

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Romain VASSEUR

Né 23/08/1988 à Paris 14^{ème} (75)

Soins psychiatriques chez la personne âgée : étude des motifs descriptifs d'hospitalisation chez les patients de 65 ans et plus hospitalisés à temps complet en psychiatrie adulte, au CHRU de Tours et à l'EPSM G. Daumezon dans le Loiret en 2016 et 2017

Présentée et soutenue publiquement le **26/05/2020** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie-Addictologie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Gabriel ROBERT, Psychiatrie, MCU-PH, Faculté de Médecine – Rennes

Docteur Thomas LEONARD, Psychiatrie, PH, CHRU - Tours

Directeur de thèse : Docteur Thomas DESMIDT, Psychiatrie, PH, CHRU – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOUREC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND –

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale

HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno Pédiatrie
LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste Radiologie pédiatrique
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte Thérapeutique
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure Génétique
ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BOREL Stéphanie Orthophonie
NICOGLOU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes
chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la
probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais
un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je
rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je
suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et
méprisé de mes confrères si j'y
manque.

Remerciements

Au président du Jury

Monsieur le Professeur Vincent Camus

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie pour votre enseignement tout au long ces années d'internat, et pour votre investissement dans la formation des internes.

Je vous remercie également d'avoir porté mon intérêt sur la psychiatrie de la personne âgée.

Veillez recevoir ici l'expression de ma reconnaissance.

Au directeur de thèse et membre du jury

Docteur Thomas Desmidt

Je vous remercie pour vos conseils et pour votre relecture qui ont permis l'élaboration de ce travail de thèse,

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Nicolas Ballon

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

J'ai pu apprécier la qualité de votre enseignement, ainsi que votre disponibilité auprès des internes.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Docteur Gabriel Robert

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance

Docteur Thomas Leonard

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

J'ai eu l'honneur de travailler à tes côtés et d'avoir pu apprécier tes qualités, tant humaines que professionnelles.

En espérant pouvoir continuer à partager la passion pour la psychiatrie de la personne âgée avec toi dans le futur,

Je suis honoré de ta présence dans ce jury.

Aux équipes soignantes que j'ai pu côtoyer pendant mon internat

Au Dr Fichet qui m'a accompagné dans mon début d'internat, ainsi qu'à l'équipe du CMP de Loches.

Aux équipes de psychiatrie B ainsi qu'à Selia, Diane et Thomas pour leur accompagnement lors du semestre de psychiatrie de liaison à Bretonneau, ainsi qu'à toute l'équipe des urgences psychiatriques de Tours pour ces moments passés avec vous.

A l'équipe du CPAU de Daumezon pour ces moments partagés lors des nombreuses gardes, merci notamment pour tous les cafés que j'ai pu vous emprunter.

Aux équipes de pédopsychiatrie de l'hôpital Daumezon, au CMP de Châteauneuf et à l'équipe du dispositif pour adolescents.

A toute l'équipe de l'unité Van Gogh.

Aux équipes du CMP de psychiatrie de la personne âgée de St Denis de l'hôtel, au Dr Villatte, à Laurence et à toute l'équipe, merci de m'avoir permis de perfectionner mes connaissances et d'avoir aiguisé mon intérêt pour la personne âgée.

A Anne-Sophie, et à Séverine, merci pour tout le soutien que vous m'apportez.

A mes proches

A mes parents et mes grands-parents, pour leur soutien durant toutes mes études.

A Emeline, pour son soutien malgré les épreuves et l'éloignement, je serais toujours là pour toi sœur.

A Chloé pour m'avoir supporté pendant la rédaction de ce travail. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

A Thibault et Gosia, qui m'ont aidé dans le début de ce travail.

Aux personnes avec qui j'ai pu passer du temps pendant ces années d'internat, à celles et ceux qui ont croisé ma route et qui m'ont permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui.

Aux épreuves que j'ai pu traverser,

Merci à toutes et à tous.

Résumé :

Introduction : La Psychiatrie de la Personne Agée (PPA ou Gériontopsychiatrie) est une discipline relativement récente, tout particulièrement en France, et qui se situe au carrefour de 3 disciplines : la Psychiatrie, la Gériatrie et la Neurologie, ce qui peut participer à une certaine confusion dans la prise en charge aiguë des patients concernés par cette spécialité. En particulier, la proportion de personnes âgées (PA) hospitalisées en service de psychiatrie pour des motifs principalement gériatriques ou neurologiques est mal connue. Ce travail de thèse a eu pour objectif principal de colliger les motifs diagnostics qui ont conduit des personnes de 65 ans et plus à être hospitalisées à temps complet en psychiatrie au CHU de Tours et au CH d'Orléans au cours des années 2016 et 2017.

Méthodes : Après une revue de la littérature, nous avons réalisé une étude rétrospective multicentrique, portant sur les patients ≥ 65 ans hospitalisés à temps complet en psychiatrie adulte au CHRU de Tours et au CH d'Orléans (CHS G Daumezon), en 2016 et 2017 ($n = 1015$ séjours pour 697 patients), en étudiant comme critère de jugement principal les diagnostics principaux (DP) recueillis au cours de ces hospitalisations. Par ailleurs, les données concernant ces hospitalisations (modes légaux et durée moyenne d'hospitalisation), ainsi que les modes d'entrée et de sortie d'hospitalisation ont été comparés entre les patients de plus de 65 ans et les patients de moins de 65 ans.

Résultats : Les patients ≥ 65 ans étaient principalement hospitalisés avec des diagnostics de troubles de l'humeur (43,8%), regroupant une majorité d'épisodes dépressifs (20,7% de la totalité des diagnostics), ainsi qu'une proportion importante d'hospitalisations pour troubles bipolaires (16,7%). Les troubles délirants représentaient 20,8% des motifs d'hospitalisation, avec une majorité de troubles délirants persistants (9%). Les affections somatiques représentaient quant à elles 7,2% des diagnostics rencontrés au cours des hospitalisations, dont 5% de démences et troubles cérébraux vasculaires / dégénératifs. Il y avait de nombreuses différences significatives entre les DP des hospitalisations des ≥ 65 ans et ceux des < 65 ans, notamment une proportion d'hospitalisations pour troubles de l'humeur et pour des affections somatiques plus importante chez les ≥ 65 ans ($p < 0,001$). Concernant les données par centre, on notait une proportion plus importante d'hospitalisations en soins sans consentement sur Orléans que sur Tours chez les patients ≥ 65 ans (38.3% contre 23.9%, $p < 0,001$), et des différences significatives entre les 2 centres sur plusieurs catégories diagnostiques mais aucune concernant les hospitalisations pour affection somatique ($p = 0.133$). Les patients ≥ 65 ans provenaient plus fréquemment des unités de soins somatiques aigus (et représentaient 18,7% des entrées) que les patients < 65 ans ($p < 0,001$). Les patients ≥ 65 ans étaient plus fréquemment orientés vers les soins somatiques aigus (14,1%), les soins de suite et les hébergements médico-sociaux, que vers un retour à leur domicile par rapport aux patients < 65 ans.

Discussion : La majorité des patients de plus de 65 ans hospitalisés à temps complet en psychiatrie le sont pour un trouble de l'humeur, ce qui est cohérent avec la forte prévalence de type de trouble en population gériatrique générale. Une certaine proportion de patients âgés est hospitalisée avec le diagnostic principal d'une affection somatique (7.2%) et de démence tout particulièrement (5%). Ces résultats sont discutés au regard des éléments actuels du système de soins du CHU de Tours et du CH d'Orléans, ainsi que des ajustements possibles pour optimiser la prise en charge des pathologies psychiatriques de la PA. Ces résultats pourraient être complétés par des études sur les conséquences directes des hospitalisations en psychiatrie adulte des patients ≥ 65 ans (notamment concernant les traitements pharmacologiques, les mesures d'isolement, des comparatifs sur les échelles d'autonomie avant et après l'hospitalisation).

Mots clés : Psychiatrie de la personne âgée, gériontopsychiatrie, gériatrie, neurologie, hospitalisation, diagnostic, soins sans consentement, mode d'entrée, mode de sortie.

Abstract

Psychiatric care in the elderly: study of the descriptive reasons for hospitalization in patients aged 65 and over hospitalized full time in adult psychiatry, at the CHRU in Tours and at the public psychiatric hospital G. Daumezon in Loiret in 2016 and 2017

Introduction: The Psychiatry of the Elderly (PE or Gerontopsychiatry) is a relatively recent discipline, especially in France, and which is located at the crossroads of 3 disciplines: Psychiatry, Geriatrics and Neurology, which may contribute to some confusion in the acute management of patients affected by this specialty. In particular, the proportion of elderly people (PA) hospitalized in psychiatric services for mainly geriatric or neurological reasons is poorly known. The main objective of this thesis work was to collect the diagnostic reasons that led people aged 65 and over to be hospitalized full-time in psychiatry at the CHU in Tours and the CH in Orleans in 2016 and 2017.

Methods: After conducting a literature review, we performed a retrospective multicenter study, focusing on patients ≥ 65 years hospitalized full time in adult psychiatry at CHRU de Tours and CH d'Orléans (CHS G Daumezon), in 2016 and 2017 ($n=1015$ hospitalizations for 697 patients), studying the primary diagnoses (PD) collected during these hospitalizations as the main judgment criteria. In addition, the data concerning these hospitalizations (legal modes and average length of hospitalization), as well as the entry modes and exit from hospitalization were compared between patients over 65 years and patients under 65 years.

Results: Patients ≥ 65 years were mainly hospitalized with diagnoses of mood disorders (43.8%), including a majority of depressive episodes (20.7% of all diagnoses), as well as a significant proportion of hospitalizations for bipolar disorder (16.7%). Delusional disorders accounted for 20.8% of the reasons for hospitalization, with a majority of persistent delusional disorders (9%). Somatic affections represented 7.2% of the diagnoses encountered during hospitalizations, including 5% of dementias and cerebrovascular / degenerative disorders. There were many significant differences between the PD of hospitalizations for ≥ 65 years of age and those for < 65 years of age, including a higher proportion of hospitalizations for mood disorders and for somatic disorders in ≥ 65 years of age ($p < 0.001$). Concerning the data by center, there was a higher proportion of hospitalizations in care without consent in Orléans than in Tours in patients ≥ 65 years (38.3% against 23.9%, $p < 0.001$), and significant differences between the 2 centers on several diagnostic categories but none concerning hospitalizations for somatic affection ($p = 0.133$). Patients ≥ 65 years of age came more frequently from acute somatic care units (and represented 18.7% of admissions) than patients < 65 years ($p < 0.001$). Patients ≥ 65 years of age were more frequently referred to acute somatic care (14.1%), follow-up care and medico-social accommodation, than to return to their home compared to patients < 65 years.

Conclusion: The majority of patients ≥ 65 years hospitalized full-time in psychiatry are hospitalized for a mood disorder, which is consistent with the high prevalence of these disorders in the general geriatric population. A certain proportion of elderly patients are hospitalized with the main diagnosis of a somatic disorder (7.2%) and dementia in particular (5%). These results are discussed in the light of the current elements of the care system of the Tours University Hospital and the Orleans University Hospital, as well as possible adjustments to optimize the management of psychiatric pathologies of BP. These results could be supplemented by studies on the direct consequences of hospitalizations in adult psychiatry of patients ≥ 65 years old (in particular concerning pharmacological treatments, isolation measures, comparisons on the autonomy scales before and after hospitalization).

Keywords: Psychiatry of the elderly, gerontopsychiatry, geriatrics, neurology, hospitalization, diagnosis, care without consent, income, outcome.

Table des matières

Résumé :	11
Introduction	17
Partie 1 : Revue de la littérature	19
Chapitre 1 : Historique de la psychiatrie de la personne âgée.....	20
1. La psychiatrie de la personne âgée en France : quelle définition ? quelles missions ?	20
2. Psychogériatrie, Gérontopsychiatrie et Psychiatrie de la Personne Agée	23
3. Le parcours de soins de la personne âgée en psychiatrie	24
Chapitre 2 : L'hospitalisation en psychiatrie chez la personne âgée	26
1. Epidémiologie	26
2. En amont des hospitalisations des personnes âgées	26
3. Les hospitalisations sans consentement chez la personne âgée	27
4. Conséquences des hospitalisations en psychiatrie chez la personne âgée	28
Chapitre 3 : Devenir des patients ≥ 65 ans hospitalisés en psychiatrie et alternatives à l'hospitalisation	30
1. L'orientation vers des structures en hospitalisation complète adaptées	31
2. Les structures hospitalières ambulatoires.....	32
3. Les autres maillons du dispositif de soins.....	33
Partie 2 : Travail personnel	35
Chapitre 1 : Introduction	36
Chapitre 2 : Hypothèses et objectifs	37
Chapitre 3 : Matériel et méthodes	39
1. Caractéristiques de l'étude :.....	39
2. Critères de jugement.....	39
3. Critères d'inclusion	40
4. Méthode de recueil de données.....	41
a. Validation de l'étude et avis éthique.....	41
b. Recrutement de la population de l'étude :	41
c. Evaluation des critères de jugement.....	42
5. Analyse statistique :.....	46
Chapitre 4 : Résultats	47
1. Données socio démographiques	47
2. Critère de jugement principal : Diagnostics principaux des patients ≥ 65 ans hospitalisés en psychiatrie	48

3. Critères de jugement secondaires :	51
a. Comparaison des données selon le mode légal chez les ≥ 65 ans	51
b. Comparaison des données selon le groupe d'âge (≥ 65 ans et < 65 ans).....	53
c. Comparaison des données selon le centre	56
d. Données des modes d'entrée et de sortie en hospitalisation	60
e. Données comparatives entre le groupe des patients ≥ 80 ans avec le groupe des 65 – 79 ans. 64	
Chapitre 5 : Discussion	67
1. Analyse des résultats	67
a. Concernant notre objectif principal.....	67
2. Analyse des objectifs secondaires.....	70
a. Analyse des données selon le mode légal d'hospitalisation	70
b. Comparaison des données avec les sujets jeunes	72
c. Comparaison des données selon le centre de recueil de données	74
d. Analyse des modes d'entrée et de sortie d'hospitalisation	76
e. Analyse des données dans la population des patients « très âgés » (≥ 80 ans).....	78
3. Analyse des biais et limites de notre étude	79
a. Biais de sélection	79
b. Biais de mesure.....	80
c. Biais de confusion	81
d. Limites.....	81
4. Perspectives et implications cliniques	82
Chapitre 6 : Conclusion	85
Bibliographie.....	86
Annexes	91

Abréviations :

- ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
- CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- CMP : Centre Médico Psychologique
- CMRR : Centre Mémoire Ressources et Recherche
- CNIL : Commission Nationale de l'Ethique et des Libertés
- CPU : Clinique Psychiatrique Universitaire
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
- DIM : Dispositif d'Information Médicale
- DMS : Durée Moyenne de Séjour
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
- ERERC : Espace de Réflexion Ethique Région Centre Val de Loire
- GIR : Groupes Iso-Ressources
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HDJ : Hôpital De Jour
- HTC : Hospitalisation à Temps Complet
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MA : Maladie d'Alzheimer
- MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PA : Personne Agée
- PPA : Psychiatrie de la Personne Agée
- PRS : Plan Régional de Santé
- RIM-P : Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie
- SL : Soins Libres

- SPA : Substances Psycho-Actives
- SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent
- SRS : Schéma Régional de Santé
- SSC : Soins Sans Consentement
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
- UHR : Unité d'Hébergement Renforcée
- UMJ : Unité Médico-Judiciaire
- USLD : Unités de Soins de Longue Durée

Introduction

Depuis plusieurs années, une attention est tout particulièrement apportée à la santé mentale des personnes âgées (PA) compte tenu des projections démographiques annonçant le vieillissement rapide de la population, qui ferait passer la proportion de personnes de plus de 60 ans de 12% en 2015 à 22% en 2050, soit un chiffre supérieur à la population projetée des enfants de moins de 14 ans (1) (2). La fréquence des troubles mentaux dans la population âgée a, de plus, une fréquence non négligeable : selon l’OMS, environ 15% des PA de 60 ans et plus souffriraient d’un trouble mental (et 20% d’un trouble de santé mentale ou neurologique) (1), ce qui représenterait 6,6% des incapacités totales dans ce groupe d’âge (1).

La PA en France, malgré de nombreuses avancées dans le domaine de la santé mentale, est particulièrement vulnérable face aux troubles psychiques (représentant 23,2% chez les 65 – 74 ans, et 22,9% chez les plus de 75 ans dans une large étude en 2010) et notamment face au risque suicidaire (2) (3).

En France, la région Centre-Val de Loire connaît par ailleurs un vieillissement plus marqué qu’au niveau national (avec 9% de 65 – 74 ans et 10% de plus de 75 ans, contre respectivement 8% et 9% au niveau national), avec une offre de soins qui se raréfie, et répartie inégalement sur le territoire (4).

La Psychiatrie de la Personne Agée (PPA ou Gérontopsychiatrie) est une discipline relativement récente, tout particulièrement en France, se situant au carrefour de 3 disciplines : la Psychiatrie, la Gériatrie et le Neurologie, ce qui peut participer à une certaine confusion dans la prise en charge aigüe des patients concernés par cette spécialité. Néanmoins, la proportion de PA hospitalisées en service de psychiatrie pour des motifs principalement gériatriques ou neurologiques est mal connue.

De nombreuses études ont démontré les avantages concernant la prise en charge des unités de PPA à l’étranger mais les études françaises sont encore limitées, et ces unités « spécifiques » encore peu présentes en France.

Du fait du manque de structures adaptées pour la prise en charge des PA souffrant de troubles mentaux, ces dernières, souvent suite à des errances diagnostiques, peuvent être amenées à être hospitalisées en unité de psychiatrie adulte suite à des situations de crise, mais les motifs d’hospitalisation des PA en psychiatrie sont mal définis.

Dans ce travail, nous débuterons par un historique de l'émergence de la PPA, et nous le poursuivrons ensuite en approfondissant les causes et conséquences des hospitalisations chez la personne âgée, ainsi que des alternatives à l'hospitalisation dans cette population.

Nous illustrerons ensuite cette revue de la littérature par une étude épidémiologique analysant comme **objectif principal** la description des motifs d'hospitalisation à temps complet des patients ≥ 65 ans en psychiatrie au CHRU de Tours et à l'EPSM G. Daumazon sur Orléans et nous analyserons comme **objectifs secondaires** la comparaison des données selon le mode légal d'hospitalisation, la comparaison des données avec les adultes jeunes (< 65 ans), ainsi que selon le centre de recueil de données. Nous avons aussi recueilli les modes d'entrée et de sortie d'hospitalisation afin d'avoir une vision globale de parcours de la PA en psychiatrie. Nous avons également comparé les données des patients « très âgés » (≥ 80 ans) avec les patients ayant entre 65 et 79 ans. Ce travail aura pour but de pouvoir discuter autour des axes d'amélioration de prise en charge globale des PA hospitalisés en psychiatrie adulte.

Partie 1 : Revue de la littérature

Chapitre 1 : Historique de la psychiatrie de la personne âgée

1. La psychiatrie de la personne âgée en France : quelle définition ? quelles missions ?

Comme nous l'avons vu en introduction, le vieillissement de la population est devenu un enjeu majeur de santé publique, et c'est en réponse à cette évolution démographique que la gériatrie, spécialisation médicale pour la personne âgée, s'est développée dans les années 1950 (5). Plusieurs auteurs ont notamment contribué à l'essor de cette discipline avec l'élaboration par exemple de l'abrégé de psychogériatrie en langue française par Müller et Wertheimer en 1981 (6).

Les troubles mentaux chez la personne âgée ont des particularités cliniques, notamment concernant les démences, les troubles dépressifs, ainsi que le risque suicidaire (1) (2) (3) (7) qui ont conduit à la nécessité de proposer une offre de soin spécifique dans le domaine de la psychiatrie. Ainsi, 3 conférences de consensus se sont tenues à Lausanne de 1996 à 1998, à l'initiative du directeur du centre collaborateur pour la psychogériatrie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et président de la Section de Psychiatrie de la Personne âgée de l'Association Mondiale de Psychiatrie, définissant la Psychiatrie de la Personne Agée comme « **une branche de la Psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prendre en charge tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé, y compris les troubles organiques et leurs conséquences** » (5) (8).

Cette définition, sans être remise en question, pose tout de même de nombreux problèmes en termes d'organisation de l'offre de soins, dans une période où la démographie médicale, et notamment psychiatrique, est en diminution, y-compris en région Centre Val de Loire (9).

Certains auteurs semblent s'accorder sur la répartition de la population à prendre en charge dans cette discipline en grands groupes de personnes (10) (11) :

- Les patients âgés qui ont souffert de troubles mentaux au cours de leur vie (troubles délirants, troubles thymiques, addictions...) mais qui, du fait de leur âge avancé, requièrent des prises en charge spécifiques. Ces patients, qui étaient jusqu'alors inscrits dans un parcours de soins relativement stable, peuvent vivre de multiples ruptures, environnementales mais aussi du fait du passage du statut de personne en

situation de handicap à celui de personne âgée dépendante, nécessitant un bouleversement des référents, à la fois médicaux et sociaux.

- Les personnes présentant des troubles mentaux d'apparition tardive : dépressions, troubles bipolaires d'apparition tardive, troubles délirants d'apparition tardive, troubles anxieux... C'est souvent cette catégorie qui est la population la plus sujette aux errances diagnostiques : l'âge d'apparition étant souvent plus jeune que la population prise en charge en gériatrie (communément 75 ans), mais les comorbidités somatiques, le possible mode d'entrée dans une pathologie neurodégénérative et l'incidence souvent dramatique pour l'autonomie entraîne souvent un défaut de prise en charge aussi bien en ambulatoire qu'en intra-hospitalier. En effet le manque de structures adaptées à l'accueil de la personne âgée en psychiatrie ou le manque de formation des psychiatres en France actuellement concernant la personne âgée reste un frein majeur à l'accueil adapté de cette population.
- Les patients souffrant d'affections cérébrales neurodégénératives, ou neurovasculaires, qui sont au carrefour de la gériatrie, la neurologie et la psychiatrie.

Malheureusement, malgré le caractère ambitieux de ces critères afin de tenter d'expliquer aux différents acteurs de soin (et aux patients) les missions de la PPA, le déficit actuel d'offres de soin concernant la santé mentale des PA entraîne de nombreuses contraintes, à la fois démographiques, administratives, ou institutionnelles (11), nécessitant un meilleur focus sur les critères de prise en charge de cette discipline.

A. Rollet a élaboré autour de 2 critères pour tenter de concilier au mieux les besoins en santé mentale pour la personne âgée avec les contraintes évoquées ci-dessus :

- Le critère d'âge ou le « Age Based Medicine » : il s'agirait de définir un âge chronologique (le plus fréquent serait 65 ans en 2019) à partir duquel le patient pourrait bénéficier des soins proposés par la psychiatrie de la personne âgée. L'avantage serait avant tout d'être une limite simple à repérer pour les différents acteurs, et d'éviter des « batailles » institutionnelles (au centre de certaines errances diagnostiques), pouvant nuire à la prise en charge du patient. Mais définir les besoins

en santé mentale des patients sur ce seul critère ne semble pas satisfaisant : ni pour les acteurs de soin, ni pour les patients dont le processus de vieillissement présente de nombreuses variations inter-individuelles.

- Le critère de soin (ou « Need Based Medicine ») : « il s'agit d'une « démarche centrée sur le besoin [...] centré uniquement sur la personne, [...] cherchant à donner accès à tout soin susceptible de répondre à son état ». Cet axe de prise en charge sera lui soumis aux contraintes institutionnelles et démographiques, avec une augmentation au final du risque d'errance diagnostique, du fait du manque de coordination fréquente entre les différents acteurs de soin.

Le Tableau 1 est issu de l'article de A. Rollet illustrant les avantages et inconvénients de ces 2 critères :

Tableau 1: Comparaison entre « age based medicine » et « need based medicine ». *Rollet A. Critère de soin et critère d'âge en psychiatrie du sujet âgé: décryptage. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. févr 2014;14(79):17-22.*

	Age Based Medicine	Need Based Medicine
Echelle	Groupe	Individu
Intérêts	- Spécificité de soins - Lisibilité d'une filière de soins - Ajustement des pratiques à la vulnérabilité des personnes âgées et de leur famille - Polyvalence des pratiques	- Facilité d'accès aux soins - Liberté de choix relative car limitée par l'offre de soins du secteur psychiatrique de la personne
Limites	- Limite d'âge arbitraire - Dérives discriminatoires possibles - Offre de soin compétente inégalement développée selon les territoires - Caractère exclusif si pas de négociation d'une marge décisionnelle	- Dilution de la spécificité de soins avec situation de biais dans la prise en compte des « grands besoins » orientée majoritairement vers ceux des sujets jeunes - Contrainte de faisabilité (enjeux institutionnels)
Pôle d'attraction préférentiel	« CARE »	« CURE »

Au total la complexité à définir les missions de cette jeune discipline rend compte de la complexité en elle-même de la prise en charge de la personne âgée, tant au niveau individuel que groupal. Les critères d'âge et de soin ne semblent pas individuellement satisfaisants, principalement du fait d'une approche catégorielle pouvant être

discriminante, mais pour autant nécessaire si elle veut avoir un sens pour la totalité des acteurs de soins, incluant le patient lui-même. Les contraintes démographiques et institutionnelles sont aussi un frein à l'essor de cette discipline. Une réflexion doit s'engager autour d'une flexibilité entre les critères du « care » et du « cure » afin justement de pouvoir s'adapter à cette population âgée très hétérogène.

