
UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE PSYCHIATRIE
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'AGE AVANCE

Première hospitalisation en psychiatrie à l'âge avancé

THESE

préparée sous la direction du Docteur Michel Gaillard, médecin chef
avec la codirection du Professeur ordinaire ad personam Panteleimon Giannakopoulos

et présentée à la Faculté de biologie et de médecine
de l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Simina SANDRU

Médecin diplômée de la Confédération Suisse

Originaire de Berne (BE)

WT
150
Sdn

BITE 3525

Lausanne

2009

Bibliothèque Universitaire
de Médecine / BiUM
CHUV-BH08 - Bugnon 46
CH-1011 Lausanne

R0051 98706

Anil

Imprimatur

Vu le rapport présenté par le jury d'examen, composé de

Directeur de thèse *Monsieur le Docteur Michel Gaillard*
Co-Directeur de thèse *Monsieur le Professeur ad personam Panteleimon Giannakopoulos*
Expert *Monsieur le Professeur Christophe Büla*
Directrice de l'Ecole *Madame le Professeur Stephanie Clarke*
doctorale

la Commission MD de l'Ecole doctorale autorise l'impression de la thèse de

Madame Simina Sandru

intitulée

Première hospitalisation en psychiatrie à l'âge avancé

Lausanne, le 7 juillet 2009

*pour Le Doyen
de la Faculté de Biologie et de Médecine*



*Madame le Professeur Stephanie Clarke
Directrice de l'Ecole doctorale*

Résumé

Cette étude a concerné un groupe de patients séjournant pour la première fois en milieu psychiatrique à l'âge avancé. La moitié étaient âgés de quatre-vingt ans ou plus et deux tiers étaient des femmes. Deux tiers provenaient de leur domicile et un quart étaient sous protection légale. L'admission a été faite pour une dépression dans la moitié des cas, pour une démence dans un tiers des cas, pour une symptomatologie anxieuse dans un quart des cas. Les diagnostics psychiatriques à la sortie de l'Hôpital étaient différents de ceux annoncés à l'admission. Le syndrome démentiel concernait la moitié des patients et la maladie d'Alzheimer prédominait chez la femme, alors que les démences vasculaires et celles associées à d'autres maladies étaient deux fois plus fréquentes chez l'homme. Les troubles de l'humeur ne concernaient qu'un cinquième des cas et les troubles de l'adaptation un sixième des cas. Presque une moitié des patients présentaient deux ou trois diagnostics psychiatriques concomitants. La co-morbidité somatique était dominée par les maladies cardio-vasculaires, notamment chez l'homme. Un tiers des femmes et autant d'hommes présentaient au moins quatre diagnostics somatiques concomitants. La durée moyenne d'hospitalisation de quatre-vingt-cinq jours a été prolongée ou raccourcie par certains facteurs: le placement en Etablissement Médico-Social prolonge de plus de deux mois l'hospitalisation. Les personnes mariées restent presque deux mois de moins à l'hôpital. Le trouble de la personnalité et du comportement et le trouble dépressif récurrent prolongent de presque six mois, respectivement trois mois, la durée de l'hospitalisation. Plus de la moitié des patients sont placés en Etablissement Médico-Social. Certains facteurs augmentent le risque de placement: la démence d'Alzheimer accroît le risque de quatre fois; avec chaque année en plus, le risque d'être placé en institution augmente de 20%; il en va de même pour les hospitalisations prolongées. Les patients qui rentrent à domicile (moins de la moitié, surtout des femmes) ont besoin d'aide: suivi médico-infirmier, aide aux tâches ménagères. Le suivi ambulatoire a été assuré par l'hôpital de jour avant tout, la Consultation ambulatoire en collaboration avec les centres médico-sociaux jouant un rôle important. Les ré-hospitalisations à l'Hôpital de Psychiatrie de l'Age Avancé dans l'année suivant la sortie ont concerné un quart de femmes et un septième d'hommes, avec une durée de séjour plus courte que celle lors de la première hospitalisation.

Remerciements

Je remercie le Professeur Giannakopoulos pour sa disponibilité, pour ses remarques et ses questions pertinentes qui ont permis le développement de ce travail.

Je suis reconnaissante au Docteur Gaillard, à Mme Maillard-Scheuner, ainsi qu'à tous les collègues de psychogériatrie avec lesquels j'ai collaboré durant plusieurs années.

Je remercie le Docteur François Herrmann de l'Université de Genève, pour avoir effectué les tests statistiques.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à mes enfants et mon mari pour leur patience et leur aide précieuse.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| PREMIERE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE A L'AGE AVANCE..... | 1 |
| RESUME..... | 2 |
| REMERCIEMENTS | 3 |
| TABLE DES MATIERES..... | 4 |
| INTRODUCTION..... | 5 |
| TROISIEME AGE ET PSYCHOPATHOLOGIE | 5 |
| TROISIEME AGE ET ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES A LAUSANNE..... | 6 |
| L'ETUDE..... | 7 |
| BUT..... | 7 |
| POURQUOI UNE TELLE ETUDE..... | 7 |
| METHODE..... | 7 |
| L'ECHANTILLON DES PATIENTS..... | 7 |
| ANALYSE STATISTIQUE DES RESULTATS | 8 |
| RESULTATS..... | 10 |
| ASPECTS DEMOGRAPHIQUES : SEXE, AGE, ETAT CIVIL..... | 10 |
| LES MESURES LEGALES, L'ADMISSION, LA PROVENANCE | 11 |
| MOTIFS D'ADMISSION..... | 12 |
| DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES A LA SORTIE DE L'HPAA..... | 13 |
| DIAGNOSTICS SOMATIQUES..... | 15 |
| DUREE D'HOSPITALISATION ET PREDICTION DE LA DUREE DE SEJOUR..... | 16 |
| DESTINATION A LA SORTIE ET PREDICTION DU PLACEMENT EN EMS | 19 |
| LE SUIVI AMBULATOIRE..... | 24 |
| REHOSPITALISATIONS..... | 24 |
| DISCUSSION..... | 25 |
| ASPECTS DEMOGRAPHIQUES ; MOTIFS D'ADMISSION ; DIAGNOSTICS DE L' HPAA ; DUREE D'HOSPITALISATION ; DESTINATION A LA SORTIE ;SUIVI AMBULATOIRE ; REHOSPITALISATIONS..... | 25 |
| FACTEURS INFLUENCANT LA DUREE DE SEJOUR..... | 30 |
| PREDICTION DE LA DUREE DE SEJOUR SELON LE PLACEMENT EN EMS : LES PATIENTS QUI DEVAIENT ETRE PLACES EN EMS ONT ETE HOSPITALISES 70.8 JOURS DE PLUS QUE LES AUTRES | 30 |
| DUREE DE SEJOUR ET AGE..... | 31 |
| L'ETAT CIVIL ET LA PREDICTION DE LA DUREE DE SEJOUR | 31 |
| CERTAINS DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES JOUENT UN ROLE DANS LA PREDICTION DE LA DUREE DE L'HOSPITALISATION | 32 |
| FACTEURS INFLUENCANT LE PLACEMENT EN EMS..... | 34 |
| EST-CE QUE LES DIAGNOSTICS SOMATIQUES AUGMENTENT LE RISQUE DE PLACEMENT ?... | 35 |
| CONCLUSION..... | 36 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 38 |
| ANNEXES..... | 43 |

1. Introduction

1.1 Troisième âge et psychopathologie

L'amélioration de l'espérance de vie a entraîné un accroissement du nombre des personnes âgées, surtout dans les pays industrialisés, et, parallèlement, des besoins et des problèmes de santé de cette catégorie de la population (1, 2, 3).

Comme prévu, les troubles mentaux chez les personnes âgées vont augmenter au cours des prochaines décennies : on estime qu'aux Etats-Unis, le nombre des personnes âgées de 65 ans et plus, souffrant d'affections psychiatriques, va passer de 4 millions en 1970 à 15 millions en 2030 lorsque la génération « du baby boom » d'après guerre (« post-war baby boom »), née entre 1946 et 1964, atteindra le troisième âge. On s'attend à cette occasion à une augmentation des dépressions, des troubles anxieux et des troubles induits par abus de médicaments. Cette situation de crise a été déjà discutée dans un workshop à San Diego (Californie), en mars 1998, et un plan de recherches sur les troubles mentaux des personnes âgées a été proposé (4, 5).

Les symptômes psychiatriques non cognitifs, psychotiques ou dépressifs, sont assez communs chez les sujets âgés avec syndrome démentiel et la prévalence pourrait atteindre 25% (4). Selon une enquête effectuée au Canada, la prévalence des troubles mentaux dans la population de 65 ans et plus, vivant à domicile, croît avec l'âge : celle-ci atteignait 189 cas par 1'000 habitants, soit le double de celle rencontrée chez les personnes de 45 à 65 ans, et presque le quintuple de celle des 25 à 44 ans (6). En Suisse, les troubles mentaux de la population âgée de 65 ans et plus occupent la cinquième place dans la morbidité urbaine en consultation ambulatoire, après les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies rhumatismales (système ostéo-musculaire et tissus conjonctifs), les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies du système nerveux (3).

Certaines observations dans la littérature, suggèrent qu'on ne doive pas s'attendre inexorablement à la dégradation progressive du bilan de santé de la population âgée, sous l'effet du vieillissement

généralisé, comme l'hypothèse de la pandémie des maladies et handicaps le prétend (7). Pour Fries, le progrès, c'est-à-dire non seulement les progrès de la médecine et de l'hygiène, mais aussi l'élévation générale du niveau de vie et l'allègement des conditions de vie auraient entraîné non seulement un allongement de la vie, mais aussi une amélioration de la qualité de vie parmi « les survivants », c'est l'hypothèse de la compression de la morbidité (8). Manton et al., sur un échantillon représentatif de 20'000 personnes âgées des Etats Unis, en étudiant le handicap et l'utilisation des services, ont conclu à une diminution significative de la proportion des personnes handicapées, entre 1984 et 1989 (9).

En Suisse également, un bilan de santé de la population âgée effectué dans deux régions, et une analyse des changements sur quinze ans, montrent une amélioration significative dans le domaine de la santé fonctionnelle ; cette amélioration est plus forte encore dans les domaines de la santé psychique et de la santé auto évaluée. On note une diminution des personnes âgées fragiles, des personnes à tendance dépressive, qui sont tristes ou souffrent de solitude (10).

Face à ces données, il est intéressant d'étudier le profil des patients qui séjournent pour la première fois en hôpital psychiatrique à l'âge avancé, ainsi que les facteurs qui augmentent ou diminuent significativement la durée de l'hospitalisation ou le placement en EMS.

1.2 Troisième âge et organisation des soins psychiatriques à Lausanne

La littérature souligne l'importance majeure du combat contre la dépendance lors de chaque hospitalisation (11); dans ce but, les services qui prennent en charge les patients âgés doivent développer des soins adaptés prenant en compte cette problématique (12,13). Dans une étude prospective faite aux Etats-Unis, on a évalué l'intérêt d'une prise en charge traditionnelle et celle d'une prise en soins centrée sur le maintien de l'autonomie fonctionnelle dans le but d'éviter un passage obligé en institution. Au moment de la sortie, 21% des patients pris en charge par la structure spécifiquement conçue pour prévenir la dépendance avaient nettement amélioré leur degré d'autonomie, contre 13% dans le groupe de contrôle soignés dans l'unité traditionnelle (14).

La psychiatrie de la personne âgée impose, une organisation souple des structures de soins permettant une adaptation du type de prise en soins à l'état du patient par un travail multidisciplinaire ; le but c'est la réadaptation psycho gériatrique, définie comme l'ensemble des mesures médicales, psychologiques, psychiatriques et sociales, en vue de restituer ou préserver l'autonomie du patient âgé (12).

L'organisation des soins aux personnes âgées va dans la direction du réseau de soins, chaque structure ayant un rôle spécifique ; le réseau augmente l'efficacité et crée un esprit de partenariat (15- 20). Ainsi, l'hôpital de psychiatrie de l'âge avancé se concentre surtout sur le traitement des affections psychiatriques aiguës, tout en collaborant étroitement avec les structures intermédiaires, hôpital de jour (HJ), centre communautaire de psychiatrie et de psychothérapie de l'âge avancé (CCPPAA), et notamment, les centres médico-sociaux (CMS) coresponsables de la mise en œuvre du « maintien à domicile » (12).

2. L'étude

2.1 But

Ce travail est une étude descriptive rétrospective de la population hospitalisée pour la première fois en psychiatrie après 65 ans ; la concordance entre les diagnostics à l'entrée et à la sortie de l'HPAA ainsi que les facteurs pouvant prédire la durée du séjour et son issue ont été étudiés.

2.2 Pourquoi une telle étude

La psychopathologie du troisième âge est bien connue (1, 3, 5, 6) ; celle de la population hospitalisée pour la première fois en psychiatrie après 65 ans, l'est beaucoup moins bien (21).

L'hypothèse est que la pathologie psychiatrique des personnes âgées hospitalisées pour la première fois dans cette spécialité serait liée surtout à des troubles organiques, intriqués aussi avec une pathologie somatique chronique/ dégénérative.

2.3 Méthode

Dans notre travail, nous avons étudié un groupe aléatoire de patients de l'Hôpital de Psychiatrie de l'Âge Avancé (HPAA) de Prilly, hospitalisés pour la première fois en psychiatrie ; plus de la moitié étaient âgés de 80 ans ou plus.

Pour chaque patient nous avons établi un questionnaire que nous avons rempli à l'aide des dossiers médicaux constitués par les médecins assistants et les infirmières ainsi qu'au travers des données administratives.

2.4 L'échantillon des patients

Cette investigation a été faite sur une cohorte aléatoire de patients des deux sexes, âgés de plus de 65 ans, hospitalisés pour la première fois à l'HPAA entre mars 1996 et août 1997 ; les données d'identité ont été rendues anonymes pour écarter toute possibilité d'atteinte à la vie privée des patients.

Les informations suivantes ont été recueillies :

1. Le sexe.
2. Les mesures légales (curatelle/tutelle).
3. Le mode d'admission (volontaire ou d'office).
4. L'âge.
5. L'état civil (marié(e)s, veuf(ve)s, célibataire(s), et divorcé(e)s).
6. La provenance (domicile, EMS, autres hôpitaux).
7. Les motifs d'hospitalisation émis par les médecins.
8. Les diagnostics psychiatriques.
9. Les diagnostics somatiques.
10. La durée de la première hospitalisation à l'HPAA.
11. La destination à la sortie de l'HPAA.
12. Le suivi ambulatoire assuré par l'Hôpital de jour de psycho gériatrie (HJ), les Centres médico-sociaux (CMS), les Unités d'accueil temporaire (UAT), le Centre Communautaire de Psychiatrie et de Psychothérapie de l'Âge Avancé (CCPPAA)
13. Les ré hospitalisations à l'HPAA et les hospitalisations dans des services somatiques dans l'année qui suit la sortie.
14. La durée des ré hospitalisations.

Tous les diagnostics psychiatriques et somatiques ont été codés selon la nomenclature internationale CIM-10.

