure 15 : Les différents types de diagnostics établis par le gériatre

La prévalence rapportée à l'ensemble des 144 patients visités sur les 6 mois était de 29% pour la dépression, 1,5% pour les troubles psychotiques, 14,5% pour les SPCD, 16% pour les troubles anxieux, 3% de troubles bipolaires et 3% d'autres antécédents psychiatriques.

2.3. Proposition thérapeutique du gériatre

Lors de la première intervention de l'EMG, le gériatre a pu faire une proposition thérapeutique d'ordre psychiatrique pour 54 patients (63,5%). Pour 52, il s'agissait en une modification du traitement médicamenteux psychiatrique (61%) et pour 2 d'une proposition d'hospitalisation (2,5%).

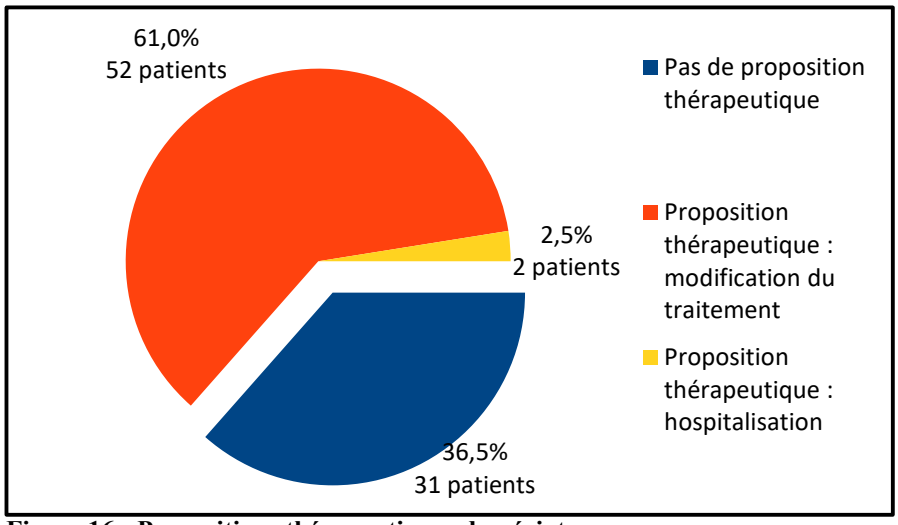


Figure 16 : Propositions thérapeutiques du gériatre

Concernant les modifications de traitement, pour 26 patients (30,5%), il s'agissait de l'introduction d'un anti-dépresseur chez un patient non traité jusque-là. Pour 10 autres (12%) la substitution d'une molécule pour une autre a été proposée. Par ailleurs, une augmentation du traitement antidépresseur déjà en place a été proposée pour 7 patients (8%). Une diminution du traitement a été proposée une seule fois (1%).

S'agissant des neuroleptiques, un traitement a été introduit pour 5 des patients (6%). Un neuroleptique a été arrêté pour 1 patient (1%). Pour un autre, la proposition était une diminution (1%).

Un traitement thymorégulateur a été introduit pour un seul patient (1%) et par 2 fois (2,5%) l'arrêt a été proposé.

Pour les benzodiazépines, 2 patients (2,5%) se sont vus proposer l'introduction d'une benzodiazépine à demi-vie courte et 3 patients (3,5%) un changement pour une benzodiazépine à demi-vie plus courte.

Une diminution du traitement par benzodiazépine a été proposée 3 fois (3,5%). Il y a eu également 5 propositions d'arrêt des benzodiazépines (6%). L'arrêt ou la diminution d'un hypnotique a été proposé 2 fois (2,5%) avec 1 arrêt et 1 diminution.

On notera que 3 patients ont refusé la modification du traitement (3,5%).

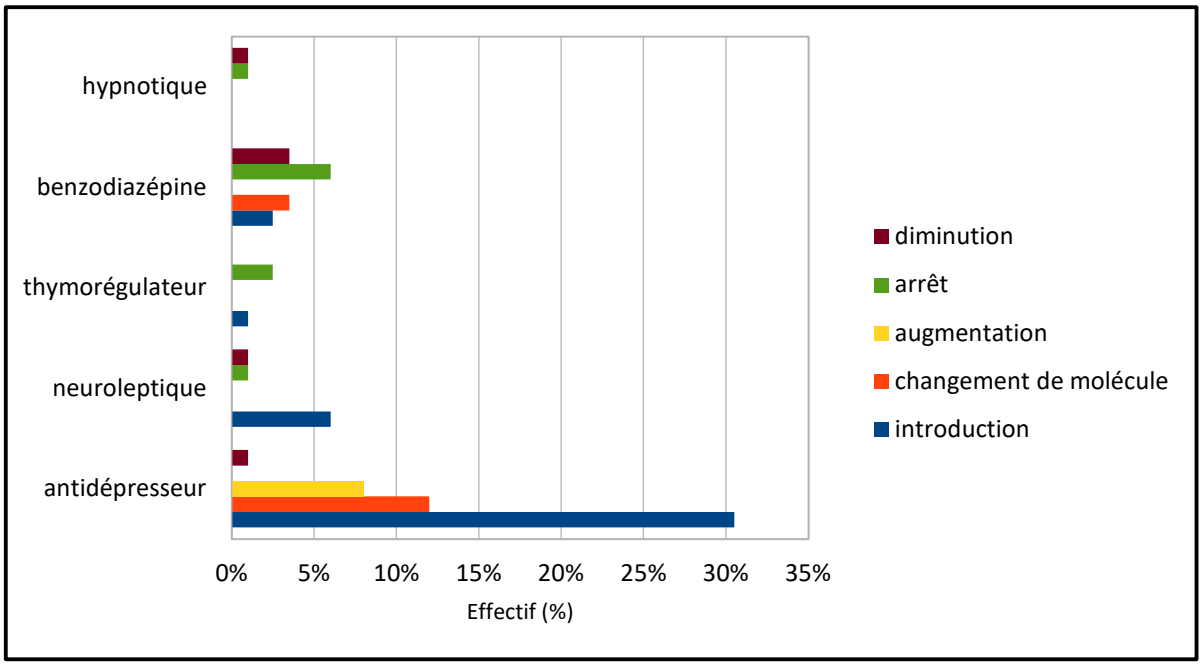


Figure 17 : Les modifications thérapeutiques proposées par le gériatre

Intervention du gériatre	
Patients pour lesquels un diagnostic est établi (%)	77
Diagnostics retenu par le gériatre (%)	
Episode dépressif	49,5
Trouble psychotique	2,5
SPCD	25
Trouble anxieux	27
Trouble bipolaire	5
Autres	5
Propositions thérapeutiques du gériatre	
Modification médicamenteuse (%)	61
Hospitalisation (%)	2,5
Pas de proposition (%)	36,5
Modifications thérapeutiques proposées par le gériatre (%)	
Introduction antidépresseur	30,5
Substitution par un autre antidépresseur	12
Augmentation d'un antidépresseur	8
Diminution d'un antidépresseur	1
Introduction d'un neuroleptique	6
Arrêt d'un neuroleptique	1
Diminution d'un neuroleptique	1
Introduction d'un thymoregulateur	1
Arrêt d'un thymoregulateur	2,5
Introduction d'une benzodiazépine à demie vie courte	2,5
Substitution pour une benzo autre à demie vie courte	3,5
Diminution d'une benzodiazepine	3,5
Arrêt d'une benzodiazépine	6
Diminution d'un hypnotique	2,5
Arrêt d'un hypnotique	3,5
Proposition d'intervention du psychiatre (%)	57,5

Tableau 3: Tableau récapitulatif des propositions du gériatre lors de l'évaluation gériatrique

3. Intervention du psychiatre

3.1. Demande d'intervention du psychiatre

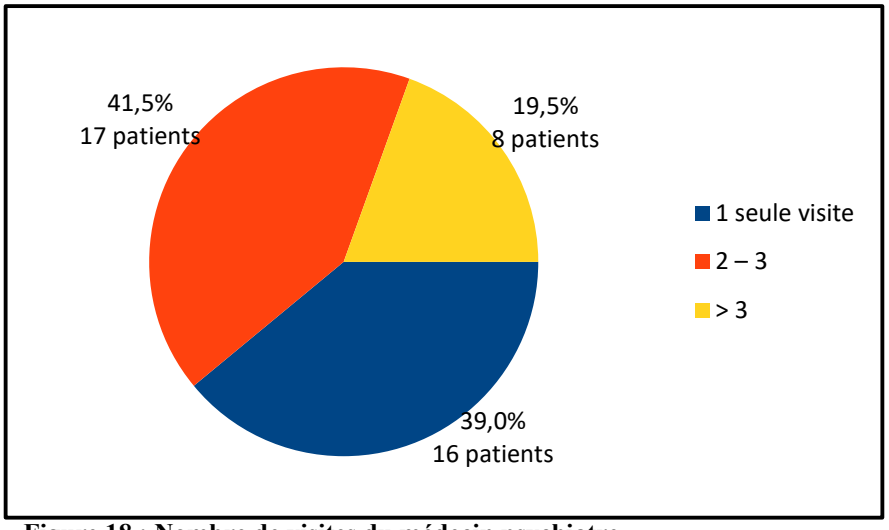
Le passage du psychiatre a été proposé, par le gériatre, à 49 patients parmi les 85 inclus (57,5 %). Parmi eux, 4 patients n'ont pas eu de consultation sans explication retrouvée dans les dossiers. Pour un patient, la proposition a été faite en cas d'aggravation et pour un autre si les symptômes devaient persister. Ces 2 dernières propositions n'ont pas été suivies de consultation.

Parmi ces 49, le motif justifiant le passage était une évaluation clinique spécialisée avant modification du traitement pour 55 % d'entre eux (27 patients). Pour 39 % (19 patients) la demande du gériatre était une réévaluation après modification du traitement. Un patient a bénéficié du passage du psychiatre à sa demande (2%).

Au total, 41 patients ont accepté (84%) cette visite, 2 ont refusé (4%). Comme précisé plus haut 4 patients n'ont pas eu de visite sans explication retrouvée.

3.2. Nombre de visites

En ce qui concerne le passage du psychiatre, 16 patients parmi les 41 ayant accepté la visite (39%) ont eu une seule consultation à domicile. 17 patients ont eu 2 à 3 consultations (41,5%) et 8 ont eu plus de 3 consultations (19,5%).



- **Figure 18 : Nombre de visites du médecin psychiatre**

3.3. Diagnostics retenus

Les diagnostics retenus pour les 41 patients visités par le psychiatre étaient les suivants :

- pour 20 patients, il s'agissait d'un épisode dépressif majeur soit 49%. Chez 2 patients, cet épisode était secondaire à un éthylisme chronique. Chez un autre, la dépression était secondaire à un deuil pathologique. Dans un cas, il s'agissait d'un épisode dépressif majeur dans le cadre d'un trouble bipolaire. Chez 2 patients, il s'agissait d'un épisode dépressif majeur à caractéristiques psychotiques,
- les troubles psychotiques ont été diagnostiqués chez 3 patients (7%), l'un d'entre eux avait un trouble schizo-affectif,
- 10 patients présentaient des symptômes psycho-comportementaux en lien avec la démence (24%).
- 9 présentaient un trouble anxieux (22%),
- 5 autres diagnostics ont été posés (12%) notamment de deuil normal, deuil pathologique et de trouble bipolaire.