2. Psychogériatrie, Gérontopsychiatrie et Psychiatrie de la Personne Agée

Une confusion est souvent faite entre les différentes filières pouvant être acteurs de soins de la santé mentale des personnes âgées : notamment la Psychiatrie et la Gériatrie. Les termes de Psychogériatrie et de Gérontopsychiatrie entraînent encore des débats entre les auteurs, certains considérant les termes comme équivalents pour définir la branche de la psychiatrie intégrant la santé mentale des personnes âgées, et d'autres considérant la psychogériatrie comme prenant en charge plus spécifiquement les symptômes psycho-comportementaux survenant dans le cadre des pathologies neurodégénératives et cérébro-vasculaires (5) (12).

Cette distinction illustre la dichotomie du mode d'entrée des patients souffrants de troubles mentaux et du comportement dans les différentes filières de soins : soit par la porte d'entrée de la Gériatrie, soit par celle de la Psychiatrie. Certaines études valident que certains troubles ayant une composante psychiatrique prédominante sont difficilement pris en soins en gériatrie (13), et inversement, mais les études sur la population de ces patients en psychiatrie sont plus limitées (probablement du fait de la plus récente éclosion des unités de gérontopsychiatrie comparé à la gériatrie) dans la littérature française ou internationale (ce qui sera l'objet de notre étude).

Nous retiendrons ici le terme de Psychiatrie de la Personne Agée (PPA), terme finalement retenu par les instances et au niveau universitaire (14), qui avait d'ailleurs été retenu par l'OMS dès 1996 comme nous l'avions vu plus précédemment (8), en intégrant dans cette définition les difficultés de contraintes démographiques et institutionnelles afin de conjuguer au mieux besoin en santé mentale des PA et offre de soins.

3. Le parcours de soins de la personne âgée en psychiatrie

La loi du 26 janvier 2016 concernant la modernisation du système de santé (15) propose une structuration du système de santé dans une logique de parcours de soins. Dans le Schéma Régional de Santé (SRS) en région Centre-Val-de-Loire (4), les objectifs concernant la prise en charge des PA se situent principalement au niveau du repérage précoce, « en amont » de l'entrée dans la dépendance, et notamment en amont des hospitalisations (qu'elles soient en MCO ou en psychiatrie). En effet, les troubles mentaux et notamment la dépression du sujet âgé ont une clinique parfois atypique (16), et il n'est pas rare que l'entrée dans le parcours de soins de la psychiatrie du sujet âgé se fasse à la suite d'une décompensation (exposé à un risque plus fréquent d'hospitalisation), qu'on sait très délétère dans ce type de population vulnérable.

Un regard tout particulier sera porté sur la prévention, et sur l'inscription du patient dans un parcours de soins, qui se veut nécessairement multidisciplinaire (Géiatre, Psychiatre, MAIA, MDPH et autres acteurs médico-sociaux), en amont, pendant et en aval des hospitalisations (afin avant tout d'éviter ces dernières).

Afin donc de pouvoir inscrire le patient dans ce parcours de soins, les différentes régions proposent des organisations pour répondre aux différents SRS, de manière similaire (5) (14) (17) (18).

- Un premier niveau de proximité : celui à développer avant tout compte tenu de ce qui a été évoqué ci-dessus, pour « agir avant la décompensation et la crise dans le premier recours » (5) (14) :
 - Les CMP seraient des centres pivots de ce niveau de prise en charge, avec des rôles, entres autres, de dépistage, de formation et de partenariat avec les différents acteurs du parcours de soins, et de développement d'alternatives à l'hospitalisation (HDJ, CATTP...). Le but étant une meilleure visibilité de l'offre de soins en psychiatrie du sujet âgé par les différents acteurs, les usagers comme les professionnels.

- Un second niveau territorial : niveau de coordination départemental afin de fluidifier le parcours de soin. C'est, à ce niveau, la MAIA qui jouerait préférentiellement ce rôle, avec à ce niveau :
 - Les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé, dont les fonctions principales d'évaluation et d'orientation permettront de favoriser les liens avec notamment la filière gériatrique, mais aussi avec les différents référents du parcours de soins (médecin généraliste, psychiatres, CMP ...),
 - Des alternatives à l'hospitalisation temps plein, par le biais d'hôpitaux de jour multidisciplinaires à visée supra-sectorielle.
 - Des lits identifiés en psychiatrie du sujet âgé, qui nécessiteront nécessairement un lien avec les soins somatiques, mais qui seront à différencier des UCC (accueillant des troubles du comportement des maladies neurodégénératives).

- Un troisième niveau régional de référence : afin de promouvoir l'émergence de cette jeune discipline qu'est la psychiatrie du sujet âgé, les différentes régions projettent d'articuler les 2 premiers niveaux autour de centres de référence.

Au total le parcours de soins de la personne âgée nécessite une articulation en réseau à 3 niveaux : le premier niveau de proximité, le second niveau territorial et le troisième niveau régional. Une attention particulière sera à accorder au 1^{er} niveau afin d'agir en amont des hospitalisations, et de dépister les facteurs de risque de décompensation de cette population particulièrement vulnérable.

Chapitre 2 : L'hospitalisation en psychiatrie chez la personne âgée

1. Epidémiologie

Il est difficile de comparer les différentes études réalisées sur le sujet d'un point de vue épidémiologique. En cause principalement le critère d'âge utilisé, souvent différent selon les études, ainsi que la fréquence limitée de la littérature sur le sujet.

En 2012, un rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale rapportait une part importante de l'activité hospitalière des personnes de plus de 65 ans (19) : selon ce rapport, les 65 ans et plus représentaient 17,1% de la population française, mais avait concentré en 2010 38% des prises en charges hospitalières en MCO et 12% pour la psychiatrie (avec une croissance +3% pour les ≥ 65 ans, et de +14% pour les ≥ 80 ans)

Une étude de 2012 sur une large population dans l'Ontario a montré que les patients ≥ 65 ans hospitalisés représentaient aux alentours de 8,8% des hospitalisations (20). En 2016 sur une étude à Marseille en France (17), les patients de plus de 60 ans représentaient entre 11% et 25% des patients hospitalisés en HTC, selon les centres.

2. En amont des hospitalisations des personnes âgées

Une large étude en 1998 a recensé aux Etats Unis les caractéristiques cliniques et les parcours de soins des patients âgés bénéficiaires de Medicare hospitalisés en psychiatrie en 1990 et 1991 (21). Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étaient la dépression (28,1%), les démences (15,2%), les troubles mentaux et du comportement liés à des substances psycho-actives (12,6%) et les troubles organiques autres que les démences (11,6%). Les patients âgés souffrants de troubles psychiatriques étaient par ailleurs plus fréquemment hospitalisés en hôpital général qu'en psychiatrie (expliqué par de multiples facteurs à l'époque comme les comorbidités somatiques dans ce type de population, des contraintes géographiques ou de stigmatisation). Nous avons retrouvé plusieurs études qui avaient étudié les « misplacement » des patients âgés souffrant de troubles psychiatriques en gériatrie (21) (22), mais il existe relativement peu d'études en France concernant les patients âgés souffrant de troubles somatiques en psychiatrie.

Une étude réalisée dans les services d'urgence en Allemagne en amont des hospitalisations en psychiatrie (23) montrait que les patients avec des syndromes démentiels

se présentant aux urgences psychiatriques étaient plus fréquemment hospitalisés que les autres troubles psychiatriques, et une réalisée au Japon en 2009 (7) sur un petit échantillon de patients ≥ 65 ans utilisant les services d'urgences psychiatriques montrait que cette population représentait 4,8% des patients, et également une fréquence plus élevée chez les patients âgés de diagnostics principaux de démence ou de troubles mentaux organiques.

Au total ces résultats tendent à montrer que dans la littérature internationale, les diagnostics de démences et de troubles organiques chez les patients ≥ 65 ans étaient à la fois des motifs de consultation en psychiatrie plus fréquents que les patients < 65 ans mais qu'ils amenaient aussi plus fréquemment à des hospitalisations en psychiatrie. Les études sur ce sujet sont encore limitées en France et une meilleure compréhension de cette population de patients peut permettre, dans la logique des Plans Régionaux de Santé (PRS), d'identifier précocement une population « à risque » afin de prévenir les conséquences des hospitalisations, tant au niveau individuel que socio-économique, dans cette population particulièrement sensible.

3. Les hospitalisations sans consentement chez la personne âgée

La littérature comprend peu de données fiables sur le sujet. Des recommandations de la HAS en Avril 2005 concernant « les modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux (24) n'ont retrouvé que 2 références dans la littérature concernant les hospitalisations en soins sans consentement chez la personne âgée, et sont relativement anciennes : par exemple Souchaud et al en 1994 ont réfléchi à l'application en psychiatrie de la personne âgée de la loi du 27 juin 1990 (25) (qui sera largement modifiée par la loi du 04 mars 2002) (26). Ces auteurs ont réfléchi aux risques de détournement de cette loi dans les pathologies spécifiques aux personnes âgées, mais en ont conclu par leur étude sur un petit échantillon que « l'hospitalisation sans consentement n'a pas été le prétexte d'exclusion du domicile ou d'une institution », et que « le soin de la personne semble l'avoir largement emporté sur tout risque vital » (24). Aucune donnée de la littérature n'avait été retrouvée dans le rapport de la HAS ni à ce jour sur les hospitalisations sans consentement chez les patients atteints de démence.

Il existe peu de données de la littérature sur les hospitalisations sans consentement en psychiatrie chez la personne âgée, notamment du fait de la difficulté d'avoir des données reproductibles.

L'enjeu éthique dans ce type de population est pourtant majeur, mais en l'absence de guidelines claires, ce sera au praticien et à l'autorité légale en charge du dossier de prendre en compte les spécificités de cette population âgée vulnérable, ce qui peut entraîner une grande variabilité des pratiques sur le territoire.

4. Conséquences des hospitalisations en psychiatrie chez la personne âgée

Une étude Américaine (21) tend à montrer que le retour au domicile des patients âgés en psychiatrie est moins fréquent que les patients du même âge en hôpital général lors des hospitalisations pour démences et autres troubles organiques, tout comme les troubles psychotiques. Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux retournaient plus aisément au domicile que les autres troubles cités. Il ressortait aussi que la DMS des patients âgés hospitalisés en psychiatrie était plus longue, avec un coût moyen global de l'hospitalisation plus élevé qu'en hôpital général, mais les différences dans le système de remboursement Anglo-Saxon et Américain ne permettent pas de projeter ces données en France.

Une autre étude récente en 2018 a étudié une population âgée hospitalisée au long cours en psychiatrie, plus spécifiquement une unité médico-judiciaire (UMJ) (27). Cette étude tendait à montrer que les conséquences d'une hospitalisation prolongée dans leur population étaient entre autres : un déclin cognitif accéléré (y compris par rapport aux patients âgés hospitalisés en hôpital général), des concentrations d'antipsychotiques plus importantes que les recommandations, et des conséquences pharmacologiques (syndromes extra-pyramidaux, symptômes négatifs) importantes.

Les antipsychotiques étaient des traitements fréquemment prescrits chez les patients $\geq$ 65 ans avec un diagnostic de démence (allant de 10,2% des (28) à 18% des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer (29). Dans une étude de Jégouzo et al., portant sur la prescription des antipsychotiques chez les sujets âgés avec une démence dans un hôpital psychiatrique, ces auteurs ont retrouvé une proportion de prescription d'antipsychotiques en hospitalisation allant de 80% à 92,24% dans cette population. (30). La France est le pays européen dans lequel la prescription de psychotrope est le plus élevé, en comparaison avec ses

voisins limitrophes : en France, 23% des patients de plus de 65 ans prenaient au moins 1 psychotrope, contre 19% d'entre eux dans les 5 autres pays. (31)

Suite à 3 alertes lancées par l'Agence Nationale du Médicament, la HAS a publié en 2009 des recommandations sur la prescription des antipsychotiques dans les troubles psycho-comportementaux des démences (32). Malgré ces recommandations, la prescription des antipsychotiques reste fréquente chez les personnes âgées hospitalisées (30), mais qui n'est pas le reflet de la prise en charge générale de cette population car les hospitalisations en psychiatrie sont tout de même envisagées en dernier recours avec probablement des troubles du comportement résistants aux autres thérapeutiques mises en place.

Les hospitalisations en psychiatrie des patients ≥ 65 ans ont de nombreuses conséquences au niveau individuel : un déclin cognitif accéléré, des prescriptions d'antipsychotiques élevées et des conséquences pharmacologiques de ces prescriptions (symptômes extra-pyramidaux, chutes...) importantes. Les patients déments ou hospitalisés pour d'autres troubles organiques rentraient de manière moins fréquente à leur domicile que s'ils étaient hospitalisés pour un autre trouble psychiatrique. D'un point de vue socio-économique, les hospitalisations des personnes âgées en psychiatrie avaient un coût plus élevé qu'en hôpital général. Pour ces raisons, le développement des solutions d'aval et d'alternatives à l'hospitalisation est un enjeu majeur de santé publique dans ce type de population.

Chapitre 3 : Devenir des patients ≥ 65 ans hospitalisés en psychiatrie et alternatives à l'hospitalisation

Cette réflexion peut se construire autour de 2 axes : le dispositif préventif ambulatoire, d'étayage, et l'orientation vers des structures adaptées. L'amélioration de la prise en charge intra-hospitalière est aussi dans la littérature un point important permettant de limiter à la fois les conséquences des hospitalisations mais aussi de limiter les ré-hospitalisations.

Tucker et al. ont en 2017 étudié les facteurs des patients âgés influant sur la durée d'hospitalisation des patients âgés en unité de psychiatrie de la personne âgée, en identifiant principalement un haut niveau de dépendance, ou des troubles du comportement importants comme facteurs principaux (33).

En 2015, Gaynes et al. ont identifié dans une revue de la littérature les facteurs permettant de limiter durées d'hospitalisation des patients ≥ 65 ans en psychiatrie (34) (35) :

- Un dispositif intra-hospitalier suffisamment développé permettant d'accueillir et de stabiliser la symptomatologie psychiatrie aigue. Cet élément est paradoxal et en contradiction au final avec les différentes mesures en France ces dernières années ayant entraîné une pression institutionnelle importante, et une diminution des capacités d'accueil intra-hospitalières. Cependant la qualité de soins intra-hospitalière nécessite des moyens humains et de formation importante qui reste un axe d'amélioration important pour la prise en charge des personnes âgées en psychiatrie.
- L'organisation et la planification de la sortie du patient, et l'articulation avec des services de support et de transition vers l'ambulatoire : le lien direct avec le dispositif pluridisciplinaire de soins ambulatoire est d'autant plus important chez les ≥ 65 ans, illustrant la nécessité présentée précédemment du réseau de soins sur le territoire.
- La possibilité de services ambulatoires de prise en charge à court et long terme permettant d'éviter les perdus de vue.

1. L'orientation vers des structures en hospitalisation complète adaptées

a. Les services de gériatrie

Si la problématique somatique prédomine sur la symptomatologie psychiatrique, ou qu'il existe un risque somatique trop important en l'absence de prise en charge ou de plateau technique spécialisé, le réseau de soins de la personne âgée doit permettre de mettre en lien les structures de soins en psychiatrie avec les structures hospitalières adaptées.

b. Les unités de soins de longue durée (USLD)

Si suite à une hospitalisation en court ou moyen séjour, psychiatrique, gériatrique ou autre, n'a pas permis de contrôler les troubles mentaux et du comportement de manière suffisante pour une prise en charge en ambulatoire, les patients peuvent être orientés vers ces structures. Malheureusement ces structures sont la plupart du temps réservées pour des patients en perte d'autonomie physique et non psychique (36).

c. Les unités cognitivo-comportementales (UCC)

Principalement suite au Plan Alzheimer en 2008 - 2012 (37), et aux différents plans de santé (4) (9) (38), un certain nombre d'autres structures ayant pour but la prise en charge des troubles mentaux et du comportement des personnes âgées ont progressivement vu le jour. Ces unités ont pour vocation, sur du moyen séjour, d'assurer les soins de rééducation cognitive et de ré-autonomisation afin de permettre le retour au domicile ou du moins de permettre une autonomie suffisante afin de permettre l'institutionnalisation.

d. Les unités d'hébergement renforcées (UHR)

Elles peuvent accueillir les patients souffrant de troubles mentaux et du comportement sévères, altérant de façon importante la qualité de vie des patients et de leur entourage. Leur nombre encore réduit en France, et la nécessaire petite capacité d'accueil, rendent tout de même difficile l'accueil dans ces structures, notamment en cas de troubles du comportement ou de décompensation aiguë d'une pathologie psychiatrique.

e. Les unités de gériopsychiatrie aigüe

Ces structures voient progressivement le jour en France mais sont encore très inégalement réparties sur le territoire Français. La région Centre-Val-de-Loire ne dispose par exemple encore aucune structure de ce type en psychiatrie publique (9), mais des lits dédiés dans les cliniques privées voient progressivement le jour (par exemple à la clinique Ronsard en Indre et Loire, qui comporte 22 lits de gériopsychiatrie). Elles ont pour vocation l'évaluation et la prise en charge des patients âgés en situation de crise, +/- associés à des troubles somatiques entravant leur autonomie et pouvant rendre difficile la prise en charge en psychiatrie adulte conventionnelle (36). Ce type d'unité ne peut cependant exister sans une articulation avec les autres structures ci-dessus, et avec un certain nombre de structures ambulatoires développées.

2. Les structures hospitalières ambulatoires

a. Les unités spécifiques malades d'Alzheimer (MA)

Préférentiellement situées dans les EHPAD, elles ont pour but d'accueillir 1 à plusieurs jours par semaine des patients souffrant de MA ou maladies apparentées, avec des syndromes psycho-comportementaux suffisamment importants pour altérer le maintien en toute sécurité pour eux-mêmes ou pour les autres résidents dans un EHPAD standard. Ces structures se sont progressivement développées depuis 2012, avec des petits effectifs (une douzaine) (36) (37).

b. Les hôpitaux de jour de psychogériatrie

Il s'agit d'une structure avec une fonction avant tout soignante, en accord avec les plans de soins personnalisés des patients, pouvant proposer à la fois des soins psychiatriques et / ou somatiques, et des bilans (neuropsychologiques notamment) pluridisciplinaires.

Ils sont à différencier des accueils de jour et des centres de jour. Ces dernières sont « des structures sociales dont l'objectif est de rompre la solitude et l'isolement des personnes âgées en leur proposant des activités de groupe » (36).

3. Les autres maillons du dispositif de soins

Comme nous l'avons vu dans notre première partie, le parcours de soin de la personne âgée en psychiatrie nécessite une articulation avec toutes les structures situées ci-dessus, ainsi qu'une offre de soin en psychiatrie développée en ambulatoire. Elle comporte :

a. Les centres médico-psychologiques (CMP)

Le concept du « aller vers » étant largement répandu dans la prise en charge de la PA, les équipes de psychiatrie de secteur se confondent souvent avec les équipes mobiles, mais elles ont pour rôle à la fois d'assurer le suivi du patient à moyen et long terme afin de permettre le maintien au domicile par des consultations et des visites sur le lieu de vie des patients, mais aussi d'assurer le lien entre les unités hospitalières de psychiatrie et des différents acteurs (médicaux, paramédicaux, sociaux...) impliqués dans la prise en charge.

b. Les Centres Mémoires de Recherche et de Ressource (CMRR)

Suite aux plans Alzheimer, les CMRR permettent un avis spécialisé et un lieu ressource repéré par les acteurs de santé pour le diagnostic de troubles neurocognitifs débutants (5) (36).

c. Les équipes mobiles

Les équipes mobiles de gériatrie sont relativement anciennes, leurs missions et leurs implantations étant souvent relativement bien repérées par les différents acteurs de soin. Elles peuvent d'ailleurs permettre de créer cette interface en les services de psychiatrie et les soins somatiques, par une évaluation clinique et des propositions thérapeutiques ou d'orientation vers certaines des structures citées ci-dessus (5) (36).

Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée sont quant à elles beaucoup plus récentes et souvent beaucoup moins bien repérées que les équipes mobiles de gériatrie. Elles ont comme nous avons vu précédemment pour mission principale l'évaluation et la prévention des situations de crise par leurs interventions au domicile, dans les hébergements médico-sociaux, ou par leur rôle de liaison auprès des différentes unités des hôpitaux généraux. Elles sont idéalement pluridisciplinaires (psychiatre spécialisé dans la PPA, IDE,

assistante sociale...) et interviennent auprès des patients âgés pouvant éventuellement être amenés à répondre au profil de patients pouvant être hospitalisés en unité de psychogériatrie (pour rappel, des patients âgés en situation de crise, +/- associés à des troubles somatiques entravant leur autonomie et pouvant rendre difficile la prise en charge en psychiatrie adulte conventionnelle) (5) (14) (18) (36) (39).

d. La Télémédecine

« La télémédecine est une pratique médicale, composante de la télésanté, qui permet de mettre en rapport, grâce à l'utilisation de nouvelles technologies, des professionnels de santé, dont au moins un médecin, entre eux ou avec un patient. La télémédecine permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi et une surveillance, de préparer une décision thérapeutique. Elle permet également de faire des prescriptions. » (40). C'est une pratique en plein essor qui facilite l'accès aux soins pour les personnes âgées dont la mobilité est souvent réduite, dans ce contexte de diminution de la démographie médicale. En psychiatrie de la personne âgée (et plus spécifiquement dans la Région Centre-Val de Loire) elle s'appuie sur les liens déjà existants entre les différents partenaires (Gériatrie, établissements médico-sociaux...) et permet d'étendre le champ de couverture territoriale, en intégrant par exemple certains établissements médico-sociaux qui ont pu s'équiper du dispositif de télémédecine lors de télé-staff.

Au total les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie sont nombreuses, mais nécessitent de développer à la fois les unités spécialisées de psychiatrie de la personne âgée et les liens pluridisciplinaires entre les structures hospitalières somatiques et psychiatriques, notamment par le biais des équipes mobiles, afin de permettre une prise en charge individualisée des patients âgés.

La bonne orientation des patients âgés vers les dispositifs de soins adaptés nécessite aujourd'hui une meilleure connaissance des profils des patients âgés à n'importe quel niveau du dispositif, afin d'éviter d'emboliser par exemple les structures hospitalières, et de permettre une meilleure fluidité du dispositif de soins de la psychiatrie de la personne âgée. Les raisons des hospitalisations des PA en psychiatrie, dans des régions ne disposant pas d'unités spécifiques publiques pour la PA, ont été peu étudiées en France, ce qui sera l'objet de notre travail personnel.

Partie 2 : Travail personnel

Chapitre 1 : Introduction

La psychiatrie de la personne âgée est comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature une discipline jeune, ce qui peut entraîner certaines confusions dans les rôles de chaque acteur de soin. Pourtant, les différents plans de santé gouvernementaux ont mis l'accent sur la nécessité de clarifier et d'étoffer le dispositif complet, ambulatoire mais aussi hospitalier.

Concernant la santé mentale, la délimitation de la frontière entre troubles somatiques et psychiatriques est parfois difficile à cerner, ce qui peut entraîner des ambiguïtés dans la prise en charge des patients en hospitalisation. Malgré les nombreuses conséquences des hospitalisations des personnes âgées, tant au niveau individuel (déclin cognitif, effets secondaires des traitements...) que socio-économique (DMS plus longue que les patients jeunes, et plus longue en psychiatrie qu'en hôpital général), et bien que ce dernier point ne doive pas constituer seul un critère d'évaluation de bonne pratique, il montre que les hospitalisations sont encore au centre des réflexions autour de la prise en charge du sujet âgé.

Les unités aigues de psychiatrie de la personne âgée ont une répartition encore inégale sur le territoire. Elles ont initialement pour vocation d'accueillir des patients âgés en situation de crise, pouvant souffrir de troubles somatiques entravant leur autonomie et pouvant rendre difficile la prise en charge en psychiatrie adulte conventionnelle. Cette répartition inégale du territoire est aussi valable pour le dispositif de soin spécialisé de la branche de la gériatrie (UCC, UHR, USLD...) et il n'est donc malheureusement pas rare que les patients âgés qui relèveraient préférentiellement de la gériatrie ou de la neurologie soient hospitalisés en psychiatrie adulte, mais cette proportion est mal connue.

Tenant compte de ces constatations, nous avons voulu étudier comme objectif principal les motifs d'hospitalisation des patients âgés hospitalisés à temps complet en psychiatrie adulte afin de tenter de proposer des pistes d'amélioration dans la prise en charge de cette population.

La littérature est par ailleurs très peu fournie sur les causes des hospitalisations en psychiatrie en soins sans consentement chez la personne âgée, et nous avons aussi voulu tenter d'étudier le profil des patients âgés hospitalisés en psychiatrie en soins sans consentement (SSC).

Chapitre 2 : Hypothèses et objectifs

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- **L'objectif principal était de décrire les motifs d'hospitalisation chez les patients $\geq$ 65 ans hospitalisés à temps complet en psychiatrie.**
- Les objectifs secondaires étaient de :
 - Comparer les motifs d'hospitalisation en psychiatrie entre patients de plus de 65 ans hospitalisés en Soins Libres et hospitalisés en Soins Sans Consentement
 - Comparer les motifs d'hospitalisation en psychiatrie entre patients de plus de 65 ans et de moins de 65 ans
 - Comparer les motifs d'hospitalisation en psychiatrie des patients de plus de 65 ans entre le centre de Tours et le centre d'Orléans
 - Décrire les modes d'entrée et de sortie des patients $\geq$ 65 ans, et les comparer selon le mode légal, ainsi qu'avec les patients $<$ 65 ans.
 - Décrire les motifs d'hospitalisation, les modes d'entrée et de sortie chez les patients « très âgés » (80 ans et plus).