2.5 Analyse statistique des résultats

Les données des patients ont été introduites dans un classeur Excel 2002, en remplaçant les diagnostics écrits par des chiffres (numérotation), suivies des codes CIM-10 correspondants (contribution originelle). Des logiciels statistiques ont été utilisés, comme STATU Version 7 et STATXACT Version 4.01 (Cytel Software Corp. 1999), pour effectuer les suivants tests :

- 1) Le test Kappa (22), pour mesurer l'accord ou la concordance entre les motifs d'hospitalisation et les diagnostics psychiatriques à la sortie de l'hôpital ; on admet que la concordance est bonne si $kappa > 0.6$ ou mauvaise si $kappa < 0.3$ (Cohen 1960).
- 2) « L'analyse en régression multiple » (23). Dans celle-ci, chaque variable indépendante est affectée d'un coefficient dit de régression partielle (a_i) ; à l'aide du test on détermine si a_i

est significativement différent de zéro, quand il aurait une valeur prédictive ; si tel n'est pas le cas la variable indépendante n'a pas de valeur prédictive.

- 3) La régression logistique, utilisée pour étudier les facteurs prédictifs du placement en EMS ; dans ce test on exprime la probabilité d'être placé en EMS, en connaissant la valeur des facteurs de risque relatifs (x_1) (24).

3. Résultats

Nous avons étudié un groupe aléatoire de 104 patients hospitalisés pour la première fois à l'HPAA de leur arrivée et jusqu'à une année après leur sortie de l'établissement.

3.1 Aspects démographiques : sexe, âge, état civil

Ce groupe aléatoire de patients est composé de 70 femmes et 34 hommes, respectivement 67,3% et 32,7%. Les femmes sont âgées de 65 à 96 ans et les hommes de 65 à 90 ans ; la moyenne d'âge est de 79.7 ans pour les femmes et 78.5 ans pour les hommes; les médianes de 79.8 ans et respectivement 80 ans, pour femmes et hommes ; quant au groupe d'âge, on constate un pic, de 80 à 89 ans, pour les deux sexes (Tableau 1).

Par rapport à l'état civil, les femmes sont plus nombreuses dans les catégories veuves et célibataires et les hommes prédominent dans la catégorie marié (Tableau 1).

Tableau 1 - Aspects démographiques

| | | Femmes | Hommes | Total |
|------------|-------------|--------|--------|-------|
| Sexe | N cas | 70 | 34 | 104 |
| | % | 67.3 | 32.7 | 100 |
| Âge | Moyenne | 79.7 | 78.5 | 79.5 |
| | Médiane | 80 | 79 | 79.5 |
| | Maximum | 96 | 90 | 93 |
| | Minimum | 65 | 65 | 65 |
| | N cas | | | |
| | 65-69 | 7 | 5 | 12 |
| | 70-74 | 12 | 5 | 17 |
| | 75-79 | 11 | 4 | 15 |
| | 80-84 | 15 | 9 | 24 |
| | 85-89 | 14 | 8 | 22 |
| | 90 et plus | 11 | 3 | 14 |
| Etat civil | Marié/ée | 14 | 24 | 38 |
| | Veuf/ve | 35 | 7 | 42 |
| | Célibataire | 9 | 3 | 12 |
| | Divorcé/ée | 12 | 0 | 12 |

3.2 Les mesures légales, l'admission, la provenance

Lors de l'admission, 27 patients (26%), dont 18 femmes (17.3%) et 9 hommes (8.6%), étaient sous une protection légale, à savoir curatelle ou tutelle ; si ces chiffres sont rapportés au nombre de patients du même sexe, ces pourcentages deviennent respectivement pour les femmes et les hommes, 25.7% et 26% (Tableau 2).

L'admission d'office a été demandée pour 74.4% des patients, respectivement 81.4% des femmes et 56.6% des hommes de l'échantillon.

La provenance des patients est dans 66,35% des cas leur domicile, dans 29.8% un hôpital et seulement dans 3.85% un EMS (Tableau 2).

Tableau 2 - Protection légale
Type d'admission
Provenance

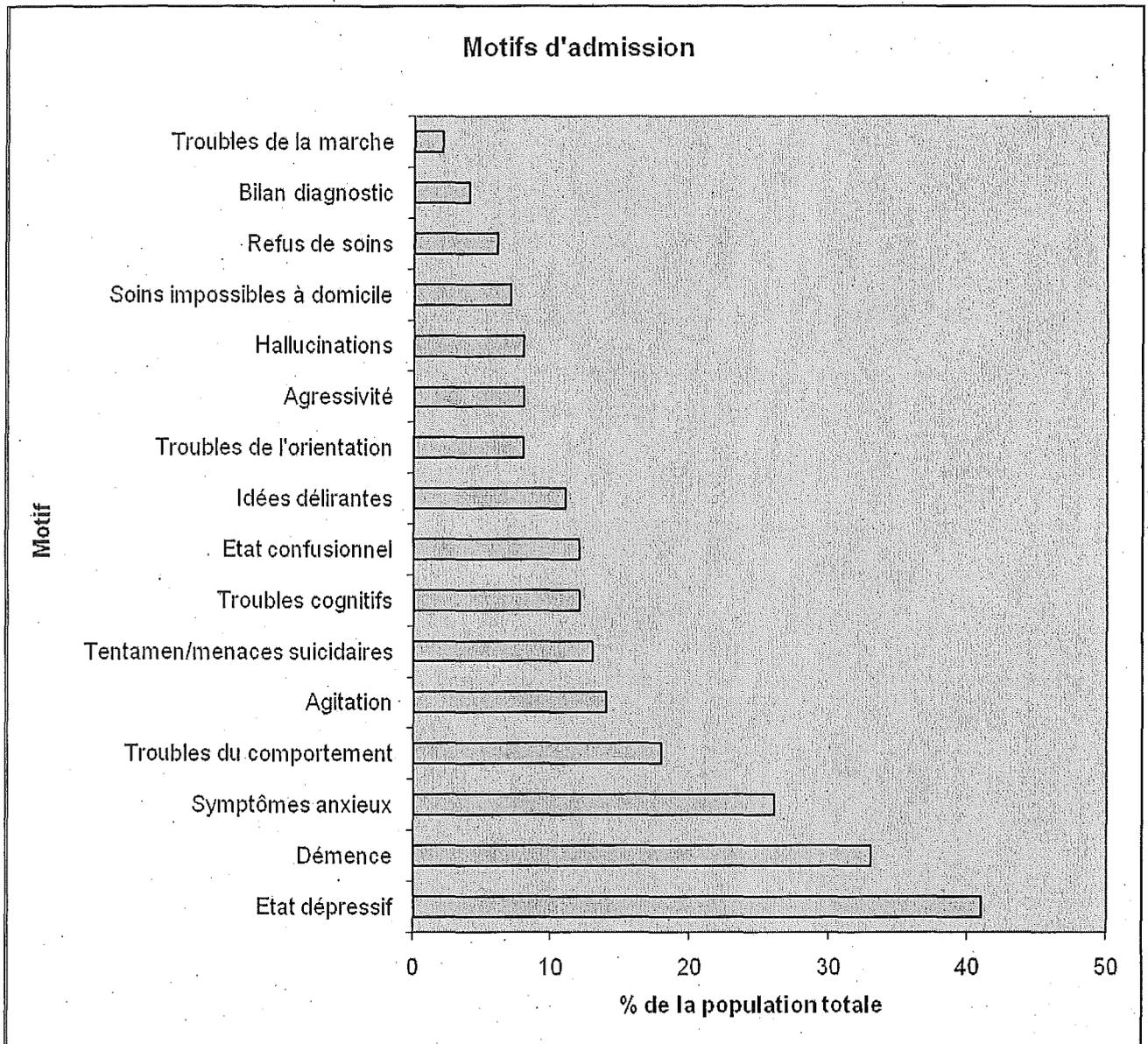
| | | Femmes | Hommes | Total |
|------------------|------------------------|------------|------------|-------------|
| | | N cas/% | | |
| Mesures légales | curatelle / tutelle | 18 (17.3%) | 9 (8.6%) | 27 (26%) |
| Type d'admission | d'office | 57 (54.8%) | 20 (19.2%) | 77 (74%) |
| | Volontaire | 13 (12.5%) | 14 (13.5%) | 27 (26%) |
| Provenance | Domicile | 49 (47.1%) | 20 (19.2%) | 69 (66.35%) |
| | Hôpital | 20 (19.2%) | 11 (10.6%) | 31 (29.8%) |
| | EMS | 1 (0.96%) | 3 (2.9%) | 4 (3.85%) |

Les pourcentages ont été calculés par rapport au nombre total des patients.

3.3 Motifs d'admission

L'état dépressif a été incriminé dans 41% des cas ; dans 35% c'était la démence, suivie de la symptomatologie anxieuse (26%), des troubles du comportement (18%), de l'agitation (14%), du tentamen/ menaces suicidaires (13%), des troubles cognitifs (12%) et de l'état confusionnel (12%) ; le même patient pourrait avoir plusieurs motifs d'admission (Figure 1).

Figure 1 – Motifs d'admission

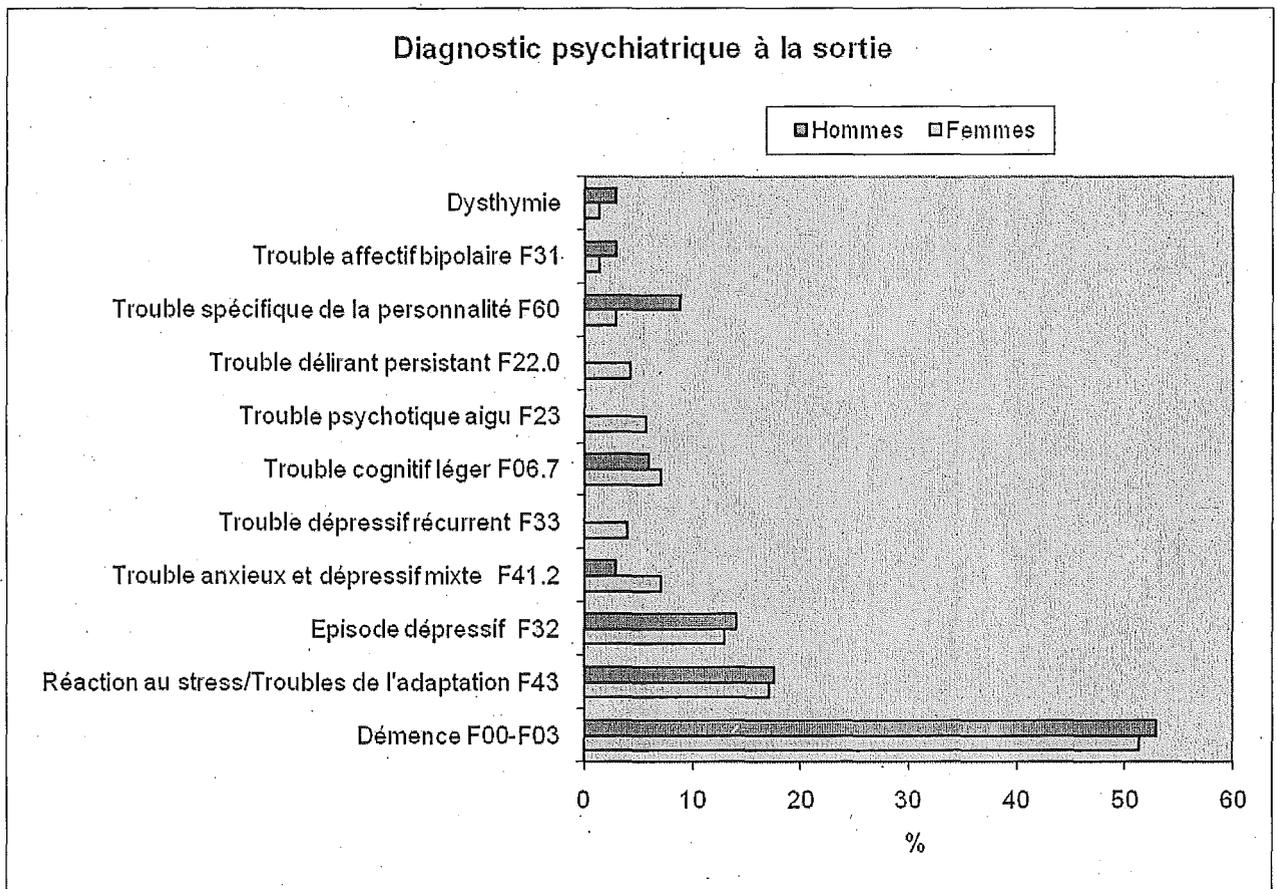


La Fig.1 représente 114 motifs d'admission pour les personnes âgées de cet échantillon.

3.4 Diagnostics psychiatriques à la sortie de l' Hôpital de Psychiatrie de l'Age Avancé

Les diagnostics à la sortie de l'Hôpital de Psychiatrie de l'Age Avancé sont dominés par la démence (F00-F03) qui est la plus fréquente avec 51,4% chez les femmes et 52,9% chez les hommes, suivie par le trouble réactionnel et de l'adaptation (F43) avec 17,1%, respectivement 17,6%, l'épisode dépressif (F32) avec 13% et respectivement 14%, les troubles cognitifs légers (F06.7) avec 7,1% et 5,9%, les troubles anxieux et dépressif mixtes (F41) avec 7,1% et 2,9% (figure 2).

Figure 2 : Diagnostic psychiatrique à la sortie.



La Fig 2. représente tous les diagnostics posés à l'HPAA aux personnes âgées de cet échantillon.

Tableau 3 - Accord entre motif d'hospitalisation / Diagnostic psychiatrique

| Diagnostic selon CIM-10 | N cas | N Motif d'hospitalisation annoncé | N Diagnostic posé | Observé % | Dû au hasard % | Kappa | P |
|---|-------|-----------------------------------|-------------------|-----------|----------------|-------|---------|
| Démence Alzheimer (F 00) | 40 | 11 | 29 | 71.15 | 58.88 | .2986 | <0.0001 |
| Démence associée à d'autres maladies (F 02) | 5 | 4 | 1 | 89.42% | 83.03% | .3769 | <0.0001 |
| Delirium non induit par alcool ou s. psycho-actives (F 05) | 9 | 7 | 2 | 89.42% | 78.62% | .5052 | <0.0001 |
| Autres troubles mentaux dus à une lésion/dis fonction. cérébral (F 06) | 8 | 0 | 8 | 90.38% | 90.68% | .0317 | >0.6599 |
| Troubles de la personnalité et du comportement (F 60) | 2 | 1 | 1 | 87.50% | 86.06% | .1034 | >0.0527 |
| Troubles délirants persistants (F 22) | 1 | 1 | 0 | 97.12% | 95.27% | .3906 | <0.0001 |
| Troubles psychotiques aigus et transitoires (F 23) | 4 | 1 | 3 | 96.15% | 94.38% | .3158 | <0.0003 |
| Troubles affectifs bipolaires (F 31) | 1 | 0 | 1 | 99.04% | 99.04% | .0000 | >0.5000 |
| Épisodes dépressifs (F 32) | 13 | 3 | 10 | 88.46% | 83.89% | .2836 | <0.0005 |
| Troubles dépressifs récurrents (F 33) | 4 | 1 | 3 | 97.12% | 95.27% | .3906 | <0.0001 |
| Troubles anxieux phobiques (F 40) | 6 | 2 | 4 | 89.42% | 86.58% | .2121 | <0.0134 |
| Réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation (F 43) | 16 | 2 | 14 | 86.54% | 83.28% | .1947 | <0.0004 |

Interprétation du Kappa : <0.3 = mauvaise concordance ; >0.6 = bonne concordance.

