

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1713

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Racan ABIDINE

Le 28 Octobre 2022

**Maintien en institution des personnes âgées atteintes d'un trouble
psychiatrique : Etude observationnelle**

Directeur de thèse : Professeur Christophe ARBUS

JURY

Monsieur le Professeur Antoine YRONDI	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Madame la Docteur Adélaïde DE MAULEON	Assesseur
Monsieur le Docteur Laurent LIGNAC	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean OLIVIER	Assesseur



FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. FUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
		Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
			M. VINEL Jean-Pierre
			M. VIRENQUE Christian
			M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Généraliste	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUSVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves Mme BOURGEOIS Odile M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. PIPONNIER David M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAVALD Sandra
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHE Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
Mme PUECH Marielle

Remerciements

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Arbus,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. J'ai eu le privilège de vous rencontrer tôt dans mon internat. Votre bienveillance et vos conseils m'ont permis d'avancer et de m'évoluer. Avoir une bonne volonté, c'est le conseil le plus important que je retiens. Merci pour tout.

Monsieur le Professeur Yronji,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury. J'ai été inspiré par votre façon de pratiquer la psychiatrie et vos connaissances scientifiques. Merci pour vos enseignements pendant le stage à l'UF4. J'ai hâte de venir travailler avec vous.

Madame la Docteur Adélaïde DE MAULEON,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury. Mon stage à vos côtés m'a permis de découvrir la gériatrie et ses complexités. Je vous remercie sincèrement pour tout vos enseignements.

Monsieur le Docteur Laurent LIGNAC,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury et de juger mon travail. C'est un privilège de pouvoir bénéficier de votre expérience .

Monsieur le Docteur Jean OLIVIER,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. J'espère qu'on pourra développer la psychiatrie de la personne âgée à Toulouse ensemble.

A ma famille et amis,

A mon père et ma mère, les personnes les plus importantes dans ma vie. Je n'aurai pas pu réaliser mes études de médecine sans vous. Vous avez toujours été à mes côtés. J'espère que vous êtes fière de moi. Je vous remercie pour tout et vous aime inconditionnellement.

A mes sœurs, Yara et Line. Je vous remercie pour tout le soutien et vous souhaite que le bonheur. Je serai tout le temps là pour vous. Je vous aime.

A mes proches en Syrie, vous me manquez beaucoup, je pense à vous tout les jours. J'espère qu'un jour on pourra tous revivre ensemble en paix.

A Héloïse, Merci pour ton soutien.

A mes amis de longue date, avec qui je partagent tellement de souvenirs, Koubar, Kadem, Lahib, Suraka, Malik.

A mes amis que j'ai rencontré pendant mon internat, Agathe, Marine T, Louis, Marine G., Denis, Atika, Angèle.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.»

Tables des matières

I. Introduction	9
Les objectifs de l'étude.....	13
II. Méthode	14
2.1. Design de l'étude.....	14
2.2. Population.....	14
2.3. Sources de données :.....	14
2.4. Variables :.....	15
2.5. Analyse.....	17
III. Résultats	19
3.1. Maintien en institution.....	19
3.2. Mortalité.....	24
3.3. Consommation de soins.....	25
3.4. Profil clinique des vivants en EHPAD.....	27
3.5. Questionnaire Patients.....	31
3.6. Questionnaire soignants.....	32
IV. Discussion	34
V. Conclusions	39
Bibliographie :	41
Annexes.....	43
Annexe 1 : Questionnaire patients.....	43
Annexe 2 : Questionnaire soignants.....	44
Annexe 3 : Tableau descriptif des sortants.....	45

I. Introduction

Vieillesse de la population et prévalence des troubles psychiatriques

Le vieillissement de la population est un phénomène qui s'accélère dans la plupart des pays développés. En France, selon les projections de l'INSEE, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront 32,9% de la population en 2050, soit 24 millions d'individus (1). L'allongement de l'espérance de vie reste néanmoins associé à des problématiques spécifiques, comme la perte d'autonomie ou le développement de maladies neurologiques ou psychiatriques. En parallèle, une part importante de patients ayant déclaré une pathologie psychiatrique à l'âge adulte atteint désormais l'âge mûr. Au global, plus de 20% des adultes de 60 ans et plus souffrent d'un trouble de santé mentale ou neurologique selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2). Selon les données recueillies dans la littérature, entre 13% et 35% des personnes de 65 ans et plus en population générale souffre d'au moins un trouble psychiatrique, les troubles dépressifs et les troubles anxieux étant les plus fréquents (3-5). Ces prévalences sont plus élevées parmi les personnes institutionnalisées : 21% à 27% souffriraient de troubles dépressifs ou troubles de l'humeur (6). De plus, les malades psychiatriques âgés de plus de 60 ans représentent 18 % de la population souffrant de troubles mentaux, et un patient schizophrène sur 7 aurait plus de 65 ans (7).

Une population aux besoins spécifiques

Au-delà de la prise en charge d'éventuelles pathologies psychiatriques invalidantes, l'avancée en âge est aussi associée à une perte d'autonomie dans la vie quotidienne. Plusieurs travaux

ont souligné un vieillissement, une perte d'autonomie et un placement en institution précoces chez les personnes âgées atteintes de troubles psychiques par rapport à la population générale (8,9). Dans nos précédents travaux portant sur la convention passée entre le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences et le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP) pour la prise en charge en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de patients parisiens atteints de troubles psychiatriques, l'âge à l'admission était de 71 ans, contre 85 ans en moyenne pour les autres résidents (10). D'autres travaux ont mentionné que 12% des résidents entrés en hébergement pour personnes âgées avant l'âge de 65 ans provenaient d'un service psychiatrie (8) et que parmi les résidents d'EHPAD, 40% des femmes et 33% des hommes âgés de 65-74 ans souffraient de troubles psychiatriques (9).

Une réponse insuffisante et complexe

La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques reste insuffisante et son organisation complexe. Principalement basée sur la psychiatrie de secteur, composée de structures hospitalières (temps plein ou hôpitaux de jour), mais également des centres médico-psychologiques (CMP) et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), cette offre n'est pas spécifique à la prise en charge des personnes âgées. Les unités de gérontopsychiatrie dans les hôpitaux, bien qu'en développement, restent numériquement faibles. Un Centre d'Évaluation des Troubles Psychiques et du Vieillissement, situé au GHU-Paris, offre une expertise diagnostique et thérapeutique de situations gérontopsychiatriques. Des équipes mobiles psycho-gériatrie ou neuro-psycho-gériatrie ont été développées afin de répondre aux besoins d'une population moins autonome, et pour assister les structures dans la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques. Elles permettent de dispenser des avis thérapeutiques, des évaluations cliniques et apporter un soutien aux équipes (11).

Certains EHPAD ont des unités dédiées aux personnes âgées présentant des troubles psychiatriques (12). De même que des conventions entre établissements psychiatriques et EHPAD se développent.

Malgré certaines avancées dans le domaine, plusieurs points faibles persistent autour de la prise en charge des personnes âgées avec des troubles psychiatriques (12,13) :

- La complexité de l'offre qui nuit à sa compréhension par les patients, mais aussi les médecins avec les généralistes parfois en première ligne ;

- L'orientation trop systématique vers les urgences des personnes âgées au moment de la décompensation ou de l'échec de son système de vie, ce qui constitue un échec dans sa prise en charge;
- La coordination insuffisante entre structures ou les différents acteurs intervenant autour du sujet âgé présentant des troubles psychiatriques, incluant également la gérontologie et la médecine somatiques ;
- Les rapports parfois de mauvaise qualité entre EHPAD, familles, services sociaux, établissements médicosociaux, centres hospitaliers généraux, secteurs psychiatriques et gérontologie, ... liés à des enjeux et des représentations sociales divergents ;
- Le nombre insuffisant (lorsqu'elles existent) de structures spécifiquement dédiées à la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques.

La convention CASVP/GHU

Le Groupement Hospitalier Universitaire Paris Psychiatrie & Neurosciences (GHU) rassemble les hôpitaux Maison-Blanche, Perray-Vaucluse et Saint-Anne depuis janvier 2019, après qu'ils aient unifié leur gouvernance et établi un projet de soins commun en 2016. Près de 60 000 usagers parisiens sont accueillis chaque année par les professionnels de cet établissement. L'ajout d'une dimension universitaire liée au rapprochement des établissements permet le développement de travaux scientifiques à la pointe des connaissances dans le domaine de la psychiatrie [14]. Le GHU travaille également en étroite collaboration avec les Hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) et l'Association Mentale du 13^{ème} Arrondissement (ASM13). A eux tous, ils gèrent une trentaine de secteurs de psychiatrie.

Le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) met en œuvre la politique municipale d'action sociale de la Ville de Paris en proposant des prestations à destination de ses 2,1 millions d'habitants [15]. Il assure la prise en charge des personnes en situation de précarité au travers de ses services sociaux. Il emploie plus de 5 000 agents, et est en charge de la promotion des actions sociales en direction des plus jeunes aux plus âgés [16]. La « sous-direction des personnes âgées » est en charge de la vieillesse. Elle gère 2 450 places en EHPAD, et est attachée à l'accessibilité financière de ses résidences, tous les EHPAD étant habilités à l'aide sociale [17]. Cela correspond à 10 établissements à Paris intra-muros et 5 en banlieue.

Le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences et le CASVP ont signé en 2016 une convention afin de faciliter la prise en charge en EHPAD des personnes présentant des troubles psychiatriques vieillissantes. Cette convention incluait le suivi psychiatrique par le personnel du GHU des

personnes admises en EHPAD via le biais de la convention, mais aussi des évaluations cliniques pour les autres résidents, afin de repérer les personnes fragiles pouvant bénéficier de soins psychiatriques, afin d'éviter toute décompensation. Au travers de cette convention, des référents ont été identifiés, constituant des interlocuteurs privilégiés et facilitant l'échange d'informations entre structures. Enfin, cette convention incluait également un volet formation et acculturation, visant à former les personnels des EPHAD sur les prises en charge psychiatriques, et à former les soignants des services de psychiatrie à la gériatrie et au grand âge.