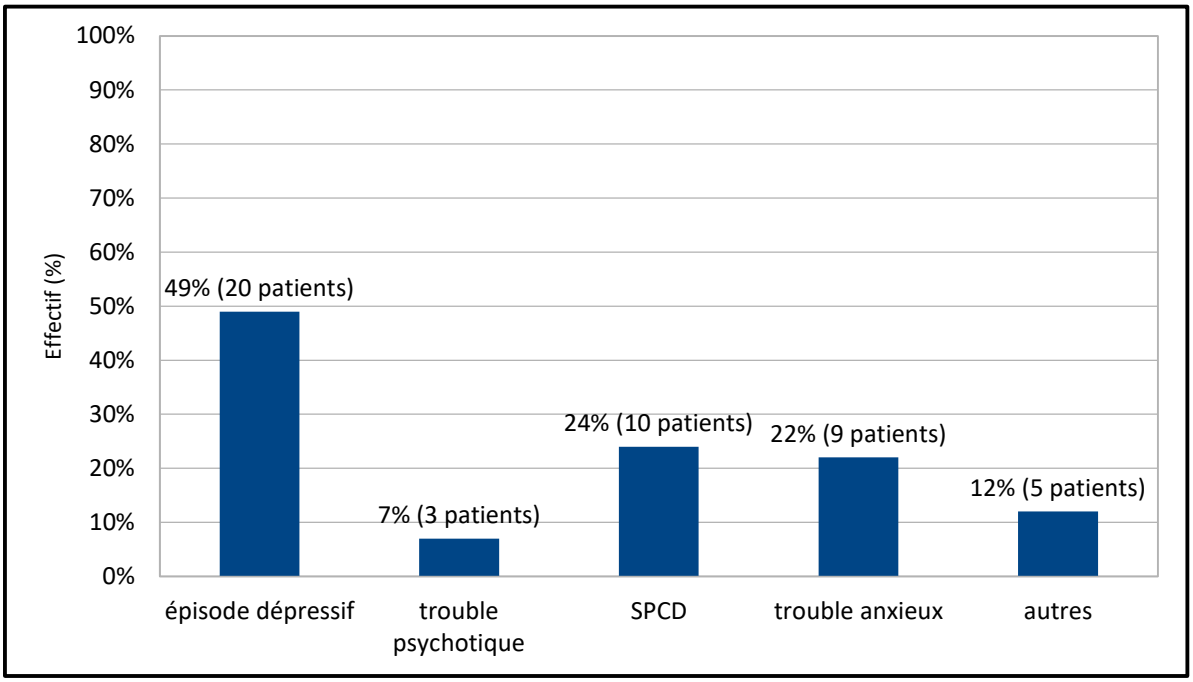


Figure 19 : Les diagnostics retenus par le psychiatre après consultation

3.4. Propositions thérapeutiques

Parmi ces 41 patients visités par le psychiatre, 71% (29 patients) ont bénéficié d'une modification de leur traitement psychotrope.

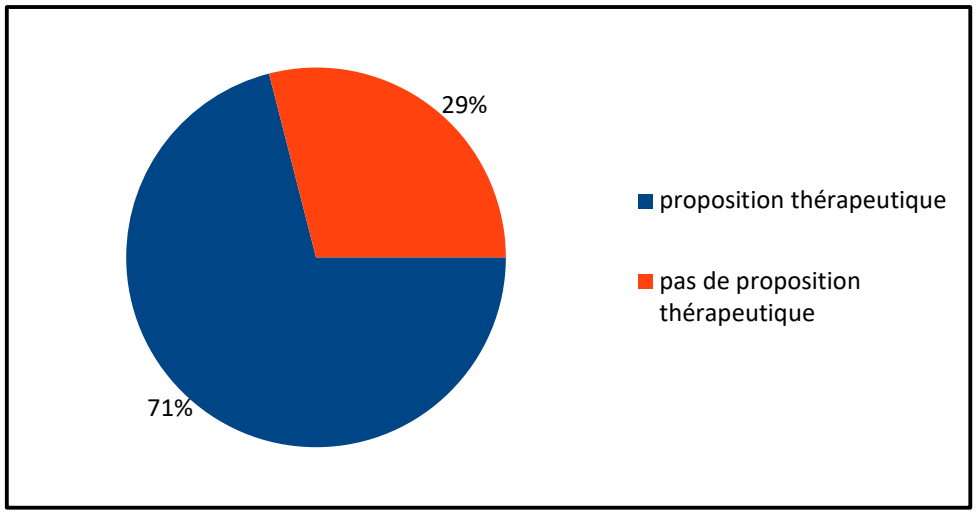


Figure 20 : pourcentage de propositions thérapeutique chez les patients ayant bénéficié d'une consultation psycho-gériatrique

Dans le groupe des 29 patients, pour la majorité (31 %, soit 9 patients) il a été réalisé une augmentation de posologie de l'anti-dépresseurs. Une introduction de cette même classe a été nécessaire chez 8 patients (28%). Chez 5 autres patients, la proposition concernant les antidépresseurs consistait à changer de molécule (17%). Dans un cas, il s'agissait de changer un neuroleptique pour un antidépresseur. Une augmentation du traitement antidépresseur a été proposée 9 fois (31%).

En ce qui concerne les neuroleptiques, il y a eu une introduction pour 6 patients (21%), un arrêt (3%) et une augmentation de posologie (3%).

Aucun patient ne s'est vu proposer l'introduction d'un thymo-régulateur ou d'une benzodiazépine. Chez 4 patients, il a été proposé d'arrêter les benzodiazépines (14%) et pour un dernier l'arrêt d'un hypnotique (3%).

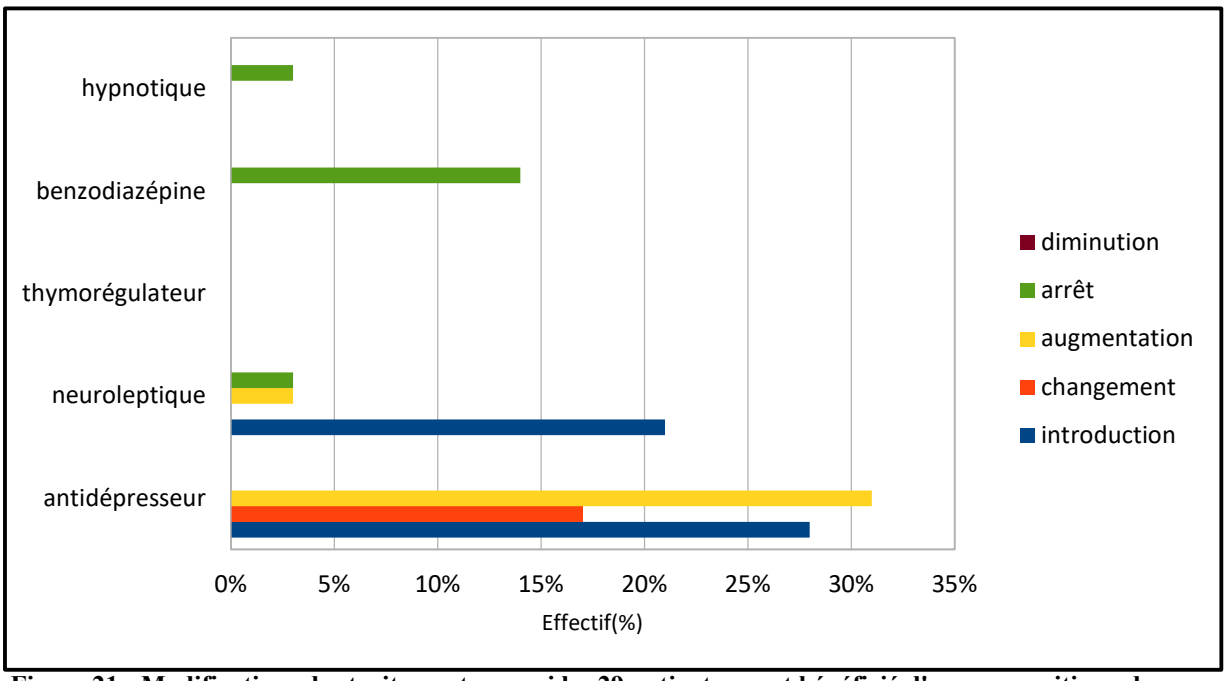


Figure 21 : Modifications des traitements parmi les 29 patients ayant bénéficié d'une proposition de modification thérapeutique après consultation du psychiatre

3.5. Évolution clinique

Entre le passage pour l'évaluation gériatrique et la consultation spécialisée de psychiatrie, 15 patients sur les 41 ayant eu cette dernière se sont améliorés cliniquement (36,5%). Sur les 25 patients ayant eu plus d'une consultation psycho-gériatrique 20 se sont améliorés au cours du suivi.

Au total 35 patients ont présenté une amélioration au cours du suivi soit 85% des patients ayant eu au moins une consultation psychiatrique.

3.6. Poursuite de la prise en charge

Concernant la poursuite de la prise en charge suggérée par le psychiatre, un relais a été proposé chez 9 patients (22%) et un patient était toujours en cours de suivi par le psychiatre lors du recueil des données (2,5%).

Pour un patient, la poursuite de la prise en charge a été proposée via un CMP (centre médico-psychologique) (2,5%). Pour 2 patients, via un psychiatrique de ville (5%). Un patient a été hospitalisé (2,5%) et 4 patients ont été placés en EHPAD (9,5%).

Un dernier patient s'est vu proposer un suivi en addictologie qu'il a refusé (2,5%).

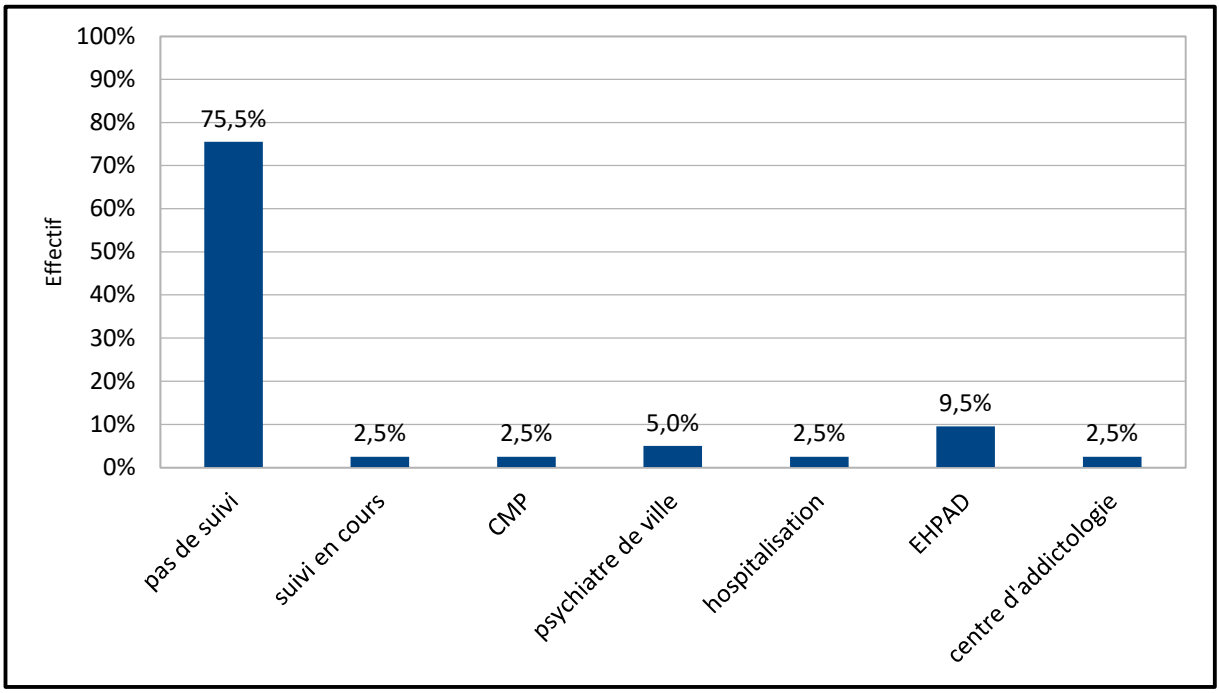


Figure 22 : Propositions de relaie dans la prise en charge après consultation et suivi psycho-gériatrique

3.7. Protection juridique

Sur le plan social 10 patients se sont vus proposer une mise sous protection juridique par l'EMG et un par le psychiatre

Intervention du psychiatre	
Nombre de patient ayant accepté la visite (n)	41
Nombre de visites	
1 visite (%)	39
2 à 3 visites (%)	41,5
Plus de 3 (%)	19,5
Diagnostics retenu par le psychiatre (%)	
Episode dépressif	49
Trouble psychotique	7
SPCD	24
Trouble anxieux	22
Autres	12
Propositions thérapeutiques du psychiatre (%)	71
Augmentation d'un antidépresseur	31
Introduction antidépresseur	28
Substitution par un autre antidépresseur	17
Introduction d'un neuroleptique	21
Arrêt d'un neuroleptique	3
Augmentation d'un neuroleptique	3
Arrêt d'une benzodiazépine	14
Arrêt d'un hypnotique	3
Amélioration clinique au cours du suivi (%)	85
Propositions de poursuite de la prise en charge (%)	
Pas de proposition de suivi	75,5
Suivi en cours avec le psychiatre	2,5
CMP	2,5
Psychiatre de ville	5
Hospitalisation	2,5
EHPAD	9,5
Centre addictologie	2,5

Tableau 4: Tableau récapitulatif des propositions du psychiatre lors de son intervention

IV- Discussion

1. Forces de l'étude

Le premier point fort de cette étude réside dans son originalité. Si les liens entre problématiques gériatriques et psychiatriques sont assez souvent étudiés, il est plus rare de croiser le regard du psychiatre et du gériatre sur une même situation.