La concordance entre le motif d'hospitalisation et le diagnostic posé à l'HPAA a été étudié par le test Kappa (17). Une corrélation positive significative a été trouvée pour 9 diagnostics sur 12 ($p < 0.05$) ; pour 4 diagnostics la concordance a été mauvaise (kappa < 0.3) ; pour les autres 5 diagnostics avec corrélation significative, la concordance a été faible ou modérée (kappa > 0.3 mais < 0.6) ; on relève les diagnostics suivants : Démence associée à d'autres maladies classées ailleurs

(F02), Delirium (F05), Troubles délirants persistants (F22), Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23) ; Trouble dépressif récurrent (F33).(Tableau 3).

On relève que 56.7% des patients ont un seul diagnostic psychiatrique; par contre, 43.3% des personnes âgées de cet échantillon en ont deux et quelques-unes même trois.

Le syndrome démentiel est représenté par la maladie d'Alzheimer dans 40% des cas, -un peu plus fréquente chez la femme, - suivie par la démence vasculaire et celle associée à d'autres maladies (maladie Parkinson ; maladie de Pick), où les hommes présentent des pourcentages plus élevés que les femmes mais le nombre des cas n'est pas significatif. La fréquence de la démence augmente proportionnellement avec l'âge (Tableau 4).

Tableau 4 - Le syndrome démentiel

| Type de démence | Femmes | Hommes |
|----------------------------|------------|------------|
| Maladie d'Alzheimer F00 | 28 (40%) | 12 (35.2%) |
| Démence vasculaire F01 | 3 (4.2%) | 3 (8.8%) |
| Démence associée F02 | 2 (2.8%) | 2 (5.8%) |
| Démence sans précision F03 | 3 (4.7%) | 1 (2.9%) |
| Tranches d'âge | | |
| 65-74 | 6 (8.5%) | 4 (11.7%) |
| 75-84 | 18 (25.7%) | 7 (20.5%) |
| > 85 | 19 (27.1%) | 8 (23.5%) |

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de patients du même sexe.

3.5 Diagnostics somatiques

La co-morbidité somatique est dominée par les maladies cardiovasculaires (I 00-I 99), suivies par les maladies endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (E 00-E 90), les maladies de l'œil (glaucome, cataracte et cécité : H40, H25, H54), les maladies de l'appareil digestif (K 00-K 93), de l'appareil génito-urinaire (N 00- N 99), les polyarthroses (M 16), les fractures et les tassements vertébraux (S 42) et les maladies du SN (G 00- G 99).

On souligne la prédominance masculine dans les maladies cardiovasculaires et tumorales ; la prédominance féminine, dans les maladies de l'œil, des systèmes digestifs et nerveux. Comme on voit dans le tableau 5, 6 femmes et 5 hommes, ne présentaient pas de diagnostic somatique

concomitant ; 20 femmes et 8 hommes avaient un seul diagnostic somatique tandis que 21 femmes et 11 hommes en avaient 4 ou plus.

Tableau 5 - Diagnostics somatiques

| | Code CIM-10 | Femmes | Hommes |
|--------------------------------|---------------|------------|------------|
| Cardiopathie ischémique | I 25 | 12 (17.1%) | 10 (29.4%) |
| HTA essentielle | I 10 | 15 (21.4%) | 11 (32.4%) |
| Autres mal. Cardio-vasculaires | I 99 | 19 (27.1%) | 19 (55.9%) |
| Mal.endocr.métab.nutrition | E00-E90 | 20 (28.6%) | 9 (26.5%) |
| Glaucome, cataracte, cécité | H40, H25, H54 | 17 (24.3%) | 6 (17.6%) |
| Mal. appareil digestif | K00-K93 | 14 (20%) | 3 (8.8%) |
| Polyarthrose | M16 | 13 (18.6%) | 7 (20.6%) |
| Mal.appareil génito-urinaire | N00-N99 | 12 (17.1%) | 5 (14.7%) |
| Fracture, tassement vertébral | S47 | 8 (11.4%) | 2 (5.9%) |
| Mal. syst. nerveux | G00-G99 | 11 (15.7%) | 3 (8.8%) |
| Mal. appareil respiratoire | J00-J99 | 8 (11.4%) | 4 (11.8%) |
| Tumeurs | C00-C48 | 7 (10.0%) | 6 (17.6%) |

| Nombre de diagnostics somatiques par patient | Femmes | Hommes |
|--|------------|------------|
| 0 | 6 (8.5%) | 5 (14.7%) |
| 1. | 20 (28.6%) | 8 (23.5%) |
| 2 | 15 (21.4%) | 5 (14.7%) |
| 3 | 8 (11.4%) | 5 (14.7%) |
| 4 | 21 (30%) | 11 (32.4%) |

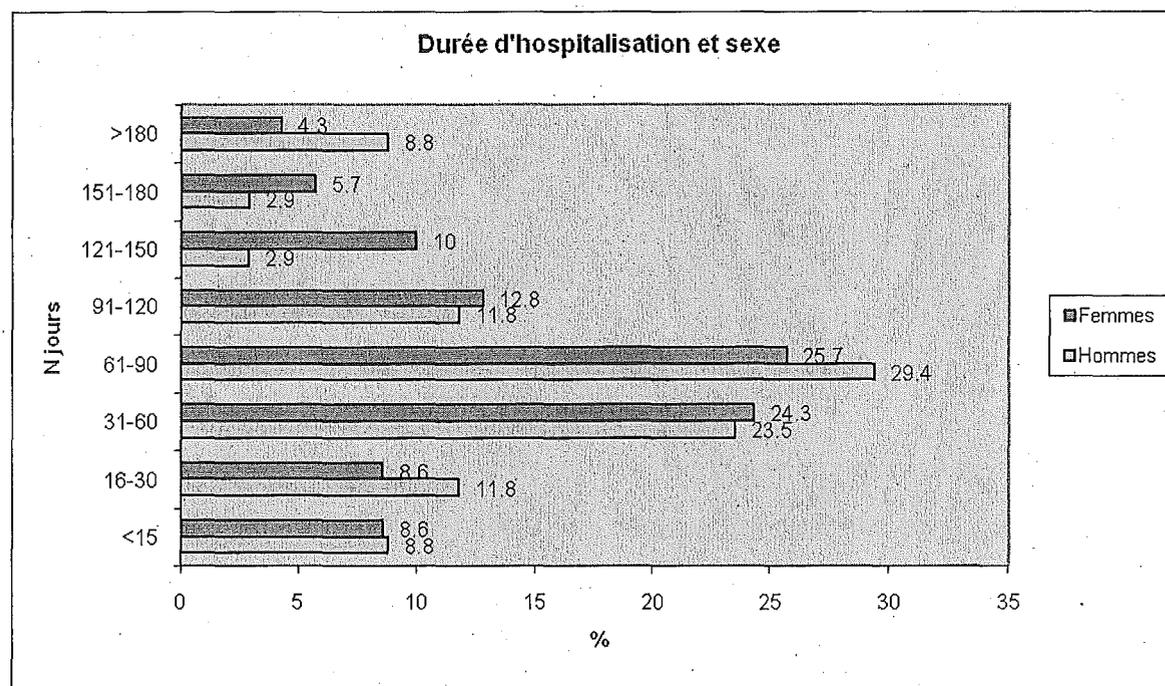
Les pourcentages ont été calculés par rapport au nombre de patients du même sexe

3.6 Durée d'hospitalisation et prédiction de la durée de séjour

La durée moyenne de séjour à l'HPAA est de 85.8 jours pour les deux sexes : 84.8 jours pour les femmes et 86.8 jours pour les hommes; la durée médiane est de 74 jours pour les femmes et 67 jours pour les hommes ; la durée maximale est de 414 jours pour les femmes et 454 jours pour les hommes, tandis que la durée minimale est seulement de 3 et respectivement 4 jours pour les femmes et les hommes de cet échantillon.

La durée de séjour de cette première hospitalisation présente un pic entre 31 et 60 jours, suivi par un autre pic, entre 61 et 90 jours (figure 3); ensemble, ces deux pics totalisent plus de 50% des patients.

Figure 3 – Durée d'hospitalisation selon le sexe



Presque 30% des patients ont eu une hospitalisation de plus de 90 jours. Leurs diagnostics et les durées de séjour correspondantes, sont les suivantes : Episode dépressif F32 (131 jours), Trouble dépressif récurrent F33 (244 jours), Trouble de l'adaptation F43 (197.75 jours), Démence vasculaire F01 (154 jours), Démence associée à d'autres maladies classées ailleurs F02 (142.5 jours), Démence d'Alzheimer F00 (138.22 jours).

La durée de séjour des patients qui ont été placés en EMS à la sortie de l'HPAA a été significativement plus longue que celle des autres patients ($p < 0.05$).

Selon un modèle de régression univarié (tableau 6), l'âge n'influence pas la durée de l'hospitalisation ; en prenant comme référence de comparaison les célibataires, toutes les autres catégories d'état civil, à savoir, les mariés, les divorcés et les veufs (sauf les séparés), sont restés moins longtemps à l'hôpital et les différences sont statistiquement significatives.

Tableau 6- Prédiction de la durée de séjour ; modèle de régression univarié

| Variables | Coefficient de régression | Erreur Standard | t Student | p | 95% Intervalle de confiance |
|-------------------|---------------------------|-----------------|-----------|--------|-----------------------------|
| Âge | -.7666 | 98.28 | -0.78 | 0.4372 | -2.716- 1.118 |
| Et. civil marié | -74.49 | 24.69 | -3.02 | 0.003 | -123.471- -25.50323 |
| Et. civil divorcé | 88.598 | 33.43 | -2.65 | 0.009 | -154.923- -22.27371 |
| Et. civil séparé | 9.84615 | 58.54 | 0.17 | 0.867 | -106.3295- 126.0218 |
| Et. civil veuf | -63.30019 | 24.53 | -2.58 | 0.011 | -111.984 - -14.61584 |

Dans le tableau 7, selon un modèle de régression multivarié, on voit que les patients placés en EMS sont restés de manière significative plus longtemps à l'hôpital que les autres ; le sexe influence de manière non significative le séjour tandis que l'état civil « marié » et « divorcé » écourte la durée de l'hospitalisation face aux célibataires.

Pour les diagnostics psychiatriques, on voit que les troubles de la personnalité et du comportement (F40) ainsi que le trouble dépressif récurrent (F33) sont associés à des séjours significativement plus longs. Ce modèle explique 42% de la variabilité des durées de séjour.

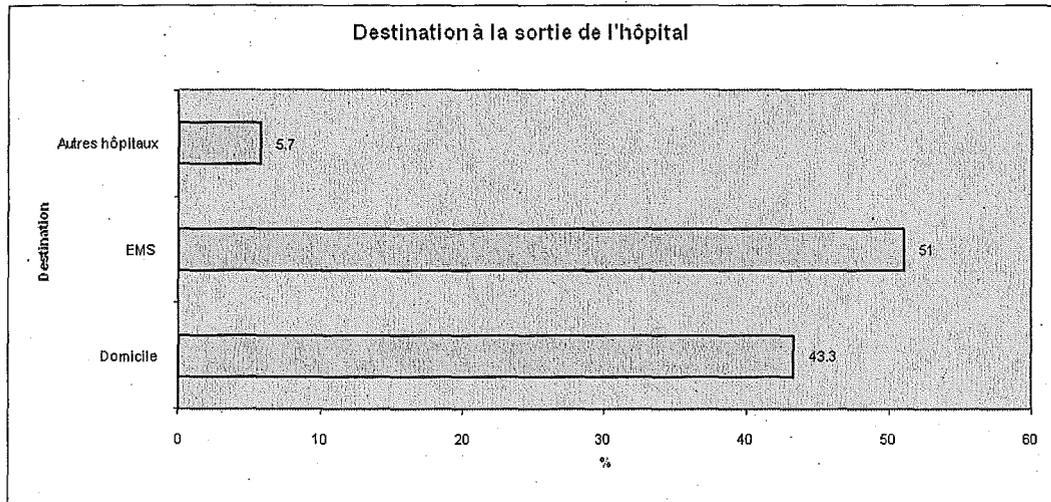
Tableau 7 - Prédiction de la durée de séjour ; modèle de régression multivarié

| Variables | Coefficient de régression | Erreur standard | t Student | p | 95% Intervalle de confiance |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------|-------|-----------------------------|
| Placement en EMS | 70.855 | 19.73 | 3.59 | 0.001 | 31.55-110.15 |
| Sexe | 3.026 | 19.09 | 0.16 | 0.874 | -34.98- -41.04 |
| Etat civil marié(e)s | -52.739 | 26.81 | -1.97 | 0.053 | -106.13- 0.65 |
| Etat civil divorcé(e)s | -73.499 | 34.98 | -2.10 | 0.039 | -143.16 - -3.83 |
| Maladie Alzheimer F00 | -10.465 | 27.31 | -0.38 | 0.703 | -64.85- 43.92 |
| Trouble de la personnalité. F60-69. | 171.677 | 58.13) | 2.95 | 0.004 | 55.90- 287.44 |
| Trouble Dépressif récurrent F33 | 90.929 | 42.27 | 2.13 | 0.036 | 5.84- 174.21 |
| Constante | 265.952 | 95.54 | 2.78 | 0.007 | 75.70- 456.2 |

3.7 Destination à la sortie et prédiction du placement en EMS

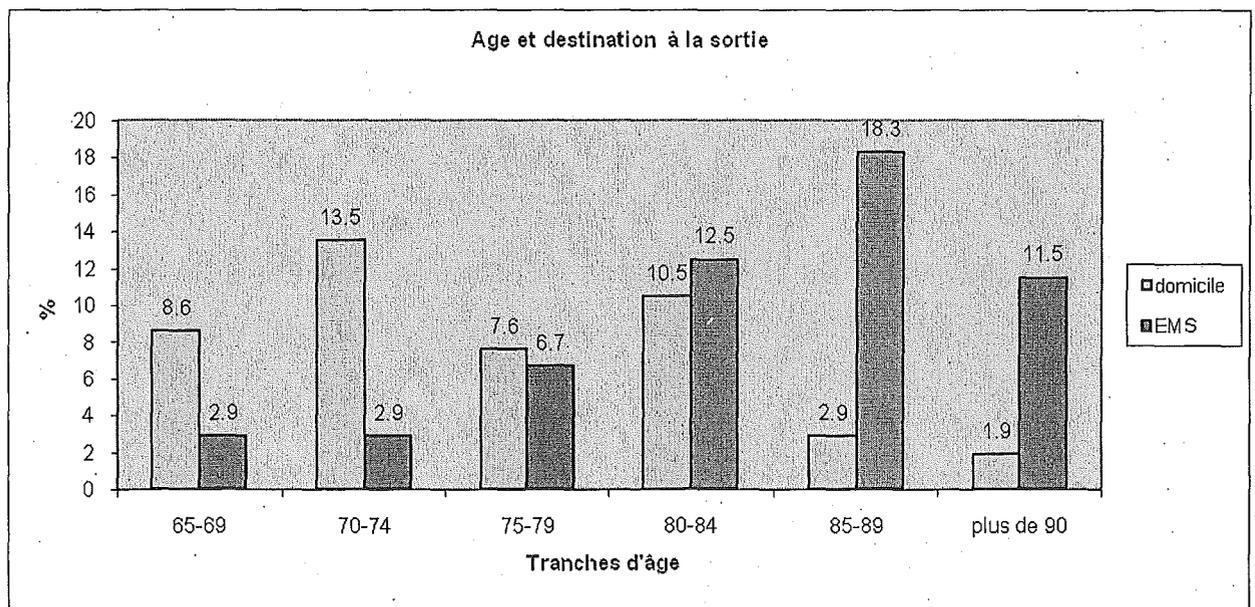
En ce qui concerne la destination à la sortie de l'HPAA (Figure 4) 43,3% des patients retournent à domicile, 51% vont dans un EMS et seulement 5,7% sont transférés dans d'autres hôpitaux.