Les patients admis en EHPAD

Une étude transversale a été conduite en 2019 en collectant les données des patients pour lesquels une demande d'admission en EHPAD a été faite entre le 1^{er} mars 2016 et le 1^{er} mars 2019. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients, selon qu'ils aient été admis ou non à l'issue de la demande (10).

Sur les 163 patients pour lesquels une demande a été faite, 117 ont été admis en EHPAD, ce qui représente un taux d'admission de 72%. Plus d'un tiers des refus étaient liés à des problèmes administratifs (35%).

Les personnes avaient en moyenne 71 ans à l'admission, et étaient principalement des femmes (63%). Plus de la moitié était célibataire (56%), et 64% n'avaient pas d'enfants. Concernant les troubles psychiatriques des personnes admises, la majorité avait un diagnostic de schizophrénie (47%) ou de troubles de l'humeur (21%). Ces patients étaient peu dépendants selon le score GIR : seuls 26% avaient un score de dépendance sévère (GIR 1 et 2). Environ la moitié des patients des troubles anxieux ou dépressifs (48%), 19% avaient des troubles cognitifs, et 43% présentaient un niveau d'agitation élevé (selon le score de Cohen-Mansfield).

Les patients admis étaient légèrement plus âgés que les patients non admis (73.8 ans versus 69.3 ans). Le lieu de résidence (et donc l'établissement psychiatrique de rattachement d'où émanait la demande) influait également sur l'issue de la demande. Pas d'autres facteurs associés au fait d'être admis ou non n'ont été identifiés.

Au regard de ces éléments descriptifs de la population âgée présentant des troubles psychiatriques, admise en EHPAD, nous avons voulu savoir quel était le devenir des patients admis. En reconduisant l'étude aujourd'hui, nous chercherons à savoir si les patients admis

résident toujours en EHPAD, s'ils ont dû changer de mode d'hébergement et de prise en charge.

Intérêt de la recherche et bénéfices attendus

Les résultats de cette étude vont nous permettre d'évaluer à distance l'intérêt de la convention GHU-CASVP, sur ces différents aspects : favoriser un hébergement adapté aux patients psychiatriques, garantir un accès aux soins psychiatrique, identifier des référents dans les différentes structures, développer la formation mutuelle. Nos résultats permettront également de mettre en évidence les facteurs associés au maintien en EHPAD de cette population spécifique, et à l'inverse, d'identifier les freins au maintien en institution pour les patients psychiatriques. Une meilleure identification de ces éléments facilitateurs et de ces freins pourra permettre d'émettre des recommandations afin d'adapter le dispositif initialement mis en œuvre et d'améliorer la prise en charge des patients vieillissant avec un trouble psychiatrique.

Les objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est d'évaluer si l'EHPAD est un lieu adapté pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. Pour ce, notre étude cherche à suivre le devenir des patients admis en EHPAD suite à une demande d'admission a été faite entre le 1^{er} mars 2016 et le 1^{er} mars 2019 (cohorte CASVP 2019) et à déterminer des facteurs prédictifs de maintien en institution (facteurs sociodémographiques, cliniques, ...).

Par ailleurs, cette étude vise à évaluer :

- i) le recours aux soins psychiatriques des patients en EHPAD dans la cohorte (hospitalisation, consultations en ambulatoire, passages aux urgences psychiatriques, ...)
- ii) la qualité de vie des patients et leur satisfaction par rapport à leur lieu de vie actuel
- o iii) l'avis des soignants en EHPAD sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques en institution

II. Méthode

2.1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale réalisée en août 2022 à Paris, en collaboration avec le GHU Paris Psychiatrie et le CASVP.

Les données ont été recueillies de façon rétrospective à partir de différentes sources : i) le GHU, ii) le CASVP, iii) l'étude CASVP 2019. De plus, un recueil de données avec questionnaire a été réalisé pendant le mois d'août 2022.

Sur le plan légal, l'étude est de type « Recherche Impliquant la Personne Humaine » de catégorie 2 - « Recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales ».

L'avis favorable du Comité de protection des personnes Sud-Est III a été émis le 17/05/2022.

Une note d'information a été délivrée aux participants de l'étude et leurs représentants légaux avant le recueil de leur consentement.

Deux numéros utiles seront délivrés au patient via la note d'information :

- 01 48 00 48 00, Psy Ile de France, un numéro gratuit d'orientation et de soutien pour les personnes en souffrance psychique et leur entourage ,numéro joignable de 11h à 19h 7/7,
- 15, SAMU, pour toutes les urgences

2.2. Population

L'étude concerne des résidents d'EHPAD atteints de troubles psychiatriques et des soignants travaillant en EHPAD.

L'échantillon de résidents d'EHPAD est issu d'une cohorte de 163 personnes, constituée pour l'étude CASVP réalisée en 2019. En particulier, il s'agit de 117 personnes atteintes de troubles psychiatriques ayant été admis en EHPAD entre le 1^{er} mars 2016 et le 1^{er} mars 2019.

Il n'y a pas de critères d'exclusion.

Les soignants participent à l'étude de façon volontaire, en complétant un questionnaire lors de réunions d'information réalisées par le GHU dans les différents EHPAD du CASVP.

2.3. Sources de données :

Les sources de données sont :

- L'étude CASVP 2019 : des données sociodémographiques.
- Le département d'information médical (DIM) du GHU : des données cliniques et de consommations de soins.
- Le CASVP, via le logiciel Titan : des données sociodémographiques et cliniques.
- Des questionnaires adressés aux résidents et soignants d'EHPAD : des données de qualité de vie et de travail.

Une convention a été signée entre le GHU et le CASVP pour le partage de données.

2.4. Variables :

Les variables sont réparties en 5 catégories.

Sociodémographique

Le statut vital, l'âge d'entrée en institution, l'âge de sortie, l'âge actuel et le sexe sont issus du CASVP, via le logiciel Titan

Le statut vital est défini le 1^{er} août 2022, et ne concerne que les résidents d'EHPAD. Le statut de vitalité des sortants n'est pas disponible.

Le maintien en institution est identifié avec un recueil réalisé le 1^{er} août 2022 via le logiciel Titan.

Le motif de sortie est recueilli via le logiciel Titan.

Le lieu de résidence avant admission, constitué de 6 groupes, est issu de l'étude CASVP 2019. Les groupes sont : i) Sans domicile, ii) Domicile personnel ou familial, iii) Hospitalisation au long cours, iv) Résidence-service, v) Accueil familial thérapeutique, vi) EHPAD; Foyer post cure.

Le statut familial est issu de l'étude de 2019, avec 4 groupes : i) Célibataire, ii) Marié/pacsé/concubinage, iii) Veuf, iv) Divorcé.

Clinique

Le diagnostic psychiatrique est issu du DIM, avec 3 catégories : troubles psychotiques, trouble d'humeur, autres.

Les troubles psychotiques sont identifiés par le code CIM « F2xx ».

Les troubles d'humeur sont identifiés par le code CIM « F3xx », qui inclus les troubles dépressifs et troubles bipolaires.

La catégorie « Autres » est identifiée par un diagnostic psychiatrique « Fxxx », hormis « F2xx » et « F3xx ».

Le PATHOS moyen pondéré à l'admission et le GIR à l'admission est obtenu de l'étude CASVP 2019.

Les traitements, les antécédents somatiques, le GIR actuelle sont issus du CASVP.

Les traitements concernés sont les psychotropes, répartis en 5 groupes : Neuroleptique, Antidépresseur, Thymorégulateur, Benzodiazépines et apparentés, Correcteur anticholinergique.

Les antécédents somatiques concernés sont : HTA, Diabète, Dyslipidémie, Insuffisance rénale chronique, Dysthyroïdie, AVC, BPCO, Syndrome démentiel.

Les antécédents sont enregistrés dans le logiciel Titan par le médecin coordinateur de l'EHPAD. Nous ne disposons pas de données psychométriques pour le diagnostic de Syndrome démentiel.

Consommations de soins

La consommation de soins est évaluée sous différents aspects : i) Hospitalisation à temps plein, ii) Actes ambulatoires, iii) Mesures d'hospitalisation sous contraintes, iv) Mesures de contention ou d'isolement.

Les données sont toutes issues du DIM. Elles sont décrites par année, pour une période de 2016 à 2021.

« L'hospitalisation à temps plein » est décrite en journée d'hospitalisation.

« Les actes ambulatoires » représente tout acte ambulatoire réalisé par un soignant du GHU, de type EDGAR : Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion.

« Les mesures d'hospitalisation sous contraintes » identifie le nombre d'hospitalisation sous contraintes au sein du GHU.

« Les mesures de contention ou d'isolement » identifie le nombre de mesures de contention ou d'isolement réalisés pendant une hospitalisation au GHU.

Les données d'hospitalisation et d'actes ambulatoires sont décrites également selon leur statut d'admission, avant ou après admission en EHPAD, et par année.

Les données avant l'admission en EHPAD concernent toutes données de consommations de soins les années précédentes l'admission en EHPAD, l'année d'admission est exclu.

Les données après l'admission en EHPAD concernent toutes données de consommations de soins les années suivants l'admission en EHPAD, l'année de sortie ou décès est inclus.

On a donc une moyenne annuelle des consommations de soins avant et après admission.

Qualité de vie des résidents en EHPAD :

La qualité de vie des résidents en EHPAD est recueilli avec un questionnaire (Annexe 1) réparti en 3 parties :

- Choix du lieu de vie : Avis du patient sur son choix de lieu de vie, et ses préférences
- Activités en EHPAD : Participation aux activités, Niveau de sociabilité, Sentiment d'isolement
- Clinique : Syndrome dépressif, Idées suicidaires, Usage de substances

Avis des soignants en EHPAD :

L'avis des soignants d'EHPAD est recueilli avec un questionnaire (Annexe 2) réparti en 3 parties :

- Caractéristiques du répondant : Sexe, Age, Profession, Ancienneté
- Prise en charge des résidents avec troubles psychiatriques : Difficultés de prise en charge, Peur, Violence, Conduite à tenir face à un trouble de comportement
- Avis sur institutionnalisation des personnes âgées atteintes d'un trouble psychiatrique

2.5. Analyse

Toutes les analyses descriptives et statistiques ont été effectuées avec le logiciel R. Les résultats en tableaux ont été réalisés avec R et les figures avec R et Excel.

