

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE

2017

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 21 décembre 2017 à Poitiers
par **Madame Raphaële Forgeot**

Evaluation du taux de prescription d'un traitement antidépresseur à six mois
d'une admission en EHPAD

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Docteur Bernard FRECHE
Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nisrin GHAZALI-BLANCHARD

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépto-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Aux Professeurs GOMES et JAAFARI et aux Docteurs FRECHE et PARTHENAY, de m'avoir fait l'honneur de participer au jury.

À Nisrin GHAZALI, d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci pour ta gentillesse et ton soutien.

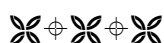
À Mathieu PUYADE, pour tous les chiffres que tu m'as épargnés et ton amitié dans la tempête.

Au personnel de l'hôpital de Châtellerauld, pour votre accueil.



À mes maîtres de stage, dont la passion contagieuse et le soutien tout au long de mes stages m'ont permis de façonner le médecin que je suis :

Sylvie CERVI – Christophe INGRAND – Catherine LAFARGUE – Xavier LEMERCIER –
Françoise OUNDA-MEYBI – Virginie RASSINOX-TEXIER – Corinne RENELIER –
Matthieu RUBI – Valérie TRANCHEE-VERGE – Valérie VICTOR-CHAPLET.



À Daniel et Michelle FORGEOT, mes beaux-parents, pour votre aide précieuse dans la gestion du quotidien.

À Matthieu, mon fils, pour avoir supporté les trop nombreuses absences et faiblesses de ta maman.

Mais plus que tout, merci à Paul et Florence APPÉRÉ, mes parents, et Quentin FORGEOT, mon mari : pour votre amour, votre soutien et votre fierté inconditionnels. Sans vous je ne serais rien.



En hommage à Madame H, décédée un mois après son entrée en maison de retraite, à ma grand-mère Edna, à ma grande-tante Alice, à tous les patients souffrant de syndrome de glissement et à leurs proches, car ce sont leurs touchantes histoires qui ont motivé ce travail.



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
GENERALITES.....	11
1. La population gériatrique	11
1.1. Une population vieillissante	11
1.2. L'augmentation des maladies chroniques et des hospitalisations	11
1.3. Des personnes âgées dépendantes	13
1.4. La fragilité	14
2. L'évaluation gériatrique	14
2.1. Évaluation de la santé physique	15
2.2. Evaluation de la santé psychologique et des fonctions cognitives	16
2.3. Évaluation de l'autonomie.....	17
2.4. Évaluation du contexte de vie	17
3. L'institutionnalisation : un enjeu de santé publique	17
3.1. Définitions et état des lieux.....	17
3.2. Enjeu économique.....	18
3.3. Caractéristiques de la population en EHPAD.....	19
3.4. Complications observées chez les résidents en EHPAD.....	20
4. Le syndrome dépressif du sujet âgé.....	23
4.1. Définition	23
4.2. État des lieux	25
4.3. Complications	25
4.4. Facteurs de risque	25
5. Objectifs	26
5.1. Constats	26
5.2. Objectif principal	27
5.3. Objectifs secondaires.....	27
POPULATION ET METHODES.....	28
1. Présentation du pôle gériatrique.....	28
2. Méthodologie de recrutement de la population d'étude	28
3. Critères de jugement.....	29
3.1. Critère de jugement principal.....	29

3.2. Critères de jugement secondaires	29
4. Recueil de données	29
4.1. Méthode de recueil	29
4.2. Données recueillies à l'inclusion.....	30
4.3. Données recueillies à six mois	32
5. Analyses statistiques.....	33
RESULTATS	34
1. Caractéristiques de la population à l'inclusion.....	34
2. Caractéristiques de la population à six mois	38
2.1. Critère de jugement principal (TABLEAU III)	38
2.2. Critères de jugement secondaires (TABLEAU III)	39
3. Facteurs associés.....	40
3.1. Critère de jugement principal : modification du traitement antidépresseur (TABLEAU IV)	40
3.2. Critère de jugement secondaire : dégradation thymique avec ou sans modification du traitement antidépresseur (TABLEAU V).....	42
DISCUSSION	44
1. Principaux résultats	44
1.1. Caractéristiques des patients	44
1.2. Critère de jugement principal.....	45
1.3. Critères de jugement secondaires	46
1.4. Autres résultats	50
2. Limitations et atouts de l'étude.....	51
2.1. Limites méthodologiques	51
2.2. Atouts	52
2.3. Intérêts	53
3. Perspectives.....	53
3.1. Implications pour la pratique clinique	53
3.2. Implications en santé publique.....	55
3.3. Suggestions de recherches	56
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES.....	66

Annexe I. Echelle mini-GDS (Geriatric Depression Scale) de dépistage des symptômes dépressifs du sujet âgé	66
Annexe II. Test de dépistage des troubles cognitifs MMSE (Mini Mental State Examination)	67
Annexe III. Classification GIR (Groupes Iso-Ressources)	68
Annexe IV. Grille de calcul AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)	69
Annexe V. Questionnaire sur l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) soumis aux patients inclus	70
RESUME ET MOTS CLES	71
SERMENT D'HIPPOCRATE	72

GLOSSAIRE

1. EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
2. INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
3. INED : Institut National des Etudes Démographiques
4. MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique
5. DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
6. APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
7. ADL : Activities of Daily Living
8. MNA : Mini Nutritional Assessment
9. IMC : Indice de Masse Corporelle
10. GDS : Geriatric Depression Scale
11. MMSE : Mini Mental State Examination
12. MMS : Mini Mental State
13. IADL : Instrumental Activities of Daily Living
14. GIR : Groupes Iso-Ressources
15. AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
16. EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
17. SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
18. USLD : Unité de Soins de Longue Durée
19. HAS : Haute Autorité de Santé
20. DSM-IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
21. OMS : Organisation Mondiale de la Santé
22. SSR : Soins de Suite et Réadaptation
23. OR : Odd Ratio
24. IC95 : Intervalle de Confiance de 95%

INTRODUCTION

Au sein de notre population vieillissante, la part des personnes âgées de plus de 75 ans ne cesse de croître (1–3). Cette population gériatrique est fragile, avec un risque accru notamment de comorbidités somatiques, de dépendance et de syndrome dépressif (4–7). Ces fragilités impactent la qualité de vie et augmentent le risque de complications telles que l’hospitalisation, la iatrogénie médicamenteuse ou le décès (8–10).

L’augmentation du nombre de personnes âgées en perte d’autonomie va de pair avec une augmentation des besoins de places en EHPAD (Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes [11]). L’entrée en institution, inéluctable quand le maintien à domicile n’est plus possible et souvent bénéfique, n’en est pas moins un bouleversement de vie.

La Littérature française et internationale décrit largement les caractéristiques de la population vivant en EHPAD, plus fragile encore que la population ambulatoire et plus sujette à différentes complications, qu’elles soient organiques ou psychologiques (12–16).

En revanche, les tous premiers mois après cette transition majeure qu’est l’entrée en EHPAD ont été peu étudiés, notamment en France. Certaines études évoquent un pic de morbi-mortalité, mais peu de données sont disponibles concernant le syndrome dépressif dans les suites immédiates d’une admission en EHPAD (12,17,18).

Pourtant la dépression du sujet âgé est un phénomène de santé publique préoccupant par sa fréquence et ses conséquences sur la santé des patients (7). En plus de grever la qualité de vie, elle augmente les dépendances, les hospitalisations, le risque de dénutrition, mais également la iatrogénie de par l’utilisation de traitements psychotropes (19–21).

Partant de ces constats, cette étude avait pour objectif principal d’évaluer la prescription de traitements antidépresseurs dans les six mois suivant une première entrée en EHPAD, du fait d’une dégradation de l’état thymique des résidents.

GENERALITES

1. La population gériatrique

1.1. Une population vieillissante

La majorité des pays développés sont confrontés au vieillissement inéluctable de leur population, conséquence d'un faible indice de fécondité et/ou d'un allongement de l'espérance de vie (1). Au 1^{er} janvier 2017, d'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), la France comptait plus de 6,1 millions de personnes âgées de 75 ans et plus, soit 9,1 % de la population française, contre seulement 4,3 millions en 2000 (2).

Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, la France compterait 76,5 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2070, soit 10,7 millions de plus qu'en 2013. La population des plus de 75 ans devrait être deux fois plus nombreuse, soit environ 13,8 millions de personnes, et représenter 17,9% de la population (3).

L'espérance de vie s'est allongée avec le temps, au fur et à mesure des progrès sanitaires, des victoires sur les maladies infectieuses et plus récemment sur les pathologies cardio-vasculaires et les cancers. En France, en vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 3,4 ans et celle des hommes de 5,2 ans. En 2016, elle était de 79,3 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes (2).

Cependant, l'espérance de vie sans incapacité suggère une tendance récente moins favorable, selon l'INED (Institut National des Etudes Démographiques [22]). Cela pourrait s'expliquer par une plus grande survie des personnes qui ont des maladies et limitations fonctionnelles.

1.2. L'augmentation des maladies chroniques et des hospitalisations

1.2.1. Plus de maladies chroniques

La prévalence des maladies chroniques croît régulièrement, en lien avec l'allongement de l'espérance de vie. Il s'agit notamment des maladies cardio-vasculaires ou

respiratoires, du diabète, des cancers, des affections du système locomoteur, mais aussi des pathologies neuropsychiatriques. En 2003, 85% des personnes âgées de plus de 75 ans étaient atteintes d'une affection chronique (5).

Ces comorbidités, y compris les pathologies neuropsychiatriques comme le syndrome dépressif, augmentent la fragilité et impactent donc le vieillissement. Elles grèvent lourdement la qualité de vie et le pronostic des patients, avec un taux de mortalité de 86% (10).

1.2.2. Plus d'hospitalisations

De surcroît, le recours aux soins augmente en fonction de l'âge, ainsi que le taux d'hospitalisation. En effet, en 2010, 36,9% de la population des 80 ans et plus avait été hospitalisée contre 17,3% de la population générale (8, TABLEAU I).

Tableau I. Taux d'hospitalisation entre 2007 et 2010 par classe d'âge (selon l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)

Classe d'âge	2007	2008	2009	2010
0 à 19 ans	13,3%	13,2%	13,2%	13,2%
20 à 64 ans	14,9%	15,0%	15,2%	15,2%
65 à 79 ans	27,3%	27,5%	28,1%	28,0%
80 ans et plus	36,2%	36,6%	36,8%	36,9%
Ensemble	16,9%	17,0%	17,2%	17,3%

La part de la population gériatrique dans la patientèle du système hospitalier et dans le total des séjours hospitaliers est également en hausse.

En effet, dans le champ de la MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique), la part des patients âgés de 80 ans et plus a évolué en moyenne de +2,9% par an entre 2007 et 2010. En 2010, cette classe d'âge représentait ainsi 11,2% des patients (8).

Ce résultat est certes lié au phénomène de vieillissement de la population, mais également à une évolution des pratiques de soins et des pathologies sur cette tranche de population (5).

La durée moyenne des séjours augmente également avec les classes d'âge, avec en 2010 une durée moyenne située entre 6,6 et 9,4 jours pour les 80 ans et plus. Cette différence

s'explique notamment par une plus grande proportion de séjours à sévérité lourde dans la population gériatrique (8).

1.2.3. Des pathologies différentes

Entre 2007 et 2010, les séjours des personnes âgées de 80 ans et plus se caractérisaient par une proportion plus forte que la population générale pour certaines catégories de diagnostics. Quatre de ces catégories concentraient par ailleurs 46,5% des séjours : les « affections du système nerveux », les « affections de l'œil », les « affections de l'appareil respiratoire » et les « affections de l'appareil circulatoire ». Les séjours en MCO pour « maladies et troubles mentaux » représentaient 3,7% du total. Pour ce qui est des hospitalisations en service de psychiatrie, la population gériatrique était la moins représentée (8).

Par ailleurs, la iatrogénie médicamenteuse, fréquente et grave chez le sujet âgé bien qu'en grande partie évitable, serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires, dont au moins 30% à cause d'un traitement psychotrope (23,24).

1.3. Des personnes âgées dépendantes

Les personnes âgées constituent une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polypathologies et, pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. Celle-ci est définie comme un état durable entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), le nombre de personnes dépendantes devrait subir une hausse comprise entre +47 % (scénario optimiste) et +97 % (scénario pessimiste) entre 2010 et 2040 en France métropolitaine. Selon l'hypothèse de prévalence centrale, la dépense potentielle pour l'APA (Allocation Personnalisée pour l'Autonomie), versée par les départements aux personnes dépendantes, passerait de 7,7 milliards d'euros en 2010 à 12,4 milliards en 2025 puis à 20,6 milliards en 2040 (6).

Or nous pouvons supposer qu'une augmentation de la dépendance altère la qualité de vie des personnes âgées et notamment leur état thymique.

1.4. La fragilité

La fragilité est un concept en plein essor, caractérisé par un risque augmenté de morbi-mortalité et de perte d'autonomie (4). Ce critère de vulnérabilité est consécutif au vieillissement physiologique et à la diminution des réserves fonctionnelles et des capacités d'adaptation (25).

Les critères de vulnérabilité selon BALDUCCI et al (26) incluent un âge supérieur à 85 ans, une dépendance selon l'échelle de l'autonomie ADL (Activities of Daily Living), un critère du syndrome gériatrique, et au moins trois comorbidités parmi les appareils cardiovasculaire, pulmonaire, rénal, endocrinologique, rhumatologique et hématologique.

Le syndrome gériatrique comprend la confusion mentale ou démence, les troubles de la marche, les troubles du comportement, la dépression, l'incontinence urinaire ou fécale, les chutes, l'ostéopathie fragilisante, la dénutrition sévère, la maltraitance et/ou l'épuisement de l'aidant, l'altération de l'état général, les troubles sensoriels et tout syndrome douloureux.

2. L'évaluation gériatrique

L'approche gériatrique globale est un processus diagnostique multidimensionnel interdisciplinaire cherchant à évaluer la personne âgée fragile dans ses dimensions médicale, psychologique et de capacité fonctionnelle. L'objectif est de développer un plan coordonné et intégré de traitement et de suivi au long cours (27).

Elle est communément appelée « évaluation gériatrique standardisée » et apprécie différents éléments :

- la santé physique,
- la santé psychologique et les fonctions cognitives,
- l'autonomie,
- le contexte de vie.