L'ensemble de l'étude aura pour objectif général de fournir des éléments pour une meilleure compréhension du profil des patients âgés hospitalisés en psychiatrie, afin de constituer une base de travail pour le développement de la prise en charge des personnes âgées dans la région Centre-Val de Loire.

Nous avons formulé les hypothèses suivantes en lien avec les objectifs ci-dessus :

- Les motifs d'hospitalisation en psychiatrie d'origine organique des patients de 65 ans et plus représentent une part importante de la totalité des motifs d'hospitalisation dans cette tranche d'âge.
- Il existe une part plus importante de motifs principaux d'hospitalisation en psychiatrie d'origine organique chez les personnes de 65 ans et plus, comparativement aux sujets jeunes.

- Il existe une part plus importante de motifs d'hospitalisation d'origine organique et plus spécifiquement neurocognitive chez les patients ≥ 65 ans hospitalisés en soins sans consentement (SSC) comparativement à ceux hospitalisés en soins libres (SL)
- Les patients de 65 ans et plus sont plus fréquemment hospitalisés en SSC en psychiatrie adulte comparativement aux adultes jeunes, compte tenu d'une fréquence plus importante de troubles mentaux et du comportement d'origine neuro-cognitive.
- L'entrée en psychiatrie des patients ≥ 65 ans se fait plus fréquemment que chez les sujets jeunes par la médecine somatique, et ils sont plus fréquemment adressés vers les soins aigus somatiques que chez les sujets jeunes.
- L'entrée en psychiatrie des patients ≥ 65 ans en SSC se fait plus fréquemment que les SL par les soins somatiques, et il en est de même pour leur mode de sortie d'hospitalisation.
- Il existe des particularités concernant les motifs d'hospitalisation en psychiatrie des patients très âgés (≥ 80 ans) comparativement aux patients d'âge compris entre 65 et 79 ans.

Chapitre 3 : Matériel et méthodes

1. Caractéristiques de l'étude :

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective multicentrique, incluant 2 centres dans la région Centre-Val-de-Loire : le CHRU de Tours et l'EPSM G. Daumezon dans le Loiret, sur 2 années consécutives : 2016 et 2017 ce qui a permis d'inclure un nombre conséquent de patients.

2. Critères de jugement

Les critères de jugement choisis pour répondre à nos objectifs sont :

- Concernant l'objectif principal :
 - Les diagnostics principaux recueillis au cours des séjours en psychiatrie des patients ≥ 65 ans, qui sera notre critère de jugement principal.
- Concernant les objectifs secondaires :
 - Les modes d'entrée et les modes de sortie d'hospitalisation.
 - D'étudier les critères ci-dessus (à savoir le critère principal et les critères secondaires), selon :
 - Le mode légal d'hospitalisation : SL et SSC
 - L'âge : < 65 ans, ≥ 65 ans, ≥ 80 ans
 - Le centre de recueil de données : Tours / Orléans

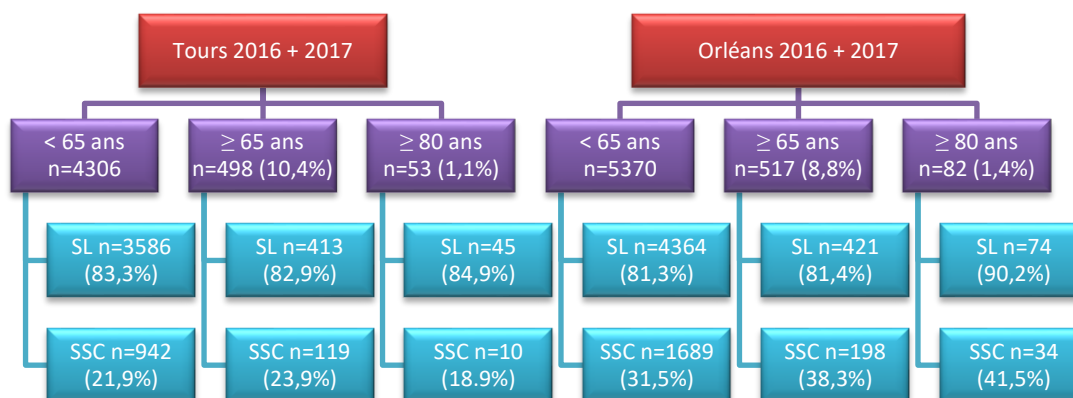
3. Critères d'inclusion

Afin de pouvoir additionner les données recueillies sur les années 2016 et 2017, tous les patients ayant bénéficié d'une hospitalisation dans une unité de psychiatrie adulte, sortis entre le 01 janvier 2016 et le 31 décembre 2016, ainsi qu'entre le 01 janvier 2017 et le 31 décembre 2017 sur les 2 sites ont été inclus dans l'étude.

La filtration par année avait initialement pour but de pouvoir redéfinir la durée d'observation de l'étude si nécessaire, car il existait une crainte de biais dans le recueil des données de l'année 2017 à l'EPSM G. Daumezon (demande de réévaluation de la méthode de recueil des diagnostics dans le logiciel CORTEXTE réalisée en 2017). En l'absence d'erreur majeure détectée dans le recueil de ces données, les 2 années ont ensuite été incluses.

Afin de pouvoir répondre aux critères de jugement, des recombinaisons ont été faites sur les données recueillies afin de pouvoir extraire les données des patients de moins de 65 ans, tel qu'illustré dans la Figure 1 (données par séjour) :

Figure 1 : Synthèse des données recueillies concernant le nombre de séjours : classement selon mode légal d'hospitalisation / âge / Centre de recueil de données.



4. Méthode de recueil de données

a. Validation de l'étude et avis éthique

L'étude ci-dessous a été réalisée après validation du CNIL, ainsi qu'après avis favorable de l'ERERC, comité d'éthique local.

Les patients ont été informés de l'utilisation des données à des fins scientifiques par une organisation similaire dans les 2 centres, à savoir un affichage dans les salles d'attente et les unités d'hospitalisation.

b. Recrutement de la population de l'étude :

Les données ont été recueillies de façon rétrospective et anonyme par requête effectuée auprès de 2 bases d'information : le dispositif d'information médicale (DIM) de l'EPSM G. Daumazon à Fleury les Aubrais (région Orléanaise), et le DIM du CHRU de Tours, indépendamment sur les années 2016 et 2017 pour les raisons évoquées dans les paragraphes précédents.

Concernant le recueil des données sur Orléans :

Les requêtes ont été effectuées avec le logiciel BusinessObjects® et ont dûes être vérifiées afin de pouvoir correspondre aux critères d'inclusion initiaux.

Concernant le recueil de données sur Tours :

Les données ont été recueillies via un logiciel de recueil de données du CHU de Rennes, puis révisées par un statisticien du CHRU de Tours afin de pouvoir être comparables aux données recueillies par le DIM d'Orléans. Elles ont ensuite été transmises au format EXCEL®.

Afin de pouvoir uniformiser les données des 2 sites, les données de Tours et d'Orléans ont été regroupées sur un format EXCEL® unique, le logiciel BusinessObjects® ayant fourni

les données sur un autre format. Les données des 2 années 2016 et 2017 ont elles aussi été additionnées manuellement sur le fichier EXCEL®.

c. Evaluation des critères de jugement

Afin de pouvoir évaluer les critères de jugement, il a été recueilli pour les années 2016 et 2017 sur les 2 sites :

- Le nombre de séjour et le nombre de patients
- Le nombre de jours d'hospitalisation
- Le nombre de patients dans chaque tranche d'âge, par tranche d'âge de 5 ans en incluant la borne inférieure et excluant la borne supérieure (de 5 à 94 ans)
- Le sexe : homme ou femme
- Les modes d'entrée et de sortie des patients
- Les diagnostics principaux
- Les diagnostics associés

Malheureusement après une vérification des données, les requêtes effectuées auprès du DIM d'Orléans sur les diagnostics associés présentaient un nombre trop important d'erreurs, malgré de multiples tentatives de corrections. Ce critère a donc dû être exclu de l'analyse statistique finale présentée dans ce travail.

A noter que nous avons aussi tenté de recueillir :

- Les données concernant l'autonomie des patients des différents groupes de l'étude. Malheureusement, en l'absence de GIR réalisé et de cohérence pour l'analyse de ce travail, après le recueil de données sur notre fichier Excel®, nous avons exclu ce critère de l'étude.
- Les données sur les mesures d'isolement ou de contention de la population de l'étude : malheureusement sur la période de recueil de données, ces dernières n'étaient pas encore renseignées de manière informatique sur l'EPSM G. Daumezon.

Après addition des données des 2 années de l'étude (2016 et 2017), elles ont ensuite été triées par :

- Mode légal d'hospitalisation : Total / Soins libres / Soins sans consentement
- Age : Total / ≥ 65 ans / ≥ 80 ans. Les données des patients < 65 ans et de ceux compris entre 65 et 79 ans ont été obtenues par recombinaison des données recueillies.
- Centre : Tours / Orléans

Excepté pour l'analyse de certaines données socio-démographiques (comme le sexe ou le nombre de patients), le reste des données présentées et analysées sont les données par séjour (compte tenu des critères de jugement et de la méthode de recueil des données dans les logiciels utilisés par les DIM des 2 centres).

➤ *Concernant les données socio-démographiques*

L'âge moyen a été recueilli sur les 2 centres de l'étude ainsi que sur les 2 années indépendantes l'une de l'autre, 2016 et 2017. Malheureusement compte tenu de l'absence de données par patient, nous n'avons pas pu recombinaison ces 2 variables sur nos données finales pour notre analyse. Les données concernant le sexe et la proportion de patients ≥ 65 ans ou ≥ 80 ans dans nos différents groupes était donc la seule variable exploitable recueillie.

➤ *Concernant les diagnostics*

Les diagnostics de chaque séjour ont été analysés selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), un patient ne pouvant théoriquement avoir qu'un diagnostic principal par séjour et un nombre allant de 1 à 99 diagnostics(s) associé(s). Les diagnostics ont pu être recueillis par tous les professionnels de santé et socio-éducatifs prenant en charge le patient habilités à coder pour le RIM-P.

Ils ont eux aussi été regroupés en catégories pour une meilleure lisibilité des données :

- **Les affections somatiques**, en détaillant :

- *Les démences et troubles cérébraux vasculaires ou dégénératifs* : codes F00 – F03 ; G10 – G13 ; G20 ; G23 ; G30 – G 32 ; I60 – I69.
- *Les autres troubles mentaux organiques* : codes F00 – F09
- *Les autres affections somatiques identifiées* : A00 – Q99 à l'exclusion 2 catégories précédentes et des diagnostics ayant pour code F10 - F99

- **Les troubles cliniques caractérisés**, en détaillant :

- **Les troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives (SPA)** : codes F10 - F19
- **Les troubles délirants** : codes F20 – F29 :
 - F20 – F21 : *Schizophrénie et trouble schizotypique*
 - F22 : *Trouble délirant persistant*
 - F25 : *Trouble schizo-affectif*
- **Les troubles de l'humeur (affectif)** : codes F30 – F39 :
 - F30 – F31 : *Episodes maniaques et troubles bipolaires*
 - F32 : *Episodes dépressifs*
 - F33 – F34 : *Troubles dépressifs récurrents et persistants*
- **Les troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress, ou somatoformes** : codes F40 – F48

- **Les troubles de la personnalité et du comportement de l'adulte** : codes F60 – F69

- **Les autres diagnostics psychiatriques** : codes F50 – F59 ; F70 – F99

- **Les difficultés liées à l'environnement, nécessité de soins spécifiques et autre soins médicaux** : Z40 – Z65, Z72 – Z75

- **Les autres diagnostics** : code non renseigné dans les catégories précédentes

➤ *Concernant les modes d'entrée et de sortie en hospitalisation*

Les modes d'entrée ont été regroupés en plusieurs catégories similaires afin d'avoir une meilleure lisibilité des données pour nos critères de jugement. De plus, les catégories « transfert » et « mutations » avaient des significations différentes en fonction du centre de recueil de données, compte tenu de la configuration des lieux d'hospitalisation, et ont donc été regroupées afin de simplifier l'analyse. Pour rappel, le descriptif des codes mouvement est indiqué sur le site de l'ATIH (41)

Ces catégories regroupées sont :

- Les soins somatiques aigus : 61 / 71 / 85
- SSR / USLD : 62 / 72 / 63 / 73 / 76
- Unités de psychiatrie : 64 / 74
- Domicile : 8 ; Hébergement médico-social : 87
- Autre : 4 / 9

➤ *Analyse selon le mode légal d'hospitalisation*

Pour chaque critère ci-dessus, nous avons choisi d'exploiter les données selon les modes légaux d'hospitalisation : les hospitalisations en soins libres (SL), et en soins sans consentement. (SSC). Nous avons tenté de détailler les différents types de soins sans consentement, mais malheureusement cette distinction n'était pas présente dans le recueil de données de Tours et a donc été exclue de l'analyse statistique finale.

➤ *Analyse selon le centre de recueil de données*

Les 2 centres ont été comparés sur le critère de jugement principal et les critères de jugement secondaires, afin de pouvoir analyser d'éventuelles différences en termes de population d'étude, de méthode de recueil de données ou de pratiques cliniques.

➤ *Analyse dans le sous-groupe des patients ≥ 80 ans*

Compte tenu des données socio-démographiques projectives dans la revue de la littérature sur le vieillissement de la population en France, nous avons décidé de recueillir les données des patients de 80 ans et plus hospitalisés en psychiatrie afin d'ouvrir la discussion. Très peu d'études ont été réalisées sur ce type de population, et notre étude nous permettait de pouvoir analyser ce type de données.

5. Analyse statistique :

Comme il a été énoncé précédemment, les données recueillies ont toutes été incluses dans le logiciel Microsoft Excel® avant l'analyse statistique. Les données avaient déjà été traitées par les 2 centres et regroupées dans les catégories par âge, année et mode légal d'hospitalisation. Nous n'avons donc pas de disponible les données par patient. De ce fait il a été impossible pour nous de comparer les données sur les durées d'hospitalisation ou les moyennes d'âge, bien que celles-ci aient été fournies par les 2 centres, étant donné que l'écart type n'avait pas non plus été renseigné.

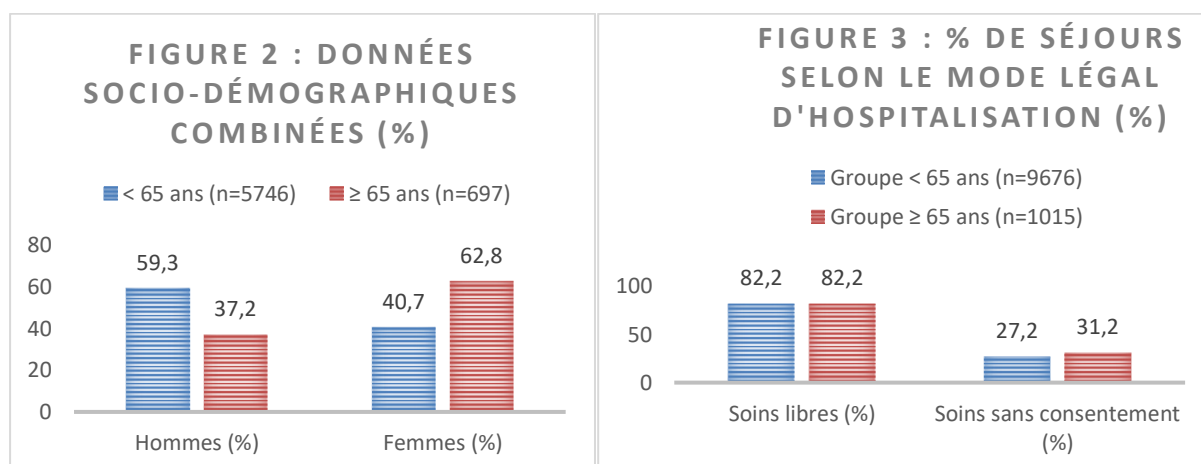
Après avis auprès des statisticiens de Tours, les statistiques descriptives et les analyses statistiques ont été faites en pourcentage des effectifs renseignés, à l'exclusion donc des données manquantes. Afin de pouvoir alimenter la discussion, ces données manquantes ont tout de même été renseignées dans les tableaux.

Les analyses statistiques univariées ont été effectuées à l'aide du logiciel BiostaTGV®. Le seuil de significativité $p \leq 0,05$ a été retenu pour l'ensemble des statistiques réalisées.

- Des tests du Chi² (χ^2) et de Fisher (F) (ce dernier test a été utilisé en cas d'effectifs théoriques ≤ 5 dans au moins une des cases du tableau croisé), ont été utilisés pour déterminer l'association entre 2 variables qualitatives.

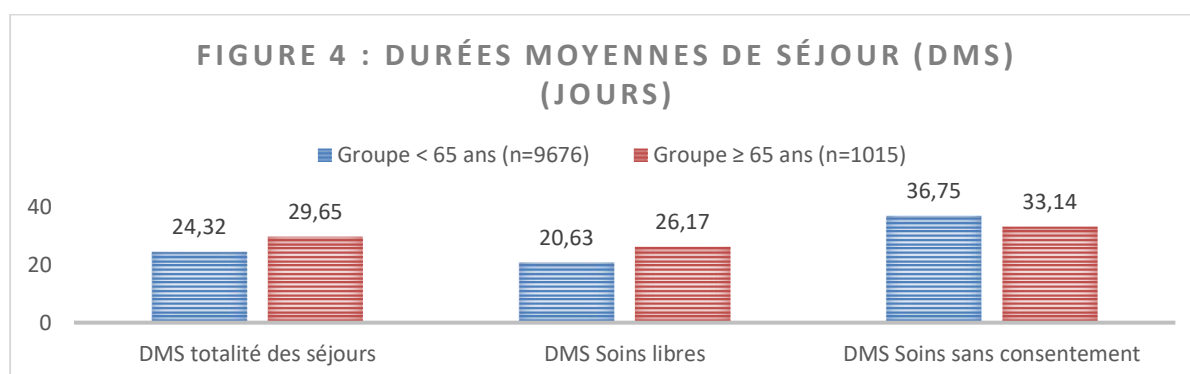
Chapitre 4 : Résultats

1. Données socio démographiques



Dans la population de l'étude, les patients ≥ 65 ans étaient significativement une majorité de femmes ($n = 438$; 62,8%). Chez les patients < 65 ans, elles ne représentaient que 37,2% des patients ($n = 2339$) ($\chi^2 = 124,178$; $p < 0,001$) (Figure 2)

Les patients ≥ 65 ans étaient pour 31,2% ($n = 317$) d'entre eux hospitalisés en soins sans consentement, hospitalisés plus fréquemment en soins sans consentement, avec une différence significative avec les patients du groupe < 65 ans ($n = 2631$, 27,2% des séjours) ($\chi^2 = 7,510$; $p = 0,006$) (Figure 3)



La DMS de la totalité des séjours des patients ≥ 65 ans était de 29,65 jours, ce qui est plus élevé (sans avoir pu vérifier une éventuelle différence significative) que celle des patients

< 65 ans (24,32 jours). Les DMS semblent plus longues dans les 2 groupes pour les soins sans consentement (33,14 jours dans le groupe ≥ 65 ans et 36,75 jours dans le groupe < 65 ans) que pour les soins libres (respectivement 26,17 jours et 20,63 jours) (Figure 4)

2. Critère de jugement principal : Diagnostics principaux des patients ≥ 65 ans hospitalisés en psychiatrie

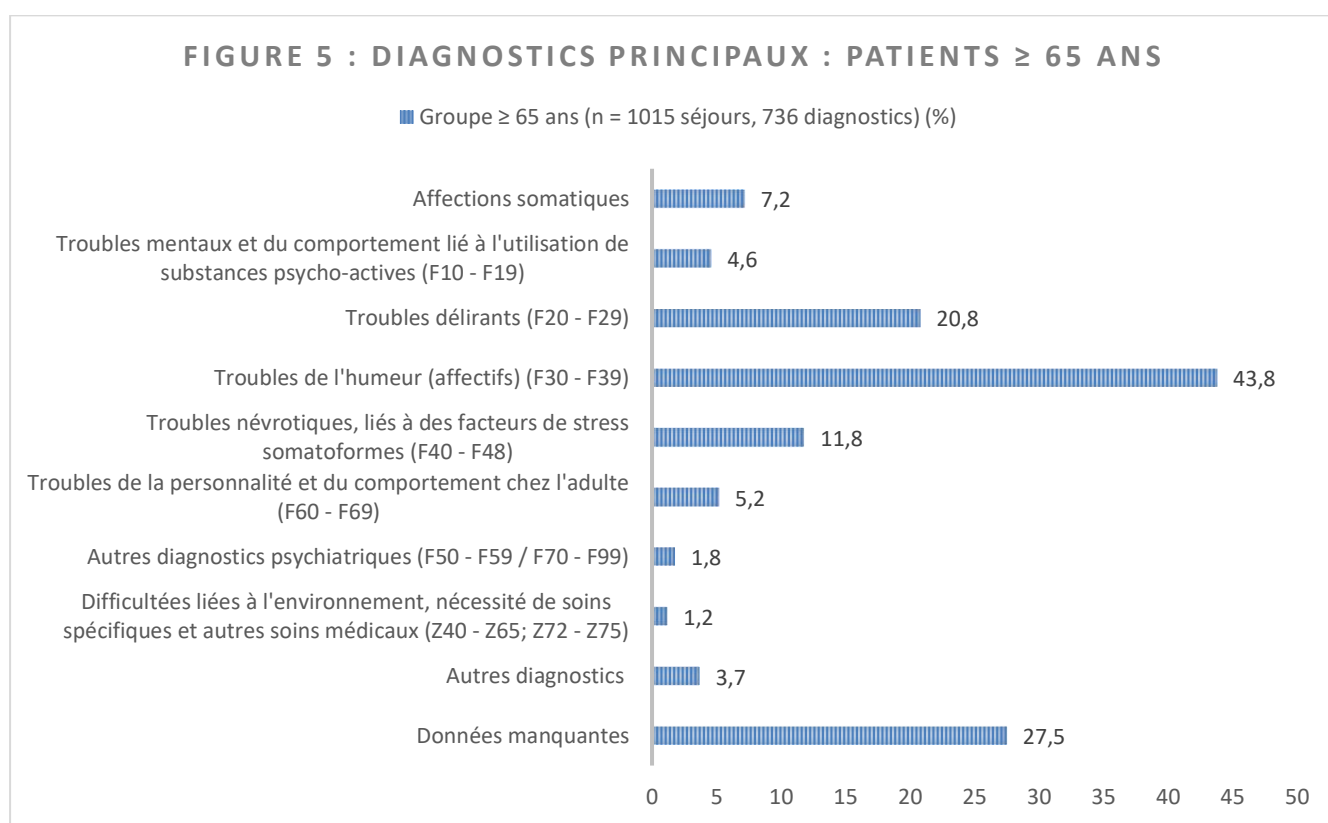


Tableau 2 : Détail des affections somatiques : patients ≥ 65 ans

	Groupe ≥ 65 ans (n=1015)
Affections somatiques	53 (7,2%)
<i>Démences et troubles cérébraux vasculaires / dégénératifs*</i>	37 (5,0%)
<i>Autres troubles mentaux organiques (F04-F09)</i>	14 (1,9%)
<i>Autres affections somatiques identifiées**</i>	2 (0,3%)

*Démences et troubles cérébraux vasculaires/dégénératifs = F00-F03 / G10-13 / G20 / G23 / G30-32 / I60-69

**Autres affections somatiques identifiées : A00-Q99 à l'exclusion autres diagnostics dans ce tableau et compris entre F00-F99.

Tableau 3 : Détail des troubles délirants : patients ≥ 65 ans

	Groupe ≥ 65 ans (n=1015)
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20 – F29)	153 (20,8%)
<i>Schizophrénie / trouble schizotypique</i>	58 (7,9%)
<i>Trouble délirant persistant (F22)</i>	66 (9,0%)
<i>Trouble schizoaffectif (F25)</i>	17 (2,3%)

Tableau 4 : détails des troubles de l'humeur (affectifs) : patients ≥ 65 ans

	Groupe ≥ 65 ans (n=1015)
Troubles de l'humeur (affectifs) (F30 – F39)	322 (43,8%)
<i>Episode maniaque, trouble bipolaire (F30 – F31)</i>	123 (16,7%)
<i>Episodes dépressifs (F32)</i>	152 (20,7%)
<i>Troubles dépressifs récurrents / persistants (F33 – F34)</i>	37 (5,0%)

Les patients ≥ 65 ans étaient principalement hospitalisés avec des diagnostics de **troubles de l'humeur** (43,8%) ([Figure 5](#)), regroupant une majorité d'*épisodes dépressifs* (20,7% de la totalité des diagnostics), ainsi qu'une proportion importante d'hospitalisations pour *troubles bipolaires* (16,7% des diagnostics des ≥ 65 ans). Les *troubles dépressifs récurrents / persistants* représentaient quant à eux 5% des diagnostics ([Tableau 4](#))

Les diagnostics de **troubles délirants** représentaient 20,8% des motifs d'hospitalisation ([Figure 5](#)), avec une majorité de troubles délirants persistants (9%), 7,9% pour schizophrénie trouble schizotypique, et 2,3% pour trouble schizo-affectif (2,3%) ([Tableau 3](#))

Les **trouble névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes** représentaient 11,8% des motifs d'hospitalisation.