Maintien en institution

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants sont analysées de façon descriptive.

Le décès en EHPAD est un risque compétitif pour la sortie ; elle empêche que l'évènement « Sortie d'EHPAD » soit observé. Il est donc nécessaire de réaliser une analyse de survie avec risque compétitif.

L'analyse de survie avec risque compétitif est réalisée avec le modèle de cox avec censure à droite du risque compétitif.

Le risque de sortie est estimé avec une analyse de survie avec fonction Cumulative Incidence sur le modèle de cox avec censure à droite.

L'analyse univarié est réalisée sur toutes les variables disponibles.

L'analyse multivarié est réalisée sur un échantillon de 110 patients uniquement à cause de données manquantes. Les variables incluses sont : Sexe, âge entrée à l'EHPAD, Diagnostic psychiatrique, GIR à l'entrée, Mesures de contention ou d'isolement, Mesures d'hospitalisation sous contraintes.

Les données de consommations de soins « Hospitalisation », « Actes ambulatoires » ne sont pas incluses dans l'analyse de survie du risque de sortie à cause de données manquantes.

Un modèle multivarié réduit est sélectionné avec la méthode AIC.

L'hypothèse de la proportionnalité des risques est vérifiée avec les résidus de Schoenfeld.

Mortalité

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des décédés sont analysées de façon descriptive.

Le taux de survie est estimé avec la méthode de Kaplan-Meier.

Consommations de soins :

Les données de consommations de soins sont analysées de façon descriptive.

Pour étudier l'impact de l'admission en EHPAD sur la consommation en soins, une analyse comparative est effectuée sur les données de consommations de soins avant et après admission.

En absence de normalité, un test non paramétrique de Wilcoxon pour séries appariées est utilisée

Profil des vivants en EHPAD en 2022

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des résidents vivants en 2022 sont analysées de façon descriptive.

Questionnaires

Les réponses au questionnaire des résidents et soignants sont analysées de façon descriptive.

III. Résultats

3.1. Maintien en institution

Caractéristiques des admis en EHPAD

Tout d'abord, nous nous sommes intéressés sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des admis en EHPAD (Tableau 1).

Entre 2016 et 2019, 117 personnes sont admises en EHPAD, comprenant 74 femmes (63%) et 43 hommes (37%), avec un âge médian de 70 ans à l'entrée.

Au niveau du statut familial, plus de la moitié des participants (56%) sont célibataires et 21% ont au moins un enfant.

Avant l'admission en EHPAD, 49% des participants résidaient à leur domicile personnel et plus d'un tiers (37%) était en hospitalisation longue.

Concernant le diagnostic psychiatrique principal, 62% des admis ont un trouble psychotique F2, et 26% un trouble humeur F3. Le reste est regroupé dans une catégorie « Autre » (12%).

Les demandes d'admission en EHPAD étaient issues de Saint-Anne à 42% et de Maison blanche à 37%. Enfin, 85% des admis étaient sous mesures de protection.

La durée de séjour moyenne pour tout l'échantillon est de 1444 jours, soit environ 4 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des admis en EHPAD

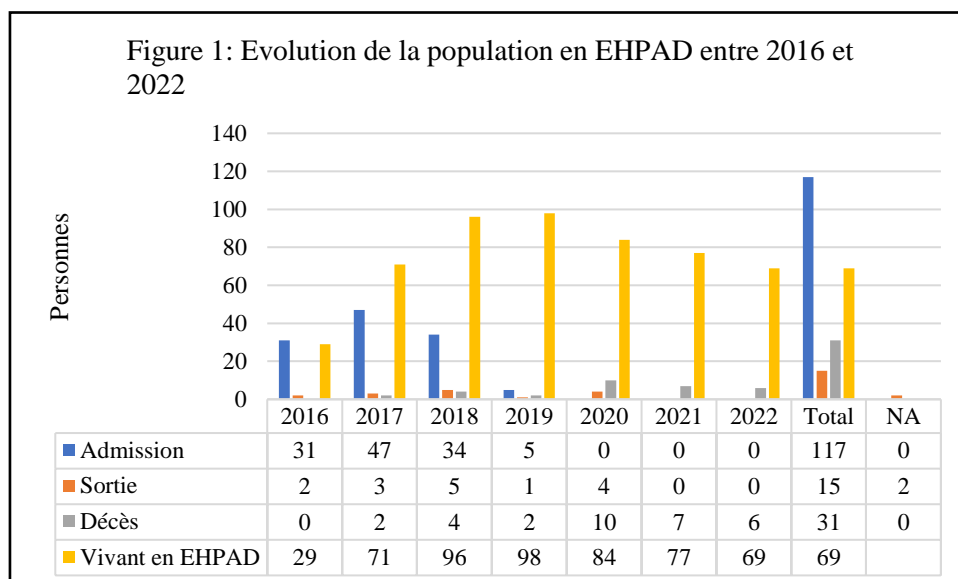
Variables	N = 117 ¹		N = 117 ¹
Sexe		Lieu de vie avant admission	
<i>Femme</i>	74 (63%)	<i>Domicile personnel</i>	54 (49%)
<i>Homme</i>	43 (37%)	<i>Hospitalisation</i>	41 (37%)
Âge à l'admission	70 (65, 76)	<i>Résidence-service</i>	8 (7.2%)
Status marital		<i>Accueil familial thérapeutique</i>	3 (2.7%)
<i>Célibataire</i>	63 (56%)	<i>Foyer post-cure</i>	5 (4.5%)
<i>Marié, pacsé, en concubinage</i>	10 (8.9%)	NA	6
<i>Veuf</i>	11 (9.8%)	Diagnostic psychiatrique principal	
<i>Divorcé/Séparé</i>	28 (25%)	<i>Trouble psychotique F2</i>	72 (62%)
NA	5	<i>Trouble d'humeur F3</i>	31 (26%)
Nombre d'enfants		<i>Autres</i>	14 (12%)
<i>0</i>	74 (79%)	GIR à l'entrée	
<i>1</i>	14 (15%)	<i>1</i>	2 (1.7%)
<i>2</i>	3 (3.2%)	<i>2</i>	28 (24%)
<i>3</i>	2 (2.1%)	<i>3</i>	25 (21%)
<i>4</i>	1 (1.1%)	<i>4</i>	52 (44%)
NA	23	<i>5</i>	6 (5.1%)
PATHOS Moyen Pondéré	245 (175, 467)	<i>6</i>	4 (3.4%)
NA	17	Mesures de protection juridique	100 (85%)

¹ n (%); Median (IQR)

Evolution de la population par année

Sur les 117 admis en EHPAD entre le 1er mars 2016 et le 1er mars 2019, 17 personnes sont sorties et 31 sont décédées en EHPAD (Figure 1). Le 1^{er} août 2022, 69 personnes sont vivantes en EHPAD.

La date de sortie est absente chez deux participants.



Description des sortants :

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des sortants sont résumées dans le tableau en Annexe 3.

En synthèse, 17 personnes sont sorties, comprenant 8 femmes (47%) et 9 hommes (53%) dont la moitié sont atteints d'un trouble psychotique (47%) et 29% sont célibataires. L'âge médian des sortants est de 72 ans et au moins 54% ont un enfant.

Les données sur la durée de séjour sont disponibles pour 15 personnes.

La durée de séjour moyenne pour les sortants est de 645 jours (médiane 355 jours), avec un minimum de 20 jours et maximum de 2310 jours. La moitié des sortants ont quitté l'EHPAD avant un an complet de séjour.

Motif de sortie :

Parmi les 17 sortants, nous disposons du motif de sortie que pour 12 personnes.

Les motifs de sortie sont répartis en trois, par ordre de fréquence :

- Transfert hôpital : 5 personnes, Hôpital psychiatrique ou somatique
- Trouble de comportement : 4 personnes
- Transfert EHPAD : 3 personnes, pour des motifs personnels

Estimation du risque de sortie :

Le Tableau 2 représente l'estimation du risque de sortie d'EHPAD avec la fonction Cumulative incidence.

Le risque de sortie à un an est de 7% et de 12.6% à 5ans.

La figure 2 représente la courbe de survie, avec les évènements « Sortie » et les censures de décès.

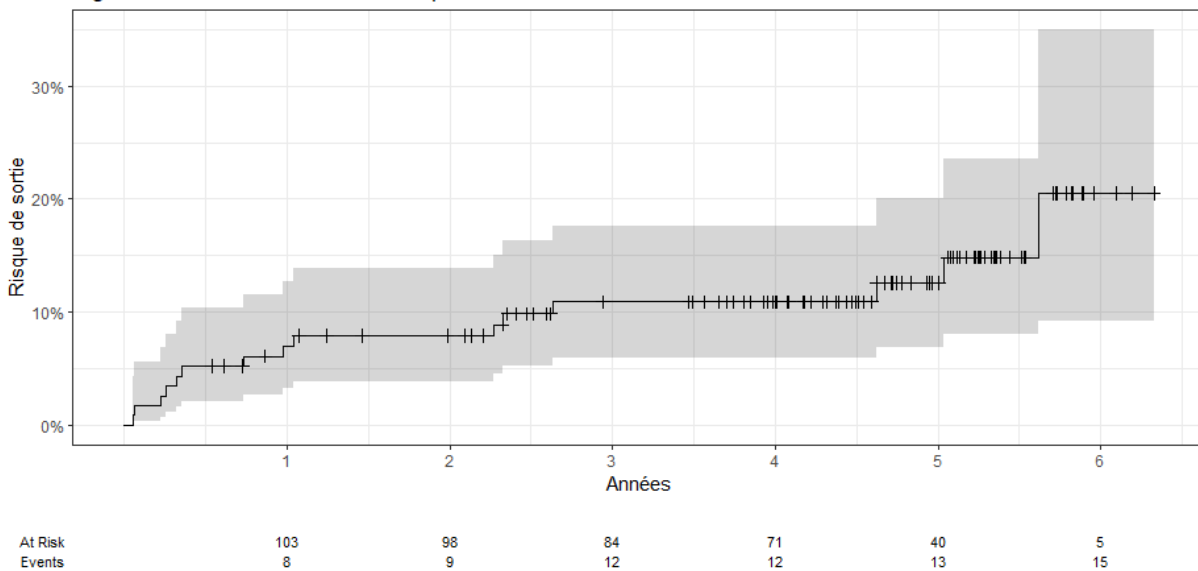
Le décès est censuré à droite car on réalise une analyse avec risque compétitif.