Figure 4 - Destination à la sortie de l'hôpital



Le retour au domicile est prédominant pour les patients âgés de 65 à 69 ans et de 70 à 74 ans ; de 75 à 79 ans, le retour à domicile dépasse à peine le placement en EMS et, après 80 ans, la destination vers l'EMS devient prédominante (figure 5).

Figure 5 - Age et destination à la sortie



La moyenne d'âge des patients placés en EMS, est de manière significative plus grande que celle des patients retournant à leur domicile (Tableau 8).

Tableau 8 - Placement en EMS et âge moyen

| Destination EMS/Domicile | Moyenne d'âge | Déviatiion standard | t 1-2 | P |
|--------------------------|---------------|---------------------|--------|---------|
| EMS | 82.96 | 0.95085 | | |
| Domicile | 74.81 | 0.97785 | 5.9802 | <0.0001 |

Les femmes sont plus nombreuses dans l'ensemble des personnes placées en EMS, c'est à dire 36 femmes sur un total de 57 personnes placées en EMS (63.16%); mais, si on rapporte ces chiffres aux personnes du même sexe, les femmes représentent 51.43% ; par contre, 21 hommes placés dans EMS, représentent 61.76% des hommes de l'échantillon (Tableau 9).

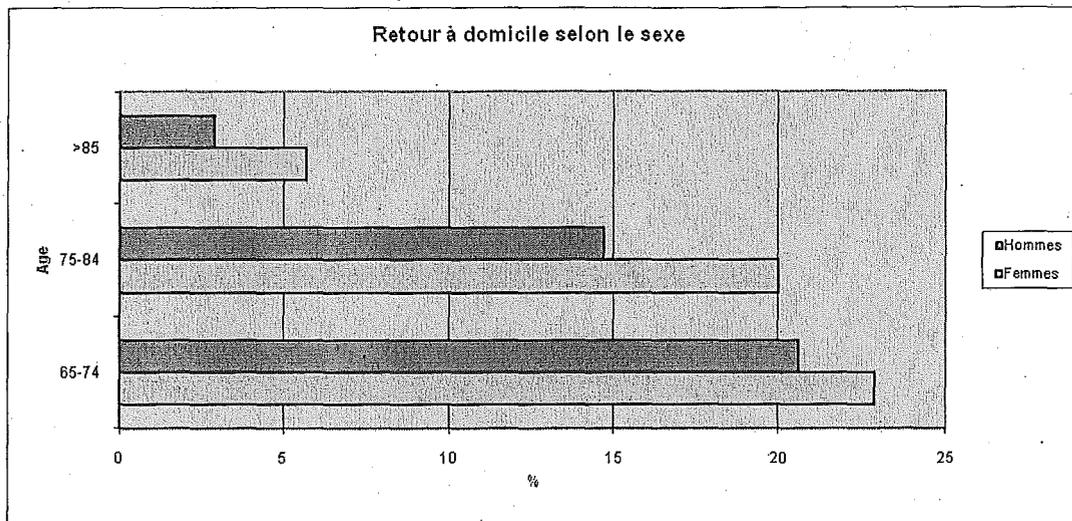
Tableau 9 - Placement en EMS et sexe

| Placement en EMS | Femmes | Hommes | Total |
|------------------|--------------|--------------|-------|
| 0 | 34 | 13 | 47 |
| | 72.34% de 47 | 27.66% de 47 | |
| | 48.57% de 70 | 38.24% de 34 | |
| 1 | 36 | 21 | 57 |
| | 63.16% de 57 | 36.84% de 57 | |
| | 51.43% de 70 | 61.76% de 34 | |

0 = aucun placement ; 1 = placement en EMS

En rapportant les chiffres aux personnes du même sexe, on constate que les femmes rentrent au domicile plus fréquemment que les hommes dans tous les groupes d'âge, même après 85 ans (Figure 6).

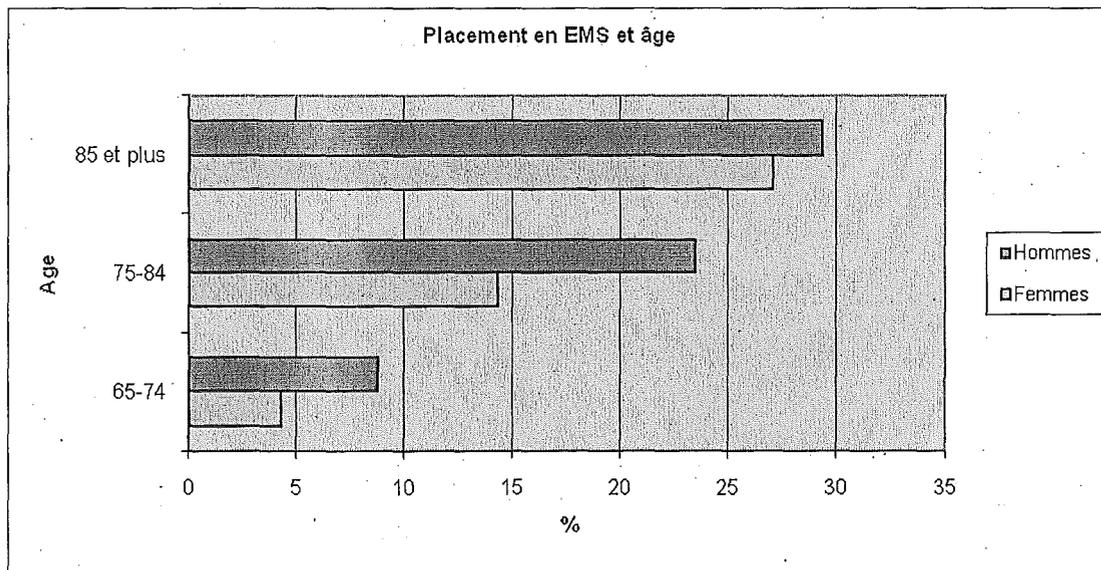
Figure 6 : Retour à domicile et sexe



Pourcentage par rapport au nombre de patients/tes du même sexe

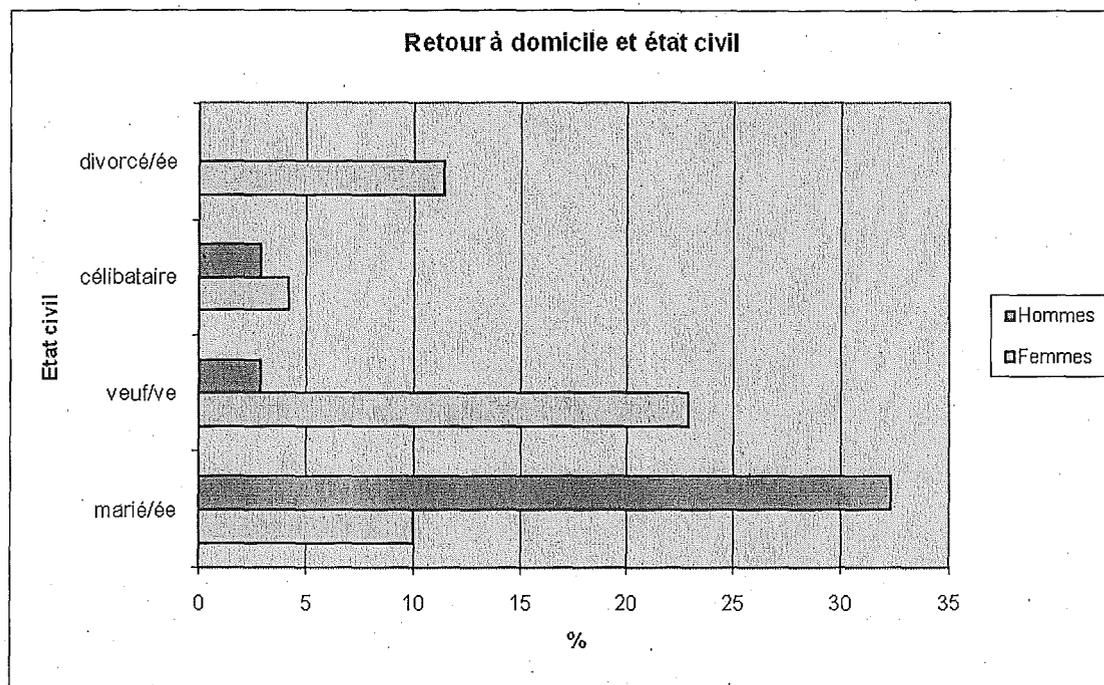
Comme on voit dans la figure 7, la destination vers l'EMS reste toujours plus fréquente pour les hommes, par rapport au nombre des patients du même sexe, soit à 65-74 ans ou à 75-84 ans et également après 85 ans ; en même temps, elle augmente proportionnellement avec l'âge.

Figure 7 – Placement en EMS et âge



Parmi les hommes retournant au domicile, les hommes mariés prédominent comme on le voit dans la figure suivante.

Figure 8 Retour à domicile et état civil



En ce qui concerne la relation entre le diagnostic et le placement dans EMS, c'est seulement pour les personnes âgées atteintes d'une démence d'Alzheimer qu'a été trouvée une différence significative entre le nombre de patients placés et non placés en EMS (Tableau 10).

Tableau 10 : Placement et Démence d'Alzheimer

| Placés dans EMS | sans Alzheimer | avec Alzheimer | Total |
|-----------------|----------------|----------------|-------|
| Non | 35 | 12 | 47 |
| | (74.47% de 47) | (25.33% de 47) | |
| Oui | 26 | 31 | 57 |
| | (45.61% de 57) | (54.39% de 57) | |

Pearson's chi2(1)= 8.8434, p<0.003

Le rôle prédictif de certains diagnostics psychiatriques, ainsi que d'autres facteurs, dans le placement en EMS a été vérifié dans des modèles de régression logistique en mode antérograde et rétrograde ; parmi les diagnostics psychiatriques, quatre ont été retenus dans le modèle, mais seulement la maladie d'Alzheimer a été associée à un risque significatif de 4.08 plus de placement en EMS (tableau 11). Il faut souligner que le modèle explique seulement 14.7% de la variabilité du placement en EMS.

Tableau 11 – Prédiction du placement en EMS et diagnostic psychiatrique

| Variabes | Odds ratio | Erreur Standard | p | Intervalle de confiance |
|------------------------|------------|-----------------|-------|-------------------------|
| Démence Alzheimer F00 | 4.082 | 2.102 | 0.006 | 1.487 – 11.204 |
| Démence vasculaire F01 | 6.561 | 7.615 | 0.105 | 0.674 - 63.825 |
| Episode dépressif F32 | 0.392 | 0.268 | 0.172 | 0.102 – 1.502 |
| Troubles anxieux F40 | 0.236 | 0.224 | 0.129 | 0.036 – 1.522 |

Probabilité : p<05 (significatif)

En introduisant d'autres variables dans le modèle de régression logistique, nous observons qu'en plus de la démence Alzheimer, l'âge et la durée de séjour, sont associés à un risque augmenté de placement en EMS ; avec chaque année de plus, à cette catégorie d'âge, ainsi qu'avec chaque jour d'hospitalisation de plus, le risque de placement en EMS augmente de manière significative (tableau 12). Le modèle proposé explique 45% de la variabilité de placement.

Tableau 12 : Prédiction du placement en EMS : l'âge, le sexe, l'état civil et la durée de séjour

| Variabes | Odds ratio | Erreur standard | p | Intervalle de confiance |
|------------------------|------------|-----------------|-------|-------------------------|
| Démence d'Alzheimer | 4.892 | 3.599 | 0.031 | 1.156 - 20.693 |
| Sexe | 1.382 | 1.023 | 0.661 | 0.324 - 5.896 |
| Age | 1.224 | 0.064 | 0.000 | 1.104 - 1.357 |
| Etat civil marié(e)s | 0.751 | 0.830 | 0.796 | 0.085 - 6.565 |
| Etat civil divorcé(e)s | 0.637 | 0.831 | 0.730 | 0.049 - 8.232 |
| Etat civil veuf(ve)s | 0.422 | 0.470 | 0.439 | 0.047 - 3.751 |
| Durée de séjour | 1.027 | 0.009 | 0.003 | 1.009 – 1.046 |

Par contre, les variables de la co-morbidité somatique, introduites dans un modèle similaire de régression logistique, n'ont prouvé aucun rôle prédictif significatif, sur le placement en EMS.

3.8 Le suivi ambulatoire

Après la sortie de l'HPAA, 30% des femmes et 20,1% des hommes de cet échantillon ont fréquenté l'Hôpital de jour; 14% des femmes et 11,7% des hommes ont été aidés par les Centres médico-sociaux, tandis que 11,4% des femmes et 14,7% des hommes ont été suivis par la Consultation générale du CCPPAA ; seulement 2,8% des femmes et 5,8% des hommes de cet échantillon ont fréquenté les Unités d'accueil temporaire (UAT).

Le besoin d'aide, selon les exigences exprimées par les patients, concerne dans 55,2% des cas le suivi médico- infirmier et la gestion des médicaments, dans 29,4% des cas l'exécution des tâches ménagères et le suivi de l'hygiène corporelle et dans 15,2% le soutien familial qui est surtout moral

3.9 Réhospitalisations

17 femmes (24.3%) et 5 hommes (14.7%) de cet échantillon ont été réhospitalisés à l'HPAA dans la première année qui a suivi leur sortie ; la durée de ce deuxième séjour a été plus courte (56.5 jours) que celle de la première hospitalisation. Dans la même période, selon les informations de l'HPAA, 17 femmes (24.3%) et 8 hommes (23.5%), ont été pris en charge par le Service psychogériatrique de liaison, étant, hospitalisés au CHUV pour des raisons somatiques; les pourcentages ont été calculés par rapport au nombre total des patients du même sexe.

4. Discussion

4.1 Aspects démographiques ; Motifs d'admission ; Diagnostics de L'HPAA ; Durée d'hospitalisation ; Destination à la sortie ; Suivi ambulatoire ; Réhospitalisations.

Notre étude a été faite sur un groupe aléatoire de 104 personnes âgées de plus de 65 ans, hospitalisées pour la première fois en psychiatrie, à l'Hôpital de psychiatrie de l'âge avancé de Prilly. Les renseignements ont été recueillis à partir des données administratives et médicales, d'où le caractère rétrospectif du travail avec ses limites (21). Un intérêt particulier a été porté sur le rôle prédictif de certains facteurs démographiques, diagnostiques et autres, sur la durée de séjour à l'hôpital, ainsi que, sur le placement en EMS.

Deux tiers des patients sont des femmes, constat semblable aux observations faites auparavant à l'HPAA (25) ; la prédominance féminine (surtout après 70 ans), peut être un reflet de la structure de la population de plus de 65 ans en Suisse, puisque, selon un rapport fédéral, 60% de la population âgée et 68% des vieillards sont des femmes (« Vieillir en Suisse » 3, 10). L'âge moyen des patients à l'admission est de 79,7 ans pour les femmes et 78,5 ans pour les hommes, des chiffres similaires avec ceux rapportés auparavant à l'HPAA (25).