Les **affections somatiques** représentaient quant à elles 7,2% des diagnostics rencontrés au cours des hospitalisations. Les *démences et troubles cérébraux vasculaires / dégénératifs* représentant 5% de la totalité des DP des ≥ 65 ans, les *autres troubles mentaux organiques* 1,9% et les *autres affections somatiques identifiées* 0,3% ([Tableau 2](#)).

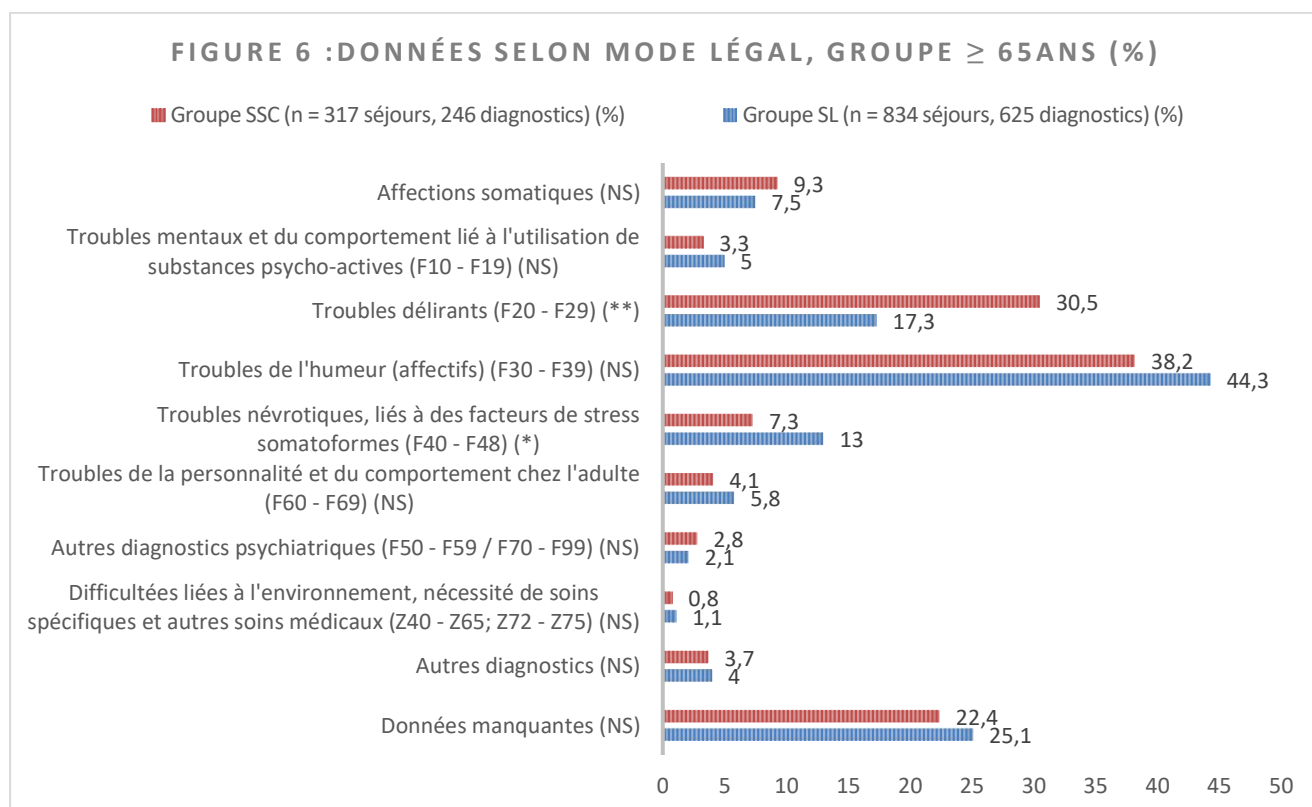
Les autres diagnostics étaient moins fréquemment rencontrés. Les **difficultés liées à l'environnement, et autres soins spécifiques** (1,2%) et les **autres diagnostics** (3,7%) ne représentaient qu'une faible part des diagnostics des ≥ 65 ans (Figure 5).

Il y avait 27,5% de séjours sans diagnostic principal dans nos données.

Au total les troubles de l'humeur et délirants dominaient les motifs d'hospitalisation en psychiatrie des patients ≥ 65 ans en représentant à eux 2 plus de 60% des diagnostics. Les affections somatiques représentaient quant à elles 7,2% des diagnostics (dont 5% de démences et troubles cérébraux vasculaires / dégénératifs).

3. Critères de jugement secondaires :

a. Comparaison des données selon le mode légal chez les ≥ 65 ans



NS : différence non significative ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,001$.

Parmi les hospitalisations des ≥ 65 ans en psychiatrie (Figure 6), les patients souffrant de **trouble délirant** étaient significativement plus hospitalisés en SSC (30,5%) qu'en SL (17,3%) ($\chi^2 = 18.555$; $p < 0,001$). Concernant les autres troubles cliniques, on ne notait pas de différence de fréquence significative selon le mode d'hospitalisation, excepté pour les **troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes**, qui étaient moins fréquemment hospitalisés en soins sans consentement (7,3%) qu'en soins libres (13,0%) ($\chi^2 = 5.579$; $p = 0.018$).

Il n'y avait notamment pas de différence significative entre les modes légaux d'hospitalisation pour les **affections somatiques** (qui représentaient 7,2% des diagnostics des hospitalisations en SSC et 7,5% des hospitalisations en SL ($\chi^2 = 0.799$; $p = 0.371$), ou pour les **troubles de l'humeur** (38,2% étaient hospitalisés en SSC, et 44,3% en SL) ($\chi^2 = 2.694$; $p = 0.101$).

Concernant le détail de certaines catégories spécifiques (annexe 1) on remarque :

- Que les patients souffrant de *démences et troubles cérébraux vasculaires ou dégénératifs* n'étaient pas plus hospitalisés en SSC (6,1% de la totalité des diagnostics de ces hospitalisation) qu'en SL (5,3%) ($\chi^2 = 0.227$; $p = 0.634$).
- Qu'il y avait significativement plus de patients souffrant de *trouble délirant persistant* hospitalisés en SSC (13,8%) qu'en SL (7,2%) ($\chi^2 = 9.383$; **p = 0.002**).
- Et moins de *troubles dépressifs* en SSC (12,2%) qu'en SL (22,1%) ($\chi^2 = 11.079$; **p < 0,001**).
- Que bien qu'il y ait plus *d'épisodes maniaques et de troubles bipolaires* hospitalisés en SSC (20,3%) qu'en SL (15,0%), la différence était non significative ($\chi^2 = 3.573$; $p = 0.059$).
- Il n'y avait pas de différence significative selon le mode légal d'hospitalisation concernant les diagnostics de *troubles dépressifs récurrents ou persistants* ($p = 0,128$).

Dans les 2 groupes des ≥ 65 ans, en soins libres et en soins sans consentement, il y avait respectivement 209 séjours (25,1%) et 71 séjours (22,4%) sans diagnostic principal ($\chi^2 = 0.884$; $p = 0.347$).

Au total chez les ≥ 65 ans, le profil des patients hospitalisés ne différait que peu selon le mode d'hospitalisation. On notait tout de même significativement plus de patients souffrant de trouble délirant hospitalisés en SSC ($p < 0,001$), mais les autres catégories diagnostiques avaient une répartition similaire quel que soit le mode d'hospitalisation (en incluant les troubles neurodégénératifs ($p = 0,634$)).

b. Comparaison des données selon le groupe d'âge (≥ 65 ans et < 65 ans)

Tableau 5 : Diagnostics principaux : données comparatives selon le groupe d'âge (≥ 65 ans et < 65 ans)

Total	Groupe < 65 ans (n=9676)	Groupe ≥ 65 ans (n=1015)	Valeur statistique observée	p-value
Affections somatiques	77 (1,2%)	53 (7,2%)	$\chi^2 = 134.093$	$< 0,001$
Démences et troubles cérébraux vasculaires / dégénératifs*	17 (0,3%)	37 (5,0%)	$\chi^2 = 200.860$	$< 0,001$
Autres troubles mentaux organiques (F04-F09)	40 (0,6%)	14 (1,9%)	$\chi^2 = 14.541$	$< 0,001$
Autres affections somatiques identifiées**	20 (0,3%)	2 (0,3%)	F = 8.8296	1
Troubles cliniques caractérisés				
F10-F19	809 (12,6%)	34 (4,6%)	$\chi^2 = 40.106$	$< 0,001$
F20-F29	1793 (27,8%)	153 (20,8%)	$\chi^2 = 16.516$	$< 0,001$
F20-F21	1054 (16,4%)	58 (7,9%)	$\chi^2 = 36.222$	$< 0,001$
F22	242 (3,8%)	66 (9,0%)	$\chi^2 = 43.737$	$< 0,001$
F25	169 (2,6%)	17 (2,3%)	$\chi^2 = 0.255$	0.614
F30-F39	1338 (20,8%)	322 (43,8%)	$\chi^2 = 196.516$	$< 0,001$
F30-31	519 (8,1%)	123 (16,7%)	$\chi^2 = 60.867$	$< 0,001$
F32	648 (10,1%)	152 (20,7%)	$\chi^2 = 74.978$	$< 0,001$
F33-F34	127 (2,0%)	37 (5,0%)	$\chi^2 = 27.665$	$< 0,001$
F40-F48	1045 (16,2%)	87 (11,8%)	$\chi^2 = 9.592$	0.002
Troubles de la personnalité et du comportement de l'adulte (F60- F69)	533 (8,3%)	38 (5,2%)	$\chi^2 = 8.706$	0.003
Autres diagnostics psychiatriques (F50-F59/F70-F99)	481 (7,5%)	13 (1,8%)	$\chi^2 = 33.457$	$< 0,001$
Difficultés liées à l'environnement et soins spécifiques (Z40-265/272- Z75)	138 (2,1%)	9 (1,2%)	$\chi^2 = 2.777$	0.096
Autres diagnostics	232 (3,6%)	27 (3,7%)	$\chi^2 = 0.009$	0.924
Total : diagnostics renseignés	6446	736		
Données manquantes	3230 (33,4%)	279 (27,5%)	$\chi^2 = 14.473$	$< 0,001$

*Démences et troubles cérébraux vasculaires/dégénératifs = F00-F03 / G10-13 / G20 / G23 / G30-32 / I60-69

**Autres affections somatiques identifiées : A00-Q99 à l'exclusion autres diagnostics dans ce tableau.

F10-F19 : Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F21 = schizophrénie / trouble schizotypique ; F22 = trouble délirant persistant ; F25 = trouble schizoaffectif)

F30-F39 : Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-31 = épisode maniaque, trouble bipolaire ; F32 = épisodes dépressifs ; F33-34 = troubles dépressifs récurrents/persistants)

F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

Les 2 groupes, à savoir les ≥ 65 ans et les < 65 ans, présentaient de nombreuses différences significatives en termes de diagnostics principaux retrouvés au cours des hospitalisations en psychiatrie adulte (Tableau 5) :

- Les patients ≥ 65 ans étaient significativement plus fréquemment hospitalisés pour des **troubles de l'humeur** que les patients < 65 ans (respectivement 43,8% et 20,8%) ($\chi^2 = 196.516$; $p < 0,001$), ainsi que pour des **affections somatiques** (respectivement 7,2% et 1,2%) ($\chi^2 = 134.093$; $p < 0,001$).
- En revanche les diagnostics de **troubles délirants** étaient significativement moins fréquemment retrouvés chez les ≥ 65 ans (20,8%) que chez les < 65 ans (27,8%) ($\chi^2 = 16.516$; $p < 0,001$). Il en était de même pour les diagnostics de **troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives** (respectivement 4,6% et 12,6%) ($\chi^2 = 40.106$; $p < 0,001$), de **troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes** (respectivement 11,8% et 16,2%) ($\chi^2 = 9.592$; $p = 0.002$), ou encore de **troubles de la personnalité** (respectivement 5,2% et 8,3%) ($\chi^2 = 8.706$; $p = 0,003$).
- Les **autres diagnostics psychiatriques** étaient plus fréquemment retrouvés dans le groupe < 65 ans (7,5%) que dans le groupe ≥ 65 ans (1,8%) ($\chi^2 = 33.457$; $p < 0,001$) : cette donnée est compréhensible car les unités de soins pour adolescents des 2 centres avaient été incluses dans les données et que ce groupe intègre les troubles mentaux et du comportement apparaissant dans l'enfance et dans l'adolescence.
- Les **difficultés liées à l'environnement et autres soins spécifiques, ainsi que les autres diagnostics** ne présentaient pas de différence significative entre les 2 groupes.

Il y avait une proportion importante et significativement différente entre les 2 groupes de données manquantes (27,5% dans le groupe ≥ 65 ans et 33,4% dans le groupe < 65 ans) ($\chi^2 = 14.473$; $p < 0,001$) à prendre en compte lors de notre discussion.

Les données de certaines catégories spécifiques, à savoir les **affections somatiques**, les **troubles délirants**, et les **troubles de l'humeur**, ont ici aussi été détaillées (Tableau 5) :

- Concernant les **affections somatiques**, il y avait significativement plus de diagnostics principaux de *démences et troubles cérébraux vasculaires ou dégénératifs* dans le groupe ≥ 65 ans (5,0%) que dans le groupe < 65 ans (0,3%) ($\chi^2 = 200.860$; $p < 0,001$).
- Concernant les **troubles délirants**, il y avait significativement plus de *troubles délirants persistants* dans le groupe ≥ 65 ans (9,0%) que chez les < 65 ans (3,8%) ($\chi^2 = 43.737$; $p < 0,001$), et moins de diagnostic de *schizophrénie et de troubles schizo-*

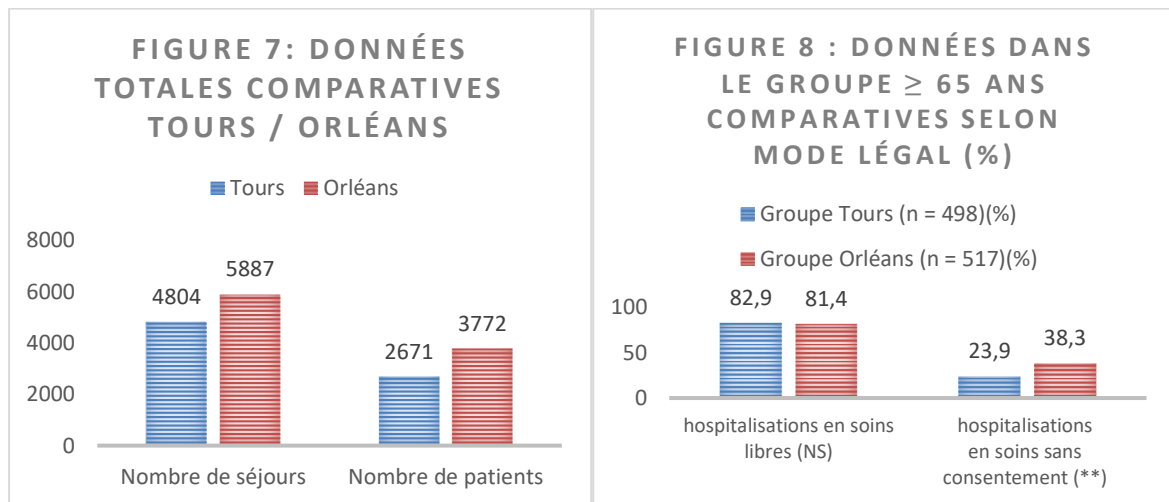
affectif ($\chi^2 = 36.222$; $p < 0,001$). On ne notait pas de différence significative concernant le diagnostic de *trouble schizo-affectif* ($p = 0,614$)

- Concernant les **troubles de l'humeur**, les données recueillies montrent que les *épisodes maniaques et les troubles bipolaires* étaient des diagnostics principaux plus fréquemment retrouvés chez les ≥ 65 ans (16,7%) que chez les < 65 ans (8,1%) ($\chi^2 = 60.867$; $p < 0,001$), tout comme les *troubles dépressifs* (qui représentaient respectivement 20,7% contre 10,1% des diagnostics principaux ($\chi^2 = 74.968$; $p < 0,001$), ou les *troubles dépressifs récurrents et persistants* (5,0% des hospitalisations des ≥ 65 ans et 2,0% des < 65 ans) ($\chi^2 = 27.665$; $p < 0,001$).

Au total il y avait de nombreuses différences significatives ($p < 0,001$) entre les diagnostics principaux des hospitalisations des ≥ 65 ans et ceux des < 65 ans. Notre étude retrouvait une proportion d'hospitalisations pour troubles de l'humeur et pour des affections somatiques plus importante chez les ≥ 65 ans que chez les < 65 ans, tandis que les troubles délirants et autres catégories diagnostiques importantes étaient plus fréquemment retrouvées chez les < 65 ans.

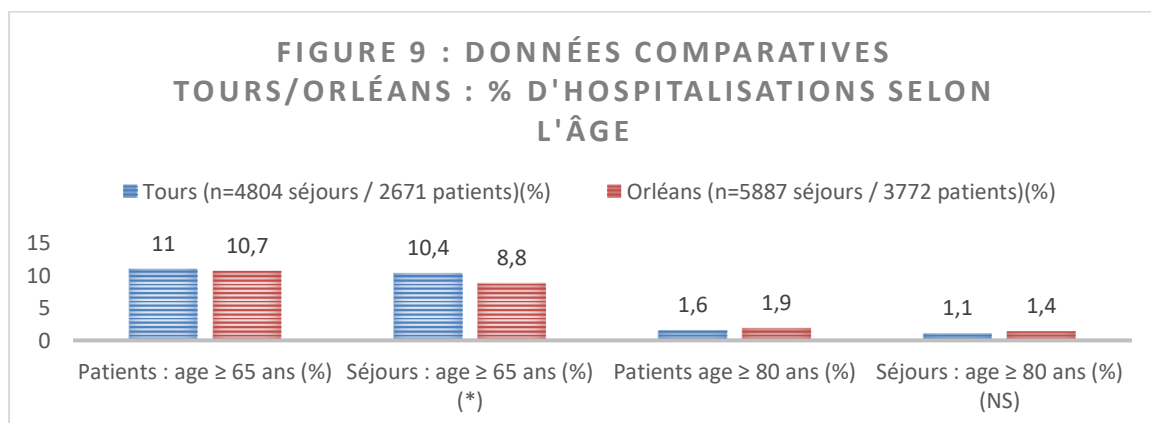
c. Comparaison des données selon le centre

➤ Données concernant les hospitalisations



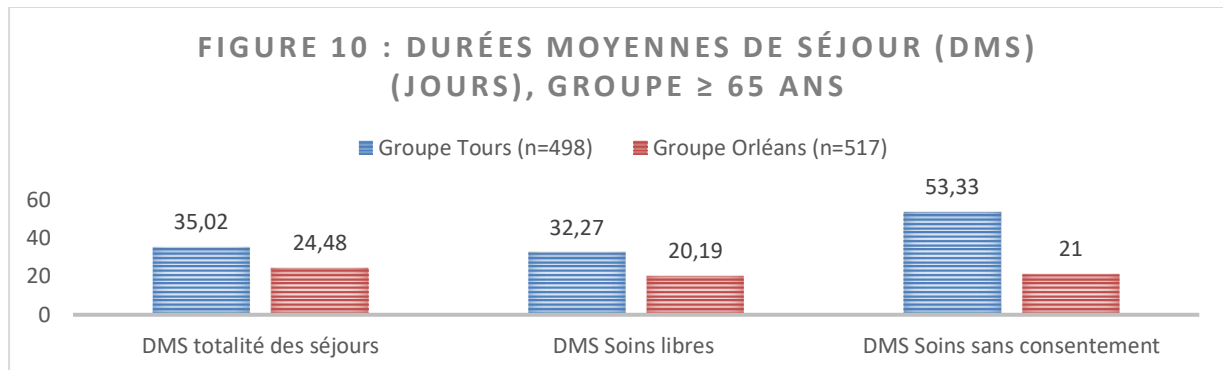
NS : différence non significative ; ** : $p < 0,001$

Sur les 2 années de l'étude, 2671 patients ont effectué 4804 séjours sur Tours, tout âge confondu, et 3772 patients ont effectué 5887 séjours sur Orléans (8,5% patients et 5,1% séjours de plus que sur Tours) (Figure 7). Les patients ≥ 65 ans sont plus fréquemment hospitalisés en soins sans consentement sur Orléans ($n = 198$ (38,3%)) que sur Tours ($n = 119$ (23,9%)) ($\chi^2 = 24,498$; $p < 0.001$) (Figure 8)



NS : différence non significative ; * : $p < 0,05$

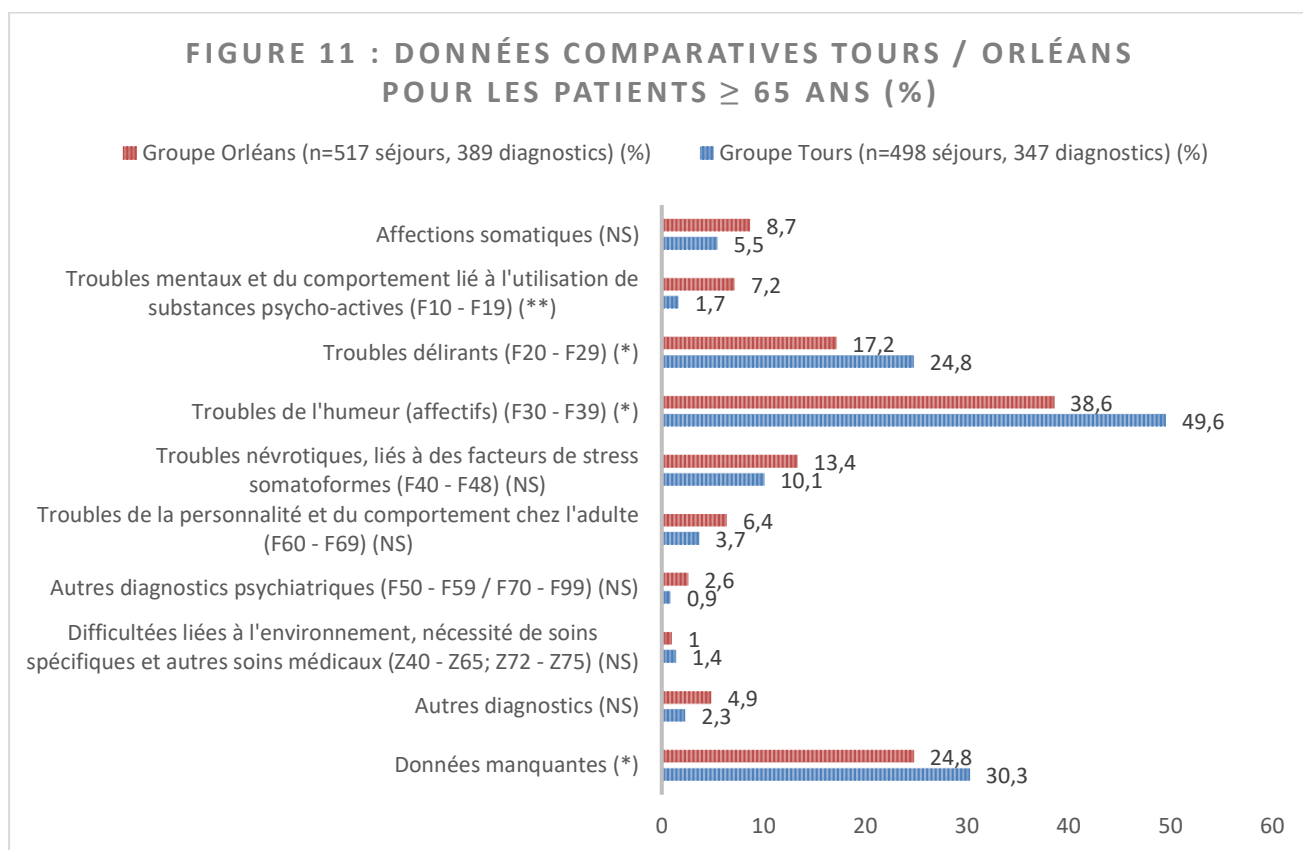
Il y avait significativement plus de séjours de patients ≥ 65 ans sur Tours (n = 498 séjours, 10,4% de la totalité des séjours) que sur Orléans (n = 517, 8,8% des séjours) ($\chi^2 = 7,727$; **p = 0,005**). Il y avait autant de patients ≥ 80 ans hospitalisés dans les 2 centres (n = 53 séjours sur Tours (1,1% de la totalité des séjours), n = 82 séjours sur Orléans (1,4% de la totalité des séjours) ($\chi^2 = 1,780$; p = 0.182)) (Figure 9)



Les DMS semblent plus longues sur Tours que sur Orléans quel que soit le mode d'hospitalisation, avec notamment une DMS 2,5 fois supérieure sur Tours par rapport à Orléans pour les soins sans consentement (Figure 10).

Au total il existait des différences significatives entre les centres. Il y avait significativement plus de séjours de patients ≥ 65 ans sur Tours que sur Orléans, on notait significativement plus d'hospitalisations en SSC parmi les patients ≥ 65 ans sur Orléans (38,3%) que sur Tours (23,9%), et les DMS semblaient globalement plus longues sur Tours que sur Orléans quel que soit le mode légal d'hospitalisation.

➤ *Diagnostics principaux*



NS : différence non significative ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,001$.