Le risque de sortie représente donc le risque de sortie chez les survivants.

Tableau 2. Estimation du risque de sortie

Durée (en années)	Estimation du risque de sortie	Erreur type	IC inférieur	IC supérieur
1	7.0%	2.40%	3.27%	12.70%
2	7.9%	2.55%	3.87%	13.83%
3	10.9%	3.00%	5.93%	17.61%
4	10.9%	3.00%	5.93%	17.61%
5	12.6%	3.39%	6.91%	20.06%

Figure 2 : Courbe de survie du risque de sortie



Analyse statistique du risque de sortie

L'analyse multivarié est réalisé sur un échantillon de 110, 7 personnes sont exclues de l'analyse à cause de données manquantes.

Les variables de consommation de soins, contenant beaucoup des données manquantes, ne sont pas incluses dans l'analyse multivarié.

L'analyse de survie avec risque compétitif est réalisé avec le modèle de Cox avec censure à droite des décès. Un modèle de Cox réduit est sélectionné avec la méthode AIC.

La corrélation entre variables continues a été vérifiés.

Le tableau 3 résume le résultat de l'analyse univariés et multivarié sur modèle complet et réduit.

En analyse univarié, la seule variable significative est le nombre de jours d'hospitalisation suite à l'admission. Chaque journée d'hospitalisation augmente le risque de sortie de 1.03.

En analyse multivarié, les variables sexe et « antécédent de contention ou d'isolement » sont significatifs ($p < 0.05$). Les Hazard ratio sur le risque de sortie chez les survivants sont calculés.

Les hommes ont 4.81 (1.37-16.96) fois plus de risque de sortir que les femmes.

Les résidents avec « antécédent de mesures de contention ou d'isolement » ont 5.56 (1.16-26.66) fois plus de risque de sortir.

Tableau 3 : Analyse de survie univarié, multivarié avec modèle de cox complet et réduit

Dependent: Survival	Total ¹	HR (Univarié)	HR (Multivarié)	HR (Modèle de cox réduit)
Sexe				
Femme	73 (63.5)	-	-	-
Homme	42 (36.5)	2.34 (0.84-6.53, p=0.104)	5.27 (1.39-19.94, p=0.014)	4.81 (1.37-16.96, p=0.014)
Âge à l'admission				
	71.1 (7.5)	1.01 (0.94-1.08, p=0.821)	0.96 (0.87-1.06, p=0.394)	-
Status marital				
0	63 (57.3)	-	-	-
1	47 (42.7)	2.48 (0.74-8.27, p=0.140)	-	-
Nombre d'enfants				
Aucun	74 (79.6)	-	-	-
Au moins un	19 (20.4)	2.28 (0.71-7.30, p=0.166)	-	-
Diagnostic psychiatrique principal				
Trouble psychotique F2	72 (62.6)	-	-	-
Trouble d'humeur F3	31 (27.0)	1.17 (0.35-3.89, p=0.798)	1.50 (0.35-6.47, p=0.586)	-
Autres	12 (10.4)	2.62 (0.69-9.95, p=0.157)	0.00 (0.00-Inf, p=0.998)	-
GIR à l'entrée				
Dépendent : GIR 1 2 3	53 (46.1)	-	-	-
Autonome : GIR 4 5 6	62 (53.9)	1.17 (0.42-3.29, p=0.767)	0.94 (0.25-3.57, p=0.932)	-
Antécédent d'hospitalisation sous contraintes				
Absent	69 (62.7)	-	-	-
Présent	41 (37.3)	1.32 (0.42-4.21, p=0.636)	1.20 (0.28-5.14, p=0.809)	-
Antécédent de mesures de contention ou d'isolement				
Aucun	104 (94.5)	-	-	-
Présent	6 (5.5)	3.80 (0.83-17.41, p=0.086)	4.80 (0.75-30.79, p=0.098)	5.56 (1.16-26.66, p=0.032)
Hospitalisation avant admission en EHPAD, en journées				
	48.8 (70.6)	1.00 (1.00-1.01, p=0.347)	-	-
Hospitalisation après admission en EHPAD, en journées				
	6.3 (22.2)	1.03 (1.02-1.05, p<0.001)	-	-
Actes avant admission en EHPAD				
	38.3 (57.0)	0.99 (0.97-1.02, p=0.488)	-	-
Actes après admission en EHPAD				
	11.4 (16.8)	0.99 (0.95-1.04, p=0.713)	-	-
Passage aux urgences psychiatriques				
	0.3 (1.2)	1.21 (0.96-1.52, p=0.109)	-	-
1: Moyenne(SD)				

3.2. Mortalité

Description des caractéristiques des décédés en EHPAD

Parmi les 117 admis en EHPAD, 31 personnes sont décédés, dont 18 femmes (58%) et 13 hommes (42%) avec un âge médian de décès de 74 ans.

La durée de séjour médiane est de 916 jours, minimum 20 jours et maximum 2310 jours.

Le diagnostic le plus fréquent est le trouble psychotique à 48%.

Taux de survie

L'estimation de survie retrouve un taux de survie de 70% à 5ans de l'admission en EHPAD.

Cette estimation représente le taux de survie à 5 ans à condition de ne pas sortir d'EHPAD.

Nous ne disposons pas des données de mortalité chez les participants sorties d'EHPAD.

Durée (en années)	Taux de survie	Erreur type	IC inférieur	IC supérieur
1	96.3%	1.81%	92.80%	99.90%
2	92.5%	2.54%	87.70%	97.70%
3	82.0%	3.75%	75.00%	89.70%
4	78.9%	4.00%	71.50%	87.20%
5	69.6%	4.85%	60.70%	79.80%

3.3. [Consommation de soins](#)

Description consommations soins après admission en EHPAD

Dans l'analyse de survie univarié sur la sortie, l'hospitalisation après admission en EHPAD (Tableau 5) a un lien significatif avec sortie d'EHPAD, avec une augmentation du risque de sortie.

Les données de consommation de soins après admission en EHPAD sont disponibles pour 106 résidents.

Variables	N = 106	Mediane(min,max)
Hospitalisation après admission	25 (24%)	8.25 (1, 155)
Actes ambulatoires après admission	86 (81%)	8.8 (0.2,112.5)
Actes médicales après admission	83 (78%)	3.7 (0.2, 23.75)
Passage aux urgences après admission	12 (11%)	2 (1,10)

Au moins 24% des patients ont été hospitalisés au GHU suite à leur admission en EHPAD, et 11% sont passés aux urgences du GHU suite à leur admission.

Chez les personnes hospitalisées, le nombre de jours médian d'hospitalisation annuel après leur admission en EHPAD est de 8.25 jours, avec un minimum de 1 jour et un maximum de 155 jours.

Concernant les actes ambulatoires, 81% ont eu au moins un acte ambulatoire du GHU après leur admission en EHPAD, reflet d'un suivi au CMP, et 78% ont eu au moins un acte médicale du GHU après leur admission en EHPAD.

19% des admis n'ont plus de suivi au GHU suite à l'admission.

La médiane des actes ambulatoires annuelle est de 8.8, avec un minimum de 0.2 et un maximum de 112.5 actes par an.

La médiane des actes médicaux annuels est de 3.7, avec un minimum de 0.2 et un maximum 23.75.

Une consommation de soins de 3.7 actes médicale annuelle reflète un suivi médical d'une consultation par trimestre.

Comparaison consommation de soins avant et après :

Pour comparer la consommation de soins avant et après, nous disposons de données sur la consommation de santé annuelle avant et après admission pour uniquement 78 patients.

Les variables continues n'ont pas une distribution normale, on utilise donc le test non-paramétrique de Wilcoxon sur séries appariés.

On constate une différence significative avant et après l'admission pour « Hospitalisation Temps Plein », « Actes ambulatoires » et « Actes ambulatoires médicales » (Figure 3).

Effectivement, le nombre de jours d'hospitalisation, actes ambulatoires et d'actes ambulatoires médicales par année diminue de façon significative suite à l'admission en EHPAD.