A l'examen de l'état civil, les catégories veuf(ve)s et marié(e)s sont prédominantes ; dans la catégorie marié(e)s, deux tiers sont des hommes, tandis que dans la catégorie veuf(ve)s, la grande majorité sont des femmes. Il faut souligner que, la répartition selon l'état civil rappelle celle de la population de ces groupes d'âge en Suisse, où, selon un rapport fédéral, parmi les personnes mariées, on recense 57% d'hommes et 43% de femmes, tandis que sur 100 personnes veuves on compte 17 hommes et 83 femmes (3). Plus d'un quart des patients était déjà, lors de l'admission, sous curatelle ou tutelle. Il faut rappeler que la curatelle de soins est instituée pour une personne qui a besoin de traitement mais est incapable de discernement donc ne peut pas donner son consentement. La curatelle est une mesure juridique qui permet d'assister une personne dans l'exercice de ses droits ; elle est moins intrusive qu'une mesure de tutelle puisqu'elle ne conduit pas à la perte de l'exercice des droits civils (26).

L'admission d'office a été demandée dans trois quarts des cas : ce fait se retrouve dans l'ensemble des admissions faites à l'HPAA durant la période de recrutement de l'échantillon de premières hospitalisations (25).

La provenance des patients - dans deux tiers des cas de leur domicile- suggère une certaine autonomie ; la santé est perçue comme la condition sine qua non de l'autonomie (26); on parle de « santé fonctionnelle », pour celle qui s'avère nécessaire afin d'accomplir de manière indépendante les activités de base de la vie quotidienne. Elle est évaluée au moyen de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ ou ADL = activities of daily life)(26, 27). Un tiers des patients provient des autres hôpitaux et spécialement du CHUV ; il faut souligner l'apport du Service de psychiatrie de liaison qui a sensiblement amélioré, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, le tri des patients transférés du CHUV à l'HPAA. Ainsi, les patients transférés souffraient, pour 38% d'entre eux, de pathologies mentales organiques (pathologies démentiellees compliquées de troubles de l'humeur, du comportement, de manifestations délirantes ou confusionnelles), pour 36% de troubles de l'humeur, pour 10% de décompensations psychotiques et pour 10% de troubles anxieux et de l'adaptation (28). En ce qui concerne les patients venant des EMS pour des raisons à la fois psychiatriques et somatiques, il faut mentionner qu'après le traitement hospitalier d'une durée variable, ceux-ci retourneront dans l'établissement d'où ils proviennent.

Les trois premiers motifs d'hospitalisation (figure 1) sont l'état dépressif, la démence et la symptomatologie anxieuse, suivis par les troubles du comportement, l'agitation, les tentamens/menaces suicidaires, les troubles cognitifs, l'état confusionnel et les idées délirantes. Des observations similaires ont été faites auparavant à l'HPAA (25).

En effet, à l'admission, l'état dépressif occupe la première place, avec plus d'un tiers des patients, tandis que, selon les diagnostics à la sortie de l'HPAA, c'est la démence qui est en tête, touchant presque la moitié des personnes âgées de cet échantillon ; la discordance selon le test kappa, concerne 11 cas sur 104 patients, dont 8 patients avec trouble cognitif, 2 patients avec trouble de comportement et 1 patient avec trouble dépressif récurrent ; il est fort probable que, dans les motifs d'admission ces patients ont été inclus dans le groupe de « dépressions ».

Dans les diagnostics de l'hôpital, même lorsqu'on considère séparément l'incidence chez les femmes et chez les hommes, on trouve également la démence (F 00-F 03) toujours en tête, avec des proportions semblables chez les deux sexes suivis des troubles réactionnels et de l'adaptation (F43), des épisodes dépressifs (F32), des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2), des troubles cognitifs légers (F 06.7) et des troubles spécifiques de la personnalité (F 60). Nos observations montrent qu'en dépit d'une symptomatologie apparente dépressive, la moitié des patients de cet échantillon, dont 50% âgés de 80 ans ou plus, quoiqu'ils étaient hospitalisés

pour la première fois en psychiatrie, étaient porteurs d'une maladie mentale organique. La maladie d'Alzheimer, à elle seule, représentait presque la moitié des démences, un peu plus fréquente chez la femme, tandis que la démence vasculaire et celle associée à d'autres maladies étaient plus fréquentes chez l'homme (mais le nombre des cas n'est pas significatif). D'après un rapport fédéral, on évalue le nombre des démences dans la Confédération à 50'000, avec prépondérance de la maladie d'Alzheimer qui touche à elle seule 50% des déments. Lorsqu'elle est associée à une cause vasculaire cérébrale se rajoutent 25% supplémentaires; 20% ont des atteintes vasculaires pures et 5% regroupent un large éventail de lésions, notamment traumatiques, inflammatoires, tumorales ou toxiques (3). Comme montré dans la littérature, les manifestations comportementales ou cognitives des personnes âgées sont souvent d'origine fonctionnelle, notamment la dépression (20% de la population mondiale de plus de 80 ans), l'anxiété, la solitude et l'isolement, le suicide, les réactions psychotiques, les troubles du sommeil et l'alcoolisme (29- 33).

Cette discordance qui touche la Maladie d'Alzheimer et l'épisode dépressif peut reposer sur les faits suivants. En ce qui concerne la Maladie d'Alzheimer il n'y a pas fréquemment d'examen spécialisé en ambulatoire, comme par exemple dans une Consultation mémoire. Pour l'épisode dépressif, il reste toujours difficile d'identifier les symptômes d'une dépression récurrente ; d'autre part, on ignore souvent la présence de symptômes chroniques, décrite chez le sujet âgé, qui en l'absence d'une dépression majeure, peut expliquer la relative sur représentation de la pathologie dépressive parmi les motifs d'hospitalisation à l'HPAA. L'écart entre les motifs d'hospitalisation annoncés par les médecins traitants et les diagnostics à la sortie de l' HPAA s'explique, non seulement par le fait que le patient hospitalisé est mieux observé, correctement diagnostiqué et mieux traité qu'en ambulatoire, mais surtout par le fait que la dépression accompagne fréquemment le trouble cognitif et l'erreur de diagnostic est facilité.

Assorties dans plusieurs groupes, les durées de séjour des patients de cet échantillon forment deux pics, c'est-à-dire, entre 31 et 60 jours et respectivement entre 61 et 90 jours ; ensemble, les pourcentages de ces deux pics représentent 50% des femmes et 52% des hommes de cet échantillon.

Cette durée est longue par rapport à celle rencontrée en psychiatrie adulte où la durée de séjour est autour d'un mois : 29,1 jours à l'Hôpital de Prangins, 30,3 jour à l'Hôpital Bellevue, 34 jours à l'Hôpital de Nant (Montreux). Mais, à l'Hôpital psychogériatrique de Gimel, la durée moyenne de séjour est de 142,6 jours (34). Nous faisons l'hypothèse que le traitement de la poly pathologie psychiatrique et somatique des personnes âgées et surtout le travail pour la

prévention de la dépendance peuvent expliquer au moins en partie ces longues hospitalisations.

Moins de la moitié des patients de cet échantillon retournent à leur domicile tandis qu'une moitié des cas vont en EMS ; un vingtième des patients est dirigé vers d'autres hôpitaux (figure 4). Ces proportions sont un peu différentes de celles rapportées par Demeulenaere et Gaillard pour l'année 1996 à l'HPG, à savoir, 36,6% pour le domicile, 40,4% pour l'EMS et 13,6% pour les patients transférés vers d'autres hôpitaux, mais la cohorte des patients était aussi différente prenant en compte les ré hospitalisations (25). Dans notre étude, et pour les groupes d'âge 65-69 ans et surtout 70-74 ans, les pourcentages des patients qui retournent à domicile à la sortie de l'HPAA sont prépondérants par rapport à ceux qui vont en EMS ; mais, pour les groupes d'âge 85 à 89 ans et surtout pour les plus de 90 ans, les pourcentages de patients dont la destination est le domicile sont significativement diminués; on voit ainsi dans cet échantillon que la destination vers le domicile a une tendance à décroître surtout à partir de 80 ans. Après cet âge, les atteintes somatiques et psychiques contribuent à limiter la capacité d'entreprendre les activités complexes de la vie quotidienne, à savoir, cuisine, ménage, achats, entretien personnel, etc. (38, 44- 50). Ainsi, après 85 ans, 23% des hommes et 31% des femmes ont des troubles de l'orientation selon les études de Berne et Bâle (3) ; la proportion des sujets atteints de démences passe de 3% entre 65 et 69 ans à plus de 20% après 80 ans ; une personne sur trois a des problèmes qui troublent le bien-être moral et une sur six est dépressive (3).

D'autre part, il est intéressant de voir dans cet échantillon, que l'état civil a une influence significative sur la destination des hommes à la sortie de l'HPAA : cinq fois plus d'hommes mariés, retournent à leur domicile, tandis que 5 fois plus d'hommes veufs et célibataires vont en EMS. Par rapport au nombre total des personnes du même sexe, la destination vers le domicile est plus élevée pour les hommes mariés que pour les femmes mariées, tandis que pour la catégorie veuf(ve)s, célibataire(s) et divorcé(s), les femmes qui choisissent le domicile à leur sortie de l'HPAA sont prépondérantes. En ce qui concerne le pourcentage de femmes qui, à leur sortie de l'HPAA, retournent vers leur domicile, il faut souligner qu'il est d'une manière significative et à tous les groupes d'âge, plus élevé que celui des hommes, grâce, en partie, à leur propension plus marquée que chez les hommes à vivre seuls (respectivement 41% d'entre elles et 16% d'entre eux en 1990 (3, 25)). D'après un rapport fédéral, " une personne âgée sur trois vivants en ménage privé, vit seule". Dans huit cas sur dix, il s'agit d'une femme. Parmi les vieillards (80 ans et plus) vivant dans un ménage privé, la moitié habite seule ; huit fois sur dix, il s'agit d'une femme » (3). Le pourcentage d'hommes qui vont en EMS est significativement plus élevé que celui des femmes et augmente progressivement dans les groupes d'âge 65 à 74

ans, 75 à 84 ans et après 85 ans.

Ce domaine est actuellement en pleine mutation, principalement en raison de la prise de conscience et de la volonté des autorités cantonales de mieux intégrer l'aide à domicile dans le dispositif socio- sanitaire local. C'est ainsi que plusieurs cantons ont défini une politique cantonale de la vieillesse ou se sont dotés d'une loi cantonale sur l'aide à domicile (10, 19, 36). Un sondage réalisé en ville de Zurich a montré que, selon les quartiers, de 9,5% à 27% des personnes âgées de plus de 80 ans, qui vivaient de manière autonome, avaient recours à des services d'aides ambulatoires (36). Ces pourcentages ont été confirmés par des enquêtes menées dans 25 communes du canton de Berne et 7 communes du canton de St Gall, mais avec des fluctuations par rapport au groupe d'âge considéré : moins de 64 ans (0,2%-1,3%), entre 65 et 79 ans (2%-11%) et pour les personnes de plus de 80 ans (11%-40%) (34- 36).

Le suivi psychiatrique ambulatoire des patients - par l'Hôpital de jour (HJ) et par la Polyclinique universitaire de psycho gériatrie (PUP) -, souligne que l'objectif principal de ces deux services est de fournir les traitements favorisant le maintien à domicile ; la personne âgée souffrant de troubles psychiques et/ou somatiques peut bénéficier de consultations en psycho gériatrie et de traitements spécialisés (37- 39). Dans l'échantillon étudié ici, 30% des femmes et 20% des hommes ont bénéficié des services de l'Hôpital de jour de psycho gériatrie. L'Hôpital de jour est constitué d'une équipe multidisciplinaire hautement qualifiée.

Les besoins d'aide à domicile sont représentés dans notre échantillon par le suivi médico-infirmier et la gestion des médicaments pour 55% des patients ; les tâches ménagères et l'aide à l'hygiène corporelle concernent 30%, tandis que l'aide familiale 15% des demandes formulées par les patients. Le fait que plus de la moitié des besoins touchent le suivi médico-infirmier est expliqué par la polypathologie, à la fois psychiatrique et somatique, dont souffrent les patients de cet échantillon (25) ; il est donc compréhensible que la priorité soit donnée aux soins médicaux et infirmiers afin de maintenir ou rétablir la santé et, indirectement, l'indépendance. Il faut préciser que l'activité de l'infirmière à domicile est limitée aux prestations médicales et/ou aux soins de base pour maintenir ou recouvrer la santé du patient ; les activités ménagères telles que la cuisine, le nettoyage et la lessive, font partie de l'aide au ménage déployée par les CMS : 30% des besoins des patients de cet échantillon concernent l'aide au ménage et l'hygiène corporelle. En ce qui concerne l'aide familiale, qui représente ici 15% des besoins, il faut rappeler le rôle important joué par la famille dans la prise en charge du patient âgé, comme décrit dans la littérature (37). En Suisse, selon un rapport fédéral, le réseau d'entraide familial

est constitué essentiellement de la famille « nucléaire », tandis que le recours à un parent autre que le conjoint et l'enfant n'est guère considéré que par les célibataires et les divorcés (3, 37).

Un quart des femmes et un sixième des hommes de cet échantillon de premiers séjours ont été réadmis dans l'année suivant leur sortie. Toutefois, la durée de séjour a été de manière significative plus courte que celle de la première hospitalisation; ceci laisse penser que, lors des ré hospitalisations, moins de temps et d'efforts ont été nécessaires pour le traitement, comparé à la première hospitalisation, tout en suggérant une évolution favorable comme résultat de ce travail multidisciplinaire. La connaissance du patient, de son fonctionnement et de son réseau, pourrait faciliter aussi la tâche de l'équipe soignante. Une fois que la problématique est bien connue et l'approche thérapeutique bien définie, cela va plus vite ; à l'inverse, cela souligne la durée nécessaire à l'investigation pour des poly pathologies complexes.

4.2 Facteurs influençant la durée du séjour

Dans notre travail, des modèles de régression linéaire ont été utilisés pour contrôler la valeur prédictive sur la durée de séjour des différentes variables comme, le placement en EMS, le sexe, l'âge et l'état civil de la personne âgée, les diagnostics psychiatriques et somatiques etc. ; une corrélation statistiquement significative dans cette direction a été montrée pour le placement en EMS ; les états civils marié, divorcé et veuf sont corrélés avec des séjours à l'hôpital beaucoup plus courts que ceux des célibataires ; enfin, certains diagnostics psychiatriques ont prolongé significativement la durée de l'hospitalisation.

4.3 Prédiction de la durée de séjour selon le placement en EMS: les patients qui devaient être placés en EMS ont été hospitalisés 70.8 jours de plus que les autres.

Pourquoi ? Plusieurs raisons peuvent être invoquées : la dépendance qui surcharge la famille ou tout simplement, l'attente d'une place libre en EMS : 46 jours pour un établissement psychogériatrique ouvert ou fermé et 69 jours pour les placements en structures de long séjour gériatrique (41, 42, 43) ; dans cet échantillon, les patients ayant séjournés plus de 90 jours sont ceux placés en EMS. Ceci est en accord avec des observations antérieures : Demeulenaere et Gaillard ont montré que les patients placés en EMS font les plus longs séjours (25). Une autre hypothèse peut aussi être évoquée : les structures de longs séjours se montrent hésitantes à prendre des pensionnaires difficiles à gérer et mal financés sur le plan des soins psychiatriques

peu pris en compte par les échelles d'évaluation de la charge de travail centrées principalement sur les affections somatiques.