Notre étude s'intéresse à l'intervention d'une équipe composée d'un gériatre et d'un psychiatre au domicile du sujet âgé. Ce lien permanent dans l'équipe est renforcé par des discussions lors de réunions pluridisciplinaires régulières. Elle met en évidence la nécessaire collaboration psychiatre-gériatre encore parfois cloisonnée dans certaines équipes. De plus, le fait d'avoir une intervention d'un médecin psychiatre au domicile en complément d'une évaluation gériatrique est assez original et il existe peu de littérature sur le sujet.

Le type de population est aussi intéressant de par sa moyenne d'âge qui est de 85,3 ans. Cela est plutôt très âgé ce qui est assez rare dans la littérature.

Cette étude a permis de faire un inventaire des traitements psychiatriques déjà mis en place et de voir quels sont les propositions thérapeutiques concernant ceux-ci.

Enfin, L'échantillon est assez important et comporte peu de pertes de données.

2. Limites et biais

L'objectif principal de cette étude était de définir la prévalence des troubles psycho-gériatriques chez les patients ayant bénéficié de l'intervention de l'EMG. L'étude rétrospective observationnelle était donc adaptée à l'objectif principal. Néanmoins, ce type d'étude à un faible niveau de preuve statistique.

D'autre part, il existe quelques pertes d'informations car ce travail se base sur les données présentes dans les courriers et certains éléments n'ont pas été retrouvés (MMS, DFG...).

L'évaluation étant faite, principalement à la demande des médecins et/ou des intervenants sociaux et ce devant des situations complexes, il existe probablement un biais de sélection. De fait, les patients présentent une précarité et un isolement social plus important que dans la population générale du même âge.

Enfin, comme l'appréciation de l'évolution des patients au cours du suivi se base sur des critères cliniques, il peut exister un biais de mesure en l'absence d'utilisation d'échelle validée et reproductible.

3. Axes de discussion

3.1. Résultats principaux et caractéristiques de la population

La prévalence des troubles psychiatriques du sujet âgé retrouvée dans cette étude est d'environ 60%, ce qui est assez élevé en comparaison de la littérature. Dans l'étude française de Ritchie et al., cette même prévalence est de 17% (5) alors que celles des méta-analyses internationales sont plutôt de l'ordre de 20 à 29%. (41) (6) (7).

Cette différence avec la population générale âgée peut sans doute s'expliquer par un biais de sélection. Les patients orientés vers l'EMG sont souvent isolés, polypathologiques ou avec une perte d'autonomie ce qui peut favoriser le syndrome dépressif comme nous allons le voir par la suite. En effet, les caractéristiques de notre population sont parlantes à ce sujet.

On retrouve d'ailleurs des résultats se rapprochant plus de notre étude dans la revue littérature de Jinjiao et al. (42). Celle-ci s'intéresse aux personnes âgées soignées au domicile à la suite d'une maladie ou d'un accident, population présentant des caractéristiques communes à la nôtre (comorbidité, isolement voire dépendance). Bien qu'assez variable suivant les études analysées, la prévalence des psychopathologies de la personne âgée pouvait dépasser les 50%.

Notre population est très âgée. La moyenne d'âge de notre échantillon est de 85,3 ans, l'âge médian de 85 ans, avec un âge maximal de 104 ans et un âge minimal de 72 ans. Ces résultats paraissent attendus pour une population gériatrique.

Pour autant, la plupart des travaux étudiant la psychiatrie de la personne âgée sont réalisés sur des échantillons de populations plus jeunes (5) (6) (7). En cela, ces études suivent les critères d'âge de l'OMS qui définissent le patient âgé à partir de 65 ans (43). La prévalence de la dépression y est souvent inférieure aux résultats trouvés dans notre travail (5) (6) (7).

Il est difficile d'affirmer que la prévalence de la dépression augmente avec l'âge. La littérature peut montrer une diminution de la prévalence après 65 ans (44) (45) quand d'autres études montrent une augmentation après 75-80 ans (46). L'étude de Robert et al. (47) vient pondérer cette tendance, ce travail ne montre pas de liens directs entre l'âge et la dépression. Une personne âgée en bonne santé et sans problème particulier n'est pas plus à risque qu'un adulte jeune. Les auteurs mettent en évidence que ce qui semble être des effets liés à l'âge sont le résultat d'autres facteurs de risque associés au vieillissement (maladies somatiques associées, isolement, problèmes financiers, problèmes de dépendance, troubles cognitifs…). Il est possible que cela influe sur nos résultats.

S'agissant du sexe des patients, on retrouve une surreprésentation féminine. Cela est attendu compte tenu de l'espérance de vie plus importante des femmes en France (1). On retrouve d'ailleurs un sexe-ratio de trois pour un dans la littérature s'intéressant aux patients les plus âgés (plus de 70 ans voire plus de 85) (7).
Les femmes semblent développer plus souvent des dépressions que les hommes. Cela pourrait être en lien avec une exposition plus grande aux différents facteurs de risque (48) (49). Pourtant, dans notre étude, le diagnostic de dépression est retenu dans 50 % des cas quel que soit le sexe.
On peut en conclure que le sexe des patients ne suffit pas à expliquer la forte prévalence de la dépression. Il convient aussi de discuter de l'origine de ce caractère identique. Tout d'abord, on peut évoquer l'étude de Bebbington et al. montrant que l'association entre le sexe féminin et la dépression diminue avec l'âge (50). Bien qu'intéressants pour expliquer nos observations, ses résultats paraissent difficilement transposables à notre travail étant donné que la population étudiée est âgée de 65 ans maximum dans leur publication. D'autres travaux montrent d'ailleurs que ce rapport se maintient (51) (48) (49). Il se pourrait également que notre population masculine soit aussi particulièrement exposée aux autres facteurs de risque de dépression. Bergdahl et al. montre notamment que le fait d'être veuf ou d'avoir perdu un enfant expose particulièrement les hommes âgés à la dépression (48), caractéristiques que nous n'avons pas recherchées.
Il est vrai aussi que notre échantillon masculin est peu important. Il serait intéressant dans un travail futur d'observer cela sur un échantillon plus important d'hommes comparativement à un échantillon de femmes équivalent.

S'agissant du mode de vie, notre étude retrouve que 59 % des patients vivent seuls au domicile. Ce chiffre correspond à peu près aux 53 % de personnes de plus de 75 ans seules au domicile à Bordeaux retrouvé en 2011(52). La solitude, le fait de vivre seul et le manque d'intégration sociale sont des facteurs de risque de dépression et d'anxiété très décrits chez la personne âgée (48) (53) (54) (55) (56). Il est donc possible que ce contexte social influe sur la prévalence des troubles psycho-gériatriques retrouvée dans notre travail.

Nous retrouvons dans notre étude un score Charlson moyen à 6,5. Notre population présente de nombreuses comorbidités. En 2017, une thèse (57) s'intéressant à l'ensemble des patients suivi par l'EMG de Bordeaux mettait en évidence un score Charlson moyen de 5,9. En comparaison, il semble que les patients présentant un trouble psycho-gériatrique soient un peu plus comordides. Cela paraît cohérent avec la revue de la littérature de Clarke and Currie (58) montrant que la présence de comorbidités est un facteur de risque de dépression et d'anxiété. Les AVC, les maladies cardio-

vasculaires, le diabète, les cancers sont particulièrement concernés. On constate aussi dans d'autres travaux, notamment ceux de Lenze et al. et de Krishnan et al., que la dépression est un facteur favorisant la survenue de comorbidités (59) (60). Cette association semble avoir lieu dans les deux sens. Il existe probablement un renforcement mutuel entre troubles psycho-gériatriques et comorbidités.

S'agissant de l'autonomie des patients, elle est plutôt bien préservée pour les activités de la vie quotidienne avec 42,5% des patients présentant un ADL maximal. A contrario, une part très importante des patients sont dépendants pour les activités instrumentales avec un faible IADL.
Les difficultés concernant ces dernières limitent le rôle social des individus âgés et peuvent réduire le sentiment de contrôle sur leur propre vie (61). Cela est susceptible d'entraîner des symptômes dépressifs. Kim et al. montrent ainsi qu'un IADL faible peut être un facteur de risque de dépression (62).
La littérature montre aussi que la dépression est un facteur de risque de diminution de l'autonomie (63). En retour, les symptômes dépressifs peuvent créer un sentiment de désespoir et d'impuissance. Ils réduisent la motivation des individus à maintenir une bonne nutrition et à suivre leurs traitements médicaux. Cela peut contribuer à l'émergence d'un handicap et de la perte d'autonomie (61). Ici aussi, il peut exister un renforcement mutuel.

Le statut cognitif des patients est hétérogène avec 21% présentant un MMS supérieur à la norme (en tenant compte du niveau scolaire) et 21% présentant un trouble cognitif léger (MMS entre 25 et 20) contre 44% présentant un MMS inférieur à 20. On note aussi que 11% des patients présentent des troubles cognitifs majeurs sévères, cela paraît cohérent en regard des 9,5% totalement dépendant pour les actes de la vie quotidienne.
Ces résultats sont intéressants devant la prévalence de la dépression retrouvée dans ce travail. Les relations entre troubles cognitifs et dépression sont complexes et peuvent avoir plusieurs dimensions. D'après l'étude de Cabrera et al., il semble que la dépression au cours de la vie soit un facteur de risque de développer une démence. Deuxièmement, une dépression plus tardive, chez les patients âgés, pourrait être aussi un prodrome. Enfin, toujours selon cette étude, la dépression est également décrite comme une complication de la démence, notamment vasculaire (64).
Il serait intéressant d'analyser plus précisément ces associations dans une étude ultérieure.
Le repérage des symptômes dépressifs et des troubles cognitifs est capital afin de préserver l'autonomie et la qualité de vie du patient. D'autre part, cette conclusion incite à un suivi régulier des patients sur le plan cognitif et à une réévaluation des traitements antidépresseurs comme le fait l'EMG.

On remarque également que 80% de la population de notre étude présente un risque de dénutrition ou un mauvais état nutritionnel. La dénutrition joue un rôle important dans la santé des personnes âgées. Elle est susceptible d'augmenter le morbi-mortalité, d'altérer leurs capacités fonctionnelles et est un risque d'institutionnalisation (65) (66). L'association entre dénutrition et dépression est décrite dans la littérature. Cabrera et al. retrouvent ainsi une plus grande prévalence des symptômes dépressifs chez les personnes âgées à risque de dénutrition et vice-versa (65).
D'autre part, Kimura et al. (66) ont montré dans une étude que la dénutrition était fréquente chez les patients présentant des troubles cognitifs mineur et de maladie d'Alzheimer débutante. Dans ce cas, ils ont pu mettre en avant une association entre la dénutrition et les SPCD notamment l'agressivité verbale/désinhibition émotionnelle et l'apathie/troubles de la mémoire.
Notre population semble donc particulièrement exposée à ces associations.