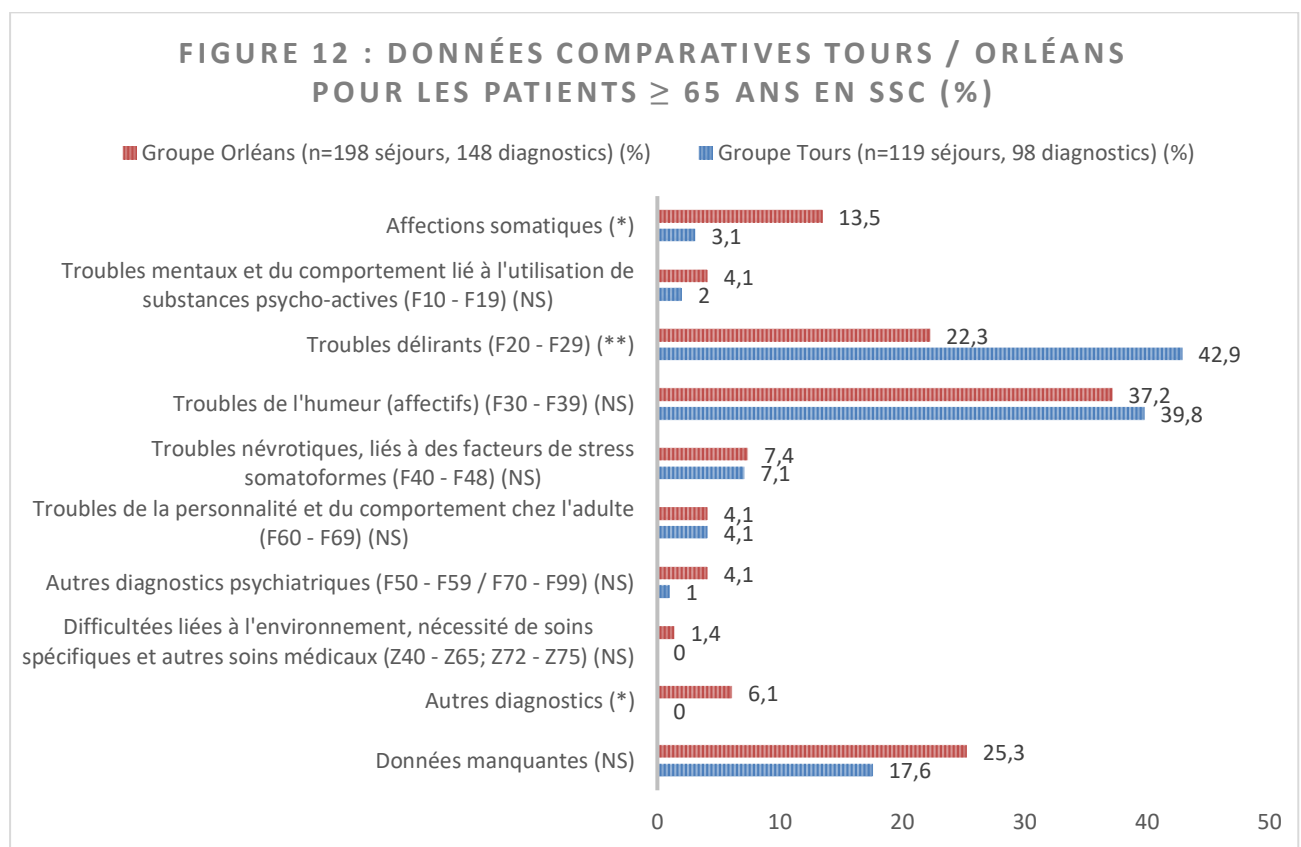
Il existait une différence significative entre les 2 centres sur plusieurs catégories de diagnostics (Figure 11) :

- Il y avait significativement plus de **troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives** sur Orléans (7,2%) que sur Tours (1,7%) ($\chi^2 = 12.449$; $p < 0,001$),
- Plus de **troubles délirants** sur Tours (24,8%) que sur Orléans (17,2%) ($\chi^2 = 6.366$; $p = 0,012$),
- Et plus de **troubles de l'humeur** chez les patients ≥ 65 ans sur Tours (49,6%) que sur Orléans (38,6%) ($\chi^2 = 9.029$; $p = 0,003$).
- Il n'y avait pas de différence significative entre Tours et Orléans concernant les **affections somatiques**, qui représentaient respectivement 5,5% et 8,7% des diagnostics principaux des hospitalisations ($\chi^2 = 2.925$; $p = 0,087$), ni entre les autres grandes catégories diagnostiques.

Il y avait un nombre conséquent de données manquantes dans les 2 groupes sur Tours (30,3%) et Orléans (24,8%) avec une différence significative ($\chi^2 = 3.939$; $p = 0.047$)

Au total les 2 centres présentaient de nombreuses différences significatives concernant les diagnostics principaux des hospitalisations des patients ≥ 65 ans en psychiatrie, notamment concernant les troubles mentaux liés à la consommation de substances psycho-actives ($p < 0,001$), les troubles délirants ($p = 0,012$) ou les troubles de l'humeur ($p = 0,003$), ainsi qu'une différence significative concernant les données manquantes ($p = 0,047$).

➤ *Selon le mode légal d'hospitalisation*



NS : différence non significative ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,001$.

Les catégories diagnostiques des patients ≥ 65 ans en SSC présentant des différences significatives (Figure 12) étaient :

- **Les affections somatiques** : il y avait significativement plus d'hospitalisations en SSC pour une affection somatique sur Orléans (13,5%) que sur Tours (3,1%) ($\chi^2 =$

7.600 ; $p = 0,006$). En détaillant, il y avait significativement plus de *démences et troubles cérébraux vasculaires / dégénératifs* sur Orléans (8,8%) que sur Tours (2,0%) ($\chi^2 = 4.682$; $p = 0,030$)

- **Les troubles délirants** : il y avait significativement plus d'hospitalisation en SSC pour un trouble délirant sur Tours (42,9%) que sur Orléans (22,3%) ($\chi^2 = 11.760$; $p < 0,001$). Dans le détail, il y avait plus de diagnostic de *schizophrénie et de trouble schizotypique* (15,3%) et de *trouble schizoaffectif* (9,2%) sur Tours que sur Orléans (respectivement 7,4% et 0,7%) ($p = 0,049$ pour les diagnostics de schizophrénie et de trouble schizotypique et $p = 0,001$ pour le trouble schizoaffectif)

Les autres diagnostics d'intérêt ne présentaient pas de différences significatives.

Au total les patients ≥ 65 ans en SSC étaient significativement hospitalisés plus fréquemment sur Orléans que sur Tours pour une affection somatique, notamment pour un trouble neurocognitif.

d. Données des modes d'entrée et de sortie en hospitalisation

Nous avons aussi recueilli les modes d'entrée et de sortie des patients ≥ 65 ans en psychiatrie et les avons comparés selon le mode légal, l'âge et le centre de recueil de données. Ces données sont illustrées en annexe 2 :

➤ *Selon le mode légal d'hospitalisation*

○ Modes d'entrée en HTC en psychiatrie

Parmi les ≥ 65 ans de l'étude, les patients en SSC provenaient de manière significativement plus fréquente des **soins somatiques aigus** (24,5% des entrées de cette population) que les patients en SL (16,7% des entrées) ($\chi^2 = 8.392$; $p = 0,004$).

Les patients ≥ 65 ans étaient aussi plus fréquemment admis en provenance d'autres **unités de psychiatrie** s'il étaient en SSC (20,7% des entrées) par rapport aux SL (14,8%) ($\chi^2 = 5.487$; $p = 0,019$).

On peut noter par contre un nombre supérieur de modes d'entrée (324) par rapport au nombre de séjours des patients ≥ 65 ans en soins sans consentement (317).

Ces résultats suggéraient que les patients ≥ 65 ans hospitalisés en SSC provenaient plus fréquemment des soins somatiques aigus que les patients en SL.

- Mode de sortie d'hospitalisation

On ne notait pas de différence significative entre les modes légaux concernant les sorties des ≥ 65 ans en psychiatrie vers les **soins somatiques aigus**, les **soins de suite** ou les **hébergements médico-sociaux**.

Les différences significatives ($p < 0,001$) concernant les **unités de psychiatrie** ou les sorties vers le **domicile** sont ininterprétables du fait des mutations fréquentes des patients changeant de mode légal d'hospitalisation sur Orléans.

Il y avait ici aussi un nombre plus important de modes de sortie (322) que de séjours de patients ≥ 65 ans en SSC (317).

Le mode légal d'hospitalisation ne semblait pas influencer le mode de sortie des patients ≥ 65 ans.

- *Selon l'âge*

- Modes d'entrée en hospitalisation

Sur la totalité des patients ≥ 65 ans de notre étude, la majorité provenaient de leur **domicile** (64,2%), des **soins somatiques aigus** (18,7%) ou d'**unités de psychiatrie** (15,5%) Les autres modes d'entrée étaient moins fréquents.

Les patients ≥ 65 ans provenaient de manière significativement plus fréquente des **soins somatiques aigus** (18,7%) et moins de leur **domicile** (64,2%) que les patients < 65 ans (12,4% des soins somatiques aigus et 71% de leur domicile) ($\chi^2 = 26.988$ pour les soins somatiques aigus et 17.060 pour le domicile ; $p < 0,001$ pour les 2 variables).

Les patients ≥ 65 ans étaient de manière équivalente soumis à des transferts ou des mutations entre les **unités de psychiatrie** ($p = 0,899$), et ceux-ci représentaient tout de même une part importante des modes d'entrée (15,5% et 15,4%).

Les autres modes d'entrée étaient moins fréquemment retrouvés, notamment les **hébergements médico-sociaux**, dans les 2 groupes. En réalité nous nous sommes rendu

compte que dans les logiciels de recueil de données, les EHPAD étaient la plupart du temps considérés comme domicile. Il est donc impossible d'évaluer la prévalence exacte des patients ≥ 65 ans en provenance des EHPAD avec ce mode de recueil de données.

Les données manquantes représentaient quant à elles 15,1% pour le groupe ≥ 65 ans et 27% pour le groupe < 65 ans avec une différence significative ($\chi^2 = 68.389$; $p < 0,001$)

Au total le domicile était le mode d'entrée et de sortie principal des patients ≥ 65 ans. Les patients ≥ 65 ans provenaient de manière plus fréquente que les patients < 65 ans des soins somatiques aigus (respectivement 18,7% contre 12,4%)

○ Modes de sortie d'hospitalisation

Les patients ≥ 65 ans de notre étude étaient orientés pour 59,7% d'entre eux vers leur domicile. Pour 14,1%, ils sortaient d'hospitalisation en psychiatrie vers les **soins somatiques aigus**, pour 3,7% vers les **soins de suite** et pour 2,7% d'entre eux vers les **hébergements médico-sociaux**. 19% des patients sortaient de psychiatrie vers une autre **unité de cette spécialité**

En comparaison avec les patients < 65 ans, il y avait de nombreuses différences significatives dans les modes de sortie des patient ≥ 65 ans en psychiatrie : ces derniers étaient plus orientés vers les **soins somatiques aigus** ($p < 0,001$), vers les **soins de suite** ($p < 0,001$) et vers les **hébergements médico-sociaux** ($p = 0,022$), et moins vers leur **domicile** ($p < 0,001$).

Il y a aussi significativement plus de **décès** dans le groupe ≥ 65 ans (4 décès sur les 2 années de l'étude sur les 1015 séjours, 0,5% des modes de sortie) que dans le groupe < 65 ans (7 décès sur 9676 séjours, 0,1% des modes de sortie) (Fisher = 0,220 ; $p = 0,027$).

Les données manquantes étaient significativement différentes entre les 2 groupes ($p < 0,001$) représentant 27,3% des séjours des < 65 ans et 12,7% des séjours des ≥ 65 ans.

Au total, bien qu'une majorité des patients ≥ 65 ans retournaient à leur domicile, 20% d'entre eux sortaient vers une structure de soins ou vers un hébergement médico-social. Les patients ≥ 65 ans étaient plus fréquemment orientés vers les soins somatiques

aigus et les soins de suite, et retournaient moins à leur domicile que les patients < 65 ans. Il y avait aussi significativement plus de décès en psychiatrie chez les patients ≥ 65 ans que chez les sujets jeunes.

➤ *Selon le centre de recueil de données*

○ Modes d'entrée en hospitalisation

Concernant les patients ≥ 65 ans, la principale différence entre les 2 centres concernant le mode d'entrée des patients en psychiatrie était les entrées provenant des **unités de psychiatrie** qui étaient plus fréquentes sur Orléans (24%) que sur Tours (1,8%) ($\chi^2 = 75.870$; **p < 0,001**)

Il apparaît aussi qu'il n'y avait pas de différence significative entre les 2 centres concernant les entrées en provenance des **soins somatiques aigus** (p = 0.137)

Il est à noter qu'il y avait plus de 30% de données manquantes sur Tours, et un nombre plus important d'entrées (534) que de séjours (517) sur Orléans.

Au total il n'y avait pas de différence significative entre les 2 centres concernant les entrées en provenance des soins somatiques aigus, mais on notait des différences concernant les flux de patients en provenance des unités de psychiatrie, et les données manquantes.

○ Modes de sortie d'hospitalisation

En comparant la destination des patients ≥ 65 ans hospitalisés en psychiatrie sur Tours et Orléans, on met en évidence plusieurs différences significatives :

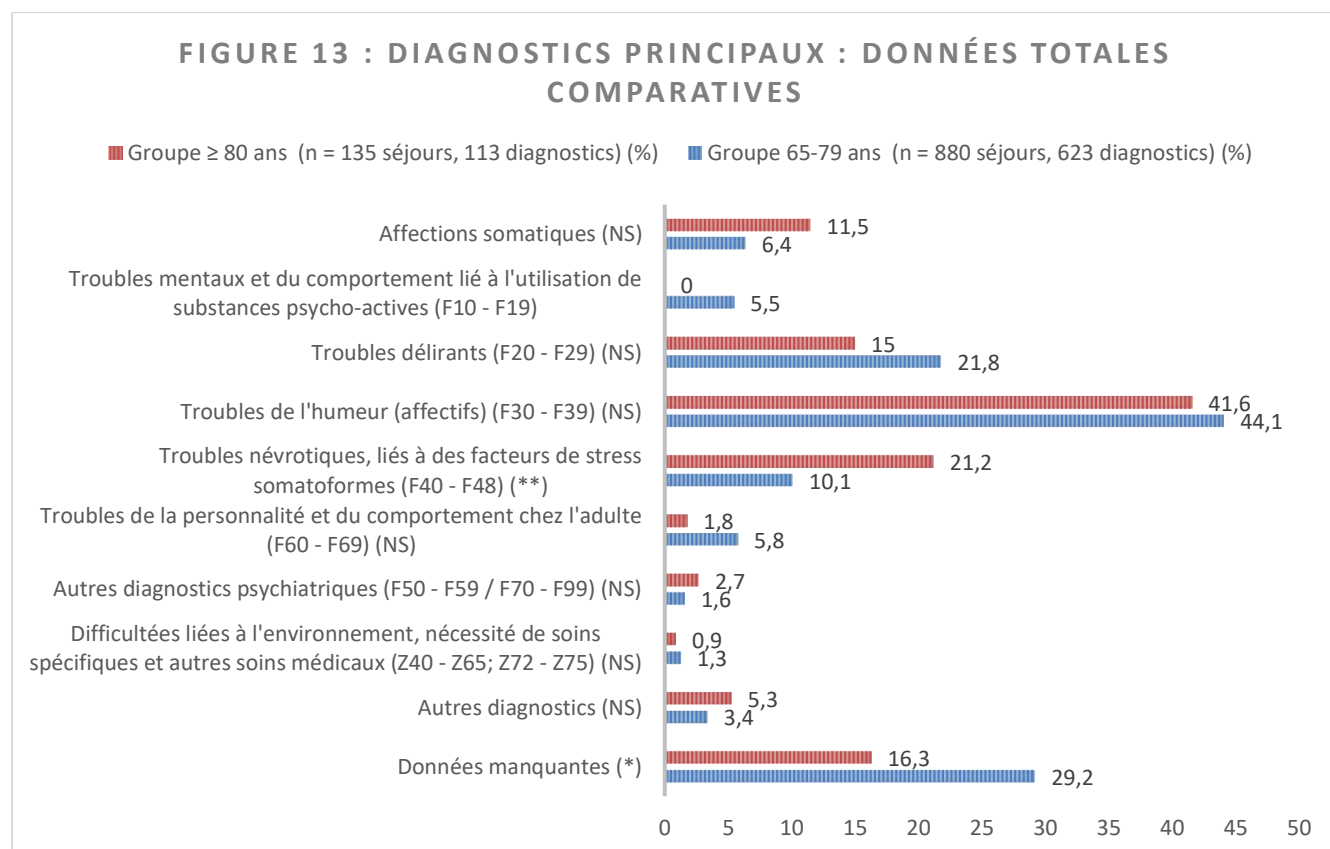
- Les patients étaient significativement plus orientés vers les **soins somatiques aigus** sur Tours que sur Orléans et ce mode de sortie représentait une part non négligeable des modes de sortie (17,2% sur Tours et 12,2% sur Orléans) ($\chi^2 = 11.627$; **p = 0,038**).
- Ils étaient moins fréquemment orientés vers leur **domicile** et plus fréquemment vers les autres **unités de psychiatrie** sur Orléans que sur Tours
- Les données manquantes représentaient ici aussi 32,3% des modes de sortie sur Tours, tandis que sur Orléans on avait plus de sorties (549) que de séjours (517)

Au total les patients étaient orientés plus fréquemment vers les soins somatiques aigus sur Tours que sur Orléans ($p = 0,038$). Il y avait un flux de patients entre unités de psychiatrie plus important sur Orléans que sur Tours.

e. Données comparatives entre le groupe des patients ≥ 80 ans avec le groupe des 65 – 79 ans.

Les données des patients ≥ 80 ans sont illustrées en partie en annexe 3. Nous avons comparé ces données avec celles des patients âgés afin de savoir s'il existait des particularités cliniques parmi la population des patients « très âgés ».

➤ *Diagnostics principaux*



NS : différence non significative ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,001$.

Les résultats suggèrent des différences cliniques entre les 2 groupes mais sans différence significative pour la plupart des données (Figure 13) :

- On remarquait une proportion de diagnostics principaux d'**affections somatiques** dans le groupe ≥ 80 ans (11,5%) plus importante que pour les 65 – 79 ans (6,4%), sans pour autant montrer de différence significative ($p = 0,054$). Il y avait moins de **troubles délirants** chez les ≥ 80 ans (15%) par rapport aux 65 – 79 ans (21,8%) ($p = 0,102$), et une proportion similaire de **troubles de l'humeur**, qui représentaient la majorité des diagnostics principaux, dans les 2 groupes ($p = 0,615$), toujours sans différence significative.
- Les ≥ 80 ans étaient significativement plus hospitalisés en raison de **troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes** (21,2%) que les 65 – 74 ans (10,1%) ($\chi^2 = 11.361$; $p < 0,001$)
- Les autres diagnostics d'intérêt ne présentaient pas de différence significative entre les 2 groupes.
- Il y avait significativement plus de données manquantes dans le groupe 65-74 ans (29,2%) que dans le groupe ≥ 80 ans (16,3%) ($p = 0,002$)

Au total la seule différence significative retrouvée était celle concernant les troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes qui représentait un DP plus fréquent chez les patients ≥ 80 ans. Les autres différences retrouvées étaient non significatives.

➤ *Modes d'entrée en hospitalisation*

Nous ne mettons pas en évidence de différence significative entre les modes d'entrée des patients « très âgés » (80ans et plus), et des patients âgés (65 – 79 ans), avec une répartition semblant similaire mais une tendance tout de même pour les patients ≥ 80 ans à entrer en psychiatrie de manière légèrement plus fréquence via les **soins somatiques aigus** (20,9% contre 18,3% pour l'autre groupe), les **soins de suite** et les **hébergements médico-sociaux** (2,2% contre 0,6%) mais de manière non significative.

On note aussi un nombre plus important d'entrées dans le groupe ≥ 80 ans (139) que le nombre de séjours dans cette population (135).

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les modes d'entrée des patients ≥ 80 ans et ceux des patients de 65 – 79 ans.

➤ *Modes de sortie d'hospitalisation*

Si on compare les modes de sortie des patients ≥ 80 ans avec les patients âgés de 65 à 79 ans, on ne remarquait ici non plus pas de différence significative entre les 2 groupes. Les données suggèrent ici aussi une tendance à une fréquence plus importante d'orientation des patients ≥ 80 ans vers les **soins somatiques aigus**, les soins de suite et les hébergements médico-sociaux.

On note aussi un nombre plus important de sorties dans le groupe ≥ 80 ans (144 sorties) que le nombre de séjours dans cette population (135 séjours).

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les modes de sortie des patients ≥ 80 ans et ceux des patients de 65 – 79 ans.

Chapitre 5 : Discussion

1. Analyse des résultats

a. Concernant notre objectif principal

Nous avons découvert que les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour les patients âgés de 65 ans et plus, en psychiatrie au CHU de Tours et au CH d'Orléans pendant la période 2017-2018, étaient d'abord les troubles de l'humeur (pour 43,8% des patients), en particulier les troubles dépressifs (20,7% des patients) mais aussi les troubles bipolaires (16,7%), suivis des troubles délirants (20,8% dont 9% de troubles délirants persistants), névrotiques (11,8%) et des affections somatiques (7,2% avec 5% de démences et troubles cérébraux vasculaires / dégénératifs).

Les troubles dépressifs sont des affections fréquentes du sujet âgé, nécessitant potentiellement une hospitalisation, en cas de symptômes sévères et/ou de crise suicidaire associée par exemple. Au regard des données de prévalence des troubles de l'humeur en population âgée générale, il n'est pas étonnant de retrouver la dépression au premier rang des motifs d'hospitalisation en psychiatrie, ce d'autant que la dépression du sujet âgé peut être sévère, avec des formes mélancoliques ou encore délirantes fréquentes, et un risque suicidaire très élevé dans cette population (2) (16).

Nos résultats confirment de plus la prévalence élevée pour la population gériatrique de troubles bipolaires et de la nécessité fréquente de prendre en charge ces troubles en hospitalisation (16,7% des motifs d'hospitalisation de notre étude). Cette proportion importante peut s'expliquer par le caractère hétérogène de l'expression du trouble chez le sujet âgé (s'étendant du trouble bipolaire vieilli de l'adulte aux questionnements dans la littérature de l'individualisation d'un trouble bipolaire d'apparition tardive), et de son intrication avec les troubles neurocognitifs, entraînant des prises en charges plus complexes. Certains auteurs insistent sur la nécessité dans ce type de trouble d'un regard pluridisciplinaire, tant au niveau diagnostique (fréquence des troubles cognitifs associés dans cette tranche d'âge, et distinction difficile avec manifestations affectives tardives), que des diagnostics différentiels (neurodégénératives, ou plus globalement somatiques) (42) (43) (44).

Notre étude retrouvait de plus une fréquence d'hospitalisations pour troubles dépressifs récurrents et persistants chez la personne âgée de 5% (la prévalence du trouble semblait être entre 8 et 9% en France (2)). Ce trouble est de prise en charge délicate et aurait une forte corrélation avec le trouble bipolaire (45), mais n'est que peu retrouvé en hospitalisation, probablement du fait de la faible prévalence du trouble.

Les troubles délirants étaient retrouvés de manière fréquente en hospitalisation pour la population gériatrique (environ 20% des motifs d'hospitalisation), avec pour 9% d'entre eux un diagnostic de trouble délirant persistant. Ce dernier entraîne par ailleurs des prises en charges plus complexes, notamment du fait de la résistance de ces troubles aux différents traitements pharmacologiques compte tenu de l'enkystement de la symptomatologie, mais aussi des conséquences somatiques des neuroleptiques (au long cours, ou à des posologies plus élevées) (31).

Les troubles anxieux seraient, selon les données de la littérature, des troubles mentaux fréquemment retrouvés chez le sujet âgé (2), mais sont au contraire peu retrouvés dans notre étude comparativement aux autres troubles, probablement du fait d'une symptomatologie moins sévère ne nécessitant souvent pas d'hospitalisation.

Nos résultats suggèrent ainsi des profils de patients âgés actuellement hospitalisés à temps complet en psychiatrie, et pouvant donc être amenés à être admis dans une unité de gériopsychiatrie :

- Des dépressions, probablement plutôt sévères et/ou avec un risque suicidaire modéré à élevé.
- Des troubles bipolaires et délirants.
- Mais aussi des troubles névrotiques.

Il est à noter que notre étude suggère que certains troubles mentaux chez la personne âgée ne semblent pas relever préférentiellement d'une prise en charge en hospitalisation complète : c'est le cas des troubles anxieux, ou des troubles du spectre de la schizophrénie qui semblent avoir tendance à avoir une symptomatologie moins invalidante avec l'âge, permettant une prise en charge ambulatoire du trouble.

Ces éléments peuvent permettre d'ajuster l'offre de soin d'une future unité de gériopsychiatrie, pour préparer le système à recevoir des patients souffrant donc principalement de troubles dépressifs, bipolaires et délirants.

Les affections somatiques représentaient quant à elles chez les patients ≥ 65 ans 7,2% des motifs d'hospitalisation chez la personne âgée, ce qui est finalement une part relativement faible de la totalité des motifs d'hospitalisation. Notre hypothèse est que dans les 2 centres de notre étude, ces patients sont filtrés en amont des hospitalisations, notamment par une collaboration entre les urgences somatiques et psychiatriques, permettant une prise en charge de ces patients dans les services adaptés.