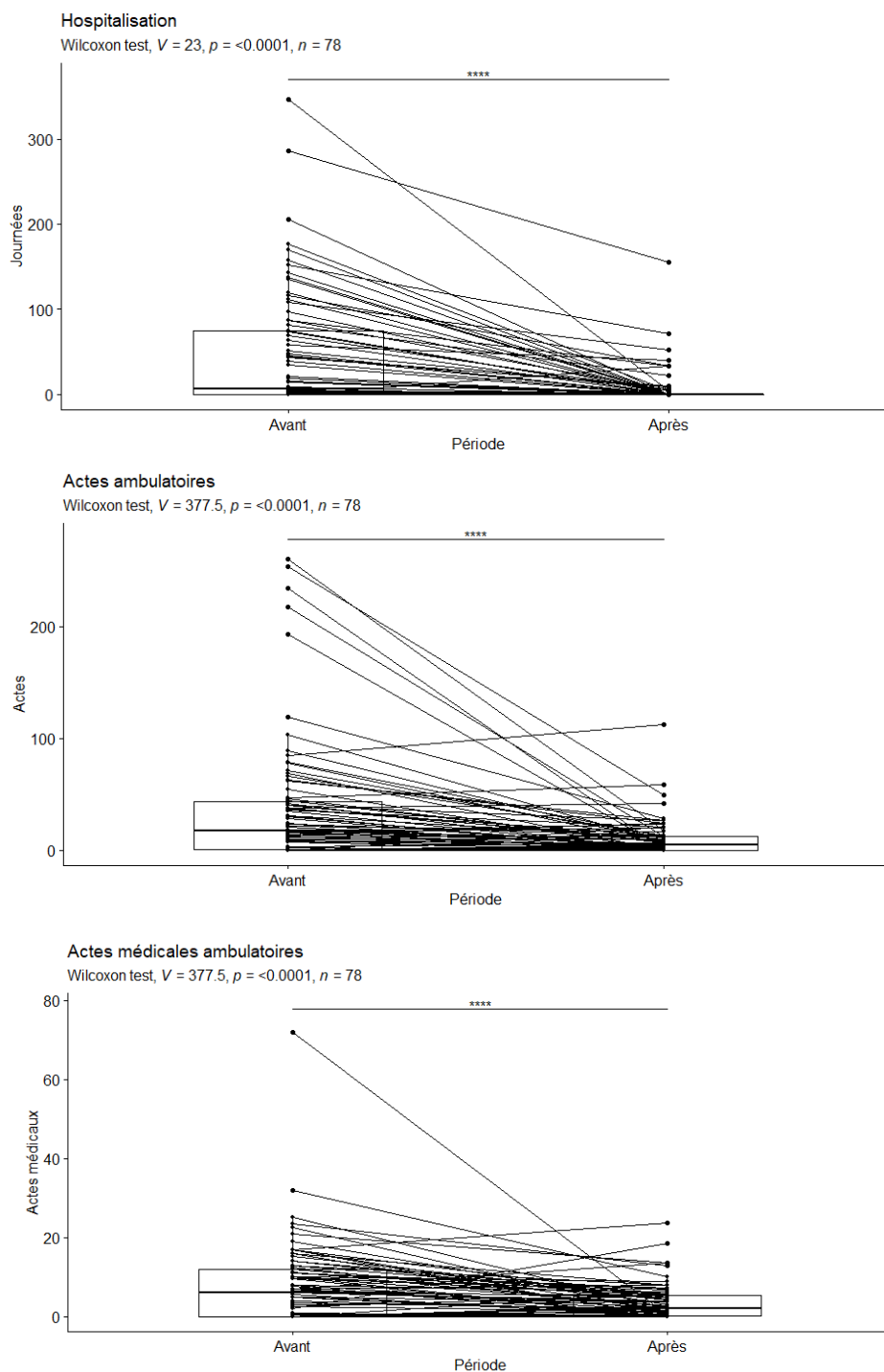


Figure 3

3.4. Profil clinique des vivants en EHPAD

Sur les 117 admis, 69 personnes sont encore en EHPAD le 1^{er} août 2022.

Les données sont disponibles uniquement pour 68 personnes.

Parmi les 68 vivants, on retrouve 48 femmes (71%) et 20 hommes (29%), avec un âge médian de 74.6 ans (70.6, 79.8). L'âge médian d'entrée en EHPAD est de 70.4 ans (65.3, 75.3).

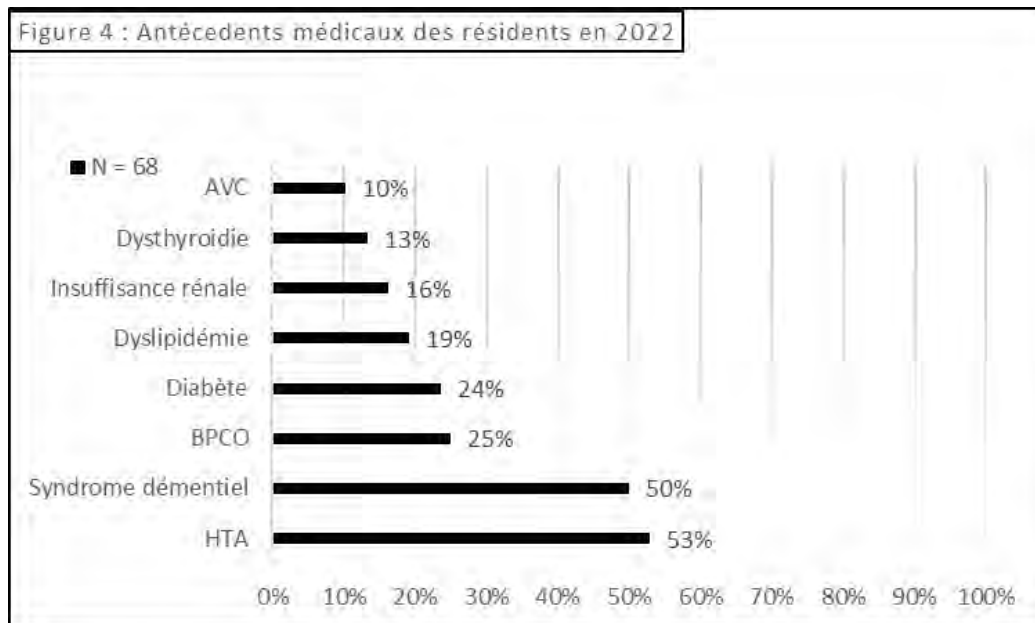
Au moins 72% ont un trouble psychotique et 24% un trouble d'humeur

Concernant les comorbidités, la Figure 4 résume les fréquences des différentes pathologies.

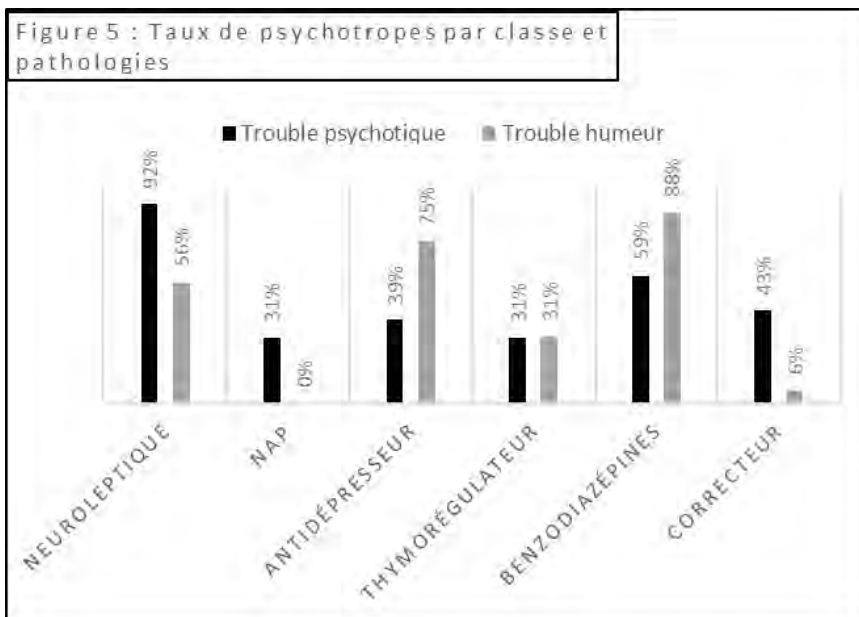
Une personne sur deux a de l'hypertension artérielle (52%) et/ou un syndrome démentiel (50%).

Environ un quart des vivants ont une BPCO (25%) et/ou un diabète (24%)

On retrouve également 19% de dyslipémie, 16% d'insuffisance rénale, 13% de Dysthyroïdie et 10% d'AVC.



La Figure 5 résume les traitements utilisés par classe pharmacologique et pathologies psychiatriques chez les troubles psychotiques et les troubles d'humeur.



Chez les personnes atteintes de troubles psychotiques, 92% ont un neuroleptique et 39% un antidépresseur et 31% un thymorégulateur

Chez les personnes atteintes d'un trouble d'humeur, 75% ont un antidépresseur et 56% un neuroleptique et 31% un thymorégulateur

Les types et fréquences de traitements sont détaillés dans le tableau 6. Le neuroleptique le plus utilisé est la Risperidone (10), et ensuite la Clozapine (9) et l'Aripiprazole (9). A faible fréquence, on retrouve des neuroleptiques de première génération de type Pipotil (1), Tiapride(1) et Clopixol (1)

Les neuroleptiques prescrits chez les personnes atteintes de troubles d'humeur sont l'Olanzapine et la Quetiapine.

Au moins 31% des personnes atteintes d'un trouble psychotique ont un traitement par NAP. L'Haldol Decanoas est le NAP le plus fréquent (9).

L'antidépresseur le plus prescrit est la Miansérine (9), et ensuite la Mirtazapine (8). Les deux traitements sont de la classe des antagonistes α_2 .

Le thymorégulateur le plus prescrit est Depakote (8). Une seule personne suit un traitement par Lithium.

Les benzodiazépines et apparentés les plus prescrits sont le Zopiclone (16) et l'Oxazepam (15).

Parmi les 68 patients, 22 ont un correcteur cholinergique (32%), soit le Lepticur (16) ou Akineton (6).

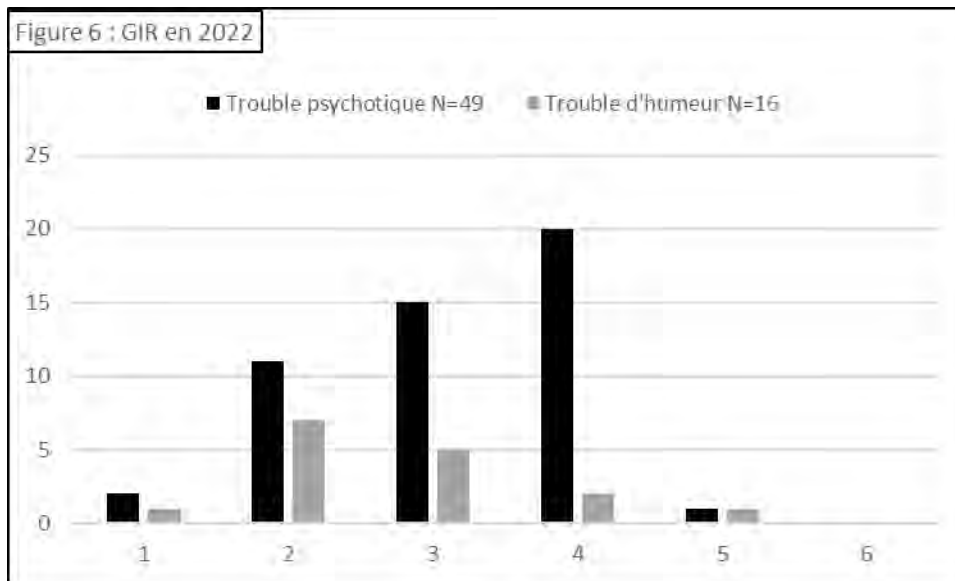
Tableau 6 : Traitements par type et ordre de fréquence