Concernant la présence d'antécédents psychiatriques, ils sont retrouvés chez 45% des patients. Ce chiffre important paraît en accord avec les données de la littérature dans la population française âgée. Ritchie et al. retrouvent 45,7% de sujets présentant une affection psychiatrique au cours de la vie (5). En comparant dans le détail, on retrouve que 35,5% des patients présentent un antécédent dépressif contre 26,5% retrouvé dans l'étude citée (5). Les antécédents de psychoses sont retrouvés dans 3,5% des cas dans notre étude, dans l'étude, citée ils étaient de 4,7% au cours de la vie. Les troubles bipolaires sont plus présents dans notre étude (5% contre 1,2%). Les troubles anxieux y sont, par contre, moins présents (8% contre 21,6%).
La littérature (64) (67) (68) met en évidence que la présence d'antécédents psychiatriques (dépression anxiété, psychose…) est associée à un sur risque de démence. On observe aussi qu'ils sont des facteurs de risque de SPCD (69). Enfin, on sait aussi que les antécédents psychiatriques peuvent être des facteurs de risque de nouvel épisode (42) (46). Tout cela incite à les rechercher attentivement chez la personne âgée.
Pour autant, il ne semble pas que notre population soit exposée à un sur risque de ce point de vue devant les chiffres assez comparables avec la population générale du même âge. La dépression semble tout de même faire exception.

La prescription de traitement psychotropes avant passage de l'EMG était importante. 61% des patients présentaient au moins une molécule (anti-dépresseur, benzodiazépine, neuroleptique, thymorégulateur, hypnotique). Ce résultat peut sans doute s'expliquer par la sélection spécifique des patients ayant des pathologies psycho-gériatriques.
Le type de traitement le plus prescrit était les anti-dépresseurs, présents chez 40% des patients. Ce résultat paraît plutôt attendu devant la prévalence importante des troubles dépressifs dans notre étude.

Les seconds traitements les plus prescrits sont les benzodiazépines (37,5%) puis les hypnotiques (13%) et les neuroleptiques (12%). Ces trois derniers traitements, prescrits de façon importante, font partie des traitements sur-prescrits chez les plus de 70 ans selon la Haute autorité de santé (HAS) (70). Les benzodiazépines et hypnotiques sont souvent prescrits à visée symptomatique chez des patients nécessitant en réalité un traitement anti-dépresseur (48).

Après la discussion des caractéristiques de la population, il se dégage que celle-ci est exposée à différents facteurs de risque de pathologie psycho-gériatrique. C'est particulièrement le cas pour la dépression. Il apparaît aussi que les troubles psycho-gériatriques sont susceptibles d'annoncer ou renforcer des troubles cognitifs, une perte d'autonomie, une majoration des comorbidités, etc. Le travail coordonné entre gériatre et psychiatre apparaît d'autant plus utile dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie et de préserver l'autonomie des patients. D'autre part, ces éléments incitent à un repérage précoce des facteurs de risque d'apparition de troubles psycho-gériatriques et de perte d'autonomie. C'est là le rôle du médecin généraliste qui est souvent le premier contact des patients âgés et très âgés. Ce repérage pourrait ainsi permettre de faire intervenir l'EMG au plus tôt, rendant l'intervention d'autant plus efficace.

3.2. Intervention de l'équipe

Après l'évaluation conjointe gériatre/psychiatre, un diagnostic est posé pour tous les patients. Dans la majorité des cas, le psychiatre confirme le diagnostic initial posé par le médecin gériatre. On retrouve une répartition semblable des diagnostics dans le sous-groupe ayant été visité par le psychiatre à l'exception des troubles psychotiques qui occupent 7 % des diagnostics établis par ce dernier contre 2,5 % par le gériatre. Ici, la différence tient sans doute au caractère plus spécialisé de la pathologie. On retrouve d'ailleurs ceux-ci en proportion équivalente dans les études s'intéressant à l'activité d'équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée, autour de 6,5% (71) (72).

Lors du premier passage pour l'évaluation gériatrique, l'EMG établit une proposition thérapeutique chez un grand nombre de patients, ici 63,5%. Seulement 2,5% des cas nécessitent une hospitalisation. Cela semble indiquer que les médecins généralistes ou les équipes de soins font appel à l'EMG à bon escient. L'objectif des interventions de l'EMG étant de favoriser le maintien au domicile tout en évitant les hospitalisations et les passages aux urgences des patients.

On retrouve dans notre étude une importante prescription d'antidépresseurs ou modification de ces

traitements. C'est le cas après la première visite de l'EMG comme au cours du suivi par le psychiatre. Ceci s'explique par la forte prévalence de la dépression parmi les patients suivis par l'EMG. L'existence de cette pathologie peut mettre à mal l'autonomie du patient, il est donc important que l'EMG agisse sur celle-ci. En effet, comme on l'a déjà évoqué, il semble qu'il existe un phénomène de renforcement mutuel au cours du temps entre la dépendance et la dépression (73) (74). L'action sur la dépendance semble avoir un effet plus rapide sur l'amélioration de la dépression. D'un autre côté, le traitement de la dépression peut avoir un effet bénéfique sur la dépendance à plus long terme (74).

On constate une amélioration clinique chez une grande majorité des patients suivis, il semble donc que ces dernières modifications thérapeutiques soient efficaces. En effet, il apparaît dans la littérature qu'un traitement anti-dépresseur bien conduit peut permettre l'amélioration de 60 à 70% des patients (75).

Plus généralement, comme le rappellent Bergdahl et al. (48), la santé physique, la dépendance, l'isolement social et les problèmes financiers peuvent expliquer des taux plus élevés de dépression chez les personnes âgées. Ainsi, la modification de ces facteurs pourrait réduire les taux de dépression chez les personnes âgées. C'est aussi l'objectif de l'EMG de repérer et de faire des propositions concernant ces problématiques. La prise en charge de la personne âgée dans sa globalité bio-psycho-sociale semble être une nécessité.

S'agissant des autres traitements, on note que pour les benzodiazépines et hypnotiques l'arrêt, la diminution ou la substitution par une molécule à demi-vie plus courte sont proposées régulièrement. Cela s'observe lors de la première visite de l'EMG comme au cours du suivi par le psychiatre.

Ces différentes propositions sont bien en accord avec les recommandations de l'HAS comme cité plus haut (70).

Pour les neuroleptiques, l'HAS recommande leur diminution, toutefois leur utilisation en psycho-gériatrie est parfois nécessaire. On observe qu'après la visite d'évaluation gériatrique, ils ne sont introduits que dans 6% des cas. Le psychiatre les introduit ou les augmente, quant à lui, dans 24% des cas. Ceci met en évidence la nécessité du médecin psychiatre dans la prise en charge spécialisé et notamment dans l'utilisation des psychotropes.

Notre étude met en évidence la prévalence importante des symptômes psycho-comportementaux en lien avec la démence dans cette population. Cela est cohérent avec les données de la littérature montrant que 90% des patients atteints de démence connaîtront au moins un SPCD cliniquement significatif au cours de la maladie (76) (77).

La présence de ces symptômes est associée à une majoration du risque de déclin cognitif et de perte

d'autonomie (76). Cela joue un rôle important dans l'épuisement des aidants souvent âgés. En conséquence, ces derniers présentent volontiers des symptômes dépressifs (78). Il existe donc un double enjeu sur le plan psycho-gériatrique à leur prise en charge.
Le risque d'hospitalisation et d'institutionnalisation est également augmenté lorsque ces troubles apparaissent. Tout cela contribue à diminuer la qualité de vie des patients et des aidants (76).
Il s'agit sans doute de la pathologie où psychiatrie et gériatrie sont le plus intriquées. Leur prise en charge peut s'avérer complexe. Elle mêle prise en charge pharmacologique et non pharmacologique (76).
Avec la possibilité de faire des propositions de modifications thérapeutiques lors du passage pour évaluation et la réévaluation puis éventuellement suivi du psychiatre, le mode de fonctionnement de l'EMG paraît pertinent pour optimiser la prise en charge au domicile. Ainsi, sur les 10 patients présentant des SPCD vu par le psychiatre seul 2 ne se sont pas améliorées dont un a été placé en EHPAD.

Notre étude constate une amélioration de 85 % des patients suivis par le psychiatre. Ce chiffre semble indiquer une efficacité du mode de fonctionnement de l'équipe mobile de gériatrie. Cependant, 15 % des patients n'ont eu aucune amélioration clinique. En effet, les pathologies psychiatriques de la personne âgée sont de mauvais pronostic avec un risque de résistance au traitement et de rechute (79) (80) (77). Ces données mettent en évidence l'importance d'un suivi et d'une poursuite de prise en charge, et ce d'autant que notre population est à risque d'aggravation générale.
On constate dans notre travail que peu de relais sont proposés, cela apparaît comme un facteur limitant l'amélioration de la qualité de vie des patients qui reste l'objectif principal de l'EMG. Cela peut avoir pour origine le peu de débouchés possibles par manque de partenaires sur le terrain. En effet, bien qu'ayant connu un essor ces 10 dernières années l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée est encore inégale. Certains facteurs freinent son développement notamment les facteurs socio-économiques (10).
De fait, il aurait aussi été intéressant de rechercher l'évolution clinique des patients à distance.
Au regard de ces derniers éléments et compte tenu du fait que l'EMG ne peut qu'émettre des propositions, le médecin traitant est amené à jouer un rôle important dans la coordination, la prise en charge et dans le suivi de l'évolution clinique.

V- Conclusion

Notre travail a montré qu'il existe une forte prévalence des troubles psycho-gériatriques dans la population suivie par l'EMG (59%). La dépression est la pathologie la plus fréquemment retrouvée. Les patients présentent souvent des facteurs de risque de troubles psycho-gériatriques tels que l'isolement social, les comorbidités, la dénutrition, la perte d'autonomie pour les activités instrumentales ou la présence d'antécédents psychiatriques.
La fragilité des patients et les troubles psycho-comportementaux du sujet âgé semblent s'entretenir l'un l'autre. Cette relation bidirectionnelle est susceptible d'altérer l'autonomie et la qualité de vie des patients.

Le travail conjoint entre psychiatre et gériatre apparaît d'autant plus nécessaire au regard de ces chiffres. Cette étude met aussi en valeur cette pluridisciplinarité. Le premier passage au domicile de l'EMG pour évaluation permet un repérage et une prise en charge précoce. Le dialogue constant entre psychiatre et gériatre avec les interventions au domicile du psychiatre, si nécessaire, paraissent efficaces pour confirmer et affiner le diagnostic, ainsi que pour ajuster les thérapeutiques. Le suivi au domicile que propose le psychiatre est également l'occasion de suivre l'amélioration clinique.
La pluridisciplinarité semble donc être un facteur important dans l'amélioration globale de la prise en charge des patients.

Une étude plus précise sur le devenir des patients serait nécessaire pour affirmer l'amélioration clinique et sa stabilité au cours du temps ainsi que son influence sur la préservation de l'autonomie, d'autant que peu de relais sont proposés.

Bibliographie

1. Estimations de population | Insee [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1169

2. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

3. Dossier de presse grand age-autonomie.pdf [Internet]. [cité 1 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_grandage-autonomie.pdf

4. Giordana J Y, Roelandt J L,Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. L'Encéphale 2010. (Supplément 1 au N°3):59-64.

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

6. Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2017;210(2):125-31.

7. Volkert J, Schulz H, Härter M, Wlodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. Ageing Res Rev. 30 nov 2012;12.

8. Sjöberg L, Karlsson B, Atti A-R, Skoog I, Fratiglioni L, Wang H-X. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. J Affect Disord. 15 oct 2017;221:123-31.

9. ECN referentiel de psychiatrie.pdf-item 68 [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf

10. Clément. Psychiatrie de la personne âgée. 2ème éd. Lavoisier; 2019.

11. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiter H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. J Affect Disord. déc 2004;83(2-3):135-42.