4.4 Durée de séjour et âge

L'âge n'influence pas de façon significative la durée de séjour ; la poly pathologie psychiatrique et somatique ainsi que le risque d'incapacité augmentent avec l'âge (7), conduisant de façon significative au placement en EMS (44- 46), mais n'augmentant pas durée d'hospitalisation, comme on peut voir dans le modèle de régression uni varié (table 7).

La littérature sur ce sujet est partagée. Par exemple, aux Etats Unis en 1998, dans une cohorte de plus de 3000 sorties de patients souffrant d'affections neurologiques et ayant le même diagnostic, la durée moyenne de séjour de ceux âgés de 80 à 89 ans et de plus de 90 ans, a diminué de manière significative en comparaison avec des autres tranches d'âges ($p < 0.05$) ; mais, dans d'autres groupes de diagnostics, la diminution de la durée de séjour inversement proportionnelle à l'âge était seulement modérée, mais pas significative (47). Par contre, sur plus de 600.000 sorties des hôpitaux non fédéraux du Massachusetts dans les années 1992-1993, la durée moyenne de séjour a été plus longue pour les groupes d'âge 80-89, 90-99 et plus de 100 ans; pourtant, le coût par séjour a diminué inversement avec l'âge (48) suggérant la possibilité d'un rationnement ; c'est à dire, que une personne avec démence apparaîtrait moins susceptible d'avoir accès à la santé et aux soins sociaux au fur et à mesure que l'âge avance (49). Mais, on doit admettre aussi que les progrès de la thérapie d'une part et le coté « peu confortable » de toute hospitalisation d'autre part, ont conduit à plus de traitements ambulatoires et à des courtes hospitalisations. Ainsi, faute de place à l'hôpital, des patients âgés ont pu être traités exclusivement à la maison et ont pu même renoncer à l'hospitalisation (50- 53). Il faut rappeler aussi, qu'avec les avancées scientifiques et technologiques, une compression de la morbidité à l'âge avancé (54) et un déclin de l'incapacité (51) sont déjà perçus ; avec les progrès, cela va encore s'améliorer dans les années à venir.

4.5 L'état civil et la prédiction de la durée de séjour: une personne mariée et/ou une personne divorcée ou veuve, séjournent moins qu'une personne célibataire

Ces résultats ont été obtenus en introduisant les variables de l'état civil dans des modèles de régression linéaire multiple afin d'étudier leur influence sur la durée de séjour (table 6) ; des résultats similaires ont été obtenus dans le modèle de régression univarié (table 7). Selon un

rapport fédéral, deux structures de ménages privés prédominent en Suisse, à savoir, le ménage en couple (47%) et à une personne seule (36%) ; ils sont suivis par le ménage en couple avec un enfant (8%), et une personne âgée avec un enfant (4%) ; les autres structures de ménage représentent 5% (3). Dans les couples, le conjoint est perçu, sauf exception, comme quelqu'un qui prend soin de l'autre. Les enfants sont également perçus comme une ressource importante en cas de besoin (52, 53). On comprend pourquoi les personnes âgées mariées, récupèrent plus vite et rentrent à la maison, là où elles se sentent en sécurité. On a rapporté qu'une proportion de plus de 4 personnes âgées non mariées sur 10, sans descendance, est amenée à vivre en institution et que plus de 50% des personnes âgées célibataires, femmes et hommes confondus, s'estiment dépourvus de tout « potentiel d'aide » (3). On a écrit aussi que les personnes divorcées de longue date tendent à développer « des comportements anticipatoires, en constituant un réseau d'entraide propre » (3). Selon une étude des années 1980 en Suisse, dans le groupe d'âge 65 à 79 ans, 12% des personnes âgées divorcées et 20% des célibataires, résidaient en ménage collectif : la raison pour laquelle dans notre échantillon les personnes divorcées récupèrent plus vite et rentrent plutôt à la maison est difficilement explicable ; pourtant, c'est statistiquement prouvé.

4.6 Certains diagnostics psychiatriques jouent un rôle dans la prédiction de la durée de l'hospitalisation : « Troubles de la personnalité et du comportement F 60-69 » et « Trouble dépressif récurrent F 33 » sont associés, respectivement, à des séjours augmentés de manière significative.

On a rapporté que la dépression chez les personnes âgées peut être sévère, à cause du pourcentage élevé de démences associées (14.8%) et à cause de la co-morbidité somatique contribuant à un taux élevé de décès (33.3%). La sévérité de la maladie explique peut-être la raison de la durée de séjour prolongée (43) ; la rémission arrive généralement après 25 semaines chez 24% des personnes âgées et 42.8% des adultes (54). Il est intéressant de constater que la maladie d'Alzheimer est un facteur prédictif indépendant du placement en EMS, en augmentant de 4 fois ce risque, tandis qu'elle ne prolonge pas, de manière significative, la durée de séjour à l'hôpital psychiatrique ; par contre, le « Trouble de la personnalité et du comportement F60-69 » ainsi que « le Trouble dépressif récurrent F33 », qui augmentent la durée d'hospitalisation, n'augmentent pas significativement le risque du placement en EMS. Le « Trouble de la personnalité » induit aussi des longs séjours à l'hôpital chez l'adulte, surtout chez les jeunes (54), tandis que pour le « Trouble dépressif récurrent », selon une récente étude en Suisse, les taux d'hospitalisation les plus élevés appartiennent à la tranche d'âge 45- 64 (55).

Le placement en institution est avant tout lié au déclin des fonctions nécessaires aux activités quotidiennes, c'est à dire, à l'incapacité. La personne âgée avec incapacité (disability), pour être considérée comme telle, doit avoir au moins un handicap dans les activités de la vie quotidienne (activity of daily living, ADL or instrumental activity of daily living, IADL) qui aurait duré ou pourrait avoir duré au moins 90 jours (55). Dans une cohorte de plus de 3000 personnes âgées, habitant l'ouest de Sydney, l'incidence d'admission en institution, dans les années 1999, a été de 5% ; en utilisant un modèle de régression multivarié (Cox), plusieurs facteurs prédictifs ont été trouvés significativement liés au risque de placement : âge, santé réduite, incapacité de marcher, être fumeur(euse). Les auteurs ont délibérément exclu de l'étude, les déficits cognitifs, qui sont d'ailleurs les facteurs prédictifs les plus fréquents du placement, afin d'étudier le rôle des facteurs non cognitifs (56). D'autres ont rapporté que l'apparition chez une personne âgée de comportements et de symptômes psychologiques appartenant à la démence (behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD), comme la déambulation, l'agitation, des habitudes sexuelles inappropriées, ainsi que, la dépression, l'anxiété, des hallucinations, représentent un facteur de prédiction et de risque majeur pour le placement en institution. Ces phénomènes sont associés aussi à un pronostic mauvais et une progression plus rapide de la maladie (57). Ainsi, sur plus de 200 personnes âgées avec ou sans démence vivant à domicile grâce à l'aide de leurs familles, on a étudié les facteurs prédictifs d'un placement en institution une année plus tard. On a trouvé que les déficits cognitifs, selon le « mini mental state examination » (MMSE), les difficultés rencontrées par les soignants informels en relation avec l'infirmité des patients âgés, les problèmes de comportement (behavioural problem score) et la bonne volonté (willingness) des soignants informels de poursuivre leur travail, sont les facteurs prédictifs du placement (58). D'autres, en étudiant un groupe de 100 personnes âgées habitant leur domicile avec un soignant, ont trouvé les facteurs suivants prédictifs du placement : l'activité excessive pendant la nuit, l'immobilité, les difficultés à marcher, l'incontinence, l'habitude du soignant de s'absenter pour plus de 16 h par semaine, la personne soignante étant une femme (59). Dans un autre article, sur 100 patients âgés, les mauvais résultats au test MMSE et un indice Barthel-ADL déficitaire ont représenté des facteurs prédictifs indépendants pour l'institutionnalisation, mais aussi, pour le coût des soins (49). Enfin, en mettant ensemble les données de 78 articles publiés entre 1985 et 1998, on a trouvé, parmi d'autres, les facteurs prédictifs suivants de l'institutionnalisation: les résultats médiocres au test ADL, la sévérité de la maladie et l'utilisation antérieure de l'hôpital (60).

4.7 Facteurs influençant le placement en EMS

Dans notre échantillon, en introduisant dans des modèles de régression logistique différents variables (diagnostic psychiatrique et somatique, l'âge, le sexe, la durée de séjour), le risque d'être placé en EMS a été contrôlé ; de tous les diagnostics psychiatriques, seuls quatre ont été retenus, à savoir, la démence type Alzheimer F00, la démence vasculaire F01, l'épisode dépressif F32 et le trouble anxio-phobique F40 ; parmi ceux-ci, seule la démence Alzheimer est associée significativement au placement ; le diagnostic de Démence d'Alzheimer est un facteur prédictif significatif du placement en EMS puisqu'il augmente de 4.08 fois cette probabilité. Au contraire, la présence d'affections somatiques chroniques n'aurait pas d'impact sur le placement en EMS.

L'âge et la durée de séjour ont une importance significative dans la prédiction du placement en EMS : avec chaque année en plus, le risque d'être placé en institution augmente de 22% ; chaque jour d'hospitalisation en plus, accroît de 2.7% le risque de placement, selon un modèle de régression logistique ajusté pour contrôler ces variables ; ce modèle explique 45% de la variabilité du placement.

Par rapport à l'âge, sur une population déjà mentionnée (56), les chercheurs ont trouvé une différence significative entre l'incidence de placement à 60-64 ans, qui était de 1.1% et celles à 85 ans et plus, respectivement, de 34.9%. Il a été observé que l'incidence de placement en institution doublait chaque 5 ans; en utilisant un modèle multivarié, pour prévoir l'admission en institution, ces auteurs ont trouvé que la probabilité d'être placé, augmentait de 13% par année. L'association significative entre âge et institutionnalisation, a été confirmée aussi par d'autres rapports soulignant que le risque du placement était augmenté en vieillissant ; certains trouvent que, pour les femmes, ce risque est diminué d'approximatif 10%, et donc retardé (49). On a suggéré aussi qu'en relation avec l'âge, l'acuité visuelle, qui est diminuée chez les personnes âgées, peut être un marqueur ou un facteur de prédiction indépendant, pour l'admission dans une maison de retraite (61- 63).

Les durées d'hospitalisation prolongées s'associent souvent avec le placement en EMS, ainsi comme observé auparavant : « ce sont les personnes faisant les plus grands séjours qui sont dirigés vers l'EMS » (25).

A l'âge avancé, défini comme l'âge de 65 ans et plus, les gens peuvent avoir des maladies et des invalidités (64) qui sont des raisons potentielles d'une admission en hôpital, même à répétition (65), mais aussi, des facteurs importants pour instaurer la dépendance. Le patient âgé, hospitalisé pour une affection aiguë, présente souvent une multitude de symptômes combinés, d'origine à la fois psychiatrique et somatique, qui nécessitent un traitement multidisciplinaire. Une assistance médicale inadéquate peut avoir des conséquences négatives sur la durée du traitement (longue durée) et sur l'autonomie (perte de l'autonomie) (64- 66). Généralement, le patient désire prolonger son séjour à l'hôpital, au-delà du moment de disparition de ses symptômes aigus pour lesquels il a été hospitalisé, afin de traiter tous ses autres symptômes ; on parle de « soins subaigus » (subacute care) qui sont partagés entre hôpital (soins médicaux) et réhabilitation (soins des établissements de long séjour) (66). On a rapporté aussi le risque, qu'une fois admis dans l'hôpital, les personnes âgées peuvent perdre peu à peu leurs compétences fonctionnelles, physiques et mentales et entrer finalement dans une institution de long séjour (67- 70). Les hôpitaux visant des durées de séjour courtes ont besoin d'un tournus assez rapide des patients pour être fonctionnels, ceci d'autant plus que, par endroit, le nombre de lits pour traitement aigu est en diminution, tandis que celui pour l'hébergement de résidents âgés est en augmentation ; c'est ainsi qu'il y a un intérêt majeur à « débloquer » les lits occupés par les patients âgés, en les dirigeant vers les longs séjours, ceci, en accord avec les familles qui ne peuvent plus assurer à la maison des soins pour leur proches devenus dépendants (68).

4.8 Est-ce que les diagnostics somatiques augmentent le risque de placement ?

Certaines maladies chroniques (69), neurologiques, cardiaques et respiratoires, le diabète, la dépression et les affections locomotrices, un indice de masse corporelle élevé, qui ne sont pas des facteurs de risque pour le placement, en facilitant l'instauration de l'incapacité de la personne âgée, favorisent le placement; on a montré que, la présence de plus d'une maladie chronique est un facteur prédictif pour l'incapacité; ce risque est plus grand si la personne présente plusieurs maladies chroniques (70, 71, 72).

5. Conclusion

Le but de cette étude était de décrire une population hospitalisée pour la première fois après 65 ans en psychiatrie afin de mieux connaître cette clientèle et d'examiner les éventuels facteurs pouvant prédire la durée de séjour et son issue.

Notre travail montre que l'échantillon pris en considération est proche dans ses caractéristiques démographiques de la population générale du même âge. La provenance des patients - en majorité de leur domicile - et l'admission faite le plus souvent d'office démontre une situation de crise à domicile qui détermine la décision d'hospitalisation. L'écart entre le diagnostic annoncé dans le certificat d'admission et le diagnostic posé à l'hôpital laisse suspecter que la pathologie démentielle est sous-diagnostiquée. Il faut toutefois relever que le fait de poser un diagnostic précis est compliqué en raison de la polyopathie psychiatrique et de la co-morbidité somatique importante et devrait encourager à consulter un spécialiste du domaine de la psychiatrie de la personne âgée.

L'hypothèse que la pathologie psychiatrique des personnes âgées hospitalisées pour la première fois à l'âge avancé serait surtout liée à des troubles organiques cérébraux intriqués avec une co-morbidité psychiatrique et somatique est vérifiée dans la moitié des cas. Ces caractéristiques permettent de penser qu'il est souhaitable d'apporter plus de savoir et d'aide dans le réseau pour anticiper la crise qui met la personne âgée et son entourage soignant ou aidant en difficulté, évitant ainsi une hospitalisation qui reste relativement longue.

La recherche de facteur prédictif sur la durée d'hospitalisation montre que l'intérêt doit être à l'avenir porté sur certains diagnostics, notamment les troubles de la personnalité ainsi que l'état dépressif récurrent qui entraînent de longues hospitalisations. Le fait de vivre seul à domicile semble aussi jouer un rôle important sur la durée du séjour puisque les personnes ayant un partenaire restent beaucoup moins longtemps à l'hôpital. Les patients qui à terme vont être placés en EMS séjournent beaucoup plus longtemps à l'hôpital et nous posent une double question. Est-ce que cette longue durée est liée à la difficulté à stabiliser l'état de santé ou bien est-ce que les structures d'hébergement médico-social hésitent à accueillir une population difficile, dans une situation de réseau où la demande dépasse l'offre en lits. Dans tous les cas, les troubles organiques cérébraux sont présents et le risque de placement en institution est augmenté. En dessous de 80 ans, le retour à domicile prédomine principalement dans la population féminine : ceci est possible grâce à l'aide des structures de soins à domicile et des structures psychiatriques intermédiaires et ambulatoires.