Neuroleptique		Antidépresseur		Benzodiazépines et apparentés	
<i>Risperidone</i>	10	<i>Miansérine</i>	9	<i>Zopiclone</i>	16
<i>Clozapine</i>	9	<i>Mirtazapine</i>	7	<i>Oxazepam</i>	15
<i>Aripiprazole</i>	9	<i>Sertraline</i>	7	<i>Diazepam</i>	8
<i>Olanzapine</i>	8	<i>Venlafaxine</i>	6	<i>Alprazolam</i>	5
<i>Cyamemazine</i>	8	<i>Escitalopram</i>	3	<i>Lorazepam</i>	3
<i>Thèralène</i>	6	<i>Paroxétine</i>	3	<i>Noctamide</i>	1
<i>Halopéridol</i>	5	<i>Citalopram</i>	1	<i>Zolpidem</i>	1
<i>Loxapine</i>	5	<i>Duloxétine</i>	1	NAP	
<i>Quetiapine</i>	4	Thymorégulateur		<i>Haldol Decanoas</i>	9
<i>Amisulpride</i>	2	<i>Depakote</i>	8	<i>Xeplion</i>	3
<i>Tiapride</i>	1	<i>Lamotrigine</i>	7	<i>Clopixol AP</i>	2
<i>Clopixol</i>	1	<i>Dépakine</i>	2	<i>Aripiprazole</i>	2
<i>Piportil</i>	1	<i>Lithium</i>	1	Correcteur	
		<i>Dépamide</i>	1	<i>Lepticur</i>	16
		<i>Tegretol</i>	1	<i>Akineton</i>	6

Sur le plan de l'autonomie, la Figure 6 résume le GIR de 2022 selon les pathologies.

On observe une distribution différente du GIR selon la pathologie.

Effectivement, chez les personnes atteintes d'un trouble d'humeur, la majorité sont en GIR 2 alors que chez les personnes atteintes troubles psychotiques la majorité sont en GIR 4.



3.5. Questionnaire Patients

Le questionnaire patient a été proposé à tous les patients en EHPAD.

33 questionnaires ont été complétés.

Parmi les 69 vivants en EHPAD, 9 ont refusé la passation du questionnaire, 11 étaient absents le jour de passation du questionnaire et 15 personnes étaient incapable de répondre au question de façon fiable à cause de troubles cognitifs empêchant la passation du questionnaire

Parmi les 33 personnes qui ont répondu, on retrouve 60% de femmes. Concernant la pathologie psychiatrique, 23 ont un trouble psychotique et 9 un trouble d'humeur. La durée de séjour médiane est de 1867 jours dans ce groupe.

Le questionnaire est réparti en 3 parties :

- Avis sur admission en EHPAD
- Qualité de vie en EHPAD
- Clinique

Avis sur admission en EHPAD :

- 79% étaient satisfaits de leur lieu de vie avant admission en EHPAD
- 91% sont satisfaits en EHPAD actuellement
- 33% auraient préféré être chez à leur domicile, seule ou avec famille

Qualité de vie en EHPAD :

- Les premières semaines en EHPAD ont été difficiles pour 40% des patients
- 55% participent aux activités en EHPAD
- 45% trouvent que les activités ne sont pas adaptés
- 52% disent s'être fait des amis et connaissances en EHPAD
- 64% reçoivent la visite de proche ou anciens amis en EHPAD
- 33% disent être isolé et en souffre

Clinique :

- 36% disent avoir une pathologie psychiatrique
- 18% décrivent un syndrome dépressif
- 9% avec idées suicidaires
- 30% consomment de l'alcool au moins une fois par mois, dont 15% qui boivent tout les jours
- 30% consomment du tabac

3.6. Questionnaire soignants

82 soignants ont complété le questionnaire

Le questionnaire est divisé en 3 parties :

- Profil du répondant, et avis sur formation
- Qualité au travail
- Avis sur admission en EHPAD des patients avec troubles psychiatriques

Profil du répondant, et avis sur formation

Parmi les 82 répondants, on retrouve 90% de femmes avec un âge median de 48 ans. Les professions sont 19% IDE, 52% AS et 16% Auxiliaire de vie.

55% ont une ancienneté supérieure à 5ans. Au moins 26% ont déjà travaillé en service de psychiatrie

28% ont suivi une formation spécifique à la prise en charge de résidents atteints de troubles psychiatriques.

Parmi les personnes ayant eu une formation, le tiers (38%) disent l'avoir eu dans le cadre de la convention CASVP-GHU.

84% souhaitent avoir une formation sur la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques ou une actualisation de leurs connaissances

Par ordre de fréquence, ils souhaitent avoir la formation sous forme d'Ateliers Pratiques (43%), Cours(28%), Stages en établissement(28%), Fiches pratiques ou livret (20%)

Qualité au travail

78% disent avoir été en difficulté pour la prise en charge de résidents atteints de troubles psychiatriques.

56% ont déjà ressenti de la peur face à la prise en charge des résidents atteints de trouble psychiatrique, parmi eux, un quart (27%) ont dû arrêter la prise en charge à cause de cette peur.

10% disent avoir refusé une prise en charge d'un résident lorsqu'ils apprennent que le patient souffre de trouble psychiatrique.

Par rapport à la violence subi par les soignants, 8.5% disent n'avoir jamais subi de violence de ces patients, et 51% ont subi agressivité verbale et physique, 23% une agressivité que verbale et 8.5% une agressivité que physique.

La personne contactée le plus fréquemment en urgence dans un contexte de trouble de comportement est le médecin coordinateur (40%), ensuite le médecin généraliste (34%). Le psychiatre n'est sollicité qu'à 5% du temps.

63% ont l'impression d'avoir accès à un médecin rapidement en cas de besoin

La solution proposée par le médecin en urgence est efficace à court terme pour 73% des répondants.

36% ont l'impression d'être seul en cas de difficulté ou de situation urgente.

Avis admission en EHPAD :

82% des répondants trouvent que l'EHPAD n'est pas un lieu de vie adapté pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. 72% des répondants estiment qu'il est nécessaire

d'avoir des unités en EHPAD dédiées aux résidents atteints de troubles psychiatriques alors que 53% pensent qu'il faut avoir des EHPAD entièrement dédiés aux résidents atteints de troubles psychiatriques.

IV. Discussion

Maintien en institution des personnes âgées atteintes d'un trouble psychiatrique

Parmi les 117 admis en EHPAD entre le 1^{er} mars 2016 et le 1^{er} mars 2019, 17 personnes sont sorties.

Les motifs de sortie sont le transfert à l'hôpital, les troubles de comportement et le transfert d'EHPAD.

Les sorties pour transfert d'EHPAD ne sont pas en lien avec une décompensation du trouble psychiatrique, mais pour des motifs de rapprochement familial.

Alors que le transfert à l'hôpital ou les troubles de comportement sont en lien avec le trouble psychiatrique.

L'estimation du risque de sortie est de 7% à un an et de 12.6% à 5 ans.

La moitié des sorties s'est réalisé avant un an d'institutionnalisation.

L'absence de données sur le risque de sortie de tous les résidents en EHPAD rend l'interprétation fragile.

On estime qu'un risque de sortie de 12.6% à 5ans est acceptable. L'institutionnalisation des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique est globalement maintenue.

L'estimation du risque de sortie avec le modèle de cox avec censure à droite représente un risque de sortie conditionnel à la survie.

Un facteur de confusion lié au décès et à la sortie est source de biais avec ce modèle de cox avec censure à droite, le biais du survivant. Un facteur qui augmente le risque de décès chez les personnes avec haut risque de sortie sera identifié comme facteur protecteur pour la sortie.

L'analyse univarié montre un lien significatif entre la sortie et le nombre de jours d'hospitalisation suite à l'admission. Effectivement, chaque journée d'hospitalisation augmente le risque de sortie de 1.03.

Dans l'analyse multivariée, les variables sexe et « antécédent de contention ou d'isolement » sont significatifs.

Les hommes ont 4.81 (1.37-16.96) fois plus de risque de sortir que les femmes.

Les résidents avec « antécédent de mesures de contention ou d'isolement » ont 5.56 (1.16-26.66) fois plus de risque de sortir.

La présence d'antécédent de mesures de contention ou d'isolement et le nombre de jours d'hospitalisation sont en lien avec la sévérité de la maladie. Mais les données cliniques sur la sévérité de la maladie ne sont pas disponibles et nous ne pouvons pas prendre en compte cette variable de confusion dans l'analyse multivariée.

Parmi les 117 admis en EHPAD, 31 sont décédés. Le taux de survie à 5ans est de 70%.

Les motifs de décès ne sont pas recueillis.

L'échantillon de 117 patients constitués à partir de la cohorte de l'étude CASVP 2019 représente les personnes avec trouble psychiatrique admises en EHPAD suite à une hospitalisation au GHU. Ceci n'est pas représentatif de toutes les personnes atteintes de troubles psychiatriques en EHPAD, car certaines personnes atteintes d'un trouble psychiatrique sont admises en EHPAD en dehors de ce circuit GHU-EHPAD.

La sévérité des troubles des personnes qui sont suivis en secteur est globalement plus élevé que les personnes qui ne nécessitent pas de suivi de secteur, et peut être en lien avec un risque de sortie plus élevé. Dans notre échantillon, parmi les 117 admis, 67% avaient un trouble psychotique, plus que les troubles d'humeur, alors que les prévalences des troubles d'humeur en population générale sont plus élevées que ceux des troubles psychotique.

Le taux de sortie de toutes les personnes atteintes de troubles psychiatriques peut être encore plus faible.

La présence de données manquantes a été un obstacle pour réaliser des analyses approfondies. Le groupe avec données manquantes est différent de façon significative sur

plusieurs variables du groupe sans données manquantes, ce qui est source de biais pour l'analyse multivariée.

Pour l'interprétation des résultats de l'analyse, le manque de puissance est un obstacle pour certaines variables, qui nécessitent un échantillon avec un effectif plus élevé.