Il n'existe pas à l'heure actuelle d'outil simple et consensuel qui permette la gestion de la multi-morbidité. Certains outils ont été spécialement créés pour répondre à l'exigence d'une couverture minimale et systématique de tous les domaines du fonctionnement, dont l'outil d'évaluation multidimensionnel basé sur le SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle) et la méthode d'évaluation du résident (Resident Assessment Instrument [RAI]) et son recueil minimal de données (Minimum Data Set). Ces outils ne

résumant pas toute l'évaluation gériatrique standardisée mais en constituent l'ossature minimale sur laquelle peuvent venir se greffer toutes les évaluations spécifiques précises nécessaires à une bonne évaluation globale. Cependant, malgré leur validation en langue française, ils n'ont pas été retenus à l'heure actuelle pour un usage national systématique (28).

2.1. Évaluation de la santé physique

2.1.1. Les antécédents médicaux et les traitements réguliers

Leur recueil permet d'appréhender l'évolution naturelle des maladies présentées et leurs interactions entre elles, d'évaluer le risque de iatrogénie, mais aussi de détecter une pathologie influant sur le métabolisme et augmentant le risque d'interaction médicamenteuse.

Des échelles de comorbidités sont fréquemment utilisées, comme l'index combiné de CHARLSON, qui estime le risque de mortalité à un an en fonction des comorbidités présentées (29).

Une attention particulière est également portée à la présence éventuelle d'une des composantes du syndrome gériatrique décrit précédemment, induisant une fragilité supplémentaire.

2.1.2. Le statut nutritionnel

La sarcopénie est un élément important de la physiologie du vieillissement. Elle augmente par ailleurs le risque d'interactions médicamenteuses et donc de iatrogénie.

L'évaluation du statut nutritionnel est composée d'une enquête alimentaire au moyen de l'échelle MNA (Mini Nutritional Assessment), de mesures anthropomorphiques (poids et IMC [Indice de Masse Corporelle]) et du dosage de l'albuminémie (30), le poids devant être interprété en tenant compte de l'état d'hydratation (31).

2.1.3. La mobilité et le risque de chute

L'évaluation de l'équilibre et la marche est importante puisque les chutes à répétition majorent les risques d'incapacités et de dépendances.

Cette évaluation se base sur les antécédents de chutes et l'examen physique (32), avec notamment l'observation de l'état neuromusculaire, articulaire et des capacités sensorielles (principalement la vision), la recherche d'une hypotension orthostatique, l'évaluation de la marche par le « test d'appui unipodal » et le « Timed Up and Go Test » (33). A ces facteurs prédisposant aux chutes peut se rajouter un facteur précipitant, comme la iatrogénie.

2.2. Evaluation de la santé psychologique et des fonctions cognitives

2.2.1. Evaluation psychologique

L'évaluation psychologique permet de dépister une dépression, très fréquente chez le sujet âgé et représentant un facteur de risque indépendant de mortalité. L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) de YESAVAGE ou une de ses versions simplifiées, comme celle à quatre items (ANNEXE I), sont des moyens simples de dépistage (34).

2.2.2. Evaluation cognitive

L'évaluation cognitive permet d'apprécier la qualité de l'interrogatoire des patients ainsi que leur capacité à comprendre les instructions, notamment pour l'observance de leur traitement.

Le MMSE (Mini Mental State Examination) de FOLSTEIN (ANNEXE II) constitue un test simple, rapide et standardisé pour dépister les troubles des fonctions supérieures (35,36). En cas de maladie d'Alzheimer ou trouble apparenté, le MMSE propose aussi une stadification de l'atteinte, sous réserve d'une pondération du résultat avec l'âge et le niveau socio-culturel, en fonction du MMS (Mini Mental State) obtenu. Un résultat de MMS entre 26 et 29 sur 30 correspond au stade très léger ou à l'absence de pathologie selon le niveau socio-culturel ; des résultats entre 21 et 25, entre 15 et 20, entre 10 et 14, entre 5 et 9 et entre 0 et 4 sur 30 correspondent respectivement aux stades léger, modéré, modérément sévère, sévère et très sévère de maladie d'Alzheimer.

2.3. Évaluation de l'autonomie

L'évaluation de l'autonomie précise les limitations pouvant alourdir le pronostic et influencer l'approche diagnostique et thérapeutique.

Des échelles évaluant les activités de la vie quotidienne sont disponibles, comme l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living) ou l'ADL. Le sujet est considéré comme dépendant dès qu'il a besoin d'une aide humaine pour réaliser une des activités considérées (37). La classification socio-économique GIR (Groupes Iso-Ressources [ANNEXE III]), établie grâce à la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources [ANNEXE IV]), permet également d'évaluer le degré de perte d'autonomie des personnes âgées (38).

2.4. Évaluation du contexte de vie

Le principe est d'évaluer l'environnement géographique et familial du patient, donc son état d'isolement, le plan d'aides en place à domicile, ainsi que l'organisation de son logement, autant de critères influant sur l'état thymique, l'autonomie et le risque de chute.

3. L'institutionnalisation : un enjeu de santé publique

3.1. Définitions et état des lieux

Les soins de longue durée aux personnes âgées regroupent les soins assurés dans les EHPA (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées) et ceux assurés à domicile par des médecins, kinésithérapeutes, infirmiers et aides-soignants du SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile).

Les EHPA sont de trois types :

- les foyers-logements, groupes de chambres ou logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif,
- les maisons de retraite, lieux d'hébergement collectif assurant une prise en charge globale de la personne âgée incluant les repas et divers services spécifiques,

- les USLD (Unités de Soins de Longue Durée), établissements les plus médicalisés, destinés à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

Depuis 2001, sont appelés EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) les établissements conventionnés s'engageant sur des conditions financières de fonctionnement et sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins prodigués. Il s'agit le plus souvent de maisons de retraite et USLD, parfois de foyers-logements.

En 2013, on comptait 6908 EHPAD, dont une majorité d'établissements publics ou privés à but non lucratif (respectivement 3001 et 2182) et 1725 établissements privés à but lucratif. Les USLD comptaient environ 31000 lits (39).

D'après la DREES, au 31 décembre 2015, les EHPAD comptaient 585 560 résidents, soit une augmentation de 7% depuis 2011. La durée moyenne de séjour en EHPAD était par ailleurs chiffrée à deux ans et cinq mois : deux ans pour les hommes et deux ans et neuf mois pour les femmes, 68% des sorties correspondant à un décès (11).

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des dépendances, les besoins de places d'hébergement en EHPAD ne devraient cesser de croître dans les prochaines décennies.

3.2. Enjeu économique

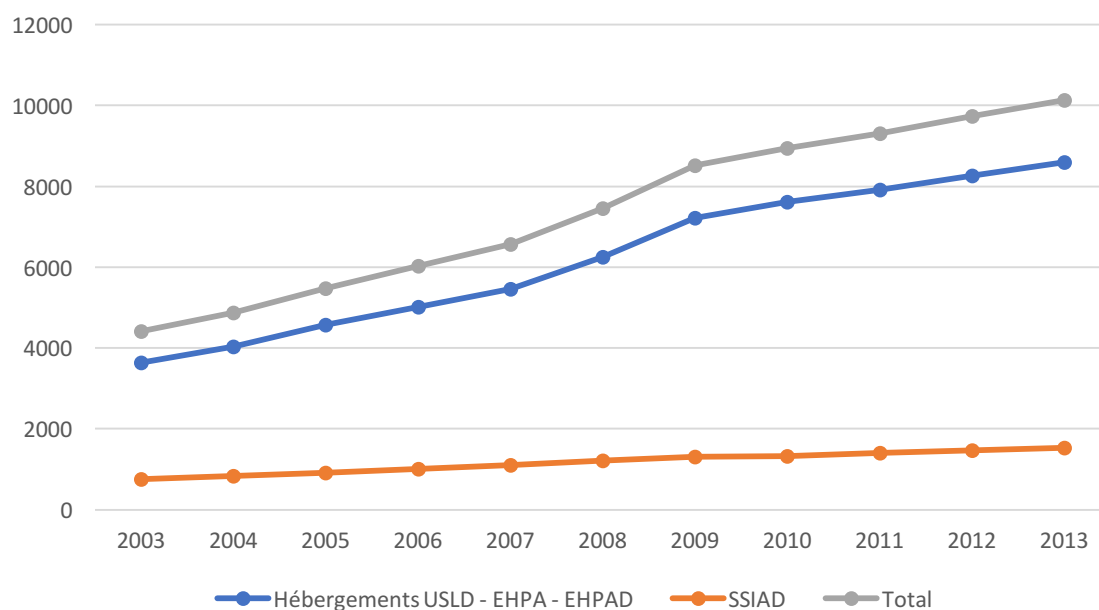
L'ensemble des soins de longue durée (hors parts de financements privés) est financé en France par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) et la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

Le coût annuel à la place pour un EHPAD (hors charges financières et de structure immobilière) en 2013 était de 34 737€, en hausse de 4,6% (soit une augmentation de 1525€) par rapport à 2012.

En 2013, 8,6 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée aux personnes hébergées en établissement, soit une hausse de 4% par rapport à 2012. Après six années de très forte hausse (13% par an en moyenne) entre 2003 et 2009, le rythme annuel de cette croissance s'est stabilisé depuis 2010 aux alentours de 4% (FIGURE A).

Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et l'amélioration de leur prise en charge (39).

Figure A. Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées, en millions d'euros, entre 2003 et 2013, selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)



Les dépenses liées aux hospitalisations des résidents en EHPAD font l'objet de remboursement sur l'enveloppe « soins hospitaliers » de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie). Ils sont estimés approximativement à 1,7 milliards d'euros en base 2008 (40).

3.3. Caractéristiques de la population en EHPAD

D'après la HAS (Haute Autorité de santé), en 2015, l'âge moyen des résidents était de 85,8 ans et trois résidents sur quatre étaient des femmes, celles-ci vivant deux fois plus souvent en institution que les hommes du même âge car étant plus volontiers seules. Plus de la moitié des résidents français (54,5%) faisaient partie des GIR 1 et 2, 32,9% des GIR 3 et 4, 12,6% des GIR 5 et 6. Les principales déficiences étaient, dans l'ordre de fréquence, intellectuelles, comportementales et motrices (en majorité des membres inférieurs [12]).

Les résidents présentaient en moyenne huit pathologies médicales, au premier rang desquelles l'hypertension artérielle dans plus de la moitié des cas. Venaient ensuite les différentes affections neuropsychiatriques, dont 51,8% de syndromes démentiels, 39,2%

d'états dépressifs, 43,2% de troubles du comportement, 12,6% de symptômes hallucinatoires ou délirants. Les escarres et ulcères étaient présentés à 7,8%, l'incontinence à 40,8% (13).

3.4. Complications observées chez les résidents en EHPAD

3.4.1. Complications organiques et fonctionnelles

3.4.1.1. Chutes

Selon les études, en fonction de la durée de suivi des patients, on observe régulièrement entre 24 et 48,8% de patients chuteurs, avec parfois jusqu'à 16,9% de fractures fémorales associées aux chutes (41–43).

Plusieurs études donnent un taux de 2,3 fractures pour 100 personnes-années, parfois même plus, prévalence nettement supérieure à celle de la population gériatrique ambulatoire et exacerbée dans les 100 premiers jours du séjour en institution (44,45).

Les traitements psychotropes sont largement prouvés comme étant des facteurs de risque de chute, majoritairement les benzodiazépines (quelle que soit leur durée d'action) mais également les neuroleptiques et parfois les antidépresseurs (46).

3.4.1.2. Dénutrition

En 2007, la HAS dénombrait entre 15 et 38% de résidents présentant des signes de dénutrition protéino-énergétique, taux bien plus élevé qu'à domicile où il est estimé à 10% (30). Des pourcentages encore plus élevés ont même été décrits dans certaines études, selon la méthodologie et le degré de médicalisation des établissements (47). Or la dénutrition majeure le risque de morbi-mortalité, avec notamment le développement d'escarres, une plus grande vulnérabilité aux infections et un risque plus important de décès.

3.4.1.3. Perte d'autonomie

Certaines études suggèrent que le maintien à domicile serait associé à une meilleure qualité de vie et une moindre perte d'autonomie que la vie en EHPAD. Cependant, plusieurs revues de la Littérature s'accordent sur le manque d'études de qualité satisfaisante pour conclure au bénéfice de l'une ou l'autre des solutions de résidence (48).

3.4.1.4. Dégradation cognitive

De la même façon, plusieurs études semblent mettre en évidence une altération plus rapide des fonctions cognitives chez les patients en EHPAD par rapport à la population gériatrique à domicile, mais les résultats sont trop hétérogènes pour l'affirmer (49).

3.4.2. Complications psychologiques

D'après une revue de la Littérature néerlandaise de 2003 analysant 36 études, la prévalence de la dépression en EHPAD variait de 2 à 61%, avec une moyenne de 43,9% de symptômes dépressifs simples, 25,7% de dépressions mineures et 15,5% de dépressions majeures, les variations étant dues aux méthodes diagnostiques employées (16). Les données internationales plus récentes semblent concordantes, avec des taux de dépression en EHPAD mesurés entre 22 et 54%, selon la méthode utilisée.

La période autour de l'admission en EHPAD semble être particulièrement à risque, fréquemment à l'origine de déclin fonctionnel, d'altération de la qualité de vie et d'aggravation de symptômes psychiatriques (50), comme toute période de transition durant un séjour en EHPAD (retour d'hospitalisation, changement d'établissement etc. [51]). Cependant, les données de la Littérature sont peu fournies sur ce sujet, notamment en France. Deux études notables, une chez les résidents américains en 2010, l'autre aux Pays-Bas en 2006, ont rapporté respectivement 21,6% et 26,9% de nouveaux cas de dépression durant la première année après une admission en EHPAD, avec comme facteurs de risque identifiés : la douleur, les comorbidités physiques ou une institutionnalisation depuis le domicile (17,18).

3.4.3. Iatrogénie

Selon la DREES, pour toutes leurs comorbidités, les résidents consommaient quotidiennement 6,6 médicaments en moyenne en 2011 (52).