12. Annexe 4 Définition de l'EDC selon le DSM-5.pdf [Internet]. [cité le 14 janv 2020]. Disponible sur :https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf

13. CNEG DEPRESSION.pdf [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: http://www.mobiqual.org/depression/SOURCES/SHARED-DOCUMENTATION/REFERENCES-OUVRAGES/CNEG_DEPRESSION.pdf

14. Rigaud A-S, Bayle C, Latour F, Lenoir H, Seux M-L, Hanon O, et al. Troubles psychiques des personnes âgées. Datatraitesps37-36789 [Internet]. [cité 14 janv 2020]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/35762

15. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. The BMJ [Internet]. 2 mars 2015 [cité 3 juin 2020];350. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707529/

16. maladie d'alzheimer-troubles du comportement perturbateurs-argumentaire.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf

17. apathie npi.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/apathie_npi.pdf

18. Netgen. Troubles psychotiques de l'âge avancé : aspects cliniques [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-531/Troubles-psychotiques-de-l-age-avance-aspects-cliniques

19. Mendez M, von Gunten A, Antunes M. Schizophrénies et troubles délirants tardifs à l'âge avancé. Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother. 17 juin 2015;166(04):113-25.

20. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. J Affect Disord. août 2008;109(3):233-50.

21. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.

22. Nubukpo P, Clément J-P. Hospitalisation en psychogériatrie et place des autres structures. Inf Psychiatr. 2010;Volume 86(1):33-8.

23. Les UHR : des lieux d'hébergement aménagés dans les EHPAD [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement-et-soins/les-uhr-des-lieux-dhebergement-amenages-dans-les-ehpad

24. Maison de retraite : qu'est-ce qu'une UHR ? | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/maison-de-retraite-quest-ce-quune-uhr

25. Dubois M, Lorthiois J, Mansour S, Fleury M, Ballouche N, Blanc P, et al. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? Gerontol Soc. 2008;31 / n° 126(3):91-103.

26. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58 [Internet]. [cité 1 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm

27. Equipes Mobiles de Gériatrie – EMG – Annuaire CNP [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: https://www.cnpgeriatrie.fr/equipes-mobiles-de-geriatrie-emg/

28. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://solidarites-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

29. pps version web juillet2013.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf

30. PAERPA : Parcours de santé des aînés - Ville de Bordeaux [Internet]. [cité 29 oct 2019].

Disponible sur: http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paerpa-parcours-de-sante-des-aines-ville-de-bordeaux

31. Les acteurs | PAERPA [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://paerpa.sante-aquitaine.fr/programme/acteurs

32. Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paaco-globule-loutil-numerique-regional-de-coordination-des-parcours

33. PAERPA fiche Equipe Urgence Nuit.pdf [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://paerpa.sante-aquitaine.fr/sites/default/files/2016-09/PAERPA_fiche_EquipeUrgenceNuit.pdf

34. PAERPA fiche ESAD.pdf [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://paerpa.sante-aquitaine.fr/sites/default/files/2016-09/PAERPA_fiche_ESAD.pdf

35. PAERPA astreinte IDEL.pdf [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://paerpa.sante-aquitaine.fr/sites/default/files/2016-09/PAERPA_astreinte_IDEL.pdf

36. 07 Salles-Videau paerpa-ccecqa-artigues-2016.pdf [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/07_salles-videau_paerpa-ccecqa-artigues-2016.pdf

37. PAERPA Bordeaux fiche action permanence telephonique.pdf [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_permanence_telephonique.pdf

38. Salles N, Floccia M, Videau M-N, Diallo L, Guérin D, Valentin V, et al. Avoiding emergency department admissions using telephonic consultations between general practitioners and hospital geriatricians. J Am Geriatr Soc. avr 2014;62(4):782-4.

39. PAERPA Bordeaux fiche telemedecine.pdf [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_telemedecine.pdf

40. PAERPA Bordeaux fiche action unite eval geriatrie.pdf [Internet]. [cité 30 oct 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PAERPA_Bordeaux_fiche_action_unite_eval_geriatrie.pdf

41. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol. avr 2014;43(2):476-93.

42. Wang J, Shang J, Kearney JA. Mental health disorders in home care elders: An integrative review. Geriatr Nurs N Y N. févr 2016;37(1):44-60.

43. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

44. Copeland JR, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. Br J Psychiatry J Ment Sci. juin 1987;150:815-23.

45. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, et al. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. Acta Psychiatr Scand. mai 1990;81(5):418-25.

46. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord. 24 déc 1995;36(1-2):65-75.

47. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does growing old increase the risk for depression? Am J Psychiatry. oct 1997;154(10):1384-90.

48. Bergdahl E, Allard P, Alex L, Lundman B, Gustafson Y. Gender differences in depression among the very old. Int Psychogeriatr. déc 2007;19(6):1125-40.

49. Carayanni V, Stylianopoulou C, Koulierakis G, Babatsikou F, Koutis C. Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. Eur J Ageing. 7 mars 2012;9(2):177-86.

50. Bebbington P, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. mai 2003;15(1-2):74-83.

51. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. Acta Psychiatr Scand. sept 2003;108(3):163-74.

52. Or Z, Bourgueil Y, Combes J B, Lecomte C, Le Guen N, Le Neindre C, Penneau A et al. Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012. Ouvrage Irdes [Internet]. 1 juin 2015 [cité 3 juin 2020];(1). Disponible sur: https://www.irdes.fr/recherche/2015/ouvrage-001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.html

53. Ge L, Yap CW, Ong R, Heng BH. Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. PloS One. 2017;12(8):e0182145.

54. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. J Affect Disord. 1 avr 2015;175:53-65.

55. Domènech-Abella J, Mundó J, Haro JM, Rubio-Valera M. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). J Affect Disord. 01 2019;246:82-8.

56. Syed Elias SM, Neville C, Scott T. The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. Geriatr Nurs N Y N. oct 2015;36(5):372-80.

57. Brasseur J. Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux : enquête comparative de satisfaction entre médecins traitants demandeurs et non demandeurs de l'Evaluation Gériatrique Standardisée. In 2017.

58. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. Med J Aust. 06 2009;190(S7):S54-60.

59. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Alexopoulos GS, Frank E, Reynolds CF. Comorbidity of

depression and anxiety disorders in later life. Depress Anxiety. 2001;14(2):86-93.

60. Krishnan KRR, Delong M, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C, et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. Biol Psychiatry. 15 sept 2002;52(6):559-88.

61. Lin I-F, Wu H-S. Does Informal Care Attenuate the Cycle of ADL/IADL Disability and Depressive Symptoms in Late Life? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. sept 2011;66B(5):585-94.

62. Kim BJ, Liu L, Nakaoka S, Jang S, Browne C. Depression among older Japanese Americans: The impact of functional (ADL & IADL) and cognitive status. Soc Work Health Care. 2018;57(2):109-25.

63. Kiyoshige E, Kabayama M, Gondo Y, Masui Y, Inagaki H, Ogawa M, et al. Age group differences in association between IADL decline and depressive symptoms in community-dwelling elderly. BMC Geriatr. 13 2019;19(1):309.

64. Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? Maturitas. oct 2014;79(2):184-90.

65. Cabrera MAS, Mesas AE, Garcia ARL, de Andrade SM. Malnutrition and depression among community-dwelling elderly people. J Am Med Dir Assoc. nov 2007;8(9):582-4.

66. Kimura A, Sugimoto T, Kitamori K, Saji N, Niida S, Toba K, et al. Malnutrition is Associated with Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia in Older Women with Mild Cognitive Impairment and Early-Stage Alzheimer's Disease. Nutrients. 20 août 2019;11(8).

67. Fischer CE, Agüera-Ortiz L. Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause? Int Psychogeriatr. 2018;30(2):209-19.

68. Gulpers B, Ramakers I, Hamel R, Köhler S, Oude Voshaar R, Verhey F. Anxiety as a Predictor for Cognitive Decline and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry. 2016;24(10):823-42.

69. Morgan S. Psychotic and Bipolar Disorders: Behavioral Disorders in Dementia. FP Essent. avr 2017;455:18-22.

70. Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601523/fr/ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-la-personne-agee

71. Netgen. Equipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé : principes et perspectives [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-153/Equipe-mobile-de-psychiatrie-de-l-age-avance-principes-et-perspectives

72. Blond J-C, Naz F, Caschera V, Birraux N, Bourdon C, Cavillon N, et al. L'équipe mobile de psychogérontologie de L'Ain : un outil de prévention. Inf Psychiatr. 2010;Volume 86(1):21-6.

73. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). Disabil Rehabil. 2017;39(8):809-16.

74. Ormel J, Rijsdijk FV, Sullivan M, van Sonderen E, Kempen GIJM. Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. juill 2002;57(4):P338-347.

75. Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. J Affect Disord. 10 déc 2012;141(2-3):103-15.

76. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Front Neurol [Internet]. 7 mai 2012 [cité 6 août 2020];3. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345875/

77. Bergh S, Selbæk G. The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. Nor Epidemiol [Internet]. 29 nov 2012 [cité 7 août 2020];22(2). Disponible sur: https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1570

78. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. Maturitas. juin 2010;66(2):191-200.

79. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. août 1999;156(8):1182-9.

80. Sami MB, Nilforooshan R. The natural course of anxiety disorders in the elderly: a systematic review of longitudinal trials. Int Psychogeriatr. juill 2015;27(7):1061-9.

Annexe 1

Geriatric Depression Scale (GDS 30 items)

- L'échelle reconnue de l'évaluation de l'humeur en gériatrie est la *Geriatric Depression Scale* (GDS)
- Référence : *Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatric Res 1983; 17: 37-49*
- Elle comporte 30 items. Par la suite, deux autres échelles simplifiées ont été employées, la short-GDS (15 items) et la mini-GDS (4 items) qui est la plus souvent utilisée en situation de dépistage.

Items		
1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	Oui	Non*
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	Oui*	Non
3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide?	Oui*	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui*	Non
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	Oui	Non*
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	Oui*	Non
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	Oui	Non*
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	Oui*	Non
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps	Oui	Non*
10. Avez-vous souvent besoin d'aide?	Oui*	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	Oui*	Non
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir	Oui*	Non
13. L'avenir vous inquiète-t-il?	Oui*	Non
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	Oui*	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	Oui	Non*
16. Avez-vous souvent le cafard?	Oui*	Non
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	Oui*	Non
18. Ressassez-vous beaucoup le passé?	Oui*	Non
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante?	Oui	Non*
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	Oui*	Non
21. Avez-vous beaucoup d'énergie?	Oui	Non*
22. Désespérez-vous de votre situation présente?	Oui*	Non
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre	Oui*	Non
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	Oui*	Non
25. Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer?	Oui*	Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer?	Oui*	Non
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	Oui	Non*
28. Refusez-vous souvent les activités proposées?	Oui*	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions?	Oui	Non*
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	Oui	Non*
Score total		

Pour chaque réponse comprenant *, il faut compter 1 point. Le score varie entre 0 et 30. Un score de 0 à 9 est considéré comme normal, de 10 à 19 comme une situation de dépression modérée, de 20 à 30 comme une dépression sévère.

Annexe 2

GDS 15 items

1 - Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités ?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie soit vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Etes-vous en général de bonne humeur ?	oui	non*
6 - Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ?	oui*	non
7 – Etes-vous heureux(se) de vivre actuellement ?	oui	non*
8 - Avez-vous l'impression de n'être plus bon(ne) à rien ?	oui*	non
9 - Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ?	oui*	non
10 - Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui*	non
11 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
12 - La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ?	oui*	non
13 - Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non*
14 – Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui*	non
15 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui*	non

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Annexe 3

Mini GDS

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent

1. Vous sentez vous découragé(e) et triste ?	0ui	Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	0ui	Non
3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	0ui	Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui	Non

Cotation :

Question 1 : oui : 1, non : 0
Question 2 oui : 1, non : 0
Question 3 oui : 0, non : 1
Question 4 oui : 1, non : 0

Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression.
Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.