L'espérance de vie s'améliorant en continu, la proportion des personnes âgées ainsi que le risque des maladies liées à l'âge avancé et très avancé augmente aussi ; tout ceci va obliger un transfert de ressources et de savoir de plus en plus important dans le réseau, pour anticiper la crise et tenter d'éviter l'hospitalisation.

6. Bibliographie

1. Grundy E, Bowling A. Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and a very poor quality of life. *Aging & Mental Health* 1999; 3: 199-212.
2. Tueth MJ, Zuberi Ph. Life-Threatening Psychiatric Emergencies in the Elderly: Overview. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1999; 12: 60-66.
3. Office Central Fédéral des Imprimés et du Matériel. Rapport de la Commission Fédérale : Vieillir en Suisse. Berne, 1995 ; 71- 109, 193- 247, 253- 264.
4. Jeste DV, Alexopoulos GS et al. Consensus Statement on the Upcoming Crisis in Geriatric Mental Health. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 848-853.
5. Pachana NA, Byrne, GJA et al. Development and Validation of Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics* 2007; 19 : 103- 114.
6. Levasseur M. Des problèmes prioritaires, « collection » : La santé des Québécois. Québec, 1983 ; 103-113.
7. Grünberg EM. The Failures of success. *Milbank, Mem.Fund. Health Soc.* 1977; 55: 3-24.
8. Fries JF. Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *N. Engl. J. Med.* 1980; 303: 130-135.
9. Manton KG, Corder LS, Stallard E. Estimates of Changing in Chronic Disability and Institutional Incidence and Prevalence Rates in the U.S. Elderly Population From the 1982, 1984, and 1989 National Long Care Survey. *Journal of Gerontology* 1993; 48: S 153- S 166 .
10. Lalive d'Épinay Chr, Maystre C, et al. Un bilan de santé de la population âgée : comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994). *Cahiers médico-sociaux* 1997 ; 41 : 109-131.
11. Singy P, Schaffter M. Développement du partenariat au sein d'un réseau de soins : regards croisés. *Médecine et Hygiène* 2003 ; 61 : 310-312.
12. Wertheimer J. La psychiatrie gériatrique en Europe : présent et avenir. *Cahiers Psychiatriques* 1998 ; 25 : 17-23.
13. Salvi F, Morichi V et al. The elderly in the emergency department : a critical review of problems and solutions 2007 ; <http://www.springerlink.com/content/b1n777650g144764/>
14. Landefeld, CS., Palmer RM, et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit Specially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Eng J Med* 1995; 332: 1338-1344.
15. Rapport annuel de 2006-2007 sur l'application de la loi canadienne sur la santé. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-1cs/2006-cha-1cs-ar-ra/mb_f.html.

16. Weiss W, Spuhler Th, et al. Enquête auprès de la population:
«La santé et la promotion de la santé » in Etude intercantonale sur les indicateurs de la santé (IGIP-PROMES). Rapport, Institut Suisse de la Santé Publique et des Hôpitaux, Berne- Lausanne, 1990; pp 67-123.
17. Blozik E, Meyer K et al. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Februar 2007 Neuchâtel.
18. Camus V, Gaillard M, Psychiatrie de la personne âgée : Quel enjeu pour demain ? GRAAP 2000 ; 10 (mars).
19. Stuck A. (président de la sous-commission qui a élaboré les directives) : Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance. Directives médico- éthiques et recommandations de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Bulletin des médecins suisses 2003 ; 84: 1292-1302.
20. Stähelin, H. (président de la sous-commission de l'ASSM qui a élaboré les directives) Traitement et prise en charge des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée. *Bulletin des Méd. Suisses*, 2004, 85, 55-60.
21. Choi Sunha, Rozarion, Ph. et al. Elders with first psychiatric hospitalization for depression. *Int. J Geriatr Psychiatry* 2009, 24, 33-40.
23. Finney, D.J., *Statistical Method in Biological Assay*. Griffin & Company LTD, London and High Wycombe. 1978, pp.99-101.
24. Hosmer, DW., Lemeshow, S., *Applied Logistic Regression*. Vol.I, New-York : A Willey-Interscience Publication, 1989.
25. Demeulenaere S, et Gaillard M. L'Hôpital Psycho gériatrique partenaire du réseau sanitaire. *Revue Méd.de la Suisse Romande* 1997 ; 117 : 891-899.
26. Fuchs E, Lalive d'Epinay Chr, Scherer K, Stettler M. La Notion d'autonomie : une re- formulation interdisciplinaire. *Cahiers médico-sociaux* 1997 ; 41: 161-180.
27. Lindenberger U, Lövdén M, al. Psychological Principles of Successful Aging Technologies : A Critical Review. *Gerontology* 2008 ;
<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstract&ArtikelN...>
28. Camus V, De-Mendonça Lima CA, et Simeone I. La consultation-liaison de psycho gériatrie au CHUV. *Revue Méd de la Suisse Romande* 1995 ; 115 : 75-78.
29. Gildengers, A.G., Whyte, E.M., et al. Medical Burden in Late-Life Bipolar and Major Depressive Disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16:194-200.
30. Cairney, Corna, L.M., et al. Comorbid Depression and Anxiety in Later Life: Patterns of Association, Subjective Well-being, and Impairment. *Am J Geriatr* 2008; 16:201-208.
31. Kennedy, G.J. Bipolar Disorder in Late Life: Depression. *Primary Psychiatry* 2008; 15:30-34.

32. Auslander LA, Lindamer LL. Et al. A comparison of community-dwelling older schizophrenia patients by residential status. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 380-386.
33. Stek, M.L., Vinkers, D.J., et al., Is Depression in Old Age Fatal Only When People Feel Lonely? *Am J Psychiatry* 2005; 162: 178-180.
34. Commission Cantonale De Coordination Psychiatrique ed. Rapport 2006 Institutions Psychiatriques du Canton de Vaud. Impressum Septembre 2007.
35. De Mendonça Lima C.A, Bertolote J.M, Kühne N. Assurance qualité à l'hôpital de jour de psychogériatrie de Lausanne : évaluation de quinze mois de procédures d'admission. *Revue médicale de la Suisse Romande* 1997 ; 117 : 849-854.
36. Latzel G. La dépendance de soins, les prestations de soins et d'assistance. *Sécurité sociale* 1997 ; 5 : 250-255.
37. Vannotti M, et Célis-Gennart M, eds. Malades et familles. Genève, Editions Médecine et Hygiène, 1997; pp 1-20.
38. Hock C, Wettstein A, et al. Diagnostic et thérapie des troubles du comportement dans les cas de démence. *Praxis* 2001; 90: 1-7.
39. Prigerson, HG, Costs to society of family care giving for patients with end-stage Alzheimer disease. *N Engl J Med* 2003 ; 349: 1936-42.
40. Maust, D.T., Blass, D.M. et al. Treatment decisions regarding hospitalisation and surgery for nursing home residents with advanced dementia :the CareAD Study. *International Psychogeriatrics* 2008;20 :406- 418.
41. Gonthier R, Belmin J. Un système de santé moderne peut-il encore se passer d'unités de médecine gériatrique aiguë ? *La Revue de Gér.* 1997 ; 22 : 501-503.
42. Lang, P-O., Heitz, D., et al. Early Markers of Prolonged Hospital Stays in Older People: A Prospective, Multicenter Study of 908 Inpatients in French Acute Hospitals 2006;54:1031-1039.
43. Conforti, D.H., Basic, D., Rowland, J.T., Emergency department admissions, older people, functional decline, and length of stay in hospital. *Australian Journal of Ageing* 2004; 23:1741-1766.
44. Keebler, J., Duder, S., Lechman, C., Predicting Length of Stay in an Acute Care Hospital: The Role of Psychosocial Problems. *Social Work in Health Care. The Journal of Health Care Social Work* 2001; 33: 1-16.
45. Bjorngaard, J.H., Grawe, R.W., Ruud, T., In-Patient vs Out-Patient User Evaluation of Mental Health Professionals. Inclusion and Mental Health in the New Europe, Sixth International Conference, 3rd-5th September 2004, London. Abstract Book, pg.1 ; <http://www.enmesh2004.org/>

46. Vetel, J.M., Quel avenir pour le long séjour? *La Revue de Gériatr Soc* 1999 ; 47 : 904-907.
47. Reed, S.D., Blough, D.K. et al. Inpatients costs, length of stay and mortality for cerebrovascular events in community hospitals. *Neurology* 2001; 57: 305-314.
48. Perls, T.T., and Wood, E. R., Acute care costs of the oldest old: They cost less, their care intensity is less and they go to non teaching hospitals. *Arch Intern Med* 1996;156: 754-760.
49. Wolstenholme, J.L., Fenn, P. et al., Estimating the relationship between disease progression and cost of care in dementia. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 36-42.
50. Richman, A., Wilson, K. An outreach support team for older people with mental illness – crisis intervention. *Psychiatric Bulletin* 2003; 27: 348-351.
51. Cutler, D.M., The reduction in disability among the elderly. *PNAS* 2001; 98 : 6546-6547.
52. Arbuz, G., Maintien à domicile ou vie en institution ? *Gérontologie* 2004 ; 3: 26-29.
53. D'Epina, L. Chr., Bickel, J-Fr. Vieillesse au fil du temps. Lausanne, Ed.Réalités sociales, 2000, pp 171-231.
54. Morissette, L., Parisien, M., Contribution de l'hôpital au traitement du patient borderline. *Santé mentale au Québec* 1996; 22: 30-42.
55. OFS. Statistique médicale des hopitaux 2005. Taux d'hospitalisation dans les cliniques psychiatriques pour épisodes dépressifs et troubles dépressifs récurrents. (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotehek/erhebungenquellen/blank/blank/mkh/01.html>)
56. Wang, J.J., Mitchell, P. et al. Incidence of nursing home placement in a defined community. *Med J Aust* 2001; 174: 271-275.
57. Lawlor, B., Managing behavioural and Psychological Symptoms in Dementia. *The British Journal of Psychiatry* 2002;181: 463- 465.
58. Philp, I., McKee, K.J. et al. Institutionalization risk amongst people with dementia supported by family carer in a Scottish city. *Aging & Mental Health* 1997;1: 339- 345.
59. Hope, T., Keene, J. et al. Predictors of institutionalisation for people with dementia living at home with carer. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1998;13: 682- 690.
60. Astell, A.J., Clark, S.A., Hartley, N.T. Predictors of discharge destination for 234 patients admitted to a combined geriatric medicine/old age psychiatry unit 2008; <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract>.
61. Letenneur, I., Launer, L.J. et al., Education and the risk for Alzheimer disease: sex makes a difference; EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 1064- 1071.
62. Banerjee, S., Murray, J., et al. Predictors of institutionalisation in people with dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1315 -1316.

63. Mitchell, P., Hayes, P., Wang, JJ., Visual impairment in nursing home residents: the Blue Mountains Eye Study. *Med J Aus* 1997; 166: 73-75.
64. Jolley, D., Kosky, N., and Holloway, F., Older people with long-standing mental illness: the graduates. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10: 27-34.
65. Rolland, M., Dusheiko, M., et al. Follow up of people aged 65 and over with a history of emergency admissions: analysis of routine admission data. *BMJ* 2005; 330: 289-295.
66. U.S. Department of Health and Human Services, Sub acute Care: Review of the Literature; report under contract between the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy and Lewin-VHI, Inc., December 1994 <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/scltrves.htm>.
67. Lang, P-O., Heitz, D., et al., Early Markers of Prolonged Hospital Stays in Older People: A Prospective, Multicenter Study of 998 Inpatients in French Acute Hospitals. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1031- 1039.
68. Andrews, K., Building the Links between Acute, Subacute and Aged-Care, Breakfast Seminar , Perth, 30 October 2002; <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nst/Content/health-mediarel-yr2002-1>.
69. Nihtilä EK, Pekka T et al. Chronic conditions and risk of long-term institutionalisation among older people. *The European Journal of Public Health* 2008, 18, 77-84.
70. Monod- Zorzi Stefanie, Seematter-Bagnoud, L., et al., Maladies chroniques et dependance Fonctionnelle des personnes âgées: données épidémiologiques et économiques de la littérature, Neuchatel, 2007. [www. iumsp.ch/biblio/Nouv_acquis_oct-dec07.pdf](http://www.iumsp.ch/biblio/Nouv_acquis_oct-dec07.pdf).
71. IUMSP- Lausanne (Pacaud, F., et al.) Vieillissement: elements pour une politique de la santé publique 2006; http://iumsp.ch/Publications/pub/polgerial_5.pdf.
72. World Health Organisation. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health 2008; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic>.

7. Annexes

Annexe 1 : Motifs d'hospitalisation et diagnostics psychiatriques à la sortie de l'HPAA.

| <u>Nr.</u> | <u>Sexe</u> | <u>Age</u> | <u>Motifs d'hospitalisation</u> | <u>Diagnostics psychiatriques</u> |
|------------|-------------|------------|---|--|
| 1 | F | 82 | Etat confusionnel ; délire persécution ; agressivité (F05.9 ; F22.8). | Etat hallucinatoire ; tr. délirant persistant (F06.0 ; F22.0) . |
| 2 | F | 77 | Troubles comportementaux ;soins difficiles à domicile (F07.9). | Démence type AD, début tardif degré léger (F00.1). |
| 3 | M | 68 | Etat confusionnel aigu dans le cadre de la maladie d'Alzheimer (F05.1). | Etat confusionnel ; Démence d'Alzheimer (F05.1 ; F00.0). |
| 4 | F | 69 | Démence ; état dépressif ; alcoolisme (F00x3 ;F10). | Démence Alzheimer stade léger ; abus d' alcool (F00.0 ; F10). |
| 5 | F | 72 | Etat dépressif (F32.9). | Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F33.3). |
| 6 | F | 71 | Délire de persécution (F22.8). | Tr. schizo- affectifs mixtes (F25.2). |
| 7 | F | 76 | Démence ; état dépressif ; symptomatologie anxieuse (F03X4 ;F41.2). | Tr. anxieux et dépressif mixte ; Démence type Alzheimer (F00.9 ; F41.2) |
| 8 | M | 80 | Conflit conjugal ; épuisement de l'épouse (Z63.0). | Démence Alzheimer à début tardif (F00.1). |
| 9 | F | 72 | Tr. délirant (F22.9). | Tr. délirant persistant (F22.0). |
| 10 | F | 67 | Etat confusionnel ; tr. mnésique d'origine médicamenteuse . (F19.74). | Episode confuso-onirique d'origine médicamenteuse ; démence AD débutante (F1X.00 ; F00.0). |
| 11 | F | 78 | Etat dépressif ; menaces suicidaires ; angoisse ; confusion (F32.9). | Tr. anxieux et dépressif mixte ; Tr. cognitifs dans une AD forme mixte (F41.2 ; F00.2). |
| 12 | M | 66 | Sevrage alcool (F.10). | Dysthymie ; abus alcool (F34.1 ; F.10). |
| 13 | F | 70 | Etat dépressif (F32.9) . | Etat anxio- dépressif ; personnalité pré- génitale ;tr. cognitifs légers (F41.2 ;F06.7). |
| 14 | F | 68 | Etat dépressif ; idées suicidaires ; (F32.9) | Dysthymie (F34.1). |

| | | | | |
|-----|---|-----|--|---|
| 15 | F | 75 | Etat anxio-dépressif ; hallucinations (F41.2 ; F06.0) | Episode dépressif moyen (F33.1). |
| 16 | F | 73 | Etat dépressif ; idées suicidaires ; (F32.9). | Dépression majeure isolée (F32.1). |
| 17 | M | 69 | Etat dépressif ; risque suicidaire ; (F32.9) | Episode dépressif moyen sans symptômes psychotiques ; tr. de l'adaptation ; (F32.1 ; F43.2). |
| 18 | F | 69 | Tr. délirant dans le cadre d'une atteinte neuro-psychologique débutante (F05.1). | Etat confuso- onirique ; tr. psychotique aigu, polymorphe (F05.1 ; F23.0). |
| 19 | F | 79 | Tr. mental organique (F09). | Tr. psychotique aigu polymorphe ; tr. cognitifs légers ; abus alcool (F23.0 ; F06.7 ; F10). |
| 20 | M | 80 | Etat dépressif ; idées suicidaires (F32.9). | Tr. de l'adaptation avec perturbation des conduites (F43.24). |
| 21 | F | 70 | Tr. dépressif récurrent (F33.1) | Tr. dépressif récurrent avec syndrome somatique ; personnalité dépendante (F33.11 ; F60.7). |
| 22. | F | 78 | Décompensation psychotique réactionnelle (F23x1). | Tr. de l'adaptation de type anxieux ; tr. cognitifs légers ; tr. de la personnalité non spécifié(F43.2 ; F06.7 ; F60.9) |
| 23. | F | 72. | Etat dépressif avec symptômes psychotiques (F32x.3) | Tr. psychotique aigu consécutif à une neuropathie optique rétro- bulbaire OD (F 23.8 ; H 46). |
| 24. | M | 68 | Etat anxio-dépressif dans une démence (F00.x3). | Tr. de comportement dans une démence Alzheimer précoce (F00.0). |
| 25. | F | 74 | Etat anxio dépressif avec risque auto-agressif (F41.3). | Episode dépressif sévère s. psychotiques tr. cognitifs légers (F32.3 ; F06.7). |
| 26. | F | 81 | Etat dépressif ; tentamen ; (F32.9 ; X61). | Tr. de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites ; mélancolie (F 32.3 ; F43.25). |
| 27. | F | 94 | Etat d'agitation avec désorientation (F05.1). | Etat confusionnel sur hypo natrémie et déshydratation ; démence Alzheimer à début tardif (F 05.1 ; F 00.1). |