Consommation de soins :

19% des admis n'ont aucun acte ambulatoire suite à leur admission en EHPAD, ce qui signifie qu'ils ne sont plus suivies par leur CMP de secteur.

L'admission en EHPAD était à l'origine d'un changement de secteur psychiatrique pour certains résidents. Ceci peut être une des causes d'arrêt de suivi au CMP.

Néanmoins, le résident peut avoir un suivi libéral hors GHU

Contrairement à un suivi libéral, le CMP propose une prise en charge pluridisciplinaire avec accompagnement social, qui est en général nécessaire chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères.

L'analyse comparative avant et après admission en EHPAD montre une diminution significative après admission en EHPAD pour le nombre de jours d'hospitalisation et le nombre d'actes ambulatoires.

Cette diminution de consommations de soins peut être le reflet d'une stabilité du trouble psychiatrique, acquise grâce à l'institutionnalisation.

Mais elle peut également être la conséquence des arrêts de suivi suite au changement de secteur psychiatrique, et donc augmenter le risque de décompensation du trouble psychiatrique.

Profils cliniques des vivants

Les comorbidités les plus fréquentes sont l'HTA et le syndrome démentiel. Les troubles psychiatriques sont un facteur de risque de démence (18). Nous n'avons pas de données sur les types de démences diagnostiqués.

Au moins 30% des personnes avec troubles psychotiques ont un traitement par NAP. Le NAP le plus fréquent est l'Haldol Decanoas.

L'Haloperidol est un neuroleptique de première génération et est déconseillé chez la personne âgée à cause des effets indésirables.

En théorie, chez une personne en rémission d'un trouble psychotique traité par Haloperidol, un changement de neuroleptique par un neuroleptique de deuxième génération est conseillé quand cette personne atteint un âge avancé. Mais dans notre pratique courante, un risque de décompensation non négligeable suite à cette modification de traitement (de Haloperidol à un neuroleptique de deuxième génération). Certains médecins vont garder le traitement par Haloperidol pour éviter une décompensation qui sera trop compliquée à stabiliser. Cela peut justifier un taux élevé de NAP par Haldol.

On retrouve un taux similaire de Thymorégulateur de 31% entre les personnes avec troubles psychotiques et troubles d'humeur. Cette classe de traitement est indiquée dans les troubles d'humeur et des types de troubles psychotiques à faible prévalence (Trouble schizoaffectif). En absence de données sur les types de troubles psychotiques dans notre échantillon, on ne peut pas vérifier si ce taux élevé de Thymorégulateur chez le groupe troubles psychotiques est en lien avec une prévalence élevée de trouble schizoaffectif.

Au moins 43% ont un traitement correcteur anticholinergique. L'activité anticholinergique est retrouvée dans plusieurs classes de traitements, et est source d'effets indésirables fréquents chez la personne âgée, en particulier les personnes atteintes d'un syndrome démentiel. Ce taux semble élevé.

Les antagonistes α_2 , Mirtazapine et Miansérine, sont les antidépresseurs les plus prescrits. Cette observation est probablement en lien au profil pharmacologique intéressant de cette classe de traitement, qui a une activité antidépressive, sédatif et orexigène.

Le GIR en 2022 est décrit par pathologies. On note une distribution différente selon les pathologies. Les troubles d'humeur sont en majorité en GIR2, et les troubles d'humeur en GIR 4. Cette différence est en lien avec un âge d'admission en EHPAD différent entre les pathologies.

Questionnaires patients

Un taux élevé de satisfaction de vie (91%) en EHPAD est rapporté par les patients.

Malgré cela, au moins 33% aurait préféré être dans leur domicile personnel.

Environ la moitié des résidents ne participent pas aux activités proposées à l'EHPAD. Le manque de participation aux activités est possiblement en lien avec le type d'activités proposés en EHPAD, que 45% des répondants ne trouvent pas adaptés à eux.

Les activités en EHPAD sont généralement adaptées à un public avec des troubles cognitifs.

Sur le plan social, 52% rapportent s'être fait des amis ou connaissances. L'autre moitié rapporte en général une difficulté à se mélanger avec les autres résidents à cause d'une différence d'âge élevé ou des troubles cognitifs.

Presque un tiers rapporte un isolement avec souffrance. Les difficultés à interagir avec les autres résidents sont aussi en lien avec cet isolement.

Au moins 15% des résidents rapportent une consommation d'alcool quotidienne.

Un des objectifs de l'étude est d'évaluer si l'EHPAD est un lieu adapté pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. Avec un taux de sortie faible à 5ans et au moins 90% des résidents qui sont satisfaits en EHPAD, on s'oriente vers l'hypothèse que l'EHPAD est un lieu adapté.

Questionnaires soignants

Des difficultés de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques ont été rapportés par les soignants d'EHPAD. Au moins 90% rapportent avoir subi une violence verbale ou physique par des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Le tiers dit se sentir seule en cas de difficulté ou de situation urgente.

La personne sollicitée en priorité en cas de trouble de comportement est le médecin coordonnateur. Le psychiatre est peu sollicité en urgence.

Une majorité des soignants estiment que l'EHPAD n'est pas un lieu de vie adapté pour les personnes âgées atteints de troubles psychiatriques et ils proposent la création d'unités dédiés à ces résidents

La création d'unités dédiés aux résidents atteints de trouble psychiatrique en EHPAD est la solution adaptée pour 72% des répondants.

La création d'EHPAD entièrement dédiés aux personnes atteintes de trouble psychiatriques semble adaptée pour 53%. Néanmoins, le risque de la création de ce type de structure est de revenir sur un modèle d'asile, mais pour personnes âgées.

On note une perception différente entre les résidents et les soignants sur la question « est-ce que l'EHPAD est un lieu adapté pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ? ».

Cette divergence d'avis est probablement en lien avec des difficultés de prise en charge chez les soignants.

Dans ce contexte, des formations sont proposés par le GHU pour les soignants du CASVP. Au moins 84% souhaitent avoir une formation sur la prise en charge de ces résidents, sous format d'ateliers pratique pour la majorité.

Une des difficultés soulignés par les soignants est la distinction entre trouble psychiatrique et démence. Le manque de connaissances sémiologiques sur les troubles psychiatriques a été également souligné.

V. Conclusions

L'investigation de l'évolution des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques en EHPAD est d'utilité publique, notamment au vu du vieillissement de la population. Hors, peu d'études rapportent les effets du maintien en institution de ces patients. Ici, les résultats de notre étude permettent d'apporter des réponses préliminaires, avec une cohorte de 117 personnes atteintes d'un trouble psychiatriques admis en EHPAD entre le 1^{er} mars 2016 et le 1^{er} mars 2019.


Les facteurs associés à une augmentation du risque de sortie sont le sexe masculin et « l'antécédent de mesures de contention ou d'isolement ».

Notre étude montre que l'hospitalisation et les actes médicaux diminuent significativement suite à l'admission en EHPAD.

Par ailleurs, la majorité des résidents (91%) sont satisfaits en EHPAD alors que les soignants (82%) estiment que l'EHPAD n'est pas un lieu adapté pour ces personnes atteintes de troubles psychiatriques. Cette perception différente entre résidents et soignants est sûrement dû aux difficultés de prise en charge.

La puissance de ce type d'étude statistique est proportionnelle à la taille des échantillons, il est donc nécessaire de continuer le recueil de données sur la France.

Vu et permis d'imprimer
La vice doyenne de la Faculté de santé
Doyenne-Directrice du Département de
Médecine, Maieutique et Paramédical



Professeure Odile RAUZY

Vu le 25/11/2022

Professeur Antoine YRONDI
Professeur de l'Université - Chef de Service
Service universitaire de Psychiatrie et Psychologie Médicale
CHU TOULOUSE - 331, av de Grande Bretagne
TSA 70054 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
N° FINES : 31 002 507 7 / N° RPPS 10100604148

Bibliographie :

1. Renaud T, Rioux L. France, portrait social. Edition 2019. Institut national de la statistique et des études économiques
2. Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale et vieillissement. 12 décembre 2017. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sant%C3%A9-mentale-et-vieillessement>
3. Andreas S, Schulz H, Volkert J , et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. Br J Psychiatry. févr 2017;210(2):125-31.
4. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. L'Encéphale. 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):59-64.
5. Artero S, Ancelin ML, Ritchie K. Épidémiologie des maladies mentales dans le grand âge. L'Encéphale. 1 déc 2006;32(6, Part 4):1091-4.
6. Schuster J-P, Manetti A, Aeschmann M, Limosin F. Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 1 juin 2013;11(2):181-5.
7. Jovelet G. Psychose et vieillissement. L'information psychiatrique. 2010. Volume 86(1):39-47.
8. Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. Direction de la Recherche, Des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Etudes et résultats. Juillet 2017. Numéro 1015.
9. Atramont A, Rigault A, Chevalier S, et al. Caractéristiques, pathologies et mortalité des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) admis au cours du premier trimestre 2013 en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Juin 2017;65(3):221-30.
10. Stojanov T, Perquier F, et al. From psychiatric hospitals to residential facilities: Characteristics of patients who benefited from an institutional partnership. Int J Geriatr Psychiatry. 2022 Aug;37(8). doi: 10.1002/gps.5772. PMID: 35775628.
11. Buisson A, Ojardias E, Viceriat A, et al. Intérêt d'une unité mobile multidisciplinaire extra-hospitalière de neuro-psychogériatrie intervenant en EHPAD : analyse de 288 interventions. L'Encéphale. Sept 2019;45(4):327-32.
12. Gallic L. Une unité spécifique pour les résidents présentant des troubles psychiatriques. Soins Psychiatrie. Mai 2019;40(322):22-5.
13. Assemblée Nationale. Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la

psychiatrie. N° 1662. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>

14. Pancrazi M-P. L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France. L'information psychiatrique. Sept 2015;91:8.