Annexe 4

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale),

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

0 =Pas de tristesse.
2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
2 = Triste ou morose mais la personne s'égaie sans difficultés.
4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
6 =Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

0 = Dort comme d'habitude.
2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

0 = Appétit normal ou augmenté.
2 = Appétit légèrement réduit.
4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

0 = Pas de difficultés à se concentrer.
2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
2 = Difficultés à commencer des activités.
4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotion adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

0 = Pas de pensées pessimistes.
2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total:

Le diagnostique de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

Annexe 5

Echelle de dépression de Hamilton

- L'échelle de dépression de Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour toutes les personnes; y compris les personnes âgées (même si certaines questions concernent les activités professionnelles)
- Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi
- Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :
  - de 10 à 13: les symptômes dépressifs sont légers
  - de 14 à 17: les symptômes dépressifs sont légers à modérés
  - au dessus de 18: les symptômes dépressifs sont modérés à sévères
- **Cet examen donne lieu à une cotation CCAM : Code = ALQP003 - Tarif = 69,12 € applicable 1 fois par an**

Remplissez le questionnaire ci-dessous.
Le sigle "V" au dessus des numéros de questions permet de faire monter la page sans avoir à utiliser les barres de défilement
Arrivé en fin de questionnaire vous trouverez l'analyse des réponses (note globale, interprétation) ainsi que le rappel des réponses apportées aux 17 questions.
Vous pourrez - sélectionner le texte du rapport final pour le copier puis le coller dans votre dossier (bouton Sélectionner)
- imprimer un compte-rendu intégrant le nom du patient, votre cachet et signature (bouton Imprimer)

Le Test

V

1. Humeur dépressive:
La personne est-elle dans un état de tristesse, d'impuissance, d'auto dépréciation ?

- (●) Non
- ( ) Oui. Etats affectifs signalés uniquement si on l'interroge (ex. pessimisme, sentiment d'être sans espoir)
- ( ) Oui. Etats signalés spontanément et de manière verbale ou sonore (ex. par des sanglots occasionnels).
- ( ) Oui. Etats communiqués de manière non verbale (ex. expression faciale, attitude, voix, tendance à sangloter).
- ( ) Oui. La personne ne communique **pratiquement que** ces états affectifs verbalement et non verbalement.

V

2. Sentiments de culpabilité de la personne

- (●) N'a pas de sentiments de culpabilité
- ( ) S'adresse des reproches, et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens
- ( ) Idées de culpabilité et rumination sur des erreurs passées ou des actions condamnables
- ( ) La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- ( ) Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

V

3. Suicide

- (●) N'a pas d'idée suicidaire
- ( ) A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- ( ) Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- ( ) Idées ou geste de suicide
- ( ) Tentatives de suicide (coter toute tentative de suicide sérieuse)

V

4. Insomnie de début de nuit

- (●) Pas de difficulté à s'endormir
- ( ) Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir
- ( ) Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

V

5. Insomnie en milieu de nuit

- (●) Pas de difficulté
- ( ) Se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit
- ( ) Se réveille pendant la nuit (coter toutes les fois ou le patient se lève la nuit sauf si c'est pour aller aux toilettes)

V

6. Insomnie du matin

- (●) Pas de difficulté
- ( ) Se réveille de très bonne heure mais se rendort
- ( ) Incapable de se rendormir s'il se lève

V

7. Travail et activités

- (●) Pas de difficulté
- ( ) Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
- ( ) Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, soit décrite directement par le malade soit indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations. (a l'impression de devoir se forcer)
- ( ) Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité
- ( ) A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

V

8. Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration et de l'activité motrice)

- (●) Pensée et langage normaux
- ( ) Léger ralentissement à l'entretien
- ( ) Ralentissement manifeste lors de l'entretien
- ( ) Entretien difficile
- ( ) Entretien impossible (état de stupeur)

V

9. Agitation

- (●) Aucune
- ( ) Crispations, secousses musculaires
- ( ) Joue avec ses mains, ses cheveux...
- ( ) Bouge, ne peut rester assis tranquille
- ( ) Se tord les mains, se ronge les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres

V

10 Anxiété psychique

- (●) Aucune
- ( ) Symptômes légers - Tension subjective et irritabilité
- ( ) Symptômes modérés - Se fait du souci à propos de problèmes mineurs
- ( ) Symptômes sévères - Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
- ( ) Symptômes très invalidants - Peurs exprimées sans que l'on pose de questions

V

11. Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation ...)

- (●) Aucun de ces symptômes
- ( ) Symptômes légers
- ( ) Symptômes modérés
- ( ) Symptômes sévères
- ( ) Symptômes très invalidants frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

V

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- (●) Aucun symptôme
- ( ) Manque d'appétit, mais mange sans y être poussé
- ( ) A des difficultés à manger en l'absence d'incitations.
  Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux

V

13. Symptômes somatiques généraux

- (●) Aucun
- ( ) Lourdeur dans les membres, le dos et la tête.
  Maux de dos, de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie, fatigabilité.
- ( ) Un des symptômes apparaît clairement

V

14. Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- (●) Absents
- ( ) Légers
- ( ) Sévères

V

15. Hypochondrie

- (●) Absente
- ( ) Attention concentrée sur son propre corps
- ( ) Préoccupations sur sa santé
- ( ) Convaincu d'être malade. Plaintes fréquentes et demandes d'aide...
- ( ) Idées délirantes hypochondriaques

V

16. Perte de poids

A: D'après les renseignements apportés par le malade

- (●) Pas de perte de poids
- ( ) Perte de poids probable
- ( ) Perte de poids certaine

B: Si le poids est mesuré quotidiennement par le personnel soignant

- (●) Perte inférieure à 500g par semaine
- ( ) Perte supérieure à 500g par semaine
- ( ) Perte supérieure à 1 kg par semaine

V

17. Prise de conscience

- (●) Reconnaît être déprimée et malade
- ( ) Reconnaît être malade
  mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, au besoin de repos...
- ( ) Nie être malade

Annexe 6

Échelle de dépression de Cornell

Nom du patient : **Nom de l'aidant consulté :**

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :
a = impossible à évaluer - 0 = absent - 1 = modéré ou intermittent - 2 = sévère.

A. Symptômes relatifs à l'humeur				
1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	a	0	1	2
B. Troubles du comportement				
5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2
C. Symptômes somatiques				
9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	a	0	1	2
D. Fonctions cycliques				
12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	a	0	1	2
E. Troubles idéatoires				
16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	a	0	1	2
17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2

TOTAL : I__I__I sur 38 Nombre de a : .....

Annexe 7

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)

Date :.....

Evalué(e) par : .....

Niveau socio-culturel .....

Etiquette du patient

ORIENTATION

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

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? .....

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

	!0ou1!		!0ou1!
1. en quelle année sommes-nous ?	!____!	4. Quel jour du mois ?	!____!
2. en quelle saison ?	!____!	5. Quel jour de la semaine ?	!____!
3. en quel mois ?	!____!		

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

6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ?	!____!
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?	!____!
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?	!____!
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?	!____!
10. A quel étage sommes-nous ici ?	!____!

APPRENTISSAGE

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

11. Cigare		[citron		[fauteuil	!____!
12. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!____!
13. porte		[ballon		[canard	!____!

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

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

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

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

19. Cigare		[citron		[fauteuil	!____!
20. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!____!
21. porte		[ballon		[canard	!____!

LANGAGE

22. quel est le nom de cet objet?	Montrer un crayon.	!____!
23. Quel est le nom de cet objet	Montrer une montre	!____!
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »		!____!

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

25. prenez cette feuille de papier avec la main droite.	!____!
26. Pliez-la en deux.	!____!
27. et jetez-la par terre ».	!____!

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. «faites ce qui est écrit ».	!____!

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »	!____!

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ».	!____!



SCORE TOTAL (0 à 30) !____!

Service de Gérontologie – 10 décembre 2007. 1/2

FERMEZ LES YEUX

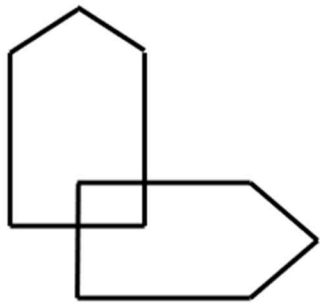
Phrase :

.....

.....

.....

Recopier le dessin :



Annexe 8

Échelle NPI (neuropsychiatric inventory)

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**

Annexe 9

INDEX DE COMORBIDITE CHARLSON

Items	Pondération	Score
Infarctus du myocarde	1 point	
Insuffisance cardiaque congestive	1 point	
Maladies vasculaires périphériques	1 point	
Maladies cérébro-vasculaires (sauf hémiplégie)	1 point	
Démence	1 point	
Maladies pulmonaires chroniques	1 point	
Maladies du tissu conjonctif	1 point	
Ulcères oeso-gastro-duodénaux	1 point	
Diabète sans complication	1 point	
Maladies hépatiques légères	1 point	
Hémiplégie	2 points	
Maladies rénales modérées ou sévères	2 points	
Diabète avec atteinte d'organe cible	2 points	
Cancer	2 points	
Leucémie	2 points	
Lymphome	2 points	
Myélome Multiple	2 points	
Maladie hépatique modérée ou sévère	3 points	
Tumeur métastasée	6 points	
SIDA	6 points	

Interprétation

Total	Probabilité de survie à 10 ans
0	99%
1	96%
2	90%
3	77%
4	53%
5	21%
6	2%
>6	0%

Annexe 10

ADL

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	

Annexe 11

IADL

	Score
I. Activités courantes	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
2. Courses	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
3. Préparation des aliments	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
4. Entretien ménager	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
5. Blanchisserie	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
6. Moyens de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
7. Responsable à l'égard de son traitement	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
Total des points « Activités courantes »	**.../8**

Annexe 12

Formule de Cockcroft & Gault

$$Cl_{Cr} = \frac{140 - \text{âge}}{[Cr]} \times \text{poids} \times k$$

- Cl_{Cr} : estimation de la clairance de la créatinine en mL/min ;
- $[Cr]$: créatininémie en µmol/L ;
- Âge : âge en années ;
- Poids : masse corporelle en kg ;
- k : coefficient qui vaut 1,23 chez l'homme et 1,04 chez la femme.

Annexe 13

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A **Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?**
0 = baisse sévère des prises alimentaires
1 = légère baisse des prises alimentaires
2 = pas de baisse des prises alimentaires ☐

B **Perte récente de poids (<3 mois)**
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids ☐

C **Motricité**
0 = au lit ou au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile ☐

D **Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?**
0 = oui 2 = non ☐

E **Problèmes neuropsychologiques**
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence leve
2 = pas de problème psychologique ☐

F **Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²**
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage ☐☐
(sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
8-11 points: à risque de dénutrition
0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G **Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?**
1 = oui 0 = non ☐

H **Prend plus de 3 médicaments par jour ?**
0 = oui 1 = non ☐

I **Escarres ou plaies cutanées ?**
0 = oui 1 = non ☐

J **Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?**
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas ☐

K **Consomme-t-il ?**
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui ☐ non ☐

0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ☐.☐

L **Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?**
0 = non 1 = oui ☐

M **Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)**
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres ☐.☐

N **Manière de se nourrir**
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté ☐

O **Le patient se considère-t-il bien nourri ?**
0 = se considère comme dénutri
1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition ☐

P **Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?**
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure ☐.☐

Q **Circonférence brachiale (CB en cm)**
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1,0 = CB > 22 ☐.☐

R **Circonférence du mollet (CM en cm)**
0 = CM < 31
1 = CM ≥ 31 ☐

Évaluation globale (max. 16 points) ☐☐.☐
Score de dépistage ☐☐.☐
Score total (max. 30 points) ☐☐.☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points ☐ état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points ☐ risque de malnutrition
moins de 17 points ☐ mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
® Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe 14 :

Notice du tableau de recueil de données :

Colonne 1(A), les patients anonymes sont numérotés de 1 à 85
Caractéristiques socio-démographiques
Colonne 2(B) : sexe des patients, accordant une valeur 1 pour les hommes et 2 pour les femmes
Colonne 3(C) : âge en nombre d'années
Colonne 3(D) : vit seul 1 pour oui 2 pour non,
Colonne 4(E) : aide au domicile 1 oui 2 non
Colonne 5(F) : niveau d'étude : 1 pour certifia d'étude, 2 brevet, 3 CAP, 4 bac, 5 pour études sup
Colonne 6(G) : protection juridique, 1 oui et 2 non