28. F 67 Angoisse ; agitation ; menaces
suicidaires (F31.9).
Tr. affectif bipolaire (F 31.0).
29. F 86 Abus de benzodiazépines dans
une démence (F03).
Démence Alzheimer à début tardif
(F 00.1).
30. M 72 Etat dépressif sévère avec idées
suicidaires (F32.2).
Episode dépressif sévère sans symptômes
psychotiques (F 32.2).
31. M 89 Etat d'agitation nocturne (F07).
Tr. du comportement et inversion
du rythme nyctéméral (F 09).
32. F 75 Etat anxio-dépressif après
probable tentamen (F43).
Réaction aiguë à un facteur de stress
(F 43.0).
33. F 68 Exacerbation d'un trouble délirant
persistant ; crise familiale (F22.0).
Tr. délirant persistant (F 22.0).
34. F 71 Etat dépressif avec idées suicidaires
(F32).
Tr. de l'adaptation avec réaction anxio-
dépressive (F 43.22).
35. M 72 Etat anxio-dépressif dans un contexte
de troubles cognitifs (F41.2 ; F00.1).
Tr. anxieux et dépressif mixte ; trouble
cognitif débutant (F 41.2 ; F 00.1).
36. F 67 Etat dépressif et isolement (F32.9).
Etat dépressif récurrent ; tentamen par
défenestration (X 83 ; F33.2).
37. F 86 Etat anxio-dépressif de degré moyen
à sévère (F41.2).
Tr. de l'adaptation et état anxio-
dépressif (F 43.22).
38. M 74 Etat dépressif (F32.9).
Tr. de l'adaptation avec réaction anxio-
dépressive chez une personnalité
obsessionnelle ; difficultés avec le
conjoint (F43.22 ; F60.5 ; Z 63.0).
Etat dépressif (F 32.9).
39. F 72 Etat dépressif avec manifestations
anxieuses, anorexie, perte de poids
(F32.11).
40. M 81 Evolution dépressive avec repli sur
sur soi ; désinvestissement de
l'entourage (F32.2).
Episode dépressif sans symptômes
psychotiques (F 32.2).
41. F 67 Exacerbation de troubles mnésiques
et angoisse d'accompagnement (F04).
Démence Alzheimer début tardif
degré léger ; hallucinations (F00.2)

42. F 80 Etat anxio- dépressif (F41.2).
Episode dépressif d'intensité moyenne (F 32.1).
43. M 79 Mutisme et renfermement de plusieurs semaine ; risque suicidaire (F32.9).
Episode dépressif avec symptômes psychotiques (F 32.3).
44. F 78 Etat anxio-dépressif (F41.2).
Tr. dépressif récurrent sans symptômes psychotiques (F 33.2).
45. F 87 Tr. du comportement, agitation et agressivité dans une probable démence (F07).
Trouble schizotypique (F 21).
46. F 77 Tr. anxio-dépressif (F41.2).
Démence vasculaire sous corticale degré légère avec symptômes dépressifs (F 01.2x3).
47. M 68 Aggravation d'une état anxio-dépressif (F43.22).
Tr. de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive ; Personnalité histrionique/anankastique(F43.2 ; F60.4 ;F60.5)
48. M 79 Etat dépressif sévère (F32.2).
Tr. de la personnalité de type paranoïaque (F 60.0).
49. F 85 Syndrome démentiel et menaces suicidaires (F03).
Etat démentiel avec atteinte fronto-mnésique ; Tr. de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F00.1 ; F 43.25).
50. F 94 Démence Alzheimer avec agitation et tr. du comportement (F00.1).
Démence Alzheimer à début tardif degré moyen (F00.1).
51. F 83 Démence d'origine dégénérative et tr. de la personnalité de type paranoïa. et du comportement (F00.1).
Démence Alzheimer à début tardif (F 00.1).
52. F 82 Soins impossible à domicile dans le cadre d'une péjoration de son état psychique et physique (F07.9).
Démence mixte dégénérative et vasculaire degré sévère ; tr. de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites (F00.2 ; F43.25).
53. F 72 Investigation d'un état confusionnel persistant (F05).
Tr. de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive ; probable démence Alzheimer (F 43.22; F00.1).

- | | | |
|----------|--|--|
| 54. F 89 | Etat anxio-dépressif dans une démence (F00.9). | Etat anxio-dépressif dans le cadre d'une démence mixte (F 00.2). |
| 55. F 65 | Pour placement à fin d'assistance demande par la justice de paix ; (F07.9 ; F10). | Dépendance à l'alcool ; personnalité dépendante ; conflit de couple (F 10.21 ; F 60.70 ; Z 23). |
| 56. M 88 | Tr. de l'orientation et du comportement dans le cadre d'une probable démence (F07.9). | Démence Alzheimer mixte de degré moyen ; tr. de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites (F 00.2 ; F43.25) |
| 55. M 77 | Tr. du comportement avec agitation ; inversion du rythme nyctéméral ; agressivité et état dépressif surajoutés à une démence vasculaire (F05.1) . | Démence de type vasculaire cortico-sous- corticale avec symptômes dépressifs (F01.33); status post AVC multiples avec hémi- syndrome sensitivo-moteur dr.(G93); état lacunaire et probable syndrome pseudo-bulbaire (G31.9). |
| 58. F 96 | Idées délirantes hallucinatoires et refus de soins (F23.9). | Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques (F 23.0). |
| 59. F 81 | Tr. de la marche et chutes dans une démence Alzheimer (F00.1). | Démence Alzheimer à début tardif, degré avancé (F00.11). |
| 60. F 85 | Angoisse ; état dépressif ; troubles cognitifs (F32.9 ; F05.9). | Démence Alzheimer à début tardif + symptômes de dépendance (F00.1). |
| 61. F 83 | Etat dépressif moyen dans le cadre d'une maladie neuro-dégénérative (F33) . | Tr. dépressif récurrent épisode actuel léger avec syndrome somatique ; tr. cognitifs légers (F33.00 ; F06.7). |
| 62. F 93 | Etat anxio-dépressif dans le cadre d'une démence (F03). | Etat dépressif dans une démence sénile d'origine probable mixte (F 03.03). |
| 63. M 88 | Etat d'agitation avec risque hétéro-agressif ; tr. cognitifs idées délirantes (F07.9 ; F06.9). | Démence Alzheimer forme mixte associée a un trouble mixte des émotions et des conduites (F00.24). |
| 64. M 78 | Etat confusionnel avec trouble du comportement dans une probable démence (F05.1). | Démence Alzheimer à début tardif (F 00.1). |

65. M 85 Agitation psychomotrice et angoisse dans une démence sénile (F00.1).
Démence Alzheimer à début tardif (F 00.1).
66. M 66 Tr. du comportement avec risque hétéro-agressif majeur ; idées de persécution (F07.9 ; F00.2).
Probable démence de la maladie Pick (F 02.0).
67. F 90 Tr. de la personnalité avec décompensation anxieuse ; état confusionnel (F05.9).
Schizophrénie paranoïde (F 20.0).
68. F 86 Désorientation (F07 .9).
Démence Alzheimer (F 00.1).
69. F 83 Hallucinations acoustiques dans une démence sénile (F03.2).
Démence vasculaire par infarctus multiples (F 01.1).
70. F 89 Etat d'agitation anxieuse à domicile (F41.9).
Tr. de l'adaptation avec réaction anxieuse (F43.2).
71. F 83 Bilan pour une démence sénile (F03).
Démence de la maladie Parkinson + symptomatologie dépressive (F02.33 ; G 20).
72. F 90 Etat anxio-dépressif avec somatisations (F43.22).
Tr. de l'adaptation + idées délirantes (F 43.28).
73. M 78 Déficits cognitifs ; désorientation dans le temps et l'espace ; bilan (F05.9).
Tr. cognitifs légers (F 06.7).
74. M 87 Décompensation paranoïde (F20.0).
Schizophrénie paranoïde avec symptômes dépressifs (F 25.1).
75. M 81 Tr. de comportement dans le cadre d'une démence mixte (F00.2).
Démence Alzheimer à début tardif (F 00.1).
76. M 82 Tr. oppositionnels dans le cadre d'une démence (F03).
Delirium associé à une démence ; Démence Alzheimer à début tardif; (F00.1 ; F 05.1).
77. M 90 Tr. de comportement avec hétéro-agressivité dans une démence (F07).
Démence d'origine indéterminée (F 03.04).
78. F 92 Dégradation cognitive rapide avec état confusionnel et dysarthrie ; (F05.9).
Delirium associé à une démence ; tr. anxieux et dépressif mixte ; (F 05.1 ; F 41.2).

79. F 87 Chutes; épuisement de l'entourage ;
état anxio-dépressif dans une
démence Alzheimer (F00.9).
Démence Alzheimer à début tardif;
syndrome extra pyramidal tardif ;
tr. dépressif majeur + syndrome
somatique (F00.1 ; F32.11 ; G25).
80. F 87 Etat confusionnel ; désorientation
spatio-temporelle dans un SPO
progressif type vasculaire (F01.8).
Démence vasculaire prédominante
sous-corticale (F01.2).
81. F 76 Tr. de comportement dans le cadre
d'une probable m. Alzheimer (F00.9).
Démence Alzheimer forme mixte
+ symptômes dépressifs (F00.2x3).
Tr. dépressifs récurrents avec
symptômes psychotiques; troubles
cognitifs légers (F33.3 ;F06.7).
82. F 75 Démence mixte (F00.2).
Tr. dépressifs récurrents avec
symptômes psychotiques; troubles
cognitifs légers (F33.3 ;F06.7).
83. M 86 Tr. de comportement associé à un
syndrome frontal ; suspicion de
démence (F07.9).
Démence vasculaire mixte cortico-
sous-corticale (F 01.3).
84. M 69 Tr. affectif bipolaire (F31.9).
Tr. affectif bipolaire, épisode
actuel de dépression sévère avec
symptômes psychotiques (F 31.5).
85. F 82 Hallucinations visuelles (F06.0).
Hallucinations visuelles dans le cadre
d'une démence (F 00.2).
86. M 77 Tr. de l'adaptation dans une démence
Alzheimer (F 00.1).
Démence Alzheimer (F 00.1).
87. F 87 Désorientation et agitation ;
(F05.9).
Démence Alzheimer à début
tardif (F 00.1).
88. M 82 Tr. de comportement avec agitation
dans le cadre d'une démence (F03).
Démence Alzheimer avec trouble
du comportement (F 00.1X4).
89. M 65 Tr. organique de la personnalité ;
(F07.9).
Démence sur encéphalopathie
post-anoxique (F 07.1).
90. F 84 Tr. de comportement ; démence ?
(F07.9).
Tr. anxio- dépressif mixte; probable
démence d'origine mixte (F41.2 ; F 00.2)
91. F 81 Refus de soins dans un syndrome
déméntiel avec tr. de comportement
(F03.9).
Démence Alzheimer degré moyen.
(F 00.1).

92. F 86 Tr. de comportement et probable
symptômes dépressifs (F32).
Démence Alzheimer ; trouble de
l'adaptation (F 00.1 ; F43.2).
93. M 85 Tr. de comportement avec inversion
du rythme nyctéméral et agressivité
dans un syndrome démentiel (F03).
Démence Alzheimer à début tardif
état confusionnel ; réaction aiguë au
stress (F00.1 ; F05.1).
94. F 90 Etat confusionnel ; trouble du sommeil,
désorientation, dans une démence (F03).
Démence d'étiologie mixte ;
contexte dépressif (F 00.2).
95. F 77 Tr .de l'adaptation sous forme anxio-
dépressive dans une démence (F03).
Démence Alzheimer à début tardif
(F 00.1).
96. M 88 Etat d'agitation et d'agressivité ;
(F05.9).
Démence Alzheimer avec trouble
de comportement (F 00.14).
97. M 84 Etat confusionnel surtout nocturne ;
maintien à domicile impossible (F05).
Delirium d'étiologie infectieuse et
médicamenteuse ; démence sous-
corticale probablement vasculaire,
degré moyen (F 05.1 ; F01.2).
98. F 94 Tr. de comportement ; agitation
psychomotrice ; fugues ; impossible
maintien à domicile (F07).
Démence Alzheimer à début tardif
et trouble d'humeur organique ;
(F 00.1 ; F 06.3).
99. M 87 Délire paranoïde dans le cadre d'un
état anxio-dépressif chronique (F22).
Episode dépressif avec symptômes
psychotiques (F 32.3).
100. F 71 Investigation pour syndrome
démentiel (F03).
Tr. de l'adaptation avec état anxio-
dépressif ; retard mental léger ;
démence non précisable (F43.22 ;
(F98.9 ; F 03).
101. F 86 Etat confusionnel dans une démence
Alzheimer, début tardif (F05.1).
Démence Alzheimer ; état
confusionnel sur déshydratation
(F 00.1 ; F 05).
102. F 75 Désorientation ; état dépressif ;
(F03)
Démence rapidement progressive
(F 03).
103. F 89 Refus de s'alimenter ; agitation
nocturne (F05.9).
Démence Alzheimer à début tardif
(F 00.1).
104. F 79 Etat dépressif (F32) .
Etat dépressif sans s. psychotiques (F32.2)