D'après la HAS en 2015, le taux de prescription inappropriée dans la population âgée, avec un rapport bénéfice/risque insuffisant, serait de l'ordre de 15 à 45 % selon les études. Quatre classes de médicaments justifieraient à elles seules 80% de cette iatrogénie médicamenteuse : les antihypertenseurs et diurétiques, les hypoglycémifiants, les anticoagulants oraux et les psychotropes. Or si le service médical rendu est très important pour les trois premières classes, ce n'est pas le cas des psychotropes, qui sont pourtant les médicaments les plus prescrits en EHPAD, avec : les antidépresseurs (32%), les

anxiolytiques (27%), les hypnotiques (22%), les neuroleptiques (15%) et les régulateurs de l'humeur (3% [12]).

Les accidents iatrogéniques des sujets âgés restent plus fréquents, plus graves, plus coûteux et plus évitables que ceux des sujets plus jeunes. Ainsi, 10 à 20 % des admissions en urgence, contre 6,5 % dans la population générale, sont au moins partiellement liées à un effet secondaire médicamenteux chez les sujets âgés, fréquence en hausse depuis dix ans (9). L'incidence des accidents iatrogéniques survenant en EHPAD est estimée entre 1,19 et 7,26 pour 100 résidents-mois, ce qui est supérieur à la population ambulatoire (53).

3.4.4. Hospitalisations

Les personnes âgées résidant en EHPAD sont plus souvent hospitalisées que les personnes âgées à domicile ou en structure non médicalisée (54) et ces hospitalisations surviennent le plus souvent dans les premiers mois suivant l'entrée en établissement (12).

Les principaux motifs d'hospitalisation non programmée sont les chutes (dans un tiers des cas, dont la moitié avec fractures), les décompensations cardio-pulmonaires (dans 30% des cas, avec en première lieu les pneumopathies infectieuses), les pathologies uro-digestives, neuro-vasculaires, les troubles du comportement et la iatrogénie médicamenteuse (14,15).

Or, au-delà du coût financier certain incluant les transports en ambulance et le coût de la nuitée et des soins prodigués, l'hospitalisation peut résulter, pour beaucoup de personnes âgées, en un déclin fonctionnel et ce malgré le traitement de la pathologie pour laquelle elles étaient initialement hospitalisées, notamment par perte d'autonomie, iatrogénie hospitalière ou perte de repères (55). L'enquête du Gérontopôle de Toulouse de juin 2010 sur les résidents de 300 EHPAD note, après hospitalisation, une augmentation de trois indicateurs de fragilité : les chutes (+5%), la dénutrition (+14%) et les contentions (+23% [56]). On constate également un nombre important d'escarres et de décès (57).

3.4.5. Décès

Les études internationales décrivent des durées de survie à l'EHPAD allant en moyenne de trois à six ans. Les facteurs de risque de décès qui y sont le plus communément retrouvés sont : l'âge élevé, le sexe masculin, les troubles cognitifs, la malnutrition, une moins bonne autonomie (notamment des membres supérieurs), une moindre participation aux activités, un antécédent de cancer, la polymédication, l'admission depuis l'hôpital.

D'autres facteurs sont parfois observés : une moindre préoccupation de son état de santé, un antécédent de pathologie respiratoire ou valvulaire, des troubles du sommeil ou du comportement, des pathologies chroniques instables (58–60). Un lien est également retrouvé entre syndrome dépressif et décès la première année après entrée en institution (58).

4. Le syndrome dépressif du sujet âgé

4.1. Définition

4.1.1. Dépression majeure

La définition du syndrome dépressif majeur selon le DSM-IV-TR (Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux) est la même chez la personne âgée que chez l'adulte de moins de 75 ans, à savoir (61) :

- A – Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
(Ne pas inclure des symptômes qui sont imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.)
 1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple, pleurs).
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 3. Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessif ou inapproprié (qui peut être délirant) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B – Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisodes mixtes.
 - C – Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

La nuance entre adultes et sujets âgés porterait plus sur les facteurs susceptibles d'interférer avec la présentation clinique, comme l'expression moins spontanée de la tristesse, la place des plaintes somatiques, l'importance de l'anxiété associée, l'apathie et la démotivation ainsi que les troubles cognitifs. De même, les caractéristiques mélancoliques délirantes semblent plus fréquentes chez le sujet âgé (61).

4.1.2. Dépression mineure

La dépression mineure ne rentre pas dans les critères diagnostiques du DSM-IV. Elle s'intègre dans la catégorie « trouble dépressif non spécifié » et est définie par l'existence de moins de cinq symptômes de la dépression majeure, mais au moins deux d'entre eux et pour une durée d'au moins deux semaines.

Cette notion de dépression mineure est souvent reprise dans le cadre de la recherche car elle est considérée comme particulièrement pertinente en ce qui concerne le sujet âgé, en particulier en EHPAD. Elle serait la forme la plus fréquente des dépressions du sujet âgé, aurait les mêmes facteurs de risque et entraînerait les mêmes complications que la dépression majeure (7,62).

4.2. État des lieux

L'estimation de la prévalence de ce trouble est difficile en raison des différentes définitions du syndrome dépressif, des variations de populations étudiées et du fait parfois du refus des sujets déprimés de participer à des études de recherche. Cependant, la prévalence chez les personnes âgées de plus de 65 ans a pu être estimée entre 1 et 4% pour les épisodes dépressifs majeurs (8 et 16 % pour les symptômes dépressifs) dans la population générale, taux qui monte à 10 à 12% dans la population gériatrique hospitalisée (7).

La prescription de psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques) est plus élevée en France que dans le reste de l'Europe. Une personne sur cinq de plus de 60 ans et près d'une personne sur deux de plus de 70 ans ferait usage d'un psychotrope en France, une personne sur cinq d'un anxiolytique ou hypnotique (63,64).

La prévalence de la dépression est encore plus importante en EHPAD qu'à domicile, tout comme la consommation de psychotropes (13,16,65).

4.3. Complications

Paradoxalement, la dépression serait largement sous-diagnostiquée et sous-traitée. Pourtant, elle retentit de manière importante sur la qualité de vie et a de nombreuses complications.

Selon l'OMS, la dépression serait la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde (19). Les patients déprimés sont plus souvent hospitalisés (20). Il a également été démontré que la dépression est un facteur de risque indépendant de dénutrition (66,67). La simple présence d'un syndrome dépressif est une cause de surmortalité, celle-ci étant encore majorée chez les patients âgés par le nombre important de décès par suicide. En effet, il faut rappeler que les conduites suicidaires connaissent plus fréquemment une issue fatale dans cette population, tout particulièrement chez les hommes veufs de plus de 75 ans (21).

4.4. Facteurs de risque

Une pathologie vasculaire cérébrale est fréquemment retrouvée chez les sujets âgés faisant un premier épisode dépressif. D'autres facteurs de prédisposition à la dépression sont avancés : la perte d'autonomie motrice ou cognitive, le veuvage, la diminution du nombre

d'interactions sociales, les perturbations des systèmes endocrine, immunitaire et inflammatoire, les altérations du rythme circadien (68,69).

Les facteurs de risque de dépression le plus souvent mis en évidence dans la Littérature au sein des résidents d'EHPAD sont les déficits sensoriels, la douleur, l'isolement social et une moindre autonomie physique. D'autres facteurs de risque sont parfois décrits, comme un antécédent de chute et/ou de fracture, un accident vasculaire cérébral ou une admission depuis le domicile (17,70,71). Les facteurs protecteurs souvent mis en évidence sont le sexe masculin, le célibat et les troubles cognitifs sévères (17).

5. Objectifs

5.1. Constats

Premièrement, la prévalence du syndrome dépressif est plus importante en EHPAD que dans la population gériatrique générale, avec ses complications spécifiques que sont notamment la iatrogénie, les chutes, les hospitalisations, la dénutrition, la perte d'autonomie et le décès (12,13,16,19,20,46,58,66,67).

Deuxièmement, certaines des complications observées en EHPAD semblent plus fréquentes dans les premiers mois après l'admission, période de transition qui a été identifiée comme étant particulièrement à risque, notamment d'hospitalisations et de fractures du col du fémur (12,44,45,50).

Pourtant, peu d'études évaluent le taux de prescription d'antidépresseurs dans cette période charnière des premiers mois d'une admission en EHPAD, avec les risques de complications que cela peut entraîner. Les facteurs de risque de syndrome dépressif préalables à l'entrée en EHPAD ont été également peu étudiés.

Au-delà des suppositions basées sur l'expérience clinique, il serait intéressant de déterminer si l'admission en EHPAD en elle-même est bien un facteur de risque de syndrome dépressif chez les sujets âgés et d'étudier l'ampleur de cette dégradation thymique dans les premiers mois suivant l'entrée en établissement.

Plus globalement, il serait intéressant de mettre en évidence des facteurs de risque individuels de syndrome dépressif préalables à l'entrée en EHPAD, dans le but ultérieur de savoir prévenir cette complication et mieux encadrer les nouveaux résidents qui seraient les plus à risque. En particulier, des facteurs environnementaux tels que l'entourage familial,

des facteurs psychologiques tels que l'anticipation du projet d'EHPAD, les représentations qu'ont les personnes des institutions ou le degré d'adhésion au projet, le caractère brutal ou progressif de la perte d'autonomie, sont autant de données pas ou peu étudiées et qui pourraient tout à fait être associées à un sur-risque de syndrome dépressif.

5.2. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le taux de prescription d'un traitement antidépresseur en faveur d'une escalade thérapeutique (instauration, majoration ou changement de molécule), suite à une dégradation de l'état thymique des résidents dans les six mois après une première admission en EHPAD.

5.3. Objectifs secondaires

Cette étude avait pour objectifs secondaires :

- L'évaluation du nombre de résidents ayant présenté une dégradation de leur état thymique dans les six mois après l'admission en EHPAD, que leur traitement ait été modifié ou non,
- La mise en évidence de facteurs associés :
 - d'une part, à cette modification du traitement,
 - d'autre part, à toute dégradation thymique, avec ou sans modification thérapeutique,
- L'évaluation d'autres indicateurs notables de morbi-mortalité six mois après l'entrée en établissement, à savoir : les taux de décès et d'hospitalisation, l'évolution du statut nutritionnel et de l'autonomie.

POPULATION ET METHODES

Il s'agissait d'une étude monocentrique prospective, conduite du 1^{er} octobre 2016 au 30 septembre 2017, au Centre Hospitalier Camille Guérin de Châtellerault (France), au sein du pôle gériatrique.

1. Présentation du pôle gériatrique

Le pôle gériatrique du Centre Hospitalier de Châtellerault est constitué d'un service de médecine gériatrique aiguë avec 20 lits, un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) de 55 lits, dont 40 lits de SSR gériatrique et 15 lits de SSR polyvalent, un hôpital de jour de cinq lits d'aigu et 20 lits de SSR, et enfin un établissement médico-social de 305 lits, « Le Village ».

Ce dernier comptabilise 245 lits d'EHPAD, dont 28 lits d'UVA (Unité de vie Alzheimer), un lit d'hébergement temporaire et un accueil de jour de deux unités de 14 places pour les résidents internes, et 60 lits d'USLD, dont 20 lits d'UHR (Unité d'Hébergement Renforcé).

2. Méthodologie de recrutement de la population d'étude

Tout patient admis en EHPAD depuis la médecine gériatrique aiguë ou le SSR, et tout patient admis à l'EHPAD « Le Village » depuis un autre lieu, entre le 1^{er} octobre 2016 et le 31 mars 2017, était inclus.

Étaient exclus les patients atteints de troubles cognitifs modérément sévères à très sévères ($MMS < 15$) et les patients en soins palliatifs avec un pronostic de vie inférieur à six mois à l'entrée en EHPAD du fait de leur pathologie.

Tous les patients inclus furent ensuite suivis sur une période de six mois.

3. Critères de jugement

3.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la modification du traitement médicamenteux antidépresseur, en faveur d'une instauration ou d'une augmentation de posologie, dans les six mois après l'admission en EHPAD.

3.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La présence d'une dégradation thymique (apparition ou aggravation de symptômes dépressifs), avec ou sans modification du traitement psychotrope, laissée à l'appréciation du médecin traitant, du médecin coordonnateur de l'EHPAD ou d'un professionnel spécialiste (infirmier psychiatrique, psychologue, psychiatre),
- Une altération nutritionnelle, pouvant être mise en évidence par un Δ Albuminémie (albuminémie à six mois – albuminémie initiale) < 0 et/ou un Δ IMC (IMC à six mois – IMC initial) < 0 chez les patients initialement en état de malnutrition et $< 0,5 \text{ kg/m}^2$ chez les patients initialement en bon état nutritionnel,
- Une perte d'autonomie à six mois, définie par un Δ GIR (GIR à six mois – GIR initial) < 0 ,
- La survenue d'une hospitalisation dans les six mois,
- La survenue d'un décès dans les six mois.

4. Recueil de données

4.1. Méthode de recueil

Les caractéristiques initiales des patients furent recueillies dans les jours précédant ou les premiers jours suivant leur départ en EHPAD. Ces données furent recueillies par consultation des dossiers médicaux conjointement à l'interrogatoire des patients, celui-ci

étant conduit systématiquement par la même personne investigatrice et à l'aide de questions identiques pour chaque patient.

Les données de suivi furent recueillies par consultation des dossiers médicaux et en interrogeant le personnel infirmier de l'EHPAD et le médecin traitant.

4.2. Données recueillies à l'inclusion

Les caractéristiques initiales des patients qui furent recueillies pour analyse avant l'entrée en EHPAD étaient les suivantes :

4.2.1. Données démographiques

- Âge à l'admission,
- Sexe.

4.2.2. Données socio-environnementales

- EHPAD intégré et son type (hospitalier vs non hospitalier),
- Provenance au moment de l'admission : hôpital ou centre de convalescence vs lieu de vie (domicile, maison de retraite non médicalisée),
- Situation maritale : seul, vivant maritalement (ou en famille) ou seul mais dont le conjoint est en EHPAD,
- Lieu de vie : urbain (ville de plus de 2000 habitants) vs rural,
- Présence de l'entourage familial : patient entouré (passage d'un membre de la famille au moins une fois par semaine) vs isolé,
- Catégorie socioprofessionnelle, selon la Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles PCS 2003 (72).