Cette catégorie est dominée par les démences ainsi que les troubles cérébraux vasculaires ou dégénératifs avec environ 5 % de personnes âgées hospitalisées en psychiatrie pour ces troubles, ce qui est proche des données épidémiologiques concernant les maladies neurodégénératives. Dans la cohorte PAQUID, les démences avaient une prévalence de 6 à 8% après 65 ans (et va avoir tendance à augmenter dans le futur compte tenu du vieillissement de la population (46). La HAS conseille l'hospitalisation de ces troubles en milieu gériatrique en premier recours (UCC ou milieu psychogériatrique) (32), l'hospitalisation en psychiatrie restant une hospitalisation « par défaut » en l'absence d'autre pathologie psychiatrique associée, si les structures gériatriques sont saturées. Il est donc probable que ce profil de patient soit actuellement pris en charge sur Tours et sur Orléans majoritairement par la filière gériatrique, et que ce pourcentage d'hospitalisations correspondrait aux cas sévères, d'agitation ou de délires par exemple, ou encore aux patients souffrant de démence avec une comorbidité psychiatrique représentant une part non négligeable de la symptomatologie.

Il est à noter que les Equipes Mobiles (de Gériatrie ou de Psychiatrie de la Personne Agée), ont comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature pour vocation d'évaluer également ce type de patients, notamment en apportant directement une offre de soins dans les EHPAD, et peuvent permettre de limiter les hospitalisations en psychiatrie (souvent délétères comme nous l'avons vu pour ce type de patients). Une de nos hypothèses serait l'efficacité dans les 2 centres de notre étude des équipes mobiles, à savoir sur Tours les équipes mobiles gériatriques et de psychiatrie de la personne âgée, avec une équipe mobile de gériatrie extrahospitalière incluant une collaboration gériatre/psychiatre, et sur Orléans l'organisation de la filière de psychiatrie de la personne âgée, développée de façon importante depuis plusieurs années.

Les patients âgés ont, rappelons-le, un profil clinique marqué par de grandes variabilités interindividuelles, mais aussi par la présence de multiples facteurs de vulnérabilité pouvant amener à une moins bonne adaptation aux facteurs de stress. Certaines études tendent à montrer que sur des données nationales en France, les personnes âgées seraient cependant moins touchées par certaines pathologies mentales

(certains troubles psychotiques, addictions) (2) (31). Néanmoins parfois, une hospitalisation est nécessaire quand les troubles mentaux entravent de façon trop importante le fonctionnement individuel et social du patient, et peu d'études avaient étudié le profil de ces patients âgés hospitalisés qui semble être dominé par les dépressions et les troubles bipolaires. Le recours aux soins en hospitalisation complète est cependant particulièrement coûteux dans cette population, notamment par la coexistence fréquente de multiples pathologies, somatiques ou psychiques (19), et l'étude de cette population peut permettre d'adapter l'offre de soins de futures unités de PPA dans les centres de notre étude.

2. Analyse des objectifs secondaires

a. Analyse des données selon le mode légal d'hospitalisation

Nous avons décidé d'étudier les différents critères de notre étude, selon le mode légal d'hospitalisation à savoir les soins libres (SL) et les soins sans consentement (SSC). A notre connaissance, ces données sont rarement décrites dans la littérature et peuvent permettre de mieux cibler le profil des patients ≥ 65 ans hospitalisés en psychiatrie.

Dans notre étude, les soins sans consentement chez la personne âgée représentaient 31,2% des hospitalisations ce qui nous semble un pourcentage important de la totalité des hospitalisations dans ce type de population. La fréquence des pathologies neurodégénératives, comme par exemple la maladie d'Alzheimer altérant notamment la mémoire épisodique et la mémoire de travail, la Démence Fronto-Temporale altérant le jugement moral, ou encore la Démence à Corps de Lewy altérant la plupart des fonctions cognitives (46), qui peuvent elles-aussi se compliquer de pathologies psychiatriques graves (dépressions, troubles du comportement invalidants...) peut justifier ce pourcentage important d'hospitalisations complète en soins sans consentement en psychiatrie adulte.

Notre revue de la littérature pointait justement l'absence de données reproductibles récentes concernant les hospitalisations sans consentement des patients ≥ 65 ans en psychiatrie, et le risque potentiel de détournement des hospitalisations en SSC dans ce type de population (24) : en effet, au même titre que l'admission en EHPAD d'une PA présentant des troubles cognitifs pose parfois un problème éthique délicat (point développé par le Dr Thomas

Leonard dans son travail de thèse) (46), il pourrait exister un risque pour les patients présentant des troubles cognitifs mais ne présentant pas de trouble psychiatrique caractérisé d'être extraits « de force » de leur domicile, par pression de la famille, ou d'autres acteurs de soin. Nous avons donc voulu étudier les DP des patients de plus de 65 ans hospitalisés en psychiatrie en SSC.

Concernant les DP des patients ≥ 65 ans, contrairement à nos hypothèses de départ, les patients souffrant d'affections somatiques, et plus spécifiquement de démences, n'étaient pas plus hospitalisés en SSC qu'en soins libres. Plusieurs hypothèses peuvent être tirées de ce résultat : Soit dans un environnement protégé tel que l'hospitalisation, les troubles mentaux et du comportement ayant mené à l'hospitalisation seraient suffisamment contrôlés pour permettre une levée de la mesure de SSC en moins de 24h (entraînant une absence de recueil dans nos données), soit que les patients souffrant de troubles cognitifs sont hospitalisés en soins libres, malgré leur incapacité à consentir de manière adaptée aux soins psychiatriques.

Le problème de l'absence de données reproductibles dans la littérature concernant les soins sous contrainte de la personne âgée se complique de l'absence d'encadrement légal clair concernant les soins sous contrainte des personnes présentant des troubles cognitifs mais aussi de l'absence de test reproductible en français de la capacité à consentir. Dans son travail de thèse sur la participation des médecins au processus d'entrée en EHPAD, T. Leonard souligne d'ailleurs ce problème. Dans le cas des hospitalisations, quelle stratégie adopter alors ? Hospitaliser systématiquement les patients souffrant de démence en SSC nous paraît peu pertinent en pratique clinique compte tenu des enjeux éthiques, mais la nécessité de l'utilisation et surtout de la création d'outils d'évaluation clinique en amont des hospitalisations pour apprécier la part de la pathologie psychiatrique dans l'altération possible du discernement (comme l'échelle de Cornell par exemple) pourrait permettre d'hospitaliser en SSC les patients souffrant de troubles cognitifs dont le discernement est aggravé de manière significative par la pathologie psychiatrique.

Un autre résultat remarquable de notre étude serait l'importance de la part de troubles de l'humeur hospitalisés en SSC chez le sujet âgé (et notamment des troubles bipolaires), qui est équivalente à la proportion de troubles de l'humeur hospitalisés en soins libres, représentant environ 40% des motifs d'hospitalisation. Ces résultats nous confortent dans l'hypothèse d'une symptomatologie souvent grave et nécessitant une prise en charge hospitalière fréquente de ce type de trouble.

Nous avons ensuite voulu comparer nos données avec celles recueillies chez l'adulte jeune, afin de savoir s'il existait des différences cliniques des profils de patients hospitalisés pour évaluer les besoins spécifiques d'une future unité spécialisés dans la prise en charge des PA.

b. Comparaison des données avec les sujets jeunes

Les données des patients ≥ 65 ans ont aussi été comparées avec les sujets jeunes. En effet cette comparaison pourrait alimenter les données de la littérature sur les particularités cliniques de la population âgée hospitalisée en psychiatrie, et argumenter la nécessité de création d'unités spécifiques. La comparaison entre des motifs d'hospitalisation retrouvait d'ailleurs de nombreuses différences significatives :

Les affections somatiques représentaient chez les patients ≥ 65 ans un motif d'hospitalisation en psychiatrie 6 fois plus que chez les patients < 65 ans. Les troubles neurocognitifs alimentaient en grande partie cette différence, ce qui est compréhensible de par l'épidémiologie du trouble (47).

Les patients ≥ 65 ans étaient retrouvés en hospitalisation 2 fois plus fréquemment que les sujets jeunes avec un diagnostic de trouble de l'humeur ($p < 0,001$). Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs unipolaires étaient dans notre étude des motifs d'hospitalisation 2 fois plus fréquents chez les sujets âgés par rapport aux sujets jeunes ($p < 0,001$). On note aussi une fréquence plus importante chez la personne âgée (5%) que chez l'adulte jeune d'hospitalisations pour troubles dépressifs récurrents et persistant ($p < 0,001$). Excepté le risque de bais de confusion qui sera évoqué plus bas (à savoir que comme les variables ne sont pas indépendantes, la part plus faible des troubles du spectre de la schizophrénie chez les PA a pu entraîner une fréquence constatée plus élevée de troubles de l'humeur chez ces dernières), ces résultats nous confortent dans l'hypothèse d'une symptomatologie des troubles de l'humeur plus grave chez l'âgé que chez l'adulte jeune, notamment par exemple du fait du risque suicidaire (2). L'hospitalisation plus fréquente des sujets âgés dans ce type de pathologie se justifie aussi par la fréquente intrication des troubles ci-dessus avec les troubles cognitifs, contrairement aux sujets jeunes, entraînant un maintien dans leur environnement habituel plus difficile. L'hospitalisation en unité spécialisée permettrait probablement de pouvoir donc mieux prendre en charge ce type de trouble chez les PA hospitalisés en psychiatrie.

Dans notre étude, le trouble délirant persistant est aussi un motif d'hospitalisation 2,5 plus fréquent chez les ≥ 65 ans que chez les < 65 ans ($p < 0,001$), et les motifs d'hospitalisation pour schizophrénie sont 2 fois moins fréquents chez le sujet âgé que chez le sujet jeune ($p < 0,001$). Le trouble délirant persistant étant un trouble d'apparition tardif et la schizophrénie un trouble dont la prévalence a tendance à diminuer avec l'âge, ces données sont compatibles avec l'épidémiologie des troubles. L'évolution naturelle de la schizophrénie vers des formes plus déficitaires, ou le risque de décès prématuré des patients souffrants de ce trouble peut expliquer la fréquence moins importante de patients âgés retrouvés en hospitalisation complète. De plus, nous avons réalisé notre étude sur 2 années consécutives qui ont été ajoutées, la durée maximale d'hospitalisation était donc de 1 an. Bien que la littérature semble indiquer que les symptômes des patients psychotiques ont tendance à diminuer avec l'âge, les durées d'hospitalisation des patients psychotiques âgés ont été (et sont encore) très variables (47) (49). La méthode de notre étude ne nous permet pas de rapporter les patients psychotiques âgés hospitalisés au long cours : la proportion de patients hospitalisés souffrant de psychose en psychiatrie est donc probablement sous-évaluée dans cette étude.

Les patients ≥ 65 ans étaient dans notre étude moins fréquemment hospitalisés pour des troubles névrotiques (codes F40 - F48), que les patients de < 65 ans. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature qui semblaient indiquer une diminution de la fréquence des troubles anxieux chez une sujet âgé en France comparativement au sujet jeune (2), et comme motif d'hospitalisation (20). Ils suggèrent aussi une symptomatologie anxieuse diminuant en intensité avec l'âge, entraînant des formes moins sévères chez le sujet âgé pouvant être prises en charge en ambulatoire et donc qui sont moins retrouvées en hospitalisation que chez le sujet jeune.

c. Comparaison des données selon le centre de recueil de données

Sur Tours en 2015 (50), on relevait 365 lits répartis sur 3 sites d'hospitalisation : 131 lits sur l'hôpital Bretonneau, 174 lits au Centre Psychiatrique Tours Sud à l'hôpital Trousseau et 60 lits à la Clinique Psychiatrique Universitaire. Sur Orléans, l'EPSM G. Daumezon à Fleury les Aubrais, les 241 lits d'hospitalisation adulte et les 6 lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile (soit 247 lits au total) étaient répartis en plusieurs unités distinctes sur un même site (51).

Sur les 2 années de notre étude, nous avons relevé environ 5% de séjours de plus sur Orléans (5887), que sur Tours (4804), ce qui est en contradiction avec les données concernant le nombre de lits d'hospitalisation disponibles. Concernant les chiffres de population en 2017, l'Indre et Loire comptait 606 511 habitants, et le Loiret 678 105 habitants (Chiffres INSEE 2017) (51), avec donc sur le secteur de l'EPSM G. Daumezon une population plus importante que sur le CHRU de Tours. Si on met en lien ces données avec les DMS, ces dernières étant plus faibles sur Orléans que sur Tours, il semblait exister un turn-over de patients plus important sur Orléans que sur Tours.

Concernant les données des ≥ 65 ans, les séjours dans cette population représentaient 10,4% de la totalité des séjours sur Tours et 8,4% sur Orléans, ce qui est une donnée plus faible que celle attendue dans la littérature qui se situerait aux alentours de 15% (53) (54). Pourtant, nous nous attendions à ce que la proportion d'hospitalisations augmente compte tenu du vieillissement de la population dans la région centre Val de Loire, et ceci malgré les disparités territoriales (4) (55) (56), mais aussi d'offre (9).

La proportion d'hospitalisation de PA plus importante sur Tours que sur Orléans peut s'expliquer par un bassin de population de sujets âgés plus important en Indre-et-Loire en 2016 (24,8% de plus de 60 ans en 2016) que dans le Loiret en 2016 (23,3% de plus de 60 ans). Il est également possible que cette différence vienne du fait que les 2 centres de notre étude possèdent une offre de soins différente vis-à-vis des personnes âgées : sur Orléans, l'EPSM G. Daumezon dispose d'un dispositif ambulatoire spécialisé dans la personne âgée très étendu sur son territoire, privilégiant les liens avec les personnes âgées à leur domicile, ainsi qu'avec les partenaires sociaux et les EHPAD. En revanche les liens avec l'hôpital général étaient peu développés sur les 2 années de notre étude. Sur Tours, ce sont les liens avec la médecine gériatrique et avec l'hôpital général qui semblaient privilégiés. Les liens avec la filière somatique de Tours permettent probablement l'évaluation et l'orientation des

PA souffrant de troubles psychiatriques vers les structures adaptées, tandis que sur Orléans, les hospitalisations sont limitées par l'importance du dispositif ambulatoire.

Il existait des différences significatives entre les 2 centres concernant les diagnostics principaux d'hospitalisation des patients ≥ 65 ans, notamment concernant les troubles de l'humeur, les troubles délirants et l'utilisation de SPA mais pas concernant les hospitalisations pour une affection somatique. Concernant les SPA, cette différence peut s'expliquer par le fait que les unités intra-hospitalières sur Orléans comprenaient 1 centre de sevrage et de cure, le centre Paul Cézanne, et aucun lit dédié spécifiquement pour l'addictologie sur nos données recueillies de Tours. Nous n'avons pas trouvé d'explication pour les différences concernant les troubles de l'humeur et les troubles délirants, excepté une possible variabilité interterritoriale des troubles.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative selon les centres concernant les hospitalisations pour un motif organique malgré une proximité plus importante des urgences somatiques et du plateau technique de la gériatrie sur Tours. Les explications les plus plausibles étaient une saturation égale dans les 2 centres des structures le plus à même de prendre en soins ces patients de façon aiguë (urgences somatiques, post-urgence, gériatrie aiguë, neurologie, UCC), ainsi que la frontière encore mal définie pour ce type de patients en France. Aucun des 2 centres ne dispose encore d'unité de psychiatrie de la personne âgée publique mais disposent tous deux d'une filière de PAA, ce qui peut aussi créer un afflux de patients âgés supplémentaires vers les unités de psychiatrie.

On notait une fréquence d'hospitalisations de patients ≥ 65 ans en SSC plus élevée sur Orléans (38,3%) que sur Tours (23,9%). Nous avons constaté ce résultat de façon empirique mais il est tout de même surprenant qu'une donnée aussi fréquente soit si peu documentée dans la littérature. Il y avait significativement plus d'hospitalisation en SSC pour des motifs somatiques (13,5%) sur les séjours des ≥ 65 ans d'Orléans que sur ceux de Tours (3,1%). À contrario il y avait une proportion moindre de patients ≥ 65 ans hospitalisés en SSC pour un trouble délirant sur Orléans (22,3%) que sur Tours (42,9%). Les explications de ces différences pourraient être multiples :

- Des disparités territoriales concernant l'utilisation des SSC, en projetant les données sur ce type de population. Coldefy et al ont en effet remarqué des grandes variabilités territoriales du recours au SPPI (57).
- D'origine institutionnelle : en effet sur Orléans, une grande partie de la psychiatrie de liaison est gérée directement par le Centre Hospitalier Régional Orléanais et est

indépendante de l'EPSM G. Daumezon. Du fait des liens moins importants sur Orléans que sur Tours entre la filière PPA et les hôpitaux généraux, il avait été constaté des transferts des soins somatiques vers la psychiatrie par l'utilisation de soins sous contrainte en SPPI ce qui peut expliquer la proportion de SSC plus importante chez les PA sur Orléans que sur Tours. Plusieurs groupes de travail ont d'ailleurs eu lieu entre l'EPSM G. Daumezon et le CHRO en 2018 sur le point des soins sans consentement.

Les DMS étaient aussi très différentes selon les centres notamment selon le mode légal d'hospitalisation. On peut y voir ici une probable différence de pratiques entre nos 2 centres, à savoir que chez les patients ≥ 65 ans hospitalisés sous contrainte, celle-ci était plus rapidement levée sur Orléans que sur Tours, possiblement compte tenu de différences de pratiques entre les 2 centres.

d. Analyse des modes d'entrée et de sortie d'hospitalisation

Afin de mieux décrire le parcours des patients âgés en psychiatrie et d'étudier les liens de ce type de cette population avec les soins somatiques, nous avons aussi recueilli les modes d'entrée et de sortie en psychiatrie des patients ≥ 65 ans en les comparant selon le mode légal d'hospitalisation, avec les sujets jeunes, et selon le centre de recueil de données.

Environ 2/3 de patients ≥ 65 ans provenaient de leur domicile, et presque 19% d'entre eux des soins somatiques aigus. Ils retournaient pour presque 60% d'entre eux au domicile mais étaient aussi orientés pour environ 14% vers les soins somatiques aigus. Malheureusement, nous n'avons pas pu décrire le % de patients en provenance et orientés vers des EHPAD, car ce mode d'entrée et de sortie était le plus fréquemment codé comme « domicile ».

Ils sortaient pour environ 6,5% d'entre eux vers les soins de suite (SSR, USLD) ainsi que vers les hébergements médico-sociaux. Ce pourcentage, bien que faible, représente souvent des patients avec une DMS plus longue, avec des comorbidités somatiques plus lourdes et nécessitant un suivi social plus important. C'est pour ce type de patients qu'il est important de pouvoir s'appuyer sur le réseau de la PPA afin de favoriser les liens avec les structures d'aval, et donc de réduire les DMS de cette population. (18)

Nous avons dans notre étude 15 à 20% des patients qui transitaient entre les unités de psychiatrie. Cette donnée, avec un effet centre important, indiquait selon nous des changements d'unité fréquents des patients ≥ 65 ans (probablement après un changement de mode légal d'hospitalisation). Dans cette population déjà fragile, et avec une fréquence non négligeable de troubles cognitifs, avoir une unité repérée pour l'accueil des PA permettra de favoriser le retour à l'équilibre psychique par un environnement stable et adapté.

➤ *Selon le mode légal d'hospitalisation*

Nos résultats montraient que les patients ≥ 65 ans hospitalisés en SSC provenaient pour plus de 20% d'entre eux des soins somatiques aigus (significativement plus que les SL). Cette fréquence à selon nous une double signification :

- C'est une donnée favorable car elle indique la réalisation fréquente d'un bilan somatique en amont de la mise en place de la mesure de SSC.
- Mais elle peut aussi indiquer le recours « abusif » fréquent aux mesures de soins sans consentement (notamment les SPPI) en provenance des soins somatiques.

En l'absence de recueil de données par patient, qui pourraient nous permettre de décrire les patients ≥ 65 ans hospitalisés en SSC pour motif organique en provenance des soins somatiques, nous ne pouvons cependant pas pousser notre analyse

Le mode légal d'hospitalisation ne semblait pas influencer le mode de sortie des patients ≥ 65 ans.

➤ *Selon l'âge*

Nous avons noté dans nos résultats plusieurs variations des modes d'entrée et de sortie d'hospitalisation entre les sujets âgés et les sujets jeunes :

Le domicile restait le mode d'entrée et de sortie principal dans les 2 groupes mais les PA provenaient significativement plus des soins somatiques aigus que les patients jeunes, ce qui est une donnée encourageante (de par l'intérêt du regard du somaticien vis-à-vis des comorbidités fréquentes dans cette population).

Les patients ≥ 65 ans retournaient moins fréquemment que les sujets jeunes à leur domicile, et étaient orientés de manière significativement plus fréquente vers les soins somatiques aigus, les soins de suite ou les hébergements médico-sociaux. Cela nous conforte

dans l'idée qu'il existe bien des particularités dans le parcours de soin du sujet âgé qui pourrait être facilité par le travail en réseau d'un dispositif complet de la PPA. Ce travail est bien sûr effectué par les équipes mobiles de la PA mais semble facilité par une unité d'hospitalisation complète spécialisée (18) : en effet, la possibilité d'accueil des unités de PAA peut rassurer les structures d'aval et semble diminuer la DMS de cette population, permettant une sortie plus rapide une fois la situation stabilisée.

On notait aussi dans nos données une fréquence plus importante de décès ($p = 0,027$) des patients ≥ 65 ans au cours des hospitalisations en psychiatrie par rapport aux sujets jeunes, mais cette proportion reste extrêmement faible. Les conséquences des hospitalisations des personnes âgées en psychiatrie sont multiples, mais dominées par l'iatrogénie (31). Le regard pluridisciplinaire est ici important afin de pouvoir au maximum réduire ces risques.

➤ *Selon le centre de recueil de données*

La principale différence entre les 2 centres concernait les flux de patients entre unités de psychiatrie : ce mode d'entrée et de sortie était très significativement plus renseigné sur Orléans que sur Tours ($p < 0,001$), représentant plus de 20% des données. Il nous paraît délicat de fait d'interpréter les différences entre les 2 centres concernant les autres modes de sortie, comme nous n'avons pas réalisé d'analyse multivariée.

e. Analyse des données dans la population des patients « très âgés » (≥ 80 ans)

Nous n'avions pas retrouvé dans notre revue de la littérature d'analyse concernant les motifs d'admission des patients ≥ 80 ans hospitalisés en psychiatrie. Cette population représentait dans notre étude 1,1% des séjours, et nous avons décidé de comparer les données des ≥ 80 avec celles des 65 – 79 ans afin de pouvoir décrire des particularités cliniques dans une population dont la proportion va augmenter dans les prochaines années comme nous avons vu dans notre revue de la littérature.

La plupart des différences décrites étaient non significatives, excepté concernant les motifs d'hospitalisation pour troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress, ou somatoformes des ≥ 80 ans qui représentaient le double des motifs des hospitalisations des patients de 65 – 79 ans. Notre interprétation de cette donnée serait que plus l'âge du patient

est avancé, plus les symptômes anxieux prédominent, et plus le risque de conclure à un trouble anxieux (parfois à tort) est grand. Les motifs d'hospitalisation en psychiatrie d'origine organique des patients ≥ 80 ans étaient aussi 2 fois plus fréquents que ceux des patients de 65 – 79 ans ce qui, compte tenu de l'histoire naturelle des troubles neurocognitifs est une donnée logique. Ces données nous confortent dans la nécessité d'une plus grande sensibilisation à la symptomatologie du sujet âgé, et à la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire afin de limiter le risque d'errance diagnostique.

Les données concernant les modes d'entrée et de sortie en hospitalisation étaient quant à elles non significatives.

3. Analyse des biais et limites de notre étude

a. Biais de sélection

Après une première révision des données recueillies nous nous sommes rendu compte de possibles biais pouvant impacter l'analyse de données : En effet, il apparaît que dans le recueil des données globales, sur la totalité des hospitalisations, la somme totale des séjours, et des patients, était inférieure à l'addition des séjours effectués en soins libres et en soins sous contrainte. Les seules explications possibles à ces chiffres étaient que certains patients avaient fait l'objet de séjours à la fois en SL et en SSC lors d'une même hospitalisation, et que cela avait impacté les résultats. De plus les données globales incluaient aussi les hospitalisations de moins de 24h, qui sont donc prises en charge dans les données totales mais pas dans le sous total « soins libres » ou « soins sans consentement ».

Au final nos « soins libres » ne serait donc pas des séjours en « soins libres exclusifs » mais peuvent comporter des séjours dont le mode légal aurait changé pendant l'hospitalisation. Si une contrainte était levée au cours d'une hospitalisation, la DMS était de plus celle du temps passé sous contrainte et non la durée totale du séjour. Cet élément peut impacter la totalité des critères de jugement. De plus, nous ne sommes pas certains que les données « totales » ne soient pas polluées par des doublons concernant les changements de mode légal d'hospitalisation au cours d'une même hospitalisation. Ce biais a donc pu largement sous-estimer les différences dans nos comparaisons entre les données des SL et des SSC, et éventuellement surestimer nos données totales.