15. INSEE, Chiffres de la population Parisienne en 2019, N° 62, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6011965>

16. Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, Description du CASVP, <https://www.paris.fr/casvp>

17. Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, L'accueil des seniors à Paris, 05/10/2022, <https://www.paris.fr/pages/l-accueil-en-institution-200>

18. Stroup TS, Olfson M, Huang C, Wall MM, Goldberg T, Devanand DP, Gerhard T. Age-Specific Prevalence and Incidence of Dementia Diagnoses Among Older US Adults With Schizophrenia. JAMA Psychiatry. 2021 Jun 1;78(6):632-641. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0042

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire patients

Confidential

Questionnaire patient

Record ID

Date

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Bonne
 Moyenne
 Mauvaise

Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

- Bien meilleur que l'an dernier
 À peu près pareil
 Beaucoup moins bon

Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé physique vous a-t-il gêné dans votre vie au quotidien, vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ?

- Pas du tout
 Un petit peu
 Beaucoup

Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé psychologique vous a-t-il gêné dans votre vie au quotidien, vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

- Pas du tout
 Un petit peu
 Beaucoup

Avez-vous un déficit sensoriel auditif ?

- Oui
 Non

Si oui, avez-vous un matériel pour compenser ce déficit ?

- Oui
 Non

Avez-vous un déficit sensoriel visuel ?

- Oui
 Non

Si oui, avez-vous un matériel pour compenser ce déficit ?

- Oui
 Non

Etiez-vous en général satisfait (e) de votre vie avant l'admission en EHPAD ?

- Oui Non

Etes-vous satisfait de votre vie actuelle en général ?

- Oui Non

Etes-vous satisfait de ce changement de lieu de vie ?

- Oui
 Non

si non, quelle lieu de vie vous semble plus adapté ?

- Domicile seule
 Domicile avec famille
 Hôpital
 Résidence/Foyer
 Appartement thérapeutique

Confidential

Page 3

29. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais
 Une fois par mois ou moins
 2 à 4 fois par mois
 2 à 3 fois par semaine
 4 fois ou plus par semaine

30. Est-ce que vous consommez du tabac ?

- Oui
 Non

31. Si oui, combien de cigarettes par jour ?

- 10 ou moins
 11 à 20
 21 à 30
 31 ou plus

CASVP
Page 1

Confidential

Page 2

14. Comment avez-vous vécu les premières semaines de votre entrée dans l'établissement ?

- Plutôt bien
 Ni bien, ni mal
 Plutôt mal

Trouvez-vous normal de vivre en maison de retraite compte-tenu de votre état de santé ?

- Oui Non

16. Participez-vous à des activités de groupe dans l'établissement ?

- Oui, régulièrement
 Oui, de temps en temps
 Non, je ne veux pas
 Non, je ne peux pas

17. Les activités proposées correspondent-elles à ce que vous souhaitez faire ?

- Oui
 Non, car il n'y a pas l'activité que vous voudriez faire
 Non, car vous n'avez pas envie d'y participer

18. Pour vous, participer aux activités de l'établissement est-ce important ?

- Oui
 Non

19. Vous êtes-vous fait des amis ou des connaissances parmi les résidents ?

- Oui
 Non, mais vous aimeriez bien
 Non, vous ne le souhaitez pas

20. Recevez-vous des visites de vos proches ?

- Oui
 Non

21. Avez-vous le sentiment d'être une personne isolée ?

- Oui
 Non

22. Si oui, est-ce que vous en souffrez ?

- Oui
 Non

23. Avez-vous une pathologie psychiatrique ?

- Oui
 Non

24. Si oui laquelle ?

25. Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ou avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?

- Oui
 Non

26. Vous arrive-t-il d'être tellement désespéré que vous avez des idées suicidaires qui vous passent par la tête ?

- Oui
 Non

27. Si oui, combien de fois avez-vous eu ces pensées ?

- Moins d'une fois par semaine
 Une fois par semaine
 2 à 5 fois par semaine
 Tous les jours ou presque
 Plusieurs fois par jours

Annexe 2 : Questionnaire soignants

Confidential

Page 1

Questionnaire soignant

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

Votre âge

Sexe

- Homme
 Femme

Quelle est votre fonction ?

- IDE
 AS
 Auxiliaire de vie
 Médecin
 Autres :

Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?

- Inférieur à 1 an
 Entre 1 et 5 ans
 Supérieur à 5 ans
 Remplacement ponctuel

Vous travaillez pendant la journée ou la nuit ?

- Journée
 Nuit

Avez-vous déjà travaillé dans un service de psychiatrie ?

- Oui
 Non

Avez-vous suivi une formation spécifique à la prise en charge de résidents atteints de troubles psychiatriques ?

- Oui
 Non

Si oui, est-ce que cette formation a été proposée par votre institution dans le cadre de la convention CASVP ?

- Oui Non Ne sais pas

Souhaiteriez-vous une formation sur la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques ou une actualisation de vos connaissances ?

- Oui
 Non

Si oui, sous quelle forme ?

- Présentation magistrale/Cours
 Ateliers pratiques
 Fiche pratique ou livret
 Stages en établissement

Avez-vous été en difficulté pour la prise en charge de résidents atteints de troubles psychiatriques ?

- Oui
 Non

Avez-vous senti de la peur face à la prise en charge de résidents atteints de troubles psychiatriques ?

- Oui
 Non

Si oui, cela vous a-t-il empêché de continuer la prise en charge ?

- Oui
 Non

Confidential

Page 2

Avez-vous déjà refusé ou arrêté une prise en charge lorsque vous apprenez que le patient souffre de troubles psychiatriques ?

- Oui
 Non

Avez-vous déjà subi de l'agressivité verbale ou physique de la part de résidents atteints de troubles psychiatriques ?

- Agressivité verbale
 Agressivité physique
 Agressivité physique et verbale
 Non

Qui contactez-vous en priorité en cas de trouble de comportement ?

- Médecin traitant
 Médecin coordonnateur
 Psychiatre
 Urgences/SAMU
 Police
 Autres :

Est-ce que vous avez accès rapidement à un médecin en cas de difficulté / situation d'urgence ?

- Oui Non

Si oui, est-ce que la solution du médecin est efficace à court terme ?

- Oui Non

Est-ce que vous avez l'impression d'être seul(e) en cas de difficulté/situation urgente ?

- Oui Non

Est-ce que vous pensez que l'EHPAD est un lieu de vie adapté pour les personnes âgées atteintes de trouble psychiatrique ?

- Oui Non

Est-ce que vous pensez qu'il faut avoir en EHPAD des unités dédiées aux résidents atteints de troubles psychiatriques ?

- Oui Non

Est-ce que vous pensez qu'il faut avoir des EHPAD entièrement dédiés aux résidents atteints de troubles psychiatriques ?

- Oui Non

Annexe 3 : Tableau descriptif des sortants

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des sortants			
Characteristic	N = 17¹		
Sexe		Durée du séjour	355 (104, 905)
<i>Femme</i>	8 (47%)	<i>NA</i>	2
<i>Homme</i>	9 (53%)	Lieu de vie avant admission	
Âge à l'admission	72 (69, 79)	<i>Domicile personnel</i>	4 (33%)
Âge à la sortie	72 (68, 80)	<i>Hospitalisation</i>	6 (50%)
<i>NA</i>	2	<i>Résidence-service</i>	1 (8.3%)
Status marital		<i>Accueil familial thérapeutique</i>	1 (8.3%)
<i>Célibataire</i>	4 (29%)	<i>NA</i>	5
<i>Marié, pacsé, en concubinage</i>	2 (14%)	Diagnostic psychiatrique principal	
<i>Veuf</i>	4 (29%)	<i>Trouble psychotique F2</i>	8 (47%)
<i>Divorcé/Séparé</i>	4 (29%)	<i>Trouble d'humeur F3</i>	4 (24%)
<i>NA</i>	3	<i>Autres</i>	5 (29%)
Nombre d'enfants		Motif de sortie	
<i>0</i>	7 (54%)	<i>Trouble de comportement</i>	4 (24%)
<i>1</i>	4 (31%)	<i>Transfert Hopital</i>	5 (29%)
<i>2</i>	2 (15%)	<i>Transfert EHPAD</i>	3 (18%)
<i>NA</i>	4	<i>Absent</i>	5 (29%)

¹ n (%); Median (IQR)

Maintien en institution des personnes âgées atteintes de trouble psychiatrique : Etude observationnelle

RESUME :

Introduction : Le vieillissement de la population est un phénomène qui s'accélère dans la plupart des pays développés. L'allongement de l'espérance de vie reste néanmoins associé à des problématiques spécifiques, comme la perte d'autonomie ou le développement de maladies neurologiques ou psychiatriques. Au global, plus de 20% des adultes de 60 ans et plus souffrent d'un trouble de santé mentale ou neurologique selon l'Organisation Mondiale de la Santé. La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques reste insuffisante et son organisation complexe. Peu d'études rapportent les effets du maintien en institution de ces patients.

Méthode : Etude observationnelle transversale sur 117 personnes admises en EHPAD entre le 1^{er} mars 2016 et le 1^{er} mars 2019 sous la convention GHU-CASVP. L'objectif primaire est d'estimer le risque de sortie et d'analyser les facteurs associés à une sortie d'EHPAD. La consommation de soins, le profil clinique des vivants, l'avis des patients et soignants est également analysés.

Résultats : Parmi les 117 admis, 17 sont sorties et 31 décédés. Le risque de sortie à un an est de 7% et de 12.6% à 5ans. En analyse multivarié, les facteurs associés à une augmentation du risque de sortie sont le sexe masculin et « l'antécédent de mesures de contention ou d'isolement ».Le nombre annuel de jours d'hospitalisation et les actes ambulatoires diminuent significativement suite à l'admission en EHPAD.

Conclusion : Le risque de sortie est relativement faible suite à l'admission en EHPAD. Par ailleurs, la majorité des résidents (91%) sont satisfaits en EHPAD alors que les soignants (82%) estiment que l'EHPAD n'est pas un lieu adapté pour ces personnes atteintes de troubles psychiatriques. Cette perception différente entre résidents et soignants est sûrement dû aux difficultés de prise en charge.

TITRE EN ANGLAIS : Quality of Life after admission in a nursing home among old adults with psychiatric disorders

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Personne âgée, Troubles psychiatrique, EHPAD, Risque de sortie, Facteurs prédictifs, Qualité de vie, Questionnaire

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Christophe ARBUS