4.2.3. Données d'autonomie

- Aides à domicile déjà en place : aucune, hebdomadaires ou pluri-hebdomadaires (au moins une fois par semaine mais moins d'une fois par jour) ou quotidiennes,
- Niveau d'autonomie à l'admission en EHPAD, d'après la classification GIR,

- Niveau d'autonomie six mois avant l'admission en EHPAD, selon la même classification,
- Si perte d'autonomie : caractère brutal vs progressif, le caractère brutal étant caractérisé par un ΔGIR ($\text{GIR à l'entrée en EHPAD} - \text{GIR six mois avant}$) < 0 .

4.2.4. Données biomédicales

- Degré de polymédication, selon la définition fixée par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) d'après revue de la Littérature, en excluant du calcul les topiques, vitamines, traitements anti-infectieux d'un épisode aigu : oligomédication si moins de cinq médicaments, polymédication si cinq à neuf médicaments, polymédication majeure à partir de dix médicaments (73),
- Indice validé de comorbidité de CHARLSON pondéré avec l'âge : les comorbidités étant faibles pour un score entre 0 et 4, avec une mortalité à un an estimée inférieure à 52%, importantes pour un score entre 5 et 7, avec une mortalité à un an supérieure à 80%, et majeures pour un score supérieur ou égal à 8 (29,74),
- Etat nutritionnel : présence vs absence d'une malnutrition, celle-ci étant définie par un $\text{IMC} < 21\text{kg/m}^2$ et/ou une albuminémie $< 35\text{g/L}$ (30),
- Fonctions sensorielles (vision et audition) : présence de troubles sensoriels invalidants vs peu invalidants ou absents,
- Antécédent d'hospitalisation dans l'année précédant l'admission en EHPAD (hors simples passages hospitaliers sans nuitée),
- Présence ou non d'un syndrome douloureux chronique, défini par la prise systématique quotidienne d'un traitement antalgique.

4.2.5. Données psycho-comportementales

- État cognitif, en fonction de l'échelle validée de dépistage des troubles cognitifs MMSE (ANNEXE II) : troubles cognitifs absents ou légers si MMS entre 21 et 30 sur 30 vs modérés non sévères si MMS entre 15 et 20 sur 30 (35),
- Antécédents psychiatriques,
- État thymique, évalué par un infirmière diplômée d'état spécialisée en psychiatrie ou un psychiatre quand cela avait été jugé nécessaire pendant l'hospitalisation, ou à défaut par le médecin en charge du patient à l'aide de l'échelle de dépistage GDS

simplifiée à quatre items, un GDS > 1/4 étant considéré comme pathologique et nécessitant une investigation complémentaire (34, ANNEXE I),

- Traitement psychotrope présent sur l'ordonnance (antidépresseur, anxiolytique, hypnotique, thymorégulateur, neuroleptique),
- Opinion positive ou négative des EHPAD,
- Anticipation ou non du projet d'EHPAD : démarches administratives anticipées (rédaction d'une demande d'EHPAD de sécurité), visites d'établissements, séjours temporaires.

Les données d'opinion et d'anticipation du projet d'EHPAD étaient recueillies directement auprès du patient par un questionnaire standardisé fait majoritairement de questions fermées (ANNEXE V).

4.3. Données recueillies à six mois

Les caractéristiques de suivi recueillies de manière prospective six mois après l'admission en EHPAD étaient les suivantes :

4.3.1. Donnée d'autonomie : GIR.

4.3.2. Données bio-médicales

- Poids, IMC et albuminémie,
- Nécessité d'une hospitalisation, dans quel délai et pour quel motif (hors hôpital de jour ou consultation aux urgences),
- Décès, dans quel délai et pour quel motif.

4.3.3. Données psycho-comportementales

- Dégradation thymique ou non, définie par l'apparition ou l'aggravation de symptômes dépressifs constatée par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur, avec pour principaux signes : une tristesse de l'humeur, une dévalorisation, une clinophilie, une perte d'intérêt ou de plaisir, un repli sur soi, des troubles du sommeil, des troubles du comportement, une perte d'appétit, des troubles de l'attention, une anxiété, une asthénie, des étourdissements,

- Intervention ou non d'un spécialiste (psychiatre, psychologue ou infirmier spécialisé en psychiatrie) dans le diagnostic,
- Modification ou non du traitement par antidépresseur et/ou anxiolytique.

5. Analyses statistiques

Les données descriptives ont fait appel aux méthodes des pourcentages en cas de variables qualitatives. Les comparaisons ont été effectuées par la méthode du χ^2 avec un seuil de 0,05.

Pour les données quantitatives, ont été calculés la moyenne et l'écart type.

Pour les analyses principale et secondaire, la modélisation de la variable de réponse (« modification thérapeutique » pour le critère principal et « dégradation thymique avec ou sans modification thérapeutique » pour le critère secondaire) a été réalisée par régression logistique ordinaire car les deux variables sont binaires.

Après vérification de l'absence de colinéarité, une analyse univariée a été réalisée avec sélection des variables ayant une p -value $< 0,1$.

Une analyse bivariée a été réalisée modélisant les interactions cliniquement pertinentes. Là encore un seuil de 0,1 a été retenu.

Une analyse multivariée par démarche descendante a ensuite été réalisée, éliminant d'abord les interactions puis les co-variables ayant une p -value $> 0,05$, sauf en cas de facteur de confusion.

Ces analyses ont été réalisées sous SAS 9.4 (NYC, USA).

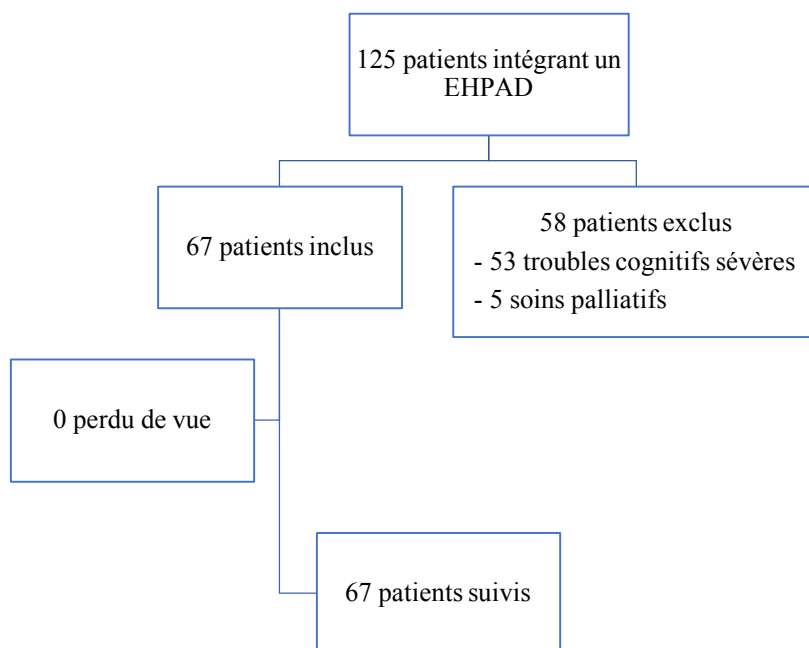
Les données manquantes n'ont pas été considérées dans les analyses statistiques.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population à l'inclusion

Sur 125 patients admis en EHPAD entre le 1er octobre 2016 et le 31 mars 2017, 58 furent exclus, dont 53 pour troubles cognitifs sévères et cinq pour pathologie en soins palliatifs avec un pronostic de vie considéré inférieur à six mois. Soixante-sept patients furent donc inclus et suivis pour une durée de six mois. Aucun patient ne fut perdu de vue (FIGURE B).

Figure B. Diagramme d'inclusion



Les patients admis en institution étaient des femmes dans presque 75% des cas (n=50), l'âge moyen à l'entrée était de 88,9 ans [83–94,8].

Près de 42% (41,8%, n=28) étaient admis à l'EHPAD « Le Village », contre 58,2% (n=39) en EHPAD non hospitalier, avec une différence significative entre les deux groupes (p<0,0001). Les admissions directes depuis le lieu de vie ne concernaient que cinq patients, les autres ayant été admis depuis l'hôpital ou dans les suites d'une convalescence.

La majorité des patients vivaient auparavant seuls au domicile (86,6%, n=58), dont 10,5% (n=7) avaient déjà un conjoint en EHPAD.

Ces caractéristiques de la population sont détaillées dans le tableau II.1.

Tableau II.1. Caractéristiques de la population à l'inclusion (1/2)

	Caractéristiques	N = 67		p value
		n	Pourcentage (%)	
Age	≥ 90	33	49,3	0,78
	< 90	34	50,7	
Sexe	Homme	17	25,4	<0,0001
	Femme	50	74,6	
EHPAD*	Hospitalier	28	41,8	<0,0001
	Non hospitalier	39	58,2	
Provenance	Hôpital ou convalescence	62	92,5	<0,0001
	Lieu de vie non médicalisé	5	7,5	
Milieu de vie	Urbain	44	65,7	0,01
	Rural	23	34,3	
Catégorie socio-professionnelle	1	12	17,9	0,003
	2	9	13,4	
	3	1	-	
	4	5	7,5	
	5	19	28,4	
	6	10	14,9	
	8	11	16,4	
Situation maritale	Marié	9	13,4	< 0,0001
	Seul (avec conjoint en EHPAD)	7	10,5	
	Seul (sans conjoint en EHPAD)	51	76,1	

*EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; N = effectif total ; n = nombre de résidents ; seuil de significativité de p <0,05

Concernant l'autonomie, les patients étaient majoritairement GIR 3 ou 4 (77,6%, n=52), avec une répartition équitable entre perte d'autonomie brutale et progressive (p=0,17). La plupart des patients (91,1%, n=61) bénéficiaient d'au moins une aide à domicile par semaine.

Près de 60% des patients présentaient des comorbidités majeures, c'est-à-dire un indice de CHARLSON supérieur à 7 (58,2%, n=39, p<0,0001), et 65,7% prenaient entre cinq et neuf médicaments (n=44, p<0,0001).

Aucune différence significative n'était retrouvée entre les patients hospitalisés dans l'année précédant l'admission et ceux qui n'avaient pas été hospitalisés (p=0,39).

Il n'y avait pas de différence significative non plus entre les patients présentant ou non, une malnutrition (p=0,39), un syndrome douloureux chronique (p=0,27), un antécédent de dépression (p=0,71) ou des troubles cognitifs modérés (p=0,99).

Plus de la moitié des patients avaient une opinion positive des EHPAD (57,8%, n=37, $p<0,001$). Seuls 39,4% (n=26, $p<0,0001$) avaient anticipé les démarches d'admission en EHPAD.

Enfin, plus d'un tiers des patients (34,3%, n=23) présentait à l'admission en EHPAD un syndrome dépressif, avec une différence significative par rapport à ceux qui n'en présentaient pas ($p=0,01$). Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les patients traités par un traitement antidépresseur et ceux qui ne l'étaient pas ($p=0,56$).

Ces caractéristiques de la population sont détaillées dans le tableau II.2.

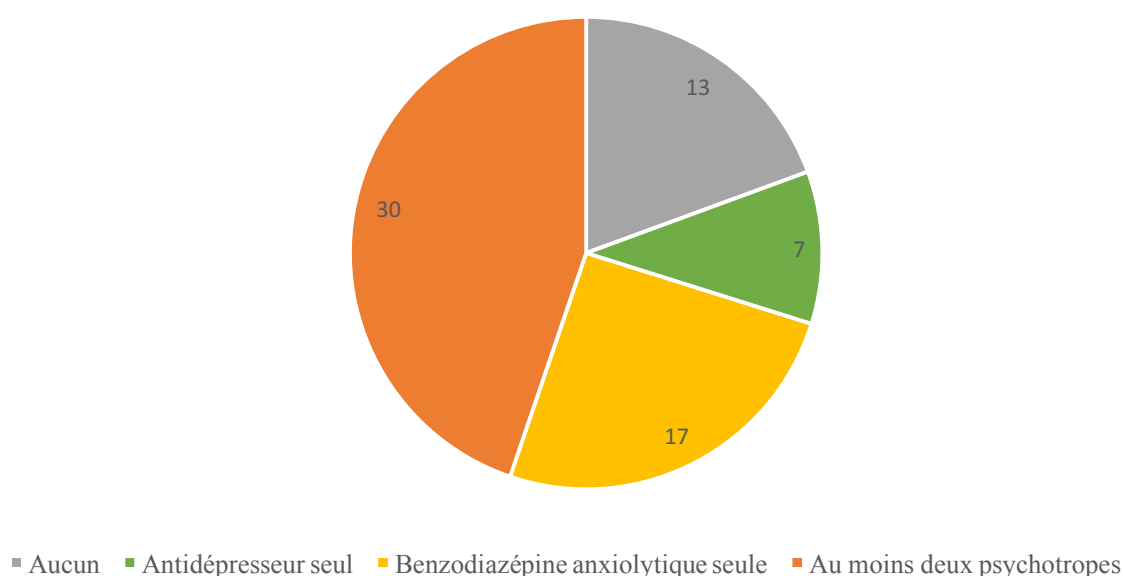
Tableau II.2. Caractéristiques de la population à l'inclusion (2/2)

	Caractéristiques	N = 67		p value
		n	Pourcentage (%)	
Aides à domicile	Aucune	6	8,9	< 0,001
	Hebdomadaires	19	28,4	
	Quotidiennes	42	62,7	
Entourage familial	Entouré	50	74,6	< 0,001
	Isolé	17	25,4	
GIR	2	9	13,4	< 0,001
	3	20	29,8	
	4	32	47,8	
	5	2	-	
	6	4	-	
Perte d'autonomie	Brutale	39	58,2	0,17
	Progressive	28	41,8	
Charlson	< 5	2	-	< 0,0001
	5 à 7	26	38,8	
	≥ 8	39	58,2	
Médication	Oligomédication (< 5)	8	11,9	< 0,0001
	Polymédication (5 à 9)	44	65,7	
	Polymédication majeure (≥ 10)	15	22,4	
Troubles sensoriels invalidants	Oui	10	14,9	<0,0001
	Non	57	85,1	
Hospitalisation l'année précédente	Oui	37	55,2	0,39
	Non	30	44,8	
Malnutrition	Oui	37	55,2	0,39
	Non	30	44,8	
Syndrome douloureux	Oui	38	56,7	0,27
	Non	29	43,3	
Mini mental state	21 – 30	33	49,3	0,99
	15 – 20	34	50,7	
Antécédent de dépression	Oui	35	52,2	0,71
	Non	32	47,8	
Dépression en cours	Oui	23	34,3	0,01
	Non	44	65,7	
Traitement antidépresseur	Oui	36	53,7	0,56
	Non	31	46,3	
Opinion de l'EHPAD*	Positive	37	57,8	< 0,001
	Négative	15	23,4	
	Neutre	12	18,8	
		(N'=64)		
Anticipation du projet d'EHPAD	Oui	26	39,4	<0,0001
	Non	40	60,6	
		(N'=66)		

*EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; N = effectif total ; N'=effectif total prenant en compte les données manquantes ; n = nombre de résidents ; Seuil de significativité de p < 0,05

Plus de la moitié des patients (53,7%, n=36) prenait un traitement antidépresseur avant l'entrée en EHPAD, mais également 68,7% un anxiolytique de type benzodiazépine (n=46), deux patients prenaient un hypnotique et quatre un neuroleptique. Presque la moitié des patients (44,8%, n=30) prenait au moins deux classes différentes de psychotropes (antidépresseur, benzodiazépine anxiolytique, hypnotique ou neuroleptique) et seulement un sur cinq (19,4%, n=13) n'en prenait aucun (FIGURE C).