Nous avons initialement demandé s'il était possible de recueillir les données des soins libres exclusifs, et d'exclure les séjours sans diagnostic principal, mode d'entrée ou mode de sortie de nos données mais compte tenu des données exposées, nous supposons que cela n'a pas été le cas.

b. Biais de mesure

Nous avons eu de nombreuses difficultés à recueillir nos données et il est possible que notre nombre de séjour présente des erreurs dues au recueil dans le PMSI. Par exemple nous avons plus de modes d'entrée ou de sortie dans certains groupes que le nombre de séjours recueillis, ce qui implique obligatoirement des erreurs dans nos données. Nous pensons que cette erreur provient soit du fait que sur Orléans principalement, les mutations entre unités de psychiatrie entraînent ce type d'erreur.

Nous avons remarqué après l'analyse complète de nos données que dans les 2 centres, les données des unités d'hospitalisation pour adolescents avaient été incluses dans le recueil, ce qui a pu impacter notre analyse comparative de nos données selon l'âge.

De plus, nous avons travaillé sur des données recombinaisons manuellement, en additionnant les données des 2 centres qui sont, de fait, indépendants, mais aussi en additionnant 2 années consécutives. Malgré notre protocole permettant d'avoir théoriquement des séjours indépendants entre les 2 années, les requêtes effectuées auprès des 2 DIM ont pu malgré nos multiples vérifications comporter des erreurs et entraîner des doublons entre les séjours de nos données totales combinées. Nous avons pu aussi faire des erreurs dans le recopiage des données dans le fichier EXCEL®.

Nous n'avons pas les données par patient et la DMS a simplement été calculée par nombre de jours d'hospitalisation / nombre séjour dans chaque groupe, et donc aussi soumise à un biais de mesure.

Ensuite le codage des diagnostics peut se faire par tout professionnel de santé et socio-éducatif donc soumis à des variations interprofessionnelles. En plus de cela, il y avait une proportion importante et significativement différente entre les 2 groupes de données manquantes, pouvant aller jusqu'à plus de 35% dans certains groupes. Après avis auprès de statisticiens, nous avons donc dû effectuer notre analyse statistique en excluant ces données ce qui a pu sous-estimer la prévalence de certains troubles. La différence statistiquement

significative de données manquantes entre les 2 groupes a aussi pu biaiser nos données, mais la plupart des différences étaient statistiquement très significatives, du fait de la puissance importante de notre étude ce qui a pu limiter ce biais, du moins pour notre critère de jugement principal.

c. Biais de confusion

Du fait de notre analyse univariée, notre étude est soumise à ce type de biais sur la plupart de nos données. En effet les diagnostics recueillis ou les modes d'entrée et de sortie ne sont pas des variables indépendantes, 1 séjour ne pouvant avoir théoriquement qu'1 seul diagnostic, 1 seul mode d'entrée et 1 mode de sortie.

d. Limites

Lors de notre recueil de données, nous n'avions pas les données par patient, et certaines données telles que la moyenne d'âge, ou la DMS n'ont pas pu être analysées statistiquement.

Les nombreuses différences statistiquement significatives entre les 2 centres, concernant nos critères de jugement, ont pu entraîner un effet centre important. De plus malgré le caractère multicentrique de notre étude, les données provenaient d'une seule région Française, et ne sont donc pas représentatives de la population générale en France.

L'analyse des données dans la sous-population des patients ≥ 80 ans dans notre étude ne retrouve que très peu de différences significatives par probable manque de puissance statistique.

4. Perspectives et implications cliniques

A notre connaissance, notre étude est la première à avoir analysé les motifs d'hospitalisation des personnes âgées en psychiatrie en région Centre Val de Loire. Par cette étude, nous avons pu alimenter les discussions dans les groupes de travail auquel nous avons participé sur Orléans, afin d'y intégrer la prise en charge de PA. En effet, le CHS Daumezon a pour projet depuis le 01 janvier 2019 une réorganisation hiérarchique avec la création d'un pôle adulte unique, la filière de la PA s'intégrant au sein du pôle transversal. Dans cette filière, nous avons pu évaluer parallèlement à notre travail la pertinence de la création d'une unité hospitalière de psychiatrie de la personne âgée au sein de l'EPSM G. Daumezon par l'écriture d'un projet qui sera présenté dès sa finalisation.

Nous avons en effet mis en évidence que, bien que les personnes âgées ne représentent qu'environ 10% de la population totale des patients hospitalisés en psychiatrie, il existait de nombreuses spécificités cliniques pour l'évaluation et la prise en charge de cette population. Elles concernaient la symptomatologie de certains troubles constituant les motifs d'hospitalisation les plus fréquents, les enjeux d'une prescription adaptée des psychotropes, de l'accompagnement non-médicamenteux des troubles psychiatriques du sujet âgé, mais aussi le parcours de soins global du patient avec des échanges plus fréquents que chez les sujets jeunes avec les soins somatiques aigus ou les soins de suite. La création d'une unité spécialisée pourrait donc permettre de fluidifier ces échanges et d'apporter un regard spécialisé dans cette population. De plus les 2 centres possèdent déjà une filière de la psychiatrie de la personne âgée développée sur leurs territoires respectifs, et la création d'une unité spécialisée pourrait venir renforcer le dispositif. Sur Orléans par exemple, le recrutement sur l'EPSM G. Daumezon d'un temps plein de gériatre a été un tremplin pour l'organisation du projet. Cependant le challenge sera principalement de réunir les moyens humains nécessaires au fonctionnement d'une telle unité, dans un contexte de raréfaction médicale et de personnel hospitalier.

Justement, l'évolution récente de la maquette du DES de psychiatrie par la création d'une option de psychiatrie de la personne âgée ouvre une perspective encourageante pour le recrutement médical de cette discipline (58).

Sur nos 2 sites de l'étude la demande de prise en charge spécifique des personnes âgées était donc présente et ce travail a permis d'identifier le profil de patients âgés à prendre en charge en psychiatrie, afin d'adapter l'offre de soins à la demande concernant les PA en

psychiatrie et de préparer au mieux l'institution à l'accompagnement des pathologies psychiatriques des PA semblant justifier le plus fréquemment d'une hospitalisation. Il s'agissait donc des troubles de l'humeur, des troubles délirants, des troubles anxieux et dans une moindre mesure des démences. Il conviendra d'articuler au mieux une éventuelle unité de PPA avec les services de soins somatiques, notamment la filière gériatrique. En effet, ses missions seront à différencier de celles des UCC avec qui elle veut s'articuler, afin de ne pas générer de la confusion dans la prise en charge des patients.

Ces résultats peuvent aussi impacter le système de soins actuel en permettant un meilleur ciblage des formations en psychiatrie de la personne âgée à dispenser aux psychiatres travaillant actuellement en intra-hospitalier, mais aussi aux médecins somaticiens, notamment aux gériatres, qui sont aussi amenés à recevoir ce profil de patient au cours des hospitalisations.

De plus, l'utilisation de nouvelles technologies telle que la télémédecine permet de fluidifier les échanges entre professionnels de santé, sur des prises en charge complexes, et nous l'espérons, de pouvoir limiter les hospitalisations de personnes âgées en psychiatrie en apportant un regard d'expert afin de maintenir la personne âgée souffrant de troubles mentaux et du comportement dans son environnement habituel (40). La fréquence des téléstaff sur Orléans avec la filière gériatrique, et certains EHPAD équipés s'intensifie d'ailleurs progressivement. Nous espérons pouvoir développer les téléconsultations afin d'optimiser l'efficacité des équipes soignantes, et de faciliter l'accès aux soins pour limiter les situations de crise et d'urgence (et donc les hospitalisations).

Compte tenu des nombreuses différences mises en évidence entre les patients ≥ 65 ans et les patients jeunes, dans le futur nous espérons pouvoir développer, au sein même des unités de psychiatrie adulte de notre lieu d'exercice, une activité de liaison de psychiatrie de la personne âgée, sur le même modèle de la liaison en soins addictologiques ou en soins palliatifs, qui serait effectué par nos équipes mobiles.

Cette étude a aussi permis, par la multiplication des difficultés que nous avons rencontrées lors de notre recueil de données, d'appuyer les formations du DIM d'Orléans en insistant sur l'importance des différents codages, notamment des modes d'entrée et de sortie des patients (et notamment pour la personne âgée, de la distinction de l'établissement médico-social avec le domicile).

Il serait intéressant de répéter le travail effectué sur notre étude à distance de la création d'une unité de psychiatrie de la personne âgée, et parallèlement à distance du développement

de la télémedecine, afin de pouvoir évaluer l'impact de la création et du développement d'un tel dispositif sur chacun de nos 2 centres.

Finalement, nos résultats pourraient être complétés par des études sur les conséquences directes des hospitalisations en psychiatrie adulte des patients ≥ 65 ans (notamment concernant les traitements pharmacologiques, les mesures d'isolement, des comparatifs sur les échelles d'autonomie avant et après l'hospitalisation).

Chapitre 6 : Conclusion

La Psychiatrie de la Personne Agée (PPA ou Gériatopsychiatrie) est une discipline relativement récente en France, se situant au carrefour de 3 disciplines : la Psychiatrie, la Gériatrie et la Neurologie, ce qui peut participer à une certaine confusion dans la prise en charge aiguë des patients concernés par cette spécialité. La proportion de personnes âgées (PA) hospitalisées en service de psychiatrie pour des motifs principalement gériatriques ou neurologiques est mal connue et ce travail de thèse avait eu pour objectif principal la description des motifs diagnostics qui ont conduit des personnes de 65 ans et plus à être hospitalisées en service de psychiatrie au CHU de Tours et au CH d'Orléans au cours des années 2016 et 2017.

Nos résultats suggèrent que les motifs d'hospitalisation en psychiatrie des personnes âgées concernaient principalement les troubles de l'humeur et les troubles délirants, ce qui est cohérent avec la sévérité potentielle de ces troubles chez la PA. Les motifs d'hospitalisation pour maladies neuro-dégénératives étaient finalement assez rares au regard de la prévalence de ce trouble en population générale. Les motifs potentiels d'hospitalisation pour une maladie neuro-dégénérative semblaient être plutôt liés aux troubles du comportement perturbateurs, fréquents dans cette population. Il est possible que le système de soins actuel permette de limiter les hospitalisations inadaptées en psychiatrie pour ce motif. Il reste que l'objectif du zéro pourcent de patients hospitalisés pour des maladies neuro-dégénératives en psychiatrie est discutable : est-il souhaitable, car les services de psychiatrie sont à ce jour inappropriés pour ce type de patients ? Ou faut-il que le système de l'hospitalisation en psychiatrie s'adapte, par le biais d'unités spécifiques de psychiatrie de la personne âgée, adaptés pour l'accueil et la prise en charge de ces pathologies ?

Ces pistes d'ajustement possibles pour optimiser la prise en charge des pathologies psychiatriques de la PA bénéficieraient également la poursuite du développement de la filière de la PA en ambulatoire, via les équipes mobiles et la télé médecine

Nos résultats pourraient être complétés par des études sur les conséquences directes des hospitalisations en psychiatrie adulte des patients ≥ 65 ans sur Tours et sur Orléans, par exemple concernant les traitements pharmacologiques, les mesures d'isolement ainsi que des comparatifs sur les échelles d'autonomie avant et après l'hospitalisation, mais a déjà permis de constituer une base de réflexion dans les groupes de travail d'Orléans afin d'adapter au mieux l'offre de soins intra-hospitalière des personnes âgées.

Bibliographie

1. Santé mentale et vieillissement [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillessement>
2. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. *L'Encéphale*. janv 2010;36(3):59-64.
3. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-agees-souffrance_psychique_bat_2018-03-19_10-59-4_630.pdf
4. Projet Régional de Santé, Schéma Régional de Santé 2018 - 2022 [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: http://doc.pilote41.fr/plans_schemas/region/schema_regional_de_sante_2018_2022.pdf
5. Cohen L, Desmidt T, Limosin F. La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. nov 2014;172(9):781-4.
6. Müller C, Wertheimer J. Abrégé de psychogériatrie. Masson. Paris: Elsevier Masson; 1981. 240 p. (Abrégés de médecine).
7. Sawayama E, Takahashi M, Arai H, Nakajima K, Kano A, Sawayama T, et al. Characteristics of elderly people using the psychiatric emergency system. *Psychiatry Clin Neurosci*. août 2009;63(4):577-9.
8. Abuse WHOD of MH and P of S, Association WP. Psychiatry of the elderly : a consensus statement. *Psiquiatria geriátrica : declaración de consenso* [Internet]. 1996 [cité 27 févr 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63623>
9. Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 Etat des lieux, Juillet 2016 [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-11/PMND_region_CVdL_etat_des_lieux.pdf
10. Charazac P. De l'intérêt d'un critère d'âge en gériopsychiatrie. *Inf Psychiatr*. 2011;87(6):456.
11. Rollet A. Critère de soin et critère d'âge en psychiatrie du sujet âgé : décryptage. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. févr 2014;14(79):17-22.
12. Charazac P. Réflexions sur la gériopsychiatrie française et les origines de son retard. *Inf Psychiatr*. 2006;82(5):383.
13. Peyneau C, Koskas P, Romdhani M, Houenou-Quenum N, Drunat O. Typologie psychiatrique de la personne âgée avec ou sans démence dans un hôpital de gériatrie. *Santé Publique*. 2016;28(1):71.
14. Pancrazi M-P. L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France. 2015;91:8.
15. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

16. Frémont P. [Clinical aspects of the depression in the elderly]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. sept 2004;2 Suppl 1:S19-27.
17. Thibaut H. Etat des lieux de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques à Marseille. :34.
18. Thiebaut J-F, Kardache F. Le dispositif ESSPER de gérontopsychiatrie et son unité de rattachement Germaine-Le-Guillant. *Inf Psychiatr*. 2014;90(7):539.
19. Les comptes de la Sécurité sociale - Résultats 2011-prévisions 2012. :226.
20. Seitz DP, Vigod SN, Lin E, Gruneir A, Newman A, Anderson G, et al. Characteristics of Older Adults Hospitalized in Acute Psychiatric Units in Ontario: A Population-Based Study. *Can J Psychiatry*. sept 2012;57(9):554-63.
21. Ettner SL, Hermann RC. Inpatient Psychiatric Treatment of Elderly Medicare Beneficiaries. *Psychiatr Serv*. sept 1998;49(9):1173-9.
22. Yazgan IC, Greenwald BS, Kremen NJ, Strach J, Kramer-Ginsberg E. Geriatric Psychiatry Versus General Psychiatry Inpatient Treatment of the Elderly. *Am J Psychiatry*. févr 2004;161(2):352-5.
23. Ziegenbein M, Anreis C, Brüggem B, Ohlmeier M, Kropp S. Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? *BMC Health Serv Res*. déc 2006;6(1):150.
24. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, Avril 2005 [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf
25. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
26. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
27. Hives F, Karyadi KA, Nitch S, Kinney D. Locked in and Growing Old: The Psychiatric, Forensic, and Cognitive Correlates of 30 Years of Psychiatric Hospitalization. *Am J Geriatr Psychiatry*. févr 2018;26(2):188-97.
28. Gallini A, Andrieu S, Donohue JM, Oumouhou N, Lapeyre-Mestre M, Gardette V. Trends in use of antipsychotics in elderly patients with dementia: Impact of national safety warnings. *Eur Neuropsychopharmacol*. janv 2014;24(1):95-104.
29. Programme AMI - Alzheimer Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques dans la Maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/v18_brochure-ami_alzheimer.pdf
30. Jégouzo X, Desbordes M, Delègue S, Le Vacon G, Patrick M, Mouchabac S. Prescription des antipsychotiques chez les sujets âgés avec une démence dans un hôpital psychiatrique : impact des recommandations de l'HAS. *L'Encéphale*. déc 2017;43(6):516-21.

31. Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé. EMC - Psychiatr. janv 2011;8(2):1-13.
32. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs [Internet]. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf
33. Tucker S, Hargreaves C, Wilberforce M, Brand C, Challis D. What becomes of people admitted to acute old age psychiatry wards? An exploration of factors affecting length of stay, delayed discharge and discharge destination: Acute old age psychiatry wards: length of stay and discharge. Int J Geriatr Psychiatry. sept 2017;32(9):1027-36.
34. Gaynes BN, Brown C, Lux LJ, Ashok M, Coker-Schwimmer E, Hoffman V, et al. Management Strategies To Reduce Psychiatric Readmissions. mai 2015; Disponible sur: <http://proxy.scd.univ-tours.fr/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=26020093&lang=fr&site=eds-live>
35. Reese RJ, Duncan BL, Kodet J, Brown HM, Meiller C, Farook MW, et al. Patient feedback as a quality improvement strategy in an acute care, inpatient unit: An investigation of outcome and readmission rates. Psychol Serv. nov 2018;15(4):470-6.
36. Nubukpo P, Clément J-P. Hospitalisation en psychogériatrie et place des autres structures. Inf Psychiatr. 2010;86(1):33.
37. Plan « Alzheimer et maladies apparentées », 2008 - 2012, 1er février 2008 [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
38. Projet PAERPA en région Centre, Diagnostic territorial sur le Sud-est de l'Indre-et-Loire (Amboise / Loches), Mai 2014 [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <http://paerpa-centre.fr/usager/wp-content/uploads/2016/07/Diagnostic-territorial-PAERPA-Centre.pdf>
39. Houbin B. Missions et organisation des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé : exemple de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée Ouest 94 (EMPPA Ouest 94) du groupe hospitalier Paul-Guiraud. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2015;15(89):266-9.
40. Desbordes M, Nebout S, Grès H, Guillin O, Haouzir S. La télémedecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2015;15(89):270-3.
41. Codes mouvements | Publication ATIH [Internet]. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/codes-mouvements>
42. Azorin J, Kaladjian A, Adida M, Fakra E. Late-onset Bipolar Illness: The Geriatric Bipolar Type VI. CNS Neurosci Ther. mars 2012;18(3):208-13.
43. Belvederi Murri M, Respino M, Proietti L, Bugliani M, Pereira B, D'Amico E, et al. Cognitive impairment in late life bipolar disorder: Risk factors and clinical outcomes. J Affect Disord. oct 2019;257:166-72.
44. Jaulin P. Bipolarité tardive chez le sujet âgé. Inf Psychiatr. 2011;87(8):629.

45. Jung Y-E, Lee C-I, Kim MD, Hong S-C, Bahk W-M, Yoon B-H. The prevalence of bipolar spectrum disorder in elderly patients with recurrent depression. *Neuropsychiatr Dis Treat.* mai 2014;791.
46. Leonard T. Comment les médecins participent-ils au processus d'entrée en EHPAD? Une étude qualitative auprès de 13 médecins de spécialités différentes. [Internet]. [Tours]: FACULTE DE MEDECINE DE TOURS; 2016. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_LeonardThomas.pdf
47. Troubles neurocognifs majeurs : état des lieux épidémiologique [Internet]. [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2019/06/2-Carcaillon-Bentata.pdf>
48. Talaslahti T, Alanen H-M, Hakko H, Isohanni M, Kampman O, Häkkinen U, et al. Psychiatric hospital admission and long-term care in patients with very-late-onset schizophrenia-like psychosis: Hospitalizations and long-term care in VLOSLP. *Int J Geriatr Psychiatry.* avr 2016;31(4):355-60.
49. Jovelet G. Psychose et vieillissement. *Inf Psychiatr.* 2010;86(1):39.
50. Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier régional universitaire de Tours, Indre-et-Loire, Observations délibérées le 24 juin 2015 [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/JF00151062_JF_INTERNET1.pdf
51. Rapport de certification centre hospitalier départemental Georges Daumezon, octobre 2016 [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.epsm-loiret.fr/wp-content/uploads/2018/10/rapport-d%C3%A9finitif.pdf>
52. Insee Analyses Centre-Val de Loire n°59 Décembre 2019.
53. Synthèse : Analyse de l'activité hospitalière 2016 [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3245/synthese_mco_had_psy_ssr_2016_vd.pdf
54. Synthèse : Analyse de l'activité hospitalière 2017 [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3478/synthese_aah_2017.pdf
55. Diagnostic territorial de santé d'Indre-et-Loire [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Diagnostic_territorial_Indre_et_Loire.pdf
56. Diagnostic Territorial Partagé Loiret, Version du 27/04/2017 [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Diagnostic_Territorial_Loiret.pdf
57. Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2011;8.
58. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement et de la recherche. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des

diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. J Off Répub Fr. 28 avr 2017;(100):14.

Annexes

Annexe 1 : Modes légaux d'hospitalisation : détail des affections somatiques, de certains troubles délirants et troubles de l'humeur

Annexe 2 : Modes d'entrée et de sortie d'hospitalisation

Annexe 3 : Données des patients ≥ 80 ans

Annexe 1 : Modes légaux d'hospitalisation : détail des affections somatiques, de certains troubles délirants et troubles de l'humeur

Selon mode légal ≥ 65 ans	Groupe SL (n = 834)	Groupe SSC (n = 317)	Valeur statistique observée	p-value
Affections somatiques	47 (7,5%)	53 (7,2%)	$\chi^2 = 0.799$	0.371
<i>Démences et troubles cérébraux vasculaires / dégénératifs*</i>	33 (5,3%)	15 (6,1%)	$\chi^2 = 0.227$	0.634
<i>Autres troubles mentaux organiques (F04-F09)</i>	12 (1,9%)	8 (3,3%)	$\chi^2 = 1.396$	0.237
<i>Autres affections somatiques identifiées**</i>	2 (0,3%)	0		

Selon mode légal ≥ 65 ans	Groupe SL (n = 834)	Groupe SSC (n = 317)	Valeur statistique observée	p-value
<i>F20-F29</i>	108 (17,3%)	75 (30,5%)	$\chi^2 = 18.555$	< 0,001
<i>F20-F21</i>	42 (6,7%)	26 (10,6%)	$\chi^2 = 3.634$	0.057
<i>F22</i>	45 (7,2%)	34 (13,8%)	$\chi^2 = 9.383$	0.002
<i>F25</i>	13 (2,1%)	10 (4,1%)	$\chi^2 = 2.706$	0.100

Selon mode légal ≥ 65 ans	Groupe SL (n = 834)	Groupe SSC (n = 317)	Valeur statistique observée	p-value
<i>F30-F39</i>	277 (44,3%)	94 (38,2%)	$\chi^2 = 2.694$	0.101
<i>F30-31</i>	94 (15,0%)	50 (20,3%)	$\chi^2 = 3.573$	0.059
<i>F32</i>	138 (22,1%)	30 (12,2%)	$\chi^2 = 11.079$	< 0,001
<i>F33-F34</i>	36 (5,8%)	8 (3,3%)	$\chi^2 = 2.315$	0.128

*Démences et troubles cérébraux vasculaires/dégénératifs = F00-F03 / G10-13 / G20 / G23 / G30-32 / I60-69

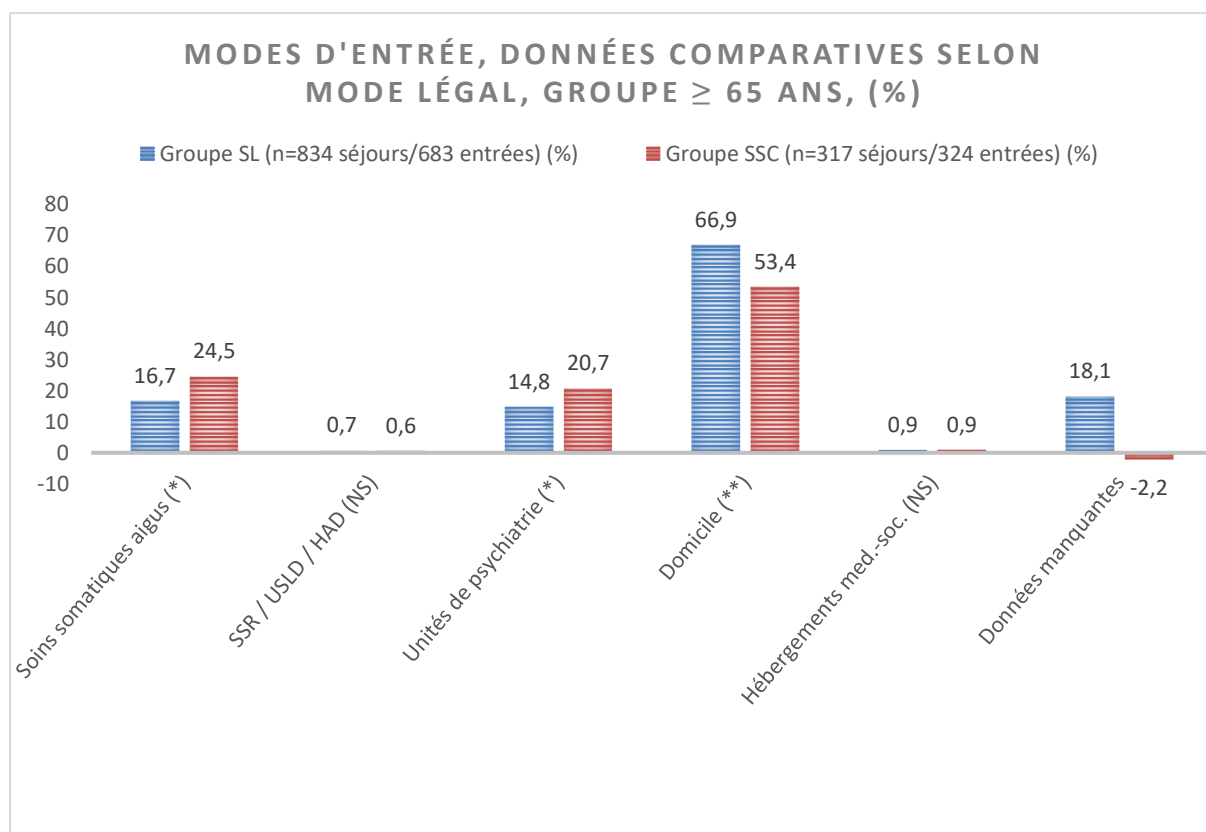
**Autres affections somatiques identifiées : A00-Q99 à l'exclusion autres diagnostics dans ce tableau.