Évaluation gériatrique générale :
Colonne 7(H) : score de Charlson en valeur absolue
Colonne 8(I) : score ADL
Colonne 9(J) : score IADL
Colonne 10(K) : troubles cognitifs calculés par MMS, pas de troubles> 25 coté 1, troubles cognitifs légers entre 25 et 20 coté 2, troubles cognitifs majeurs modérés entre 20 et 10 coté 3, troubles cognitifs majeurs sévères < 10 4
Colonne 11(L) : fonction rénale en fonction de la clairance MDRD, fonction rénale normale ou IR minime jusqu'à 60 coté 1, modérée entre 59-30 coté 2, sévère ou terminale < 30 coté 3
Colonne 12(M) : dénutrition score MNA 1 normal, 2 risque de dénutrition, 3 dénutrition
Colonne 13(N) : mini GDS peu de probabilité de dépression 1, forte probabilité de dépression 2

Éléments d'ordre psychiatrique lors de l'évaluation EMG
Colonne 14(O) : antécédent psychiatrique oui 1 et non 2
Colonne 15(P) : dépression 1 oui, 2 non,
Colonne 16(Q) : troubles psychotiques oui 1, non 2
Colonne 17(R) : trouble bipolaire oui 1, non 2
Colonne 18(S) : trouble du comportement oui 1, non 2

Colonne 19(T) : trouble anxieux oui 1, non 2

Colonne 20(U) : addiction oui 1, non 2

Colonne 21(V) : hospitalisation en psychiatrie 1 oui, 2 non

Colonne 22(W) : TS 1 oui, 2 non

Colonne 23(X) : suivi psy préexistant oui 1, non 2

Colonne 24(Y) : traitement psy : oui 1 non 2

Colonne 25(Z) : antidépresseur, oui 1, non 2

Colonne 26(AA) : benzodiazépine, oui 1, non 2

Colonne 27(AB) : hypnotique 1 oui, non 2

Colonne 28(AC) : thymoregulateur oui 1, non 2

Colonne 29(AD) : neuroleptique oui 1, non 2

Intervention EMG

Colonne 30(AE) : diagnostic établi par EMG oui 1, non 2

Colonne 31(AF) : lequel dépression 1, psychotique 2, trouble du comportement dans le cadre de la démence 3, TROUBLE ANXIEUX 4, autres 5

Colonne 32(AG) : proposition de traitement avec introduction ou changement 1 oui 2 non

Colonne 33(AH) : si oui quelle type mis en place : antidépresseur 1, NLP 2, thymorégulateur 3, BZD 4

Colonne 34(AI) : augmentation du traitement 1 2 3 4

Colonne 35(AJ) : quel type a été arrêté 1 antidépresseur, 2 NLP, 3 thymorégulateur, 4 BZD

Colonne 36(AK) : diminution du traitement 1 2 3 4

Colonne 37(AL) : proposition de passage psychogeriatre 1 oui, 2 non

Colonne 38(AM) : élément justif 1er intervention psy : doute diagnostic et évaluation clinique 2, réévaluation après modification TTT 3, demande du patient 4

Colonne 39(AN) : acceptation visite par le patient 1 oui, 2 non

Intervention du psychogeriatre :

Colonne 41(AO) : nombre de passage, une 1, entre une et trois 2, plus de trois 3

Colonne 42(AP) : modification de traitement 1 oui, 2 non

Colonne 43(AQ) : si oui changement 1, arrêt 2, ajout 3, augmentation 4

Colonne 44(AR) : si oui quelle type mis en place : antidépresseur 1, NLP 2, thymorégulateur 3, BZD 4

Colonne 45(AS) : quel type a été arrêté 1 antidépresseur, 2 NLP, 3 thymorégulateur, 4 BZD

Colonne 46(AT) : quel type a été augmenté 1 2 3 4

Colonne 47(AU) : amélioration entre passage EMG et passage du psychiatre 1 oui, 2 non

Colonne 48(AV) : amélioration au cours du suivi 1 oui, 2 non

Colonne 49(AW) : diagnostic retenu, trouble de l'humeur 1, psychose 2, trouble du comportement 3, trouble anxieux 4, autre 5

Colonne 50(AX) : relais proposé à l'arrêt du suivi 1 oui, 2 non

Colonne 51(AY) : type de structure proposée, cmp 1, psy de ville 2, hospitalisation 3, ehpad 4

PATIENTS	Sexe	Age	vit seul	aide à domicile	niveau d'étude	protection juridique	score Charlson
1	2	81	1	1	1	2	6
2	2	89	1	1	1	2	5
3	2	92	1	1	PATIENTE ANGLAISE	2	8
4	2	77	2	2	1	2	6
5	1	76	2	1	4	2	12
6	2	81	SON MARI EST HOSPI	2	1	2	4
7	2	88	2	2	1	2	4
8	2	86	1	1	4	2	4
9	2	88	1	1	5	2	6
10	1	85	1	1	4	2	7
11	2	84	1	1	4	2	8
12	2	101	1	1	1	2	8
13	2	79	1	1	3	2	5
14	2	92	1	1	5	2	5
15	2	95	2	1		2	8
16	2	74	1	1	2	2	5
17	2	93	1	1	2	2	9
18	2	85	2	1	1	2	7
19	1	80	FEMME HOSPIT	2	1	2	10
20	1	79	2	1	5	2	7
21	2	91	1	1	1	2	7
22	1	92	2	1		2	9
23	2	93	2	1	1	2	9
24	2	94	1	2	2	2	7
25	1	83	2	1	1	2	10
26	2	92	JEUNE H SEMBLE HAB	2	1	2	6
27	2	87	1	1	2	2	5
28	2	87	2	1	5	2	5
29	2	80	2	1	5	2	7
30	2	93	1	1	5	2	7
31	2	82	2	1		2	7
32	2	97	1	1	2	2	7
33	2	84	2	2	3	2	4
34	2	90	1	1	1	2	6
35	2	83	1	1	1	2	5
36	2	82	2	1	1	2	7
37	2	84	1	1	2	2	7
38	1	74	2	2	3	2	5
39	2	102	2	2	1	2	6
40	2	80	1	2	1	2	6
41	2	79	1	1	2	2	4
42	2	85	2	1		2	7
43	1	89	2	1		2	10
44	2	84	2	1	3	2	6
45	2	76	1	1	5	2	5
46	1	84	2	1	2	2	7
47	2	82	2	1	2	2	9
48	2	79	2	1	1	2	4
49	2	76	2	1	2	2	7
50	1	75	SDF FOYER	2	ALGERIEN	2	5
51	2	89	1	1	2	2	7
52	2	76	2	2	ALGERIENNE	2	5
53	2	91	1	2	1	2	5
54	2	104	1	2	5	2	5
55	1	72	1	2	3	2	4
56	2	73	1	1	1	1	9
57	2	76	1	1	2	2	4
58	2	83	1	1		2	5
59	1	93	2	2	3	2	8
60	2	91	2	2	RIEN	2	8
61	1	79	1	1	2	2	4
62	2	94	1	2	1	2	10
63	1	79	1	1	ALGERIEN	2	4
64	2	91	1	2	2	2	6
65	2	92	1	2	1	2	7
66	2	88	1	1	RIEN	2	6
67	1	79	1	1	PORTUGAIS	2	9
68	1	89	2	1	1	2	7
69	2	85	1	2	4	2	4
70	2	80	1	1	2	2	6
71	2	81	1	1		2	5
72	1	79	1	1	2	2	3
73	2	83	1	1	1	2	6
74	2	96	1	1	RIEN	2	7
75	1	97	1	1		2	12
76	1	90	2	1	5	2	6
77	1	90	1	1	1	2	11
78	2	97	2	1		2	8
79	2	86	1	1	2	2	8
80	2	74	1	1	PERUVIENNE	2	4
81	2	86	2	1	ESPAGN	2	8
82	2	78	1	1	1	2	4
83	2	92	1	2	5	2	6
84	2	75	2	2		2	3
85	1	78	2	2	2	2	6

ADL	IADL	troubles cognitifs MMS	fonction rénale MDRD	dénutrition MNA	GDS 15	Antécédent psychiatriques	dépression
3	0	3	1	1	2	1	2
6	3	3	1	1		2	2
5	0	3	3	3		2	2
5	0	3	2	3		1	2
3	3	1	2	2	5	1	1
6	3	1	1	3		2	2
6	5	NON REALISER	1	2		2	2
6	0	2		3	5	1	1
3	1	1	2	2	4	1	1
5	1	3	3	2		2	2
6	0	3	2	3		2	2
1	0	4	3	2		2	2
6	7	1	1	2	9	1	1
5	2	2	1	2	4	2	2
0	0	NON REALISABLE	2	3		2	2
4	0	1	1	2	4	1	1
6	2	2	2	2	4	2	2
3	0	3		2	3	1	1
6	7	1	3	1	9	2	2
3	0	NON REALISABLE	2 SUR AUTRE COUR	2		1	1
4	0	3		2	7	2	2
6	0	4	3	2	10	2	2
5	0	3	3	2	3	2	2
6	4	2		2		1	1
0	0	4	1	2	9	2	2
6	1	4		3	GDS/4 4	2	2
6	2	2	1	2	5	2	2
5	0	NON REALISABLE		3		2	2
5	2	1		2	12	1	2
6	7	1	2	1		1	1
1	0	NON REALISABLE				2	2
3	1	NON REALISER	2	2	10	2	2
6	6	2		1	GDS4/0	2	2
6	0	3		2	7	2	2
5	0	4		2	6	2	2
5	0	3	1	1	7	1	2
6	6	1	2	1	2	1	1
6	8	1	1	2	13	2	2
4	2	3		2	13	1	1
5	0	NON REALISABLE				1	1
6	1	1		2		1	1
4	0	3	1	2	9	2	2
6	1	2		2		2	2
4	0	2	1	3	GDS4 1	1	1
5	2	2		2	6	2	2
1	0	3	2	3	13	1	2
6	1	3	2	2	3	2	2
5	0	3	1	2	1	1	1
3	0	3	1	1	8	1	2
4	3	1			8	2	2
6	1	3	2	2	7	1	1
0	0	NON REALISABLE		3	7	1	1
6	8	1	1	1	GDS4 0	1	1
6	1	1		2	11	2	2
5	0	3				2	2
3	0	3		3	13	1	1
6	1	3		2		1	1
4	1	2	1	2		ETHYLISME	2
6	6	2	2	2	6	2	2
3	0	4	2	2		2	2
6	4	1		1	8	ETHYLISME	2
3	0	4	3	2		2	2
6	4	3	1	2		1	1
5	2	2		2	10	1	2
6	4	3	1	3	GDS 4 0	2	2
6	3	NON REALISER	1	3		2	2
5	2	NON REALISABLE				2	2
1	0	3	1	2		2	2
5	8	1		2		2	2
6	4	1	2	2	10	1	1
3	0	NON REALISABLE	1	2		1	1
4	0	2				1	1
6	0	4	1	2	GDS 4 0	2	2
3	0	3		2		1	1
1	0	3		3		2	2
6	0	4		2		2	2
6	4	2	2	2	GDS 4 0	2	2
3	0	NON REALISABLE		3		2	2
4	2	2	2	2	7	1	1
6	0	3	1	2	GDS 4 0	1	1
5	1	2	2	2	9	2	2
6	1	2	1	2	6	1	1
6	6	1		2	5	2	2
4	1	2				1	1
4	0	3		2	6	1	1

trouble psychotiques	trouble bipolaire	troubles psycho-comportementaux	trouble anxieux	addiction	hospitalisation psy	TS
2	1	1	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	2	1	2	2
2	2	2	1	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	1
2	2	2	2	1	2	2
2	2	1	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	ALCOOL	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2
2	2	DIOGENE	1	2	1	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	1	2	2
2	2	HALLU SUR DEM PARK	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	2	2	2	2
2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	1	2	2
2	1	2	2	2	1	1
2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1 MAIS PAS CLAIR	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	ALCOOL	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2