Figure C. Répartition des traitements psychotropes (sur 67 patients) avant l'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes



Remarque : Les hypnotiques et neuroleptiques sont compris dans la catégorie « au moins deux psychotropes » car n'étaient jamais prescrits seuls.

2. Caractéristiques de la population à six mois

2.1. Critère de jugement principal (TABLEAU III)

L'état thymique s'est dégradé dans 42,4% des cas (n=28 sur 66 patients, p=0,23) à six mois de l'admission en EHPAD, avec un taux significatif de modification du traitement antidépresseur (en faveur d'une instauration ou majoration de traitement) de 25,8% (n=17 sur 66 patients, p<0,0001).

Tableau III. Description de la population après six mois

	Caractéristiques	N = 67		p value
		n	Pourcentage (%)	
Dégradation thymique (apparition ou aggravation de symptômes dépressifs)	Oui Non	28 38 (N'=66)	42,4 57,6	0,23
Escalade du traitement antidépresseur	Oui Non	17 49 (N'=66)	25,8 74,2	< 0,0001
Autonomie	Aggravation Amélioration Stabilité	12 3 50 (N'=65)	18,5 - 76,9	< 0,0001
Nutrition	Aggravation Amélioration Stabilité	16 26 20 (N'=62)	25,8 41,9 32,3	0,052
Hospitalisation	Oui Non	16 50 (N'=66)	24,2 75,8	0,001
Hospitalisation en lien avec une dépression	Oui Non	1 65 (N'=66)	- 98,5	< 0,0001
Décès*	Oui Non	14 53	20,9 79,1	< 0,0001

*Survie moyenne : 23,1 semaines [16,7–26] ; N = effectif total ; N' = effectif prenant en compte les données manquantes ; n = nombre de résidents ; Seuil de significativité de $p < 0,05$

2.2. Critères de jugement secondaires (TABLEAU III)

A six mois d'une admission en EHPAD, l'autonomie restait stable dans la majorité des cas (76,9%, n=50 sur 65 patients).

L'état nutritionnel restait stable dans 32,3% des cas (n=20), s'améliorait dans 41,9% des cas (n=26) et s'aggravait dans 25,8% des cas (n=16).

Près d'un quart des patients avaient été hospitalisés dans les six mois (n=16, p=0,001), dont un patient pour le motif explicite de syndrome dépressif (« syndrome de glissement »). Treize patients sur les 16 hospitalisés l'avaient été dans les trois premiers mois.

Le taux de décès était de 20,9% (n=14) à six mois, dont les deux tiers (n=10) dans les trois premiers mois. La survie moyenne était de 23,1 semaines [16,7 – 26] sur les 26 semaines de suivi.

3. Facteurs associés

3.1. Critère de jugement principal : modification du traitement antidépresseur

(TABLEAU IV)

Après analyse univariée, le caractère non hospitalier de l'EHPAD montrait une association avec la modification du traitement antidépresseur. L'analyse multivariée était à la limite de la significativité avec un OR à 2.95, une IC95 (Intervalle de Confiance de 95%) de [1.02-5.94].

Par ailleurs, il y avait une association significative entre l'évolution du statut nutritionnel à six mois et la modification du traitement ($p=0,02$) après analyse univariée, confirmée en multivariée ($p=0,02$). La stabilité de l'état nutritionnel y était associée avec un OR (Odd Ratio) de 8,46 [1,08–66,64] et l'aggravation de l'état nutritionnel avec un OR plus important encore de 11,95 [1,77–80,61].

Il y avait enfin une association significative protectrice entre le décès et la modification thérapeutique dans les analyses univariée et multivariée, avec un OR de 0,07 [0,01–0,59].

Parmi les caractéristiques initiales pour lesquelles la répartition dans la population était homogène ($p>0,05$), aucune autre association statistiquement significative n'était retrouvée. Il s'agissait de l'âge, la brutalité de la perte d'autonomie, une hospitalisation dans l'année précédente, une malnutrition, un traitement antidépresseur à l'entrée en EHPAD, un antécédent de dépression, des troubles cognitifs modérés et un syndrome douloureux chronique.

A noter que la variable « présence d'un syndrome dépressif avant l'entrée en EHPAD » n'a pu être analysée du fait d'une colinéarité trop importante.

Tableau IV. Résultat de l'analyse principale : variables associées à une modification thérapeutique, après analyse univariée puis multivariée

Variable	Analyse univariée	Analyse multivariée	
	p value	OR* [IC95*]	p value
Age	0,99		
EHPAD* (hospitalier vs non hospitalier)	0,0009	2.95 [1.02-5.94]	0,04
Sexe	0,46		
Provenance (hôpital ou convalescence vs lieu de vie non médicalisé)	0,77		
Milieu de vie (rural vs urbain)	0,99		
Catégorie socio-professionnelle	0,33		
Statut marital	0,43		
Aides à domicile (aucune, hebdomadaires ou quotidiennes)	0,66		
Entourage familial (isolé vs entouré)	0,37		
Groupe Iso-Ressources	0,56		
Rapidité de perte d'autonomie (brutale vs progressive)	0,97		
Médication (<5, 5-9, ≥10)	0,99		
Charlson (<5, 5-7, ≥8)	0,51		
Malnutrition	0,33		
Troubles sensoriels invalidants	0,65		
Hospitalisation l'année précédente	0,42		
Syndrome douloureux	0,34		
Mini Mental State	0,55		
Antécédent de dépression	0,48		
Traitement antidépresseur (oui vs non)	0,77		
Opinion de l'EHPAD	0,18		
Anticipation du projet d'EHPAD	0,85		
Evolution de l'autonomie à six mois (amélioration, stabilité ou aggravation)	0,51		
Evolution de l'état nutritionnel à six mois	0,10		0,02
Amélioration		8,46 [1,08–66,64]	
Stabilité		11,95 [1,77–80,61]	
Aggravation			
Hospitalisation dans les six mois	0,80		
Décès dans les six mois	0,09	0,07 [0,01–0,59]	0,01

*OR = Odd Ratio ; IC95=Intervalle de Confiance 95% ; EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

3.2. Critère de jugement secondaire : dégradation thymique avec ou sans modification du traitement antidépresseur (TABLEAU V)

Après analyse multivariée, la stabilité de l'état nutritionnel était associée à la dégradation thymique avec un OR de 7,54 [1,73–32,9]. L'aggravation nutritionnelle n'y était en revanche pas associée de manière significative (OR 3,53 [0,83–14,97]).

Il n'y avait pas d'association entre le décès et la dégradation thymique.

Une opinion positive de l'EHPAD ressortait comme étant associée statistiquement à une dégradation thymique, avec un OR de 4,38 [1,29–14,83].

A nouveau, parmi les caractéristiques initiales pour lesquelles la répartition dans la population était homogène ($p > 0,05$), aucune autre association statistiquement significative n'était retrouvée. Le syndrome douloureux semblait avoir tendance à favoriser la dégradation thymique, mais sans résultat significatif ($p = 0,13$).

Là encore, la variable « présence d'un syndrome dépressif avant l'entrée en EHPAD » n'a pas pu être analysée du fait d'une colinéarité trop importante.

Tableau V. Résultat de l'analyse secondaire : variables associées à une dégradation thymique avec ou sans modification thérapeutique, après analyse univariée puis multivariée

Variable	Analyse univariée	Analyse multivariée	
	p value	OR* [IC95*]	p value
Age	0,69		
Sexe	0,62		
EHPAD* (hospitalier vs non hospitalier)	0,18		
Provenance (hôpital ou convalescence vs lieu de vie non médicalisé)	0,84		
Milieu de vie (rural vs urbain)	0,99		
Catégorie socio-professionnelle	0,29		
Statut marital	0,16		
Aides à domicile (aucune, hebdomadaires ou quotidiennes)	0,28		
Entourage familial (isolé vs entouré)	0,23		
Groupe Iso-Ressources	0,58		
Rapidité de perte d'autonomie (brutale vs progressive)	0,62		
Médication (<5, 5-9, ≥10)	0,77		
Charlson (<5, 5-7, ≥8)	0,88		
Malnutrition	0,47		
Troubles sensoriels invalidants	0,69		
Hospitalisation l'année précédente	0,19		
Syndrome douloureux	0,13		
Mini Mental State	0,27		
Antécédent de dépression	0,24		
Traitement antidépresseur (oui vs non)	0,16		
Opinion de l'EHPAD	0,03	4,38[1,29–14,83]	0,02
Anticipation du projet d'EHPAD	0,35		
Evolution de l'autonomie à six mois (amélioration, stabilité ou aggravation)	0,99		
Evolution de l'état nutritionnel à six mois	0,04		0,02
Amélioration		7,54 [1,73–32,90]	
Stabilité		3,53 [0,83–14,97]	
Aggravation			
Hospitalisation dans les six mois	0,96		
Décès dans les six mois	0,67		

*OR = Odd Ratio ; IC95=Intervalle de Confiance 95% ; EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

DISCUSSION

1. Principaux résultats

1.1. *Caractéristiques des patients*

1.1.1. Caractéristiques générales de la population incluse

Les caractéristiques de la population incluse étaient globalement en accord avec la Littérature.

Les patients institutionnalisés étaient des femmes dans presque 75% des cas, ce qui confirme la tendance déjà décrite en France par la HAS. L'âge moyen des résidents de notre étude était de 88,9 ans et la majorité faisaient partie des GIR 3 et 4. Ces résultats sont plus élevés que les moyennes observées par la HAS, ce qui peut s'expliquer par l'exclusion des patients présentant une démence sévère (12).

La majorité des patients prenait entre cinq et neuf médicaments, conformément à ce qui était décrit dans l'étude de la DREES (52).

Plus de la moitié des patients (55,2%) présentait des signes de malnutrition à l'admission en EHPAD. Ce taux est supérieur aux 15 à 38% décrits par la HAS mais des pourcentages encore plus élevés (jusqu'à 60%) ont parfois été décrits, selon la méthodologie des études et le degré de médicalisation des établissements (30,47).

1.1.2. Incidence du syndrome dépressif et prescription de psychotropes

Un tiers des patients présentait un syndrome dépressif clinique précédant l'entrée en EHPAD, taux qui semble nettement supérieur à ce qui a été décrit jusqu'ici dans la population gériatrique générale et même hospitalière (7). Cette différence pourrait avoir plusieurs explications. D'une part, les personnes présentant un syndrome démentiel sévère ont été exclues de l'étude. D'autre part, les patients nécessitant une institutionnalisation présentent une fragilité particulière, comme le montre le taux de 58% de comorbidités majeures parmi les patients inclus, avec un score de CHARLSON supérieur ou égal à 8. Enfin, ce taux important de syndromes dépressifs peut s'expliquer par la colinéarité entre

l'état thymique des patients juste avant et juste après l'entrée en EHPAD, le taux observé devant donc être comparé à la population résidant déjà en EHPAD plutôt qu'à la population gériatrique générale. Le pourcentage décrit est d'ailleurs en accord avec ce qui est habituellement constaté en EHPAD (13).

Concernant la prescription de traitements psychotropes, les résultats tendaient à confirmer la forte consommation française avec le risque iatrogénique qui en découle, malgré les mises en gardes de la HAS (63,64).

Dans notre étude, un peu plus de la moitié des patients avait déjà un traitement antidépresseur sur son ordonnance et près de la moitié prenait au moins deux classes différentes de psychotropes parmi les antidépresseurs, les benzodiazépines anxiolytiques, les hypnotiques et les neuroleptiques. Ce taux augmentait encore dans les suites de l'admission en EHPAD du fait des dégradations thymiques entraînées.

Par ailleurs, le nombre de patients présentant un syndrome dépressif avant l'entrée en EHPAD (n=23, 34,3%) était bien inférieur au nombre de patients traités par un antidépresseur (n=36, 53,7%), ce qui pouvait faire suspecter un mésusage encore répandu de ces médicaments, dont certains auraient peut-être pu être supprimés chez des patients en rémission de leur symptomatologie dépressive.

1.2. Critère de jugement principal

L'objectif principal de notre étude étant d'évaluer le taux de prescription d'un traitement antidépresseur dans les mois suivant une admission en EHPAD, pourvoyeur de iatrogénie et d'hospitalisations, le choix du critère de jugement était adéquat et avait l'avantage de son objectivité permettant l'absence de tout biais de classification.

En revanche, il est important de noter que le critère purement médicamenteux choisi dans le cadre de notre étude doit être interprété comme tel et ne reflète pas le taux de syndrome dépressif majeur à six mois d'une admission en EHPAD. En effet, la seule évaluation de la prescription médicamenteuse est insuffisante pour apprécier l'incidence d'un réel syndrome dépressif majeur. D'une part le syndrome dépressif est connu pour être sous-diagnostiqué et sous-traité, d'autre part le traitement médicamenteux n'est pas la seule option thérapeutique et est d'ailleurs parfois remis en cause, bien qu'il soit encore très largement prescrit dans la population gériatrique (75,76).

La modification du traitement antidépresseur, dans le sens d'une augmentation ou une instauration, était conséquente dans notre étude, puisque constatée chez un quart des patients dans les six mois suivant l'entrée en institution.