F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F21 = schizophrénie / trouble schizotypique ; F22 = trouble délirant persistant ; F25 = trouble schizoaffectif)

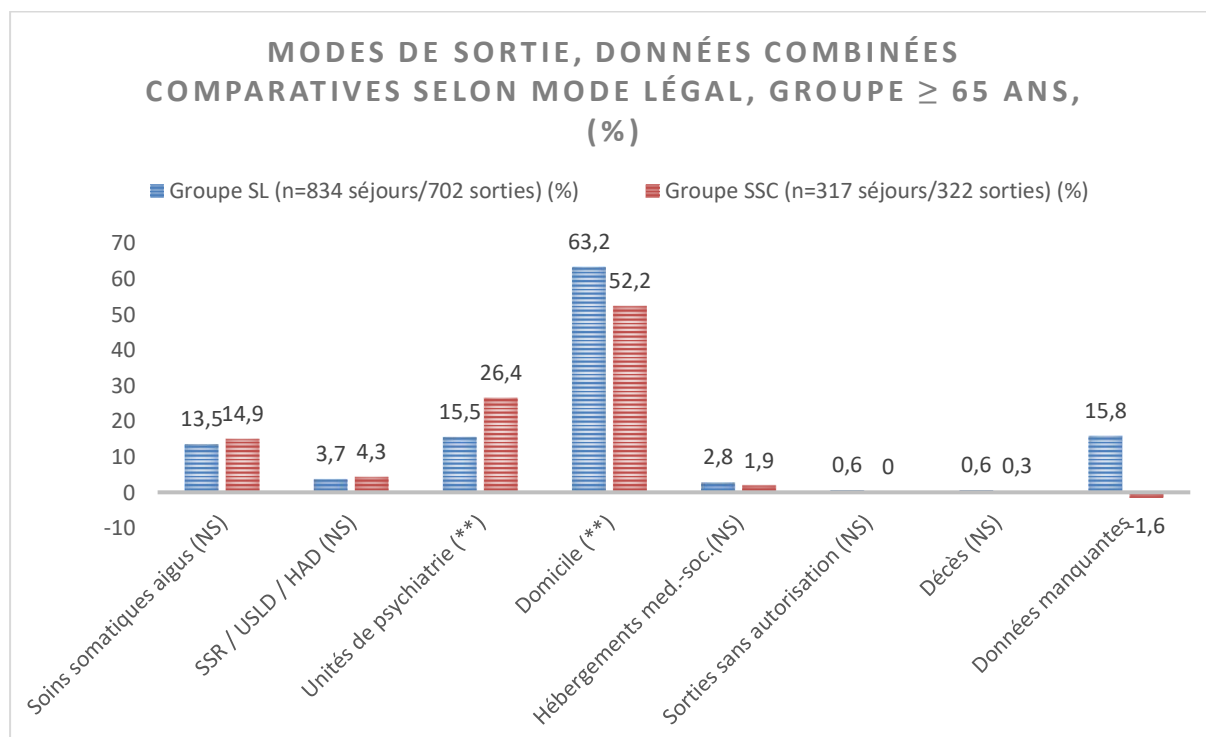
F30-F39 : Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-31 = épisode maniaque, trouble bipolaire ; F32 = épisodes dépressifs ; F33-34 = troubles dépressifs récurrents/persistants)

Annexe 2 : Modes d'entrée et de sortie d'hospitalisation

➤ Selon mode légal :

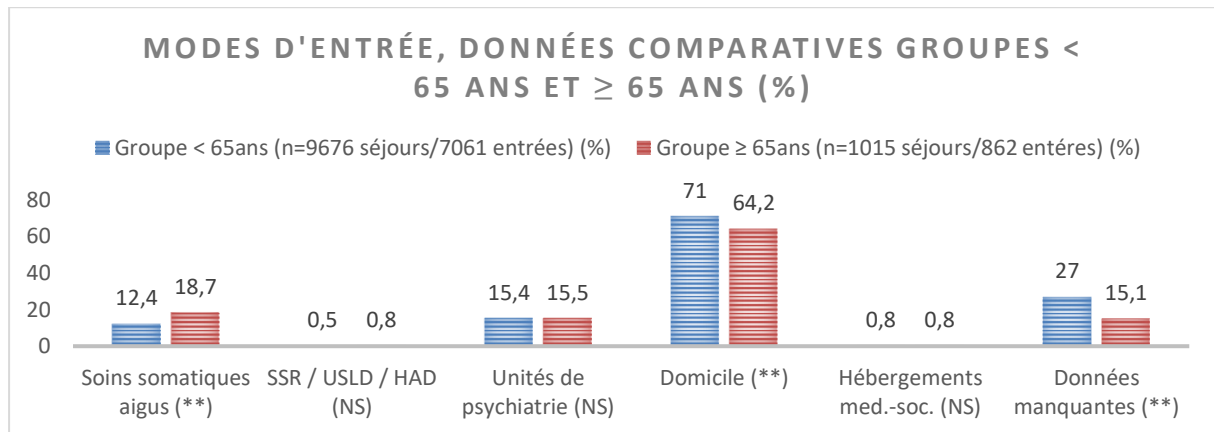


NS : différence non significative ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,001$.

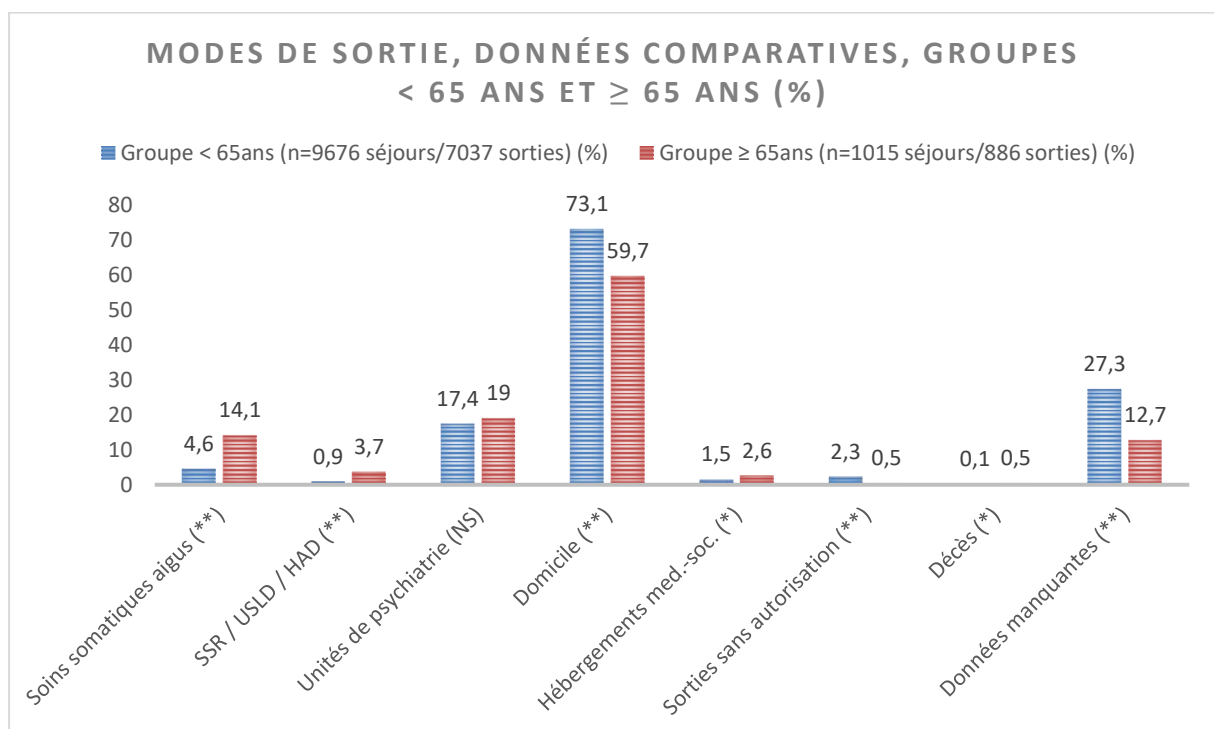


NS : différence non significative ; ** : $p < 0,001$.

➤ Selon l'âge

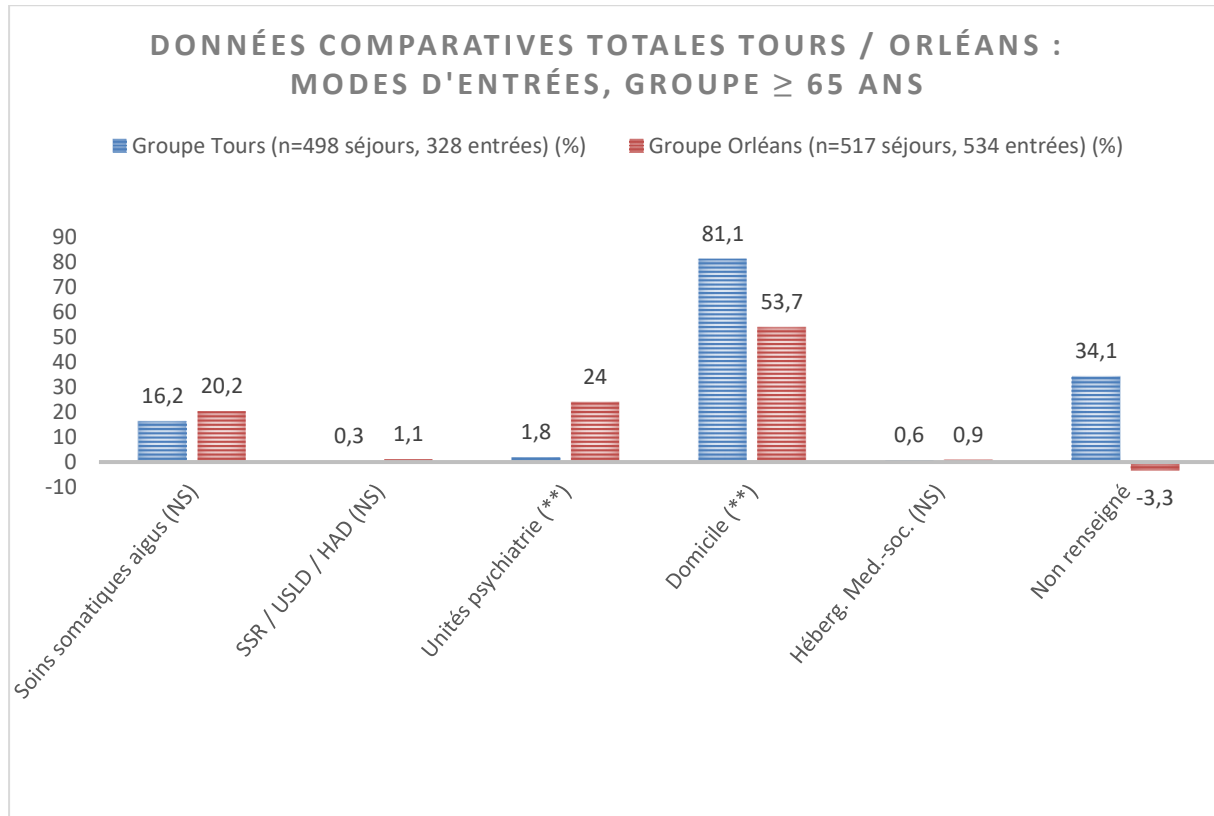


NS : différence non significative ; ** : $p < 0,001$.

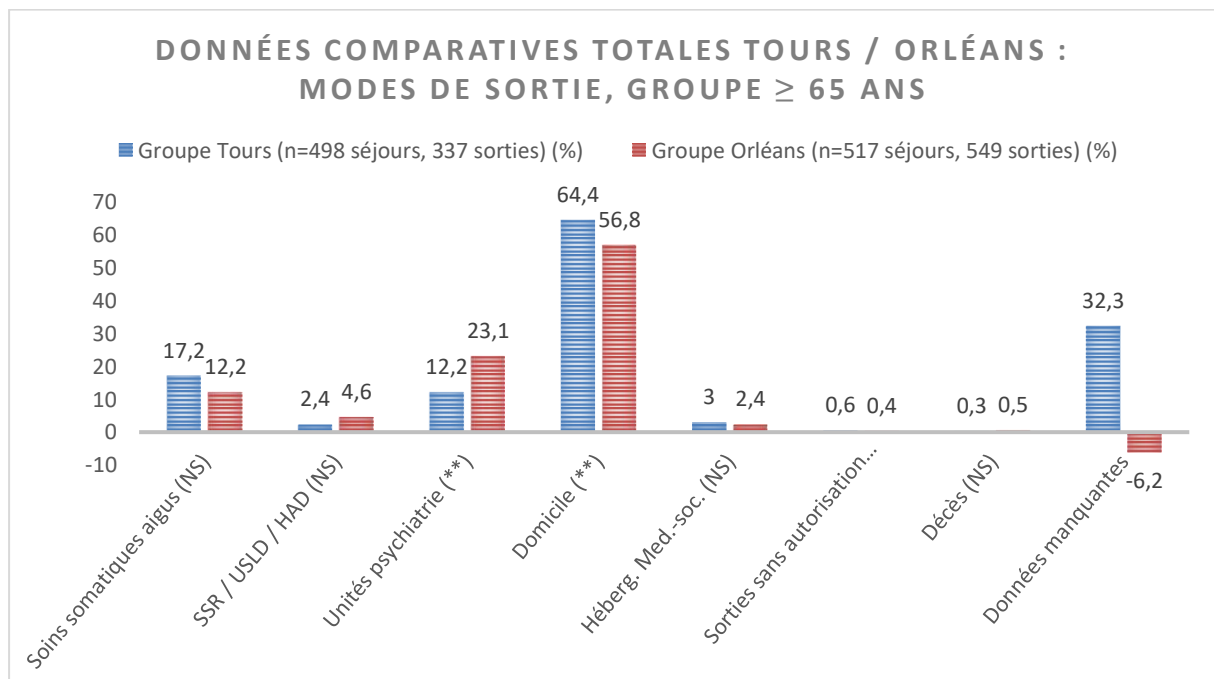


NS : différence non significative ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,001$.

➤ Selon le centre :

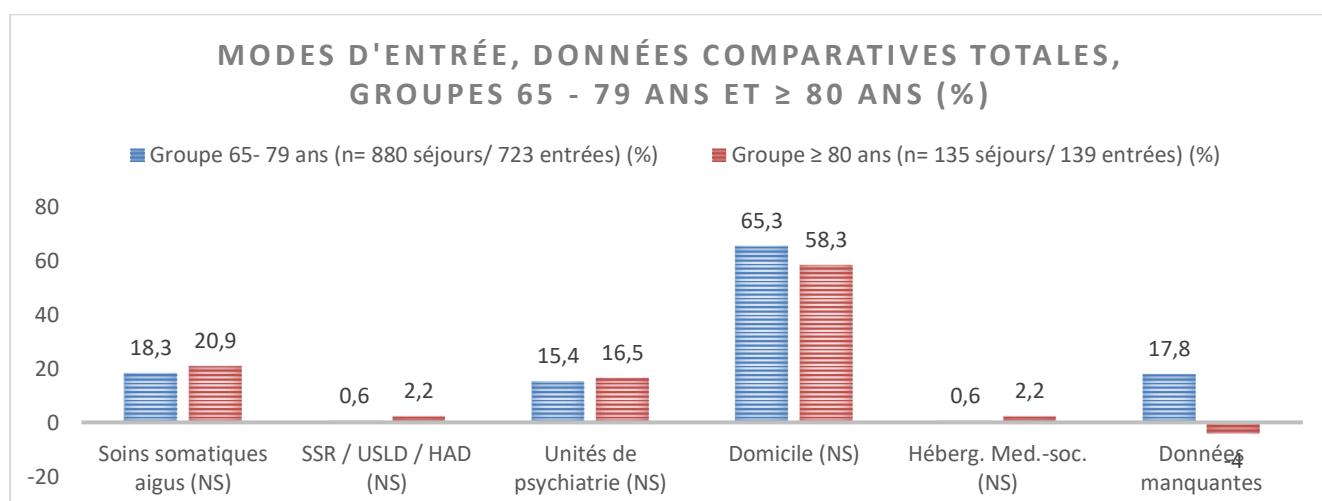
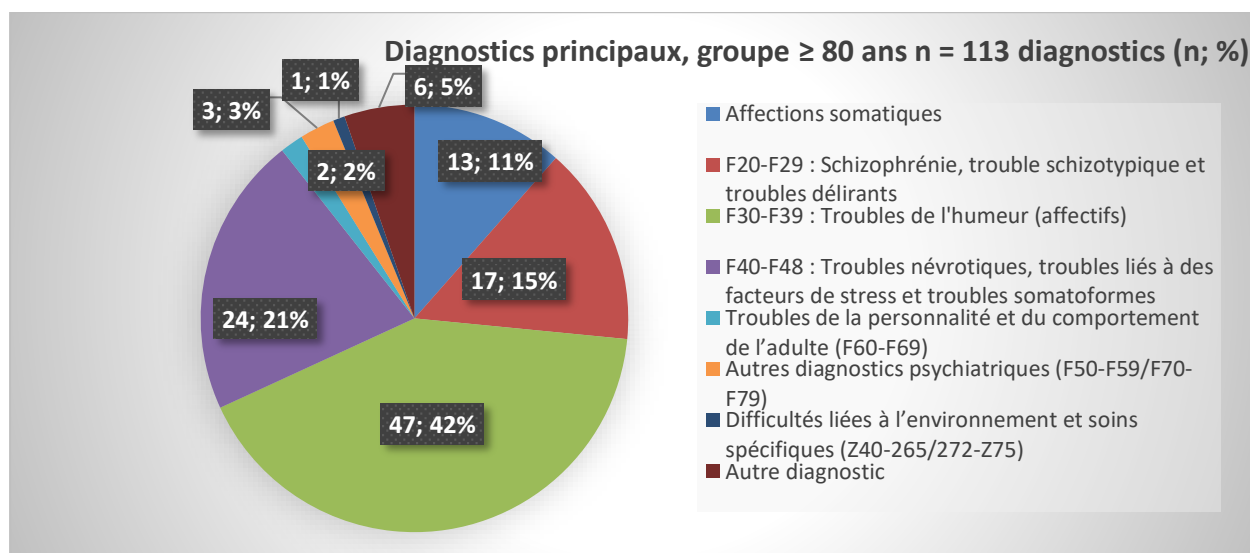


NS : différence non significative ; ** : $p < 0,001$.

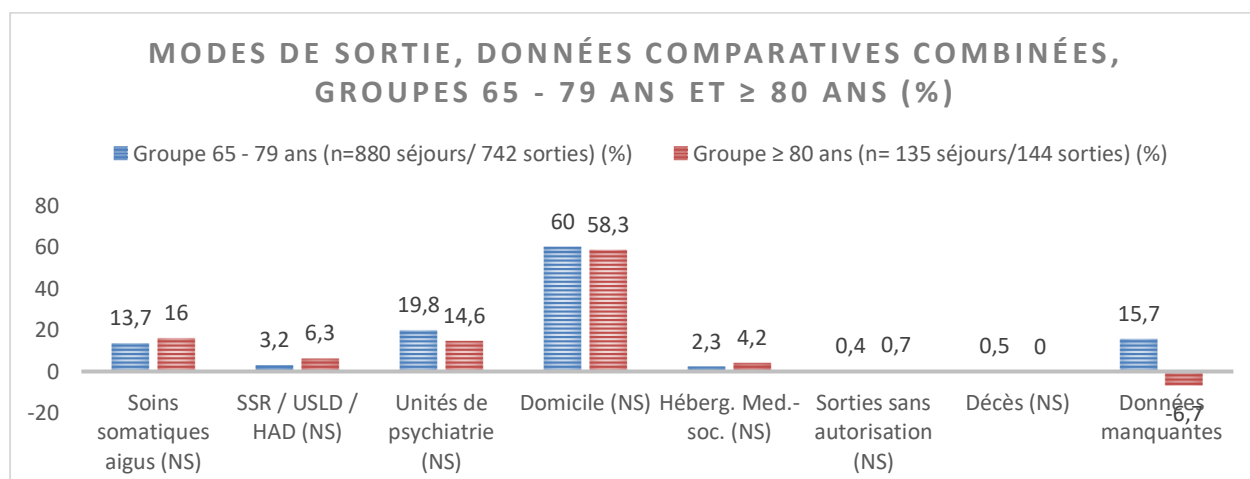


NS : différence non significative ; ** : $p < 0,001$.

Annexe 3 : Données des patients ≥ 80 ans



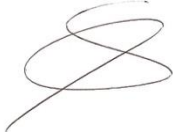
NS : différence non significative.



NS : différence non significative.

Vu, le Directeur de Thèse

Thomas DESMIDT

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'C' followed by several loops and a final vertical stroke.

VASSEUR Romain

99 pages – 5 tableaux – 13 figures – 3 annexes

Résumé :

Introduction : La Psychiatrie de la Personne Agée (PPA ou Gériopsychiatrie) est une discipline relativement récente, tout particulièrement en France, et qui se situe au carrefour de 3 disciplines : la Psychiatrie, la Gériatrie et la Neurologie, ce qui peut participer à une certaine confusion dans la prise en charge aigüe des patients concernés par cette spécialité. En particulier, la proportion de personnes âgées (PA) hospitalisées en service de psychiatrie pour des motifs principalement gériatriques ou neurologiques est mal connue. Ce travail de thèse a eu pour objectif principal de colliger les motifs diagnostics qui ont conduit des personnes de 65 ans et plus à être hospitalisées à temps complet en psychiatrie au CHU de Tours et au CH d'Orléans au cours des années 2016 et 2017.

Méthodes : Après une revue de la littérature, nous avons réalisé une étude rétrospective multicentrique, portant sur les patients ≥ 65 ans hospitalisés à temps complet en psychiatrie adulte au CHRU de Tours et au CH d'Orléans (CHS G Daumezon), en 2016 et 2017 ($n = 1015$ séjours pour 697 patients), en étudiant comme critère de jugement principal les diagnostics principaux (DP) recueillis au cours de ces hospitalisations. Par ailleurs, les données concernant ces hospitalisations (modes légaux et durée moyenne d'hospitalisation), ainsi que les modes d'entrée et de sortie d'hospitalisation ont été comparés entre les patients de plus de 65 ans et les patients de moins de 65 ans.

Résultats : Les patients ≥ 65 ans étaient principalement hospitalisés avec des diagnostics de troubles de l'humeur (43,8%), regroupant une majorité d'épisodes dépressifs (20,7% de la totalité des diagnostics), ainsi qu'une proportion importante d'hospitalisations pour troubles bipolaires (16,7%). Les troubles délirants représentaient 20,8% des motifs d'hospitalisation, avec une majorité de troubles délirants persistants (9%). Les affections somatiques représentaient quant à elles 7,2% des diagnostics rencontrés au cours des hospitalisations, dont 5% de démences et troubles cérébraux vasculaires / dégénératifs. Il y avait de nombreuses différences significatives entre les DP des hospitalisations des ≥ 65 ans et ceux des < 65 ans, notamment une proportion d'hospitalisations pour troubles de l'humeur et pour des affections somatiques plus importante chez les ≥ 65 ans ($p < 0,001$). Concernant les données par centre, on notait une proportion plus importante d'hospitalisations en soins sans consentement sur Orléans que sur Tours chez les patients ≥ 65 ans (38.3% contre 23.9%, $p < 0,001$), et des différences significatives entre les 2 centres sur plusieurs catégories diagnostiques mais aucune concernant les hospitalisations pour affection somatique ($p = 0.133$). Les patients ≥ 65 ans provenaient plus fréquemment des unités de soins somatiques aigus (et représentaient 18,7% des entrées) que les patients < 65 ans ($p < 0,001$). Les patients ≥ 65 ans étaient plus fréquemment orientés vers les soins somatiques aigus (14,1%), les soins de suite et les hébergements médico-sociaux, que vers un retour à leur domicile par rapport aux patients < 65 ans.

Discussion : La majorité des patients de plus de 65 ans hospitalisés à temps complet en psychiatrie le sont pour un trouble de l'humeur, ce qui est cohérent avec la forte prévalence de ces troubles en population gériatrique générale. Une certaine proportion de patients âgés est hospitalisée avec le diagnostic principal d'une affection somatique (7.2%) et de démence tout particulièrement (5%). Ces résultats sont discutés au regard des éléments actuels du système de soins du CHU de Tours et du CH d'Orléans, ainsi que des ajustements possibles pour optimiser la prise en charge des pathologies psychiatriques de la PA. Ces résultats pourraient être complétés par des études sur les conséquences directes des hospitalisations en psychiatrie adulte des patients ≥ 65 ans (notamment concernant les traitements pharmacologiques, les mesures d'isolement, des comparatifs sur les échelles d'autonomie avant et après l'hospitalisation).

Mots clés : Psychiatrie de la personne âgée, gériopsychiatrie, gériatrie, neurologie, hospitalisation, diagnostic, soins sans consentement, mode d'entrée, mode de sortie.

Jury :

Président du Jury :
 Directeur de thèse :
 Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS
 Docteur Thomas DESMIDT
 Professeur Nicolas BALLON
 Docteur Gabriel ROBERT
 Docteur Thomas LEONARD

Date de soutenance : Mardi 26 Mai 2020