suivi psy préexistant	traitement psy	antidépresseur	benzo	hypnotique	thymo	neuroleptique
2	2					
2	1	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	2	2	2	1
2	1	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	2	1	2	2
2	1	1	1	2	2	2
2	1	1	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	1	2	2	1
2	1	1	1	2	2	2
2	1	2	1	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	2	1	2
2	1	1	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2
2	1	1	1	1	2	1
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	1	1	2	1
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	2	2	2
2	1	1	1	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2
2	1	1	1	2	2	2
2	1	2	1	2	2	2
2	1	1	1	1	2	2
2	1	1	1	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	2	2	2	RISP PAS PRIS
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	2	2	1	1
2	1	1	1	1	2	2
2	1	1	2	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2
2	1	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	2	2	2
1	1	1	1	2	1	2
2	1	1	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1
1	1	1	1	2	2	2
2	1	2	1	2	2	2
2	1	1	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	1	1	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	2	1	2	1
2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2
2	1	1	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	1	1	2	1
2	1	2	1	2	2	2
2	1	2	1	1	2	2
2	1	1	2	2	2	2

diagnostic établi par EMG	lequel	proposition thérapeutique EMG	mise en place d'un traitement, lequel	AUGMENTATION TTT
2		2		
2		2		
1	1	1	1	
1	1	1		1
1	1	1	1	
1	4	1 MAIS REFUS		
1	1	1	1	
1	4	2		
1	1	1	4	
1	3	2		
1	ANXIO DEP (ANX	1	1	
1	4	1	PROPOSITION STRESAM	
1	ANXIODEP	1	1	
1	ANXIODEP	1	1	
1	3	1		1
1	ANXIODEP	1	1	
1	ANXIODEP ET IDEE DEL	2		
1	3 ET 4	1	1	
1	tristesse de l'humeur react	2		
1	3	1	1	
1	3 HALLU	1		1
2		2		
1		2		
2		2		
1	3	2		
1	3	2		
2		2		
1	3	1	MICROPAKINE	
1	1	2		
1	1	2		
1	3	HOSPIT TROUBLE DU COMP		
1	1	1	1	
2		2		
1	3	2		
1	1	1	1	
1	4	1	1	
1	1	1		
1	1	1	1 ET2	
1	ANXIODEP	1	1	
1	ANXIODEP/DIOGENE	1	1 ET2	
2		2		
1	3	1	1 ET2	
1	1	1		1
1	1	1		1
1	DEMENCE LEWY	2		
1	1	1	1	
1	3	1		1
1	3	2		
1	3	2		
1	1	2		
1	ANXODEP	2		
1	ANXIODEP	1		1
1	ANXIEUX/HYPOMANIE	1	SWITCH XANAX/STRESAM	
1	1	1 MAIS REFUS	1	
1	DEP/ DEM/DIOGENE	1 MAIS REFUS	1	
1	1	2		
1	5	2		
1	1	2		
1	4	1	STRESAM +/- MIANSERINE SI AGGRAV	
1	3	1	1	
1	1	2		
1	3 ET 4	HOSPIT POUR INTRO TTT		
1	IDEES DELIRANTES	2		
1	1 ET 4	1	1	
1	ANXIODEP	1	1	
1	1	1	1	
1	1	1	1	
1	1	1		
1	ANXIODEP	1	1	
1	DEP SUR BIPO	1	1	
1	ANXIODEP	1	1	
1	ANXIODEP	1	1	
1	3	1	1 ET2	
1	3 ET 4	1	1 ET2	
1	TROUBLE THYMIQUE	2		
1	3	1	1	
1	DEUIL NORMAL	2		
1	1	1	1	
1	2	2		
1	3	1	SWITCH PROZAC/MIRTA	
1	1	1	1	
1	ANXIODEP	2		
2		1	SWITCH LEXO/SERESTA	
1	1ET 3	1	1	
1	3	1	SWITCH MIANS/SERO	

arrêt d'un traitement, lequel	DIMINUTION TTT	proposition de passage psycho-gériatre	motif justifiant 1er intervention psy
		1	1
		1	1
		2	
		2	
		2	
		1	2
		2	
		1	2
4		1	2
		1	2
		2	
	4	2	
		1	4
		1	3
4		2	
ARRET EFFEXOR POUR CYMBA		1	3
		1	3
		1	3
		2	
1 ET 3		2	
		2	
		2	2
		1	3
		2	1
		1	2
		2	
		2	
		2	
		1	2
		1	2
		2	
		1	1
		2	
		2	
		2	
	4	1	2
1 ET 3	1	1	3
SWITCH SEROP/MIANSERINE		2	
SWICH BRINT/CYMBALTA	4	1	3
		1	2
1ET4	IMOVANE	1	3
4		1	3
		2	
		2	2
		1	3
		1	3
		SI AGGRAVATION	
		2	
		1	2
		2	
		2	
		1	2
		2	
		2	
		1	2
		2	
		1	2
		2	
	2	2	
		1	2
		2	
		1	2
		1	3
		2	
		2	
		1	3
SWITCH TEMESTA/SERESTA		1	2
		1	2
SWITCH ANAFRANIL/MIRTA		1	3
		2	
		1	3
		2	
XANAX SWITCH MIAN/MIRTA		1	3
		OUI MAIS PAS DE CONSULT	1
2 ET ZOLIPIDEM		2	
		2	
		2	
		1	2
4		1	3
		2	
		1	2
		1	2
		OUI MAIS PAS DE CONSULT	3
		1	3

acceptation visite par le patient	nombre de visites	modif thérapeutique	changement/arrêt/ajout/augment	quel type mis en place
1	2	2		
1	3	1	3	1
1	3	1	3	1 MAIS PROPOSITION
1	3	1	1	1
1	1	2		
1	2	1	4	
1	2	1	SWITCH SERO CYMBAL	
1	3	1	4	
1	2	1 PRPOSITION MAIS REFUS	3	1 ET 2
1	1	2		
1	1	1	3	1
1	2	1	1	1 ET 2
1	2	1	DIMINUTION	
1	1	1	4	
1	2	1	4	
1	3	1	3	1
1	1	2		
1	1	1	4	
1	3	1	3	1
1	2	1	4	
1	2	1	1	2
1	2	2		
1	2	1	3	1
1	2	1	1	1
1	1	2		
1	1	2		
1	1	1	1 ET 2	1
PAS DE VISITE				
1	3	1	1	1
1	2	1	1	1
1	2	1	1	1
1	1	2		
1	1	1	4	
2				
2				
1	1	PAS INDIC TTT		
1	3	2		
1	1	1	4	
1	2	2		
1	1	1	3	2
1	2	1		
1	2	1	4	
1	1	1	3	2
1	1	2		

quel type arrête	quel type augmentation	amélioration après passage EMG	amélioration pendant le suivi	Diagnostic retenu
		2	2	3
		2	1	3
			1	5
1		2	1	1
		1		3
	1	2	1	1
	1	2	1	4
	1	1	1	1 SUR DEUIL PATHO
4		2	2	1 avec idées delirante démence
		2		trouble anxieux comorbide dem
		2		ANXIO DEP
		2	1	3
		1	1	3
	2	2		3
	1	1	2	ETHYLISME DEP SECONDAIRE
		2	1	1
		1		REACTION ANXIEUSE
	1	2		4
		2	1	1
	1	2	1	1
		2	1	SCHIZOAFF
		2	1	1ET 3
		2	1	1
2		1	1	3
		1		1
		1		3
SWITCH MIANS/MIRTA		2		ANXIODEP
SWITCH FLUO/MIRTA		2	1	1
SWITCH PAROX/MIRTA		2	1	1
		1	1	EP DEP SUR POSSIBLE BIPO
		1		TROUBLE DEL SUR DEC THYM
	1	1		ANXIO DEP
		1		DEUIL
		1	2	TROUBLE BIPO DECO DEP
	1	1		ETHYLISME DEP SECONDAIRE
		2	1	3 ET 4
		2		2
		2	1	1
4	1	2	2	ANXIO DEP
		2		2
		1		3

relaie proposé	type de structure
1	4
2	
2	
2	
1	4
1	2
2	
2	
2	
2	
2	
2	
2	
1	CENTRE ADDICTO/REFUS
2	
2	
2	
2	
2	
2	
2	
2	
2	
2	
2	
2	
2	
POURSUITE SUIVI	
1	2
2	
2	
2	
1	3
2	
1	4
1	1
2	
2	
1	4
2	

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé :

Troubles psycho-gériatrique du sujet âgé en ambulatoire : une Étude descriptive des patients suivis par l'Unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité.

Introduction : L'équipe mobile gériatrique dans la cité du CHU de Bordeaux formée dans le cadre du projet national Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), a été renforcée en 2019 par un mi-temps de géronto-psychiatre. Nous avons voulu connaître la prévalence des troubles psycho-comportementaux parmi les patients suivis par l'EMG, les caractéristiques de cette population, les propositions thérapeutiques et l'évolution de la symptomatologie.

Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, rétrospective, mono-centrique parmi les patients évalués par l'EMG de Bordeaux, et présentant des troubles psycho-gériatriques, sur une durée de 6 mois, de janvier à juin 2019.

Résultats : Parmi les 144 patients ayant été évalués par l'EMG, 85 présentaient des troubles psycho-gériatrique soit une prévalence de 59%. L'âge moyen était de 85,3 ans. 49,5% des patients présentaient un syndrome dépressif, 25% des symptômes psycho-comportementaux de la démence, 27% un trouble anxieux et 2,5% un syndrome psychotique. Une proposition thérapeutique a été faite chez 63,5% des patients, 2,5% dans le cadre d'une hospitalisation et 61% en ambulatoire. La proposition de passage du psychiatre a été faite pour 57,5% des patients. Les diagnostics retenus par le psychiatre étaient pour 49% des patients un syndrome dépressif, 24% de symptômes psycho-comportementaux de la démence, 22% de troubles anxieux 7% de troubles psychotiques et 12% d'autres diagnostics. 71% des patients ont vu leurs traitements modifiés. Au cours du suivi l'étude montre une amélioration clinique chez 85% des patients ayant eu au moins une consultation psycho-gériatrique.

Conclusion : La prévalence des troubles psycho-pathologiques est importante (59%) chez les patients évalués par l'EMG. La dépression est la plus fortement représentée. Le taux important d'amélioration clinique des patients souligne l'importance de l'expertise psychiatrique et de la collaboration psychiatre/gériatre.

Mots clés : perte d'autonomie, psychiatrie de la personne âgée, dépression de la personne âgée, symptômes psycho-comportementaux de la démence

Abstract :

Psycho-geriatric disorders of the elderly in outpatient care: a descriptive study of the patients followed by the Unit of Multidisciplinary Geriatric Assessment in the city.

Introduction : The geriatric mobile team in the city of the CHU of Bordeaux, formed as part of the national project Elderly People at Risk of Loss of Autonomy (PAERPA), was reinforced in 2019 by a half-time geriatric psychiatrist. We wanted to know the prevalence of psychobehavioural disorders among patients followed by EMG, the characteristics of this population, the therapeutic proposals and the evolution of the symptomatology.

Methods : This is an observational epidemiological study, retrospective, mono-centric among patients assessed by the EMG of Bordeaux, and presenting psycho-geriatric disorders, over a duration of 6 months, from January to June 2019.

Results : Of the 144 patients assessed by EMG, 85 had psycho-geriatric disorders, a prevalence of 59%. The average age was 85.3 years. 49.5% of patients had depressive syndrome, 25% of psychobehavioural symptoms of dementia, 27% an anxiety disorder and 2.5% a psychotic syndrome. A therapeutic proposal was made in 63.5% of patients, 2.5% in a hospital setting and 61% in an outpatient setting. The psychiatrist's proposal was made for 57.5% of patients. The diagnoses retained by the psychiatrist were for 49% of patients with depressive syndrome, 24% of psycho-behavioural symptoms of dementia, 22% of anxiety disorders 7% of psychotic disorders and 12% of other diagnoses. 71% of patients had their treatments changed. During follow-up the study showed clinical improvement in 85% of patients who had at least one psycho-geriatric consultation.

Conclusion : The prevalence of psychopathological disorders is significant (59%) in patients assessed by the EMG. Depression is the most strongly represented. The significant rate of clinical improvement in patients underscores the importance of psychiatric expertise and psychiatric/geriatric collaboration.

Keywords : loss of autonomy, psychiatry of the elderly, depression of the elderly, behavioral and psychological symptoms of dementia