



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Intérêt du score SEGAM dans la prévention des complications intra-hospitalières chez les sujets âgés en psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le 08/11/2018
à 18h00 au pôle formation

Par Sophie HENNEBERT- MEDICI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Docteur Patrick LEROUGE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Stéphanie SOCKEEL

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CAPi Centre d'Accueil Psychiatrique Intersectoriel

CH Centre Hospitalier

CHR Centre Hospitalier Régional

CHRU Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNIL Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNM Clinique du Nouveau Monde

DMS Durée moyenne de séjour

EGS Echelle Gériatrique Standardisée

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG Équipe mobile de gériatrie

EPSM Etablissement Public de Santé Mentale

GFST Gerontopole Frailty Screening Tool

HAD Hospitalisation A Domicile

OMS Organisation Mondiale de la Santé

SAMU Service d'Aide Médicale Urgente

SDRE Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat

SDT Soins à la Demande d'un Tiers

SL Soins Libres

SPI Soins en Péril Imminent

SEGA Short Emergency Geriatric Assessment

SEGA_m Modified Short Emergency Geriatric Assessment

SFGG Société Française de Gériatrie et Gériologie

SHARE Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe

SPPB Short Physical Performance Battery

TA Tentative d'Autolyse

VPP Valeur prédictive positive

VPN Valeur prédictive négative

Table des matières

Résumé.....	10
Introduction.....	12
I- Vieillesse.....	12
A) Démographie.....	12
B) Définition	12
C) Vieillesse et pathologie psychiatrique	14
II- Fragilité.....	15
A) Définition	15
B) Dépistage de la fragilité.....	17
C) Intérêt du dépistage de la fragilité	20
III- Particularités de la population psychiatrique.....	21
A) Particularités somatiques	21
B) Difficultés d'accès aux soins en ambulatoire.....	23
C) Prise en charge somatique en psychiatrie.....	23
1. Sous contrainte	23
2. En soins libres.....	24
3. Particularités du suivi en psychiatrie	24
D) Particularités du sujet âgé psychiatrique	25

IV-	Objectifs de l'étude	25
V-	Choix du service de psychiatrie	25
Matériel et méthodes		28
I-	Modélisation de l'étude	28
II-	Population de l'étude	28
III-	Recueil de données	29
IV-	Analyse statistiques	29
Résultats		32
I-	Description de la population étudiée	32
	A) Données démographiques	35
	B) Mode d'admission	35
	C) Motif d'admission.....	36
	D) Mode d'hospitalisation.....	37
	E) Lieu d'hospitalisation	38
	F) Durée du séjour.....	38
	G) Score SEGA modifié	39
	H) Complications des patients hospitalisés.....	40
	I) Analyse en sous-groupe.....	41

J)	Passage équipe mobile de gériatrie	42
K)	Mode de sortie.....	43
II-	Analyse bi variée : association entre score SEGAm et la survenue de complications.....	44
III-	Calcul de la performance statistique du score SEGAm	49
Discussion		52
I-	Comparaison des résultats avec les données de la littérature	52
A)	Description de la population de l'étude	52
B)	Durée moyenne de séjour	53
C)	Réhospitalisation à 6 mois	53
D)	Retour à domicile et entrée en EHPAD.....	54
E)	Prévalence des sujets fragiles.....	54
F)	Complications.....	55
G)	Passage équipe mobile de gériatrie	56
H)	Evaluation de la validité interne et externe de notre étude.....	56
II-	Biais de notre étude.....	57
III-	Force de notre étude	58
IV-	Perspective.....	59
A)	Formation des soignants au dépistage de la fragilité	59
B)	Alternatives possibles à l'hospitalisation	60

1. La télémédecine	61
2. Privilégier le suivi ambulatoire	61
3. L'hospitalisation à domicile	61
C) Limiter la survenue des complications intra-hospitalières	62
1. Suivi somatique du patient au cours de l'hospitalisation.....	62
2. Limiter l'iatrogénie.....	62
3. Equipe mobile de gériatrie	63
4. Gérontopsychiatrie.....	63
Conclusion	66
Références bibliographiques	68
Annexes.....	76
Annexe 1 : le score SEGA.....	76
Annexe 2 : le score SEGAm	77

RESUME :

Contexte : La population française vieillit. Les sujets âgés peuvent être fragiles et leur hospitalisation source de perte d'autonomie ou de décompensations. Les patients atteints de troubles psychiatriques sont particulièrement vulnérables et susceptibles d'être victimes de ces complications. L'identification de ces personnes âgées fragiles, à risque de complications lors des hospitalisations est donc nécessaire.