Ce taux était difficilement comparable aux données de la Littérature car nous n'avons pas à notre connaissance d'étude évaluant la modification du traitement antidépresseur après l'admission en EHPAD.

1.3. Critères de jugement secondaires

1.3.1. Incidence de la dégradation thymique avec ou sans modification du traitement

Qu'il y ait eu modification du traitement ou non, l'état thymique s'était dégradé dans près de la moitié des cas (42,4%) dans les six mois suivant l'admission en EHPAD.

D'autres études, qui évaluaient l'incidence du syndrome dépressif dans les premiers mois d'une institutionnalisation, avaient des résultats se rapprochant plutôt de notre taux de modification du traitement antidépresseur, entre 21 et 27% (17,18).

Quant à la prévalence de la dépression en EHPAD d'une manière générale, sans précision sur le moment du séjour où elle survenait, les données internationales étaient extrêmement variables. La revue de la Littérature néerlandaise réalisée en 2003 décrivait des taux variant de 2 à 61% (en moyenne 43,9% de symptômes dépressifs simples, 25,7% de dépressions mineures et 15,5% de dépressions majeures), les variations étant dues aux méthodes diagnostiques employées, très diverses d'une étude à l'autre pour cette pathologie complexe (16).

1.3.2. Evaluation de la morbi-mortalité à six mois

L'évolution de l'état morbide des résidents était inquiétante également, de par la dégradation fréquente et rapide de leur état de santé.

1.3.2.1. Dégradation de l'état nutritionnel

Un quart des patients voyait son état nutritionnel se dégrader, par perte de poids et/ou diminution de l'albuminémie.

1.3.2.2. Perte d'autonomie

Un patient sur cinq perdait en autonomie dans les six mois.

1.3.2.3. Hospitalisations

Les hospitalisations concernaient un patient sur quatre. Cependant, ce taux était probablement biaisé par le fait que près de 42% des patients avaient intégré un EHPAD hospitalier, avec potentiellement moins d'hospitalisations.

Nous remarquons par ailleurs que durant la période de suivi, certains patients avaient présenté une altération de l'état général, une anorexie, une attitude d'opposition ou une perte d'autonomie, sans qu'une explication n'ait été trouvée mais sans pour autant que des symptômes dépressifs n'aient été évoqués. Un patient avait été hospitalisé explicitement pour syndrome dépressif, mais nous pouvons nous interroger sur un éventuel sous-diagnostic des syndromes dépressifs et une sous-estimation du rôle de l'état thymique dans les pathologies somatiques présentées par certains des autres patients de notre étude.

1.3.2.4. Décès

Un décès est survenu dans les six mois chez un patient sur cinq. Cependant, il faut prendre en considération le fait que la plupart avaient un indice de comorbidité de CHARLSON supérieur à sept et tous supérieur à quatre, donc avec une probabilité de mortalité dans l'année supérieure à 80% au moment de leur entrée en EHPAD (74).

1.3.3. Facteurs associés à la dégradation thymique et la modification du traitement

1.3.3.1. L'évolution du statut nutritionnel à six mois

L'évolution du statut nutritionnel était associée de manière significative à la dégradation thymique (avec ou sans modification du traitement) et à la modification du traitement antidépresseur ($p=0,02$). Plus particulièrement, la stabilité nutritionnelle était associée de manière significative à la dégradation thymique (OR 7,54 [1,73–32,9]) et à la modification du traitement (OR 8,46 [1,08–66,64]). L'aggravation nutritionnelle était associée de manière significative à la modification du traitement uniquement (OR 11,95 [1,77–80,61]), avec un OR plus important que la stabilité nutritionnelle.

Ainsi, nous pouvons suggérer un effet dose-réponse. Alors que la non dégradation thymique était associée à une amélioration du statut nutritionnel, la dégradation thymique était associée à une stabilité de ce statut. Parmi les dégradations thymiques, celles qui

conduisaient à une modification thérapeutique, que nous pouvons donc suspecter comme étant plus sévères, étaient également associées à une stabilité, voire même à une aggravation de l'état nutritionnel.

L'évolution du statut nutritionnel des résidents, notamment du poids, pourrait donc constituer un signe d'appel de symptômes dépressifs.

1.3.3.2. Le décès

Les résultats rapportaient une association inverse entre modification thérapeutique et décès (OR=0,07 [0,01–0,59]). Cette association pourrait être interprétée de deux façons, les deux interprétations pouvant d'ailleurs être intriquées, sans que le modèle statistique ne puisse trancher.

Soit c'est la survenue d'un décès qui réduisait l'incidence de la modification thérapeutique. Cette première interprétation pourrait alors avoir deux hypothèses : nous pouvons penser d'une part à un biais de survie, du fait que le syndrome dépressif nécessitant une modification thérapeutique n'ait pas eu le temps d'apparaître avant le décès du patient ; d'autre part nous pouvons penser que la prise en charge des patients ait été différente (par exemple, le médecin, pensant que le décès approchait, n'aurait pas considéré utile de modifier un traitement dont l'effet est lent à apparaître). L'absence d'association protectrice retrouvée entre le décès et la dégradation thymique avec ou sans modification thérapeutique plaiderait plutôt en faveur de la deuxième hypothèse.

Soit la modification du traitement avait un effet protecteur contre la survenue d'un décès. Cela pourrait interpeller sur le risque de sous-diagnostic et/ou de sous-traitement d'un syndrome dépressif majeur. En effet, la dégradation de l'état général provoquée par un syndrome dépressif chez la personne âgée peut être très rapide et nous pouvons donc penser qu'un traitement médicamenteux y trouve toute sa place pour tenter de ralentir voire inverser l'évolution clinique du patient concerné.

1.3.3.3. L'opinion de l'EHPAD

Une opinion positive des EHPAD était associée statistiquement à une dégradation thymique (OR de 4,38 [1,29–14,83]). Une des hypothèses à ce résultat était que des patients ayant initialement des attentes positives avaient pu être déçus une fois confrontés à la réalité de l'EHPAD. Si tel était le cas, cela devrait mener à une remise en question sur l'information donnée aux patients et la préparation faite par les soignants, que ce soit le personnel hospitalier ou le médecin traitant.

1.3.3.4. Le type d'EHPAD

Nous avons retrouvé dans cette étude une association entre la modification thérapeutique et le type d'EHPAD. Il y avait en effet plus de modifications thérapeutiques dans le groupe « EHPAD non hospitalier » que dans le groupe « EHPAD hospitalier ».

Deux interprétations sont possibles. Soit l'admission en EHPAD hospitalier était protectrice d'un syndrome dépressif majeur par rapport aux EHPAD de ville. Soit le traitement médicamenteux était moins utilisé en traitement du syndrome dépressif en EHPAD hospitalier. L'absence d'association retrouvée entre le type d'EHPAD et la dégradation thymique avec ou sans modification thérapeutique pourrait faire pencher vers cette deuxième hypothèse.

1.3.3.5. Associations non significatives

Peu d'associations significatives ont été retrouvées entre les caractéristiques des patients et la dégradation thymique et/ou la modification thérapeutique à six mois. Les facteurs de risque les plus souvent décrits dans la Littérature, tels que la présence de comorbidités, la provenance du domicile, les déficits sensoriels ou la perte d'autonomie, ne sont notamment pas ressortis (17,70,71).

Pour ce qui est du syndrome douloureux chronique, nous observions une tendance à plus de dégradations thymiques chez les patients douloureux, mais le résultat n'était pas statistiquement significatif ($p=0,13$).

Concernant le manque d'anticipation du projet d'EHPAD, nous pouvions également être surpris qu'il ne soit pas associé à une dégradation thymique.

Ce manque de résultats pourrait s'expliquer de plusieurs façons.

La première serait qu'il n'y a aucun facteur de risque prédictible de dégradation thymique à l'entrée en EHPAD, ce qui serait surprenant.

La deuxième, plus plausible, serait que l'étude n'était pas assez puissante pour mettre en évidence suffisamment d'associations, du fait d'un effectif trop faible, de son caractère monocentrique et/ou de l'existence de biais. Déjà, le biais de classification de la dégradation thymique des patients enlève certainement de la puissance à nos résultats, en particulier concernant le syndrome douloureux chronique et l'anticipation du projet d'EHPAD. Ensuite, nous n'avons pas de groupe homogène à l'inclusion pour un certain nombre des caractéristiques étudiées : la majorité des patients inclus provenaient de l'hôpital, vivaient en zone urbaine et seuls, étaient entourés et avaient au moins une aide quotidienne, étaient traités avec cinq à neuf médicaments et avaient des troubles sensoriels non invalidants, ce qui rendait difficile l'analyse de ces caractéristiques comme facteurs associés.

1.4. Autres résultats

1.4.1. Une fragilité particulière en période de transition

Les résultats allaient dans le sens d'une vulnérabilité particulière des personnes âgées dans les premiers mois suivant leur entrée en EHPAD. En effet, au-delà même de la vulnérabilité psychologique menant à un syndrome dépressif, notre étude retrouvait un pic d'incidence des hospitalisations et décès dans les trois premiers mois après l'admission en EHPAD. Sur les 16 patients hospitalisés et les 14 patients décédés, 13 (81%) et 10 (71%) respectivement l'étaient dans les trois premiers mois.

Une hypothèse pourrait être l'impact du psychisme sur la santé physique des patients en EHPAD, avec des manifestations somatiques de troubles dépressifs mineurs ou majeurs, comme cela est largement décrit chez le sujet âgé, allant parfois jusqu'au syndrome de glissement dont l'issue peut être rapidement fatale (62).

La mise en évidence de cette vulnérabilité dans les trois premiers mois était en accord avec les données évoquées dans plusieurs études sur la morbi-mortalité lors des périodes de transition (retour d'hospitalisation, entrée en institution, changement d'institution) avec notamment un risque majoré de déclin fonctionnel (50,51), de chutes compliquées de fractures du fémur (44) et d'hospitalisations (12).

1.4.2. Un manque d'anticipation et de préparation

Un peu plus d'un tiers des patients seulement avait réellement anticipé et préparé le projet d'EHPAD. Pourtant, la majorité présentait déjà une perte d'autonomie, avec nécessité d'aides à domicile, et cette perte avait été progressive pour la moitié des patients, laissant le temps a priori de préparer un tel projet. Certes l'anticipation psychologique, de par des discussions avec l'entourage ou le médecin traitant, est un critère qualitatif qu'il était difficile d'évaluer dans cette étude, mais en ce qui concerne les démarches effectuées, les dossiers envoyés aux EHPAD préalablement à l'hospitalisation étaient peu nombreux et les visites d'établissements ou séjours temporaires étaient anecdotiques.

Toutefois, la population incluse provenait essentiellement de l'hôpital ou d'un centre de convalescence, ce qui pourrait provoquer un biais dans ces résultats.

Durant la phase d'inclusion, les patients provenant du domicile étaient peu nombreux puisque nous ne les avons inclus que pour le Village, l'EHPAD de l'hôpital. Or nous

pouvons émettre l'hypothèse, d'une part que les patients provenant du domicile optaient peu pour un EHPAD hospitalier, d'autre part que leurs admissions en établissement étaient mieux anticipées. De plus, parmi les patients hospitalisés, certains l'étaient par nécessité d'une solution en urgence, devant un maintien à domicile devenu impossible : nous pouvons penser que ces patients-là avaient peu anticipé l'entrée en EHPAD.

2. Limitations et atouts de l'étude

2.1. Limites méthodologiques

2.1.1. Biais de classification

L'étude présentait certains biais de classification.

Tout d'abord, l'appréciation de la dégradation thymique était subjective car effectuée par des professionnels différents en fonction de l'établissement et sans qu'une échelle validée reproductible n'ait été systématiquement utilisée à six mois de l'admission en EHPAD.

Pour limiter ce biais, le mieux aurait probablement été d'utiliser un même score validé de dépression pour tous les patients, avant l'entrée en EHPAD et régulièrement dans les six mois suivant l'entrée, et que tous les entretiens d'un même patient soient effectués par le même professionnel de santé, au mieux spécialiste (psychologue, psychiatre, infirmier psychiatrique). Cela était rendu difficile par le grand nombre d'EHPAD et leur large répartition géographique.

Cependant, les résultats restaient intéressants en montrant un taux très important de patients chez qui le personnel de l'EHPAD et/ou le médecin traitant avaient considéré l'altération thymique comme suffisamment notable pour la signaler.

De même, un biais de classification pourrait être soulevé à propos de l'appréciation de l'évolution du statut nutritionnel. Les taux d'albumine sérique à six mois étaient trop peu dosés, ce qui a pu fausser la classification de l'évolution nutritionnelle, parfois basée sur le poids seul. Or une perte de poids chez un patient dénutri et chez un patient en surpoids ou obèse n'aurait pas a priori la même signification. Cependant, les études internationales semblent montrer une signification péjorative de la perte de poids chez la personne âgée quel

que soit l'IMC de base, et le surpoids et l'obésité seraient associés à une moindre mortalité que le poids normal (77). Enfin, quelques données de poids manquaient également, mais elles étaient peu nombreuses et, pour limiter les faux résultats, les patients concernés ont été retirés des analyses statistiques de l'état nutritionnel, qui furent donc réalisées sur un effectif de 62 patients plutôt que 67.

Ces deux biais n'étaient pas différentiels, aussi ils diminuaient la puissance des résultats mais ne les invalidaient pas, d'autant plus qu'ils concernaient des critères de jugement secondaires.

2.1.2. Biais de sélection

Certaines caractéristiques de l'étude pouvaient limiter l'extrapolation des résultats.

D'une part, elle était monocentrique, puisque conduite au sein du seul hôpital de Châtellerault. D'autre part, l'effectif de la population était relativement faible. Enfin, le recrutement des patients était quasi exclusivement hospitalier, ce qui empêchait l'extrapolation des résultats aux personnes intégrant un EHPAD directement depuis leur domicile ou une maison de retraite non médicalisée.

2.2. Atouts

Premièrement, il s'agissait d'une étude prospective.

Deuxièmement, l'inclusion des patients était systématique et consécutive, et les critères d'exclusion cohérents par rapport aux variables étudiées. En effet, une bonne évaluation de l'état psychique des patients présentant une démence sévère était trop complexe et aurait requis une prise en charge spécialisée. De plus, trop de facteurs de confusion auraient interféré avec la prescription de traitements psychotropes dans cette population. Pour ce qui est des quelques patients en fin de vie du fait d'une pathologie en phase terminale, des facteurs de confusion auraient aussi interféré, cette fois avec les données de thymie, d'autonomie et de nutrition.

Troisièmement, la durée de suivi des patients était cohérente par rapport aux objectifs fixés, puisque cette étude s'intéressait aux premiers mois consécutifs à une entrée en EHPAD. Il n'y a eu par ailleurs aucun perdu de vue et très peu de données manquantes, compensées en les excluant des analyses statistiques.

Pour conclure, les données de l'étude devraient pouvoir être extrapolées, avec prudence, à des patients sans trouble cognitif sévère institutionnalisés depuis l'hôpital.

2.3. Intérêts

Le syndrome dépressif immédiatement consécutif à l'entrée en EHPAD a été peu exploré, tout comme les facteurs pouvant éventuellement y contribuer. Cette étude venait donc tenter de compléter les informations déjà existantes sur le sujet et rend compte de l'ampleur de la dégradation thymique induite par l'institutionnalisation en France, phénomène qui était jusqu'alors suspecté par l'expérience mais non objectivé scientifiquement.

Elle étudiait également une autre façade du problème, celle de la prescription de traitements antidépresseurs induite par cette entrée en institution.

Enfin, l'exploration de l'anticipation du projet et de l'opinion des futurs résidents concernant les établissements était nouvelle et permettait de mettre en lumière des lacunes dans leur préparation en France et l'importance d'anticiper une admission en EHPAD.

3. Perspectives

3.1. Implications pour la pratique clinique

3.1.1. Accompagner le changement d'environnement

Cette étude exposait la vulnérabilité des personnes âgées au moment de leur entrée en EHPAD. Déjà fragiles, ce changement de vie était un bouleversement psychique pour beaucoup d'entre elles. Or la forte proportion de symptômes dépressifs dans les mois suivant l'admission montrait qu'elles n'étaient pas encore assez accompagnées dans ce changement.

Ces données ont donc des implications concrètes dans la pratique clinique : il conviendrait probablement de renforcer le suivi des personnes âgées dans cette période de transition, que ce soit par le médecin traitant, le personnel de l'EHPAD ou des professionnels spécialisés dans la psychopathologie.

3.1.2. Améliorer la formation des soignants

La mise en évidence de la non amélioration nutritionnelle comme un signe d'appel possible de syndrome dépressif pourrait être utile aux soignants. Une diminution du poids, ou une absence de gain de poids chez un patient déjà malnutri, pourraient en effet alerter le personnel soignant et l'inviter à se pencher sur l'état psychique d'un résident.

Par ailleurs, les raisons du pic de morbi-mortalité observé dans les premiers mois pouvaient questionner, notamment sur la part éventuelle de l'état thymique dans la pathogénie des complications présentées. Un renforcement de la formation des professionnels médicaux et paramédicaux au diagnostic de syndrome dépressif en population gériatrique pourrait être suggéré.

3.1.3. Mieux préparer l'entrée en EHPAD

Que penser d'une admission d'un patient au plus vite au sortir de l'hôpital, dans un établissement qui n'a pas été véritablement choisi ? Vaut-il mieux un séjour à domicile en attendant une place dans un lieu choisi ou un placement au hasard impliquant ensuite un nouveau bouleversement au moment du déménagement dans le lieu choisi ? La grande vulnérabilité des personnes dans cette période critique et les risques qu'implique la survenue d'un syndrome dépressif nécessitent une vigilance particulière concernant les conditions d'entrée en institution. Il est à noter cependant qu'en règle générale, une admission en EHPAD se décidait en accord avec le patient quand le maintien au domicile devenait trop difficile.

Aussi l'anticipation du projet d'EHPAD devrait être renforcée. En effet, l'expérience tendrait à faire penser qu'une bonne préparation psychologique et administrative aiderait la personne à se projeter dans un nouveau lieu de vie, qu'elle aurait choisi, et faciliterait par la suite son adaptation à l'EHPAD. Cette étude ne retrouvait pas d'association significative entre le manque d'anticipation du projet et une dégradation thymique. En revanche, l'opinion préalable des patients semblait avoir un impact, alors même que les établissements n'avaient pas été visités ou fréquentés, ce qui pouvait signifier que leurs représentations de l'EHPAD ne coïncidaient pas avec la réalité. Une meilleure information en amont (en dehors de l'urgence d'une institutionnalisation imminente) serait possiblement bénéfique, charge revenant aux différents médecins et personnels paramédicaux qui participent à la prise en charge des patients en perte d'autonomie.

3.2. Implications en santé publique

La gravité d'un syndrome dépressif et ses conséquences motivaient que cela soit étudié. En effet, en avançant dans la compréhension de ce phénomène, dans la connaissance de facteurs de risque corrigeables, dans sa prévention ou son diagnostic précoce, beaucoup de complications pourraient potentiellement être évitées.

La prescription de traitements psychotropes pourrait être diminuée ou mieux ciblée, limitant le risque iatrogénique. La prévalence des hospitalisations, des chutes, de la dénutrition, conséquences directes ou indirectes de la dépression, pourrait baisser, ainsi que leurs propres complications. Des frais de santé seraient par conséquent aussi évités. Enfin, et surtout, la qualité de vie des résidents pourrait potentiellement être améliorée.

Cette étude montrait un emploi toujours trop répandu des traitements anxiolytiques par benzodiazépines, même si les molécules aux plus courtes demi-vies étaient globalement privilégiées, au dépend des traitements non médicamenteux officiellement recommandés pour lutter contre l'anxiété, les troubles du sommeil et les troubles du comportement.

De même, les EHPAD doivent normalement comprendre dans leur offre de soins un psychologue ou infirmier psychiatrique. Cependant nous avons constaté une probable insuffisance de prise en charge pour répondre aux besoins. Les résultats quelque peu différents en fonction du type d'EHPAD intégré pourraient aller dans ce sens.

Ces constatations pourraient encourager les autorités à renouveler leurs efforts d'information des professionnels de santé sur le bon usage des traitements psychotropes, mais également à réfléchir aux possibilités de prendre en charge les troubles anxieux et dépressifs autrement que par des traitements médicamenteux.

Les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination gériatrique) mériteraient d'être mis en avant et davantage sollicités. Pour améliorer la préparation des patients à une admission en EHPAD, ils ont élaboré une série de formulaires de qualité dont la diffusion auprès de la population, et des médecins à destination de leurs patients, pourrait être profitable : ils y explorent les croyances des personnes au sujet des EHPAD, aident à la réflexion et au choix d'un projet, encouragent l'anticipation en indiquant la marche à suivre et apportent des informations complètes (78,79).

3.3. Suggestions de recherches

Les troubles de l'humeur dans les mois suivant une admission en EHPAD sont un réel problème. Des études de plus grande ampleur, multicentriques et avec des critères diagnostiques reproductibles, seraient intéressantes pour en retrouver des facteurs de risque éventuels, ce qui pourrait permettre d'améliorer la prévention de cette pathologie.

Une autre piste intéressante serait l'étude des facteurs psychopathologiques éventuellement impliqués dans les complications somatiques rencontrées précocement en EHPAD, à nouveau dans un objectif de prévention, mais aussi de meilleure prise en charge.

Les représentations de l'EHPAD dans la population générale et notamment chez les personnes âgées et leurs proches pourraient être appréhendées par une étude qualitative, dans l'optique d'améliorer l'adéquation entre représentations et réalité, ou d'adapter peu à peu l'organisation des établissements pour se rapprocher, autant que possible, des attentes de la population. Il pourrait être intéressant également d'étudier l'impact sur l'état thymique à l'entrée en EHPAD d'un programme d'information et d'accompagnement personnalisé.

CONCLUSION

Au sein de notre population vieillissante, la place des personnes âgées en perte d'autonomie est de plus en plus importante, tout comme la nécessité de les accueillir dans des établissements adaptés lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. La population gériatrique, déjà fragile et sujette aux troubles de l'humeur, est encore plus vulnérable face aux changements de mode de vie ou d'environnement, en particulier au moment d'une entrée en institution, et mérite que l'on s'attarde sur sa santé et sa qualité de vie.

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer le taux de modification du traitement antidépresseur, en faveur d'une majoration ou d'une instauration, du fait d'une dégradation thymique, dans les six mois suivant une entrée en EHPAD.

Nous retrouvons une incidence élevée de syndrome dépressif dans cette population. Près de la moitié des patients voyait son état thymique se dégrader dans les six mois et un quart nécessitait une majoration de son traitement, avec toutes les complications que cela implique, notamment iatrogéniques.

L'évolution de statut nutritionnel dans les six mois suivant une entrée en institution mérite d'être suivie de près, notamment parce qu'elle est associée, dans cette étude, à l'état thymique et à la majoration du traitement antidépresseur.

Les patients semblaient relativement peu préparés à l'entrée en EHPAD, et ceux qui en avaient initialement une opinion positive souffraient plus souvent de dégradation thymique. Aussi un tel projet nécessiterait plus d'anticipation et une meilleure information des patients.

L'accompagnement des patients devra se poursuivre après leur entrée en institution avec, dans les premiers mois, une attention particulière à porter sur tout signe pouvant traduire une souffrance psychologique.

Des études épidémiologiques complémentaires seraient utiles pour tenter de mettre en évidence des facteurs de risque de syndrome dépressif à l'entrée en EHPAD, et ainsi tenter de le prévenir, pour une moindre prescription de psychotropes, une moindre morbi-mortalité et une meilleure qualité de vie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Parant A. Les enjeux du vieillissement de la population, Ageing of the Population Issues. Rev Fr Adm Publique. no113(1):83-95.
2. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Bilan démographique 2016 [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860?sommaire=1912926>
3. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
4. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2004;59(3):255-63.
5. Société francophone de médecine d'urgence (SFMU). La personne âgée aux Urgences. Conférence de consensus [Internet]. Déc 2003 [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
6. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie. Économie et Statistique n° 481-482 [Internet]. [cité 22 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1305201?sommaire=1305205&q=apa>
7. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2003;58(3):249-65.
8. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010: Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1475/etude_vieillissement.pdf
9. Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ. 3 juill 2004;329(7456):15-9.
10. CHU de Montpellier. Maladies chroniques - Vieillissement en bonne santé [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.chu-montpellier.fr/fr/prises-en-charge-specifiques/prises-en-charges-specifiques/maladies-chroniques-vieillissement-en-bonne-sante/>

11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Etudes et Résultats [Internet]. Juill 2017, n°1015 [cité 14 oct 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
12. Haute autorité de santé (HAS). Note méthodologique et de synthèse documentaire: Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD. Organisation des parcours [Internet]. Juill 2015 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
13. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Paris. FRA. Les soins en EHPAD en 2013. Le financement de la médicalisation et bilan des coupes Pathos. Paris: CNSA; 2014 juill p. 24p.
14. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents--a population-based study. *J Am Geriatr Soc.* mars 2010;58(3):510-7.
15. Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, de Decker L, et al. Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissement pour personnes âgées dépendantes. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement.* déc 2011;9(4):409-15.
16. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, et al. [Depression among older nursing home patients. A review]. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* avr 2003;34(2):52-9.
17. Hoover DR, Siegel M, Lucas J, et al. Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA. *Int Psychogeriatr IPA.* nov 2010;22(7):1161-71.
18. Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe M. Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry.* déc 2006;21(12):1156-62.
19. Organisation mondiale de la santé (OMS). «Dépression: parlons-en» déclare l'OMS, alors que cette affection arrive en tête des causes de morbidité [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/fr/>
20. Unützer J, Patrick DL, Simon G, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. *JAMA.* 28 mai 1997;277(20):1618-23.
21. Schulz R, Drayer RA, Rollman BL. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biol Psychiatry.* 1 août 2002;52(3):205-25.

22. Institut national d'études démographiques (INED). Les espérances de vie sans incapacité [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: https://pole_vieillesse_et_vieillissements.site.ined.fr/fr/sante_autonomie/definition/
23. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé: Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. HAS [Internet]. 2005 [cité 22 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
24. Haute autorité de santé (HAS). Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Organisation des Parcours [Internet]. Sept 2014 [cité 22 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf
25. Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging*. janv 2008;12(1):29-37.
26. Balducci L, Beghe C. The application of the principles of geriatrics to the management of the older person with cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. sept 2000;35(3):147-54.
27. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. sept 1991;39(9 Pt 2):8S-16S; discussion 17S-18S.
28. Somme D, Rousseau C. L'évaluation gériatrique standardisée ou l'approche gérontologique globale : où en est-on ? *Rev Médecine Interne*. 1 févr 2013;34(2):114-22.
29. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*. 1 nov 1994;47(11):1245-51.
30. Haute autorité de santé (HAS). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles [Internet]. Avril 2007 [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
31. Haute autorité de santé (HAS). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Evaluation et amélioration des pratiques [Internet]. Janv 2008 [cité 22 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personnes_agees_ceapp.pdf
32. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and

British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc.* janv 2011;59(1):148-57.

33. Wall JC, Bell C, Campbell S, Davis J. The Timed Get-up-and-Go test revisited: measurement of the component tasks. *J Rehabil Res Dev.* févr 2000;37(1):109-13.

34. Clement JP, Nassif RF, Leger JM, Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. In: *L'Encéphale* [Internet]. Elsevier Masson; 1997 [cité 22 mai 2017]. p. 91-9. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2700790>

35. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* nov 1975;12(3):189-98.

36. Derouesne C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. [Mini-Mental State Examination: a useful method for the evaluation of the cognitive status of patients by the clinician. Consensual French version]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 12 juin 1999;28(21):1141-8.

37. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 21 sept 1963;185:914-9.

38. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Le modèle "AGGIR", Guide d'utilisation [Internet]. Janv 2008 [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf

39. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Comptes nationaux de la santé 2013 - édition 2014. Collection études et statistiques [Internet]. [cité 22 mai 2017]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013_edition_2014.pdf

40. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Assurance maladie et perte d'autonomie [Internet]. 23 juin 2011 [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

41. de Carvalho MP, Luckow ELT, Siqueira FV. [Falls and associated factors in institutionalized elderly people in Pelotas (RS, Brazil)]. *Cienc Saude Coletiva.* juin 2011;16(6):2945-52.