Objectif : L'objectif principal est de vérifier si le score SEGA modifié (SEGAm) permet de dépister une population à risque de complications, chez les sujets âgés hospitalisés en psychiatrie.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, analytique, prospective et unicentrique. Elle s'est déroulée du 18 juillet 2016 au 18 juillet 2018, au sein de l'hôpital psychiatrique de Roubaix (Nord). Etaient inclus les patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés depuis au moins 24h.

Résultats : 203 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 73 ans. Selon le score SEGAm, 26% des patients étaient fragiles et 33% très fragiles. 90 patients (44%) ont présenté des complications. Il s'agissait principalement de chute, iatrogénie et perte de poids. Le score SEGAm était statistiquement corrélé ($p < 0.01$) à la présence de complications (iatrogènes, infectieuses, métaboliques, de décubitus, chute, perte de poids, troubles de l'élimination). Il était prédictif de leur survenue, à plus de 72% pour un seuil de 11.

Conclusion : L'étude montrait une association significative entre un score SEGAm indicateur de fragilité et l'existence de complications intra-hospitalières chez les sujets âgés en psychiatrie. Ce score est donc un bon outil de dépistage des

complications chez les sujets âgés pendant leur hospitalisation. Le but de ce dépistage serait d'essayer de proposer des alternatives à l'hospitalisation ou de mettre en place des stratégies afin d'éviter les complications.

INTRODUCTION:

I- Vieillessement :

A) Démographie :

Selon l'Insee, la France compte 67,2 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2018, soit une croissance de 233 000 personnes sur un an, malgré une baisse des naissances. On observe un vieillissement de la population. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 19.6% de la population contre 19.2% début 2017. L'espérance de vie à la naissance est en progression. Elle est actuellement de 79.5 ans chez les hommes et de 85.3 ans chez les femmes. Elle pourrait dépasser 90 ans chez les femmes d'ici 2030 (1).

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement des générations du baby-boom (population née entre 1945 et 1965), le nombre de personnes âgées en France va s'accroître de façon importante. En 2013, 18 % de la population résidant en France avait 65 ans ou plus, ce chiffre passera à 26 % en 2040, soit une hausse de 8 points en vingt-sept ans (2).

B) définition :

Plusieurs définitions existent pour caractériser le vieillissement. Il s'agit, d'un point de vue médical, d'un processus naturel, lent, complexe et progressif qui implique différents facteurs biologiques, psychologiques et sociaux et qui touche l'ensemble des êtres vivants. Il correspond, d'un point de vue socio-économique, à l'âge de cessation de toute activité professionnelle. Selon l'Organisation mondiale de la Santé

(OMS), il débute à 65 ans. En gériatrie, on considère que les personnes sont âgées à partir de 65 ans et très âgées à partir de 75 ans (3).

Il existe différents modes évolutifs du vieillissement. Ils ont été définis dans les années 80 à partir des travaux de Rowe et Kahn (4).

Les principaux modes évolutifs sont :

- Le vieillissement réussi: le concept de vieillissement réussi concerne des individus préservant de bonnes capacités physiques et mentales, une autonomie et une vie sociale active. Il est défini selon trois caractéristiques: l'absence de pathologie entravant au bon fonctionnement de l'individu, le maintien de bonnes capacités cognitives et physiques ainsi qu'un engagement actif dans la société. Il concerne 12 à 58% des personnes âgées (5).

- Le vieillissement usuel ou habituel: diminution considérée comme physiologique, et liée à l'âge, de certaines capacités fonctionnelles. Ce phénomène n'est pas attribuable à une pathologie de l'organe (6).

- Le vieillissement pathologique: altération d'une ou plusieurs fonctions de l'organisme par une ou des maladies. Il se superpose au vieillissement physiologique. Le sujet présente des comorbidités (démence, troubles de l'humeur, troubles de la marche, diminution des capacités sensorielles, pathologies cardiovasculaires, dénutrition) pouvant favoriser l'apparition d'affections aiguës (5).

Le concept de vieillissement n'est pas un processus uniforme et figé dans le temps. Il s'agit d'un phénomène multidimensionnel (sociologique, démographique, médical, psychologique et économique). Sa connaissance permet de proposer des stratégies efficaces pouvant prévenir certains de ses effets (7).

C) Vieillissement et pathologie psychiatrique:

Selon l'OMS, il y a dans le monde, chez les personnes âgées de 60 ans et plus:

- plus de 20% de cette population atteinte de troubles psychiatriques ou neurologiques (à l'exception des céphalées). Les troubles les plus fréquents sont la dépression et la démence.
- 6.6% des incapacités sont liées à un trouble mental ou neurologique.
- 3.8% de troubles anxieux
- 25% des suicides dans le monde (8).

En France, les patients psychiatriques âgés de 60 ans et plus, représentent 18% de l'ensemble des personnes souffrant de troubles mentaux (9). Un patient schizophrène sur sept aurait plus de 65 ans (10).

L'origine de la population âgée en psychiatrie est double:

- les patients atteints de troubles psychiatriques depuis leur jeune âge et qui ont vieilli.
- les patients qui ont développé des problèmes de santé mentale liés à leur vieillissement.

//- La fragilité:

A) Définition :

Il s'agit d'un concept gériatrique, apparu d'abord dans les pays anglo-saxons et introduit en France dans les années 1980, défini par un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou majoration d'une perte fonctionnelle existante (4). La fragilité peut également être définie par une diminution des réserves physiologiques de la personne âgée. Son expression clinique peut être modulée par les comorbidités du patient et les facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. L'âge en est un déterminant majeur mais n'explique pas à lui seul ce concept de fragilité. Chez les sujets âgés, l'adaptation aux événements stressants de vie est plus difficile et accroît le risque de perte d'autonomie. L'état de fragilité est instable et réversible, il nécessite un repérage rapide. A ce stade, les interventions peuvent être encore efficaces et rejoindre la trajectoire du vieillissement réussi. Ceci permet de prévenir la dépendance (11).

Le processus de fragilisation se compose de trois états (figure 1):

- la pré-fragilité: elle est cliniquement silencieuse. La diminution des réserves physiologiques existe déjà mais les réserves physiologiques permettent encore d'assurer une réponse de l'organisme aux stress extérieurs. La récupération clinique est alors complète.

- la phase d'état ou état de fragilité: insuffisance des réserves physiologiques marquée par une récupération plus lente après une affection aiguë, stress ou blessure. Elle est le plus souvent incomplète. Le sujet âgé fragile est alors vulnérable à toute situation de stress, même minime (exemple: hospitalisation). Cet état peut se

compliquer de décompensations multisystémiques brutales et souvent en cascade (12) (13). Les sujets fragiles sont à haut risque de perte d'autonomie, d'institutionnalisation ou de décès.

- stade des complications (14): il s'agit par exemple de la perte d'indépendance, de l'handicap, de l'entrée en institutionnalisation, ou de la survenue du décès.

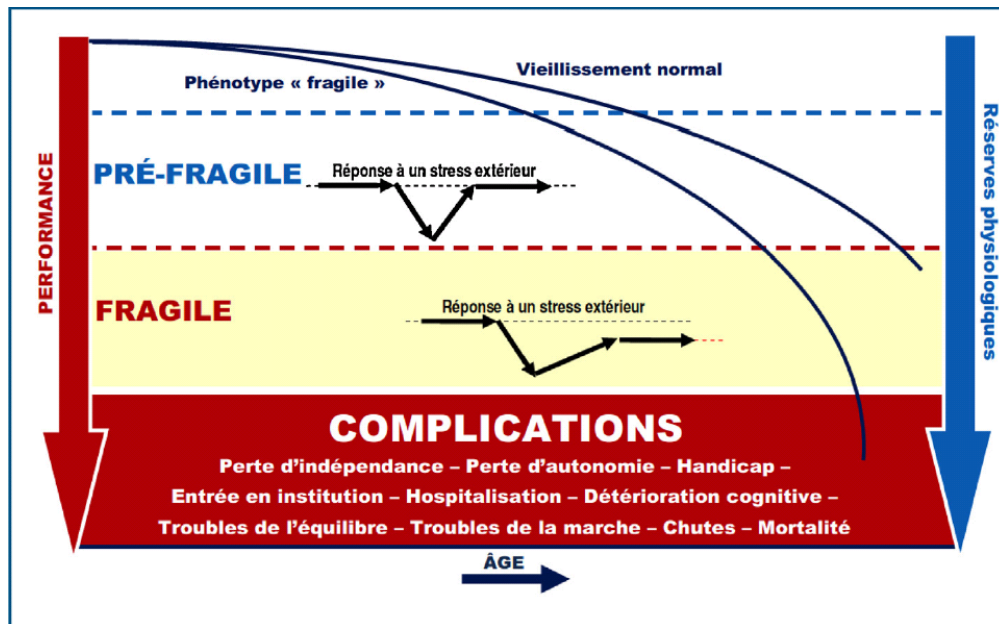


Figure 1. Le développement de la fragilité avec l'avancée en âge.

Pouvoir estimer la prévalence de la fragilité est utile pour la mise en place des programmes de soins de santé des sujets âgés. Dans la littérature, on observe des prévalences de fragilité différentes. Cette dernière est difficile à estimer et il faut rester prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Selon la cohorte européenne SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), on observe 4.1% de sujets fragiles chez les 50-64 ans et 17% pour les personnes âgées de 65 ans et plus (15)

B) Le dépistage de la fragilité:

Il n'y a pas de gold standard, pour le moment, dans le dépistage de la fragilité. La fragilité peut se mesurer à l'aide de différents outils. Plusieurs échelles et questionnaires de mesure de fragilité ont été élaborés. On en compte actuellement plus de vingt-sept.

Les éléments les plus souvent abordés pour évaluer la fragilité sont :

- l'environnement social
- la dépendance
- les comorbidités
- la mobilité
- l'activité physique
- la force
- le statut nutritionnel
- l'énergie
- la cognition
- l'humeur

La fragilité peut se mesurer grâce aux outils suivants :

- L'évaluation gériatrique standardisée.
- Les outils basés sur les critères de Fried : Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST), SOF frailty index, Short Physical Performance Battery (SPPB) et Vitesse de marche.

- Les outils basés sur le modèle multi-domaine de Rockwood :Frailty Index - comprehensive geriatric assessment et Clinical Frailty Scale.
- La grille Short Emergency Geriatric Assessment modifiée (SEGAm) (16).

La grille Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA) (annexe 1) a été créé par Schoevaerdt *et al.*, en 2003 en Belgique (17). Cette grille permet d'évaluer rapidement le profil gériatrique des patients âgés de plus de 70 ans aux urgences. Il s'agit d'une aide pour l'orientation des patients âgés pris en charge aux urgences.

Le score SEGA se compose de 20 items pondérés à 3 niveaux répartis en deux volets (18):

- Le volet A établit le profil gériatrique et mesure le degré de déclin fonctionnel grâce à 13 items notés de 0 à 2. Le total, « score SEGA » est noté sur 26. Plus le score est bas et plus le patient est jugé autonome. Lorsque le score est élevé, ceci traduit une grande fragilité, une perte d'autonomie et indique l'orientation du patient en service gériatrique.
- Le volet B est constitué de données complémentaires précisant les facteurs influençant le séjour, la sortie et les réadmissions 15. Si la valeur obtenue est supérieure à 12, le patient relève d'un avis gériatrique. Ce volet aide les soignants à adapter les conditions de sortie et les décisions thérapeutiques (19).

La version modifiée (SEGAm) a été validée en 2014 par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) pour une utilisation en ambulatoire. Elle permet de repérer de façon précoce la fragilité chez les sujets âgés afin d'agir au plus vite et de retarder une perte d'autonomie « évitable » (20) (annexe 2).

Cette grille n'est pas une évaluation gériatrique, elle permet de mettre en évidence un profil de risque de fragilité.

Le score SEGAm est composé de trois volets, A, B et C:

- Le volet A comporte 13 items cotés de 0 (situation la plus favorable) à 2 (situation la plus défavorable), pour un total de 26 points.

Les différents items du volet A concernent :

- * L'âge
 - * La provenance du patient (domicile, domicile avec aides, institution)
 - * Le traitement médicamenteux du patient (nombre de médicament pris)
 - * L'évaluation des fonctions cognitives, de l'humeur
 - * L'état nutritionnel
 - * Le degré de dépendance
 - * L'existence de chutes
 - * Les pathologies en cours de traitement
- Le volet B comporte 11 items (cotés de 0 à 2) et permet un ciblage plus fin de la fragilité du sujet. Il comporte des variables illustratives pertinentes pour la prise en charge individuelle. Il peut servir de guide pour établir le plan personnalisé de soins et d'aide (13).
 - Le volet C permet de décliner un plan d'action en fonction du niveau de fragilité.

Les patients pour lesquels le score SEGAm était inférieur ou égal à 8 étaient classés dans la catégorie « pré-fragile ». Ceux dont le score était compris entre 8 et

11 étaient « fragiles ». Enfin, pour un score supérieur à 11, les patients étaient décrits comme « très fragiles ».

C) Intérêt du dépistage de la fragilité :

Avec le vieillissement de la population, on observe une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques. La plupart des personnes vieillissantes vivent au domicile. En parallèle, la demande de soins et d'hospitalisations des personnes âgées augmente.

Le nombre de personnes fragiles augmente et, selon plusieurs études, l'hospitalisation est à l'origine de multiples complications (incidence pouvant atteindre jusqu'à 38% chez les sujets âgés), d'une dégradation de l'état général et d'une perte d'autonomie(21-25). Les conséquences seront d'autant plus lourdes que l'hospitalisation sera prolongée (26). Ces hospitalisations sont sources de stress pour les personnes âgées (perte de repères, adaptation à un nouvel environnement, angoisse de la prise en charge médicale...)

Environ 80% des sujets âgés de plus de 65 ans espèrent rester à domicile le plus longtemps possible (26). Un grand nombre de sujets nécessitant une institutionnalisation présente un syndrome de glissement et préfère se laisser déprimer plutôt que de subir une situation non souhaitée.

Paradoxalement de nombreux médecins, démunis face aux prises en charges complexes de leur patientèle âgée, adressent leurs patients en hospitalisation. La majeure partie de ces hospitalisations pourrait être évitée par la mise en place d'Hospitalisation à Domicile (HAD), par une amélioration de la communication entre

médecin traitant et spécialistes, ou par un travail en collaboration avec les infirmières libérales.

Le dépistage de la fragilité permet l'organisation de soins préventifs de la dépendance ou d'évènements péjoratifs tels que les chutes. Cela présente un intérêt majeur pour le patient, sa famille et en terme de santé publique.

La prise en charge de la fragilité se fait grâce à une évaluation gériatrique standardisée avec mise en place d'interventions ciblées. Ceci permet d'augmenter le nombre de retours à domicile, de diminuer le risque de déclin fonctionnel, cognitif et le risque de décès des personnes âgées hospitalisées.

Il est donc important de repérer cette fragilité avant le stade, le plus souvent irréversible, de la dépendance.

III- Particularités de la population psychiatrique :

A) Particularités somatiques :

La prévalence des pathologies somatiques est supérieure chez les patients atteints de troubles psychiatriques par rapport à la population générale.

L'espérance de vie des malades en psychiatrie est plus courte que dans la population générale. Dans une méta-analyse datant de 2015, le risque relatif de mortalité toutes causes confondues, pour les patients psychiatriques, était de 2.22 (IC95% [2.12-2.33]). 67.3% des décès étaient dus à « une cause naturelle », 17.5% à une cause non naturelle, et le reste à une cause inconnue (27). La mortalité par pathologie cardio-vasculaire ou respiratoire était élevée. Il existe, chez les patients schizophrènes, un risque accru de mort par étouffement lié aux dyskinésies tardives,

à des tachyphagies ou à des fausses routes (28). L'espérance de vie est diminuée de 14.5 ans chez les hommes schizophrènes par rapport à la population générale (29). Chez les femmes la diminution de l'espérance de vie va de -9.8 à -17.5 ans par rapport à la population générale (30). En moyenne, toutes pathologies psychiatriques confondues, l'espérance de vie est diminuée de 10 ans par rapport à la population générale (31).

Chez les patients atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires, la prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire est élevée (surcharge pondérale (32), diabète, HTA (33), tabagisme (34) et sédentarité (35)). La prise de certains traitements médicamenteux, notamment les antipsychotiques, augmente le risque de survenue de ces facteurs de risque (36).

Dans une méta-analyse de 2006, Nicholson et al. ont observé une majoration de ce risque multiplié par deux chez les patients atteints de dépression par rapport à la population générale. (RR=1.81 (IC95%[1.53-2.15]) (37). On observe de 1.5 à 2 fois plus de cas d'obésité ou de diabète chez les patients atteints de troubles de l'humeur, comparé à la population générale (31).

Les cas d'ostéoporose sont fréquents en