42. Gac H, Marín PP, Castro S, Hoyl T, Valenzuela E. [Falls in institutionalized elderly

subjects. Features and geriatric assessment]. *Rev Med Chil.* août 2003;131(8):887-94.

43. Díaz Grávalos GJ, Gil Vázquez C, Andrade Pereira V, Alonso Payo R, Alvarez Araujo S, Reinoso Hermida S. [Risk factors for falls amongst older people living in nursing home. A cohort study]. *Rev Espanola Geriatr Gerontol.* déc 2009;44(6):301-4.

44. Berry SD, Lee Y, Zullo AR, Kiel DP, Dosa D, Mor V. Incidence of Hip Fracture in U.S. Nursing Homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* sept 2016;71(9):1230-4.

45. Sugarman JR, Connell FA, Hansen A, Helgerson SD, Jessup MC, Lee H. Hip fracture incidence in nursing home residents and community-dwelling older people, Washington State, 1993-1995. *J Am Geriatr Soc.* oct 2002;50(10):1638-43.

46. Gama ZA da S, Gómez-Conesa A. Risk factors for falls in the elderly: systematic review. *Rev Saúde Pública.* oct 2008;42(5):946-56.

47. Lesourd B, Ferry M. Dénutrition du sujet âgé. In: *Traité de nutrition artificielle de l'adulte* [Internet]. Springer, Paris; 2007 [cité 29 nov 2017]. p. 1075-90. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-287-33475-7_79

48. Young C, Hall AM, Gonçalves-Bradley DC, et al. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 3 avr 2017;4:CD009844.

49. González-Colaço Harmand M, Meillon C, Rullier L, et al. Cognitive decline after entering a nursing home: a 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc.* juill 2014;15(7):504-8.

50. Scocco P, Rapattoni M, Fantoni G. Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly? *Int J Geriatr Psychiatry.* 1 mars 2006;21(3):281-7.

51. Doupe M, Brownell M, St. John P, Strang DG, Chateau D, Dik N. Nursing Home Adverse Events: Further Insight into Highest Risk Periods. *J Am Med Dir Assoc.* 1 juill 2011;12(6):467-74.

52. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les personnes âgées en institution. Dossiers solidarité et santé [Internet]. 2011, n°22 [cité 19 juin 2017]. Disponible sur:

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf>

53. Handler SM, Wright RM, Ruby CM, Hanlon JT. Epidemiology of medication-related adverse events in nursing homes. *Am J Geriatr Pharmacother.* sept 2006;4(3):264-72.

54. Graverholt B, Riise T, Jamtvedt G, Ranhoff AH, Krüger K, Nortvedt MW. Acute hospital admissions among nursing home residents: a population-based observational study.

BMC Health Serv Res. 1 déc 2011;11(1):126.

55. Creditor MC. Hazards of Hospitalization of the Elderly. *Ann Intern Med.* 1 févr 1993;118(3):219.

56. Gérontopôle, Hôpital Universitaire de Toulouse, FRA. Rolland Y, Andrieu S, Hein C, et al. Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France: résultats de l'étude PLEIAD. *Rev Gériatrie.* sept 2012;37(7):543-8.

57. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing.* nov 2014;43(6):759-66.

58. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Lipson S, Werner P. Predictors of Mortality in Nursing Home Residents. *J Clin Epidemiol.* avril 1999;52(4):273-80.

59. Hjaltadóttir I, Hallberg IR, Ekwall AK, Nyberg P. Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:86.

60. Dale MC, Burns A, Panter L, Morris J. Factors affecting survival of elderly nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry.* janv 2001;16(1):70-6.

61. American psychiatric association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition. Issy-les-Moulineaux: Masson; juill 2005.

62. Burns A, Denning T, Lawlor B. Clinical guidelines in old age psychiatry. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1 juill 2002;73(1):100-100.

63. Haute autorité de santé (HAS). Pourquoi et comment améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé? [Internet]. Juill 2008 [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/actualites_n2_ppsa_juillet_08_v2.pdf

64. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. *Rev Médicale Assur Mal.* 2003;34(2):75-84.

65. Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, Goni S, Hein C, Vellas B. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* mai 2012;13(4):407.e7-12.

66. Bell CL, Tamura BK, Masaki KH, Amella EJ. Prevalence and measures of nutritional compromise among nursing home patients: weight loss, low body mass index, malnutrition, and feeding dependency, a systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc.* févr 2013;14(2):94-100.

67. Tamura BK, Bell CL, Masaki KH, Amella EJ. Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: a systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc.* sept 2013;14(9):649-55.
68. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet Lond Engl.* 4 juin 2005;365(9475):1961-70.
69. Helmer C, Montagnier D, Pérès K. Epidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement.* 2004;2(1):7-12.
70. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiter H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord.* décembre 2004;83(2-3):135-42.
71. Brink P, Stones M. Examination of the relationship among hearing impairment, linguistic communication, mood, and social engagement of residents in complex continuing-care facilities. *The Gerontologist.* oct 2007;47(5):633-41.
72. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 [Internet]. 1^{er} janvier 2003 [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1>
73. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). La polymédication : définitions, mesures et enjeux: Revue de la littérature et tests de mesure. Question d'économie de la santé [Internet]. Déc 2014, n°204 [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
74. Roffman CE, Buchanan J, Allison GT. Charlson Comorbidities Index. *Journal of Physiotherapy.* juill 2016;62(3):171.
75. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *N Engl J Med.* 17 janv 2008;358(3):252-60.
76. Naudet F, Boussageon R, Palpacuer C, Gallet L, Reymann J-M, Falissard B. Understanding the Antidepressant Debate in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Thérapie.* août 2015;70(4):321-7.
77. Vetrano DL, Collamati A, Magnavita N, et al. Health determinants and survival in nursing home residents in Europe: Results from the SHELTER study. *Maturitas.* 1 janv 2018;107(Supplement C):19-25.

78. Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Entrer en maison de retraite:  a se décide,  a s'anticipe. L'entrée en maison de retraite (EHPAD) [Internet]. Fév 2013, livret 1 [cité 19 nov 2017]. Disponible sur: http://www.clic6.org/IMG/pdf/livret1_online.pdf

79. Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Entrer en maison de retraite: se renseigner, se préparer. L'entrée en maison de retraite (EHPAD) [Internet]. Avril 2013, livret 2 [cité 19 nov 2017]. Disponible sur: http://www.clic6.org/IMG/pdf/livret2_online-2.pdf

ANNEXES

Annexe I. Echelle mini-GDS (Geriatric Depression Scale) de dépistage des symptômes dépressifs du sujet âgé

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

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

Score ≥ 1 : Forte probabilité de dépression

Score = 0 : Forte probabilité d'absence de dépression

Annexe II. Test de dépistage des troubles cognitifs MMSE (Mini Mental State Examination)

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

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

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. En quelle année sommes-nous ? | ☐ |
| 2. En quelle saison ? | ☐ |
| 3. En quel mois ? | ☐ |
| 4. Quel jour du mois ? | ☐ |
| 5. Quel jour de la semaine ? | ☐ |

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

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

Apprentissage

/ 3

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

- | | | | |
|------------|--------|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | Citron | Fauteuil | ☐ |
| 12. Fleur | Clé | Tulipe | ☐ |
| 13. Porte | Ballon | Canard | ☐ |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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

- | | |
|--------|--------------------------|
| 14. 93 | ☐ |
| 15. 86 | ☐ |
| 16. 79 | ☐ |
| 17. 72 | ☐ |
| 18. 65 | ☐ |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

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

- | | | | |
|------------|--------|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | Citron | Fauteuil | ☐ |
| 12. Fleur | Clé | Tulipe | ☐ |
| 13. Porte | Ballon | Canard | ☐ |

Langage

/ 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** ☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

- | | |
|--|--------------------------|
| 25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, | ☐ |
| 26. Pliez-la en deux, | ☐ |
| 27. Et jetez-la par terre. »**** | ☐ |

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

28. « Faites ce qui est écrit ». ☐

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

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » ☐

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? » ☐



Annexe III. Classification GIR (Groupes Iso-Ressources)

Groupes Iso-Ressources	Degrés de dépendance et aide adéquate
GIR 1	Fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées : Individu en fin de vie, ou immobilisé dans un lit ou dans un fauteuil et dont les facultés mentales sont très atteintes. ➤ Nécessite une présence constante car la personne est totalement dépendante.
GIR 2	Fonctions intellectuelles <u>ou</u> motrices sérieusement altérées : Individu immobilisé mais dont les facultés intellectuelles sont intactes, ou individu pouvant se déplacer mais dont les facultés mentales sont atteintes. ➤ Nécessite la présence d'une tierce personne quasi constante.
GIR 3	Fonctions motrices altérées : Individu qui ne peut effectuer certains gestes de la vie quotidiennes (se laver, se lever, s'habiller, se coucher...) mais qui a conservé toutes ses facultés mentales. ➤ Nécessite une aide partielle mais quotidienne pour les gestes de la vie quotidienne.
GIR 4	Fonctions motrice légèrement altérées : Individus pouvant effectuer les gestes de la vie quotidienne mais qui ne peut pas se déplacer seul, ou, individu qui peut se déplacer seul mais qui ne peut effectuer certains gestes. ➤ Nécessite une aide partielle et éventuellement quotidienne selon les cas.
GIR 5	Fonctions motrice occasionnellement diminuées : Individus ayant occasionnellement les fonctions motrices diminuées. ➤ Nécessite une aide occasionnelle uniquement pour certains gestes.
GIR 6	Personnes autonomes

Annexe IV. Grille de calcul AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)

EVALUATION DEPENDANCE/AUTONOMIE A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN

PATIENT(E) EXAMINE(E) ☐ Monsieur ☐ Madame

NOM : _____ PRENOM : _____

Situation : ☐ Chronique ☐ Temporaire

REEMPLIR SUIVANT LES CRITERES CI-DESSOUS S = spontanément T = totalement H = habituellement C = correctement Résultat = A si oui pour 4 adverbess B si oui pour 1 à 3 adverbess C si non pour tous les adverbess		S	T	H	C	A ou B ou C
1	Cohérence : conserser et/ou se comporter de façon sensée					
2	Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux					
3	Toilette : concerne l'hygiène coporelle HAUT BAS					
4	Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter HAUT BOUTONNAGE BAS					
5	Alimentation : manger les aliments préparés SE SERVIR MANGER					
6	Elimination : assurer l'hygiène de l�limination URINAIRE FCALE					
7	Transferts : se lever, s'asseoir, se coucher					
8	Déplacements à l'intérieur du logement Avec ou sans canne, déambulateur ...					
9	Déplacements à l'extérieur du logement A partir de la porte d'entrée sans aide					
10	Communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, téléalarme ...)					

Docteur, merci de vérifier que :

- la situation chronique ou temporaire est bien renseignée,
- toutes les cases sont cochées sans ratures ni surcharges.

Veuillez, dater, signer et mettre votre tampon professionnel.

A _____ LE _____ SIGNATURE ET CACHET

Annexe V. Questionnaire sur l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) soumis aux patients inclus

1. Qui a souhaité votre entrée en maison de retraite ? (plusieurs réponses possibles)
 - a. Vous
 - b. Votre conjoint
 - c. Vos enfants
 - d. Votre médecin traitant
 - e. Le médecin de l'hôpital
 - f. Autre

2. Pensez-vous que ce soit une bonne chose ?
 - a. Oui
 - b. Non

3. Avant l'hospitalisation, aviez-vous déjà réfléchi à une éventuelle entrée en maison de retraite ?
 - a. Oui
 - b. Non

4. Si oui :
 - a. Aviez-vous déjà fait des démarches dans ce sens ?
 - b. Aviez-vous visité des établissements ?
 - c. Aviez-vous déjà séjourné temporairement dans un établissement ?

5. Quelle est votre opinion des maisons de retraite ?
(Utiliser le curseur EVA [Evaluation Visuelle Analogique] : $EVA > 5$ est une opinion positive, $EVA < 5$ est une opinion négative, $EVA = 5$ est une opinion neutre)

RESUME ET MOTS CLES

Contexte : La population gériatrique ne cesse de croître avec une augmentation prévisible des admissions en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Les fragilités de cette population impactent la qualité de vie et majorent potentiellement le risque de dépression, avec ses complications telles que l'hospitalisation, la iatrogénie médicamenteuse ou le décès.

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer la prescription de traitements antidépresseurs dans les six mois suivant une première entrée en EHPAD. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le taux de dégradation de l'état thymique (avec ou sans modification de traitement), les facteurs associés à cette dégradation et à la prescription d'antidépresseurs, et certains indicateurs de morbi-mortalité à six mois (hospitalisations, décès, statut nutritionnel et autonomie).

Méthode : Tous patients admis en institution depuis l'hôpital de Châtellerauld (France) et tous patients intégrant l'EHPAD hospitalier « Le village » étaient inclus de manière consécutive et prospective pendant six mois, en excluant les patients déments sévères ou ayant un pronostic de vie inférieur à six mois.

Résultats : Soixante-sept patients étaient inclus puis suivis pendant six mois. Le taux d'escalade thérapeutique était de 25,8% ($p < 0,0001$) et était associé à une stabilité ou une aggravation de l'état nutritionnel à six mois (OR 8,46 [1,08–66,64] et OR 11,95 [1,77–80,61]), à une admission en EHPAD non hospitalier (OR 2.95 [1.02–5.94]) et au taux de décès (OR 0,07 [0,01–0,59]). La dégradation thymique concernait 42,4% des patients et était associée à une stabilité de l'état nutritionnel (OR 7,54 [1,73–32,90]) et à une opinion initialement positive de l'EHPAD (OR 4,38 [1,29–14,83]). Les taux d'hospitalisation et de décès étaient de 24,2% et 20,9% respectivement et survenaient essentiellement dans les trois premiers mois.

Conclusion : L'entrée en EHPAD est une période charnière, fréquemment suivie de dégradations thymiques et de prescription d'antidépresseurs. L'impact sur la qualité de vie et les complications dues à la dépression méritent que les projets d'EHPAD soient anticipés. Des études supplémentaires seraient utiles pour cibler les facteurs de risque de dépression à l'entrée en EHPAD.

Mots-clés : EHPAD – institutionnalisation – morbidité – dépression – syndrome dépressif – antidépresseurs – psychotropes / residential facilities – nursing home – institutionalization – morbidity – depression – depressive symptoms – antidepressive agents – antidepressant drugs.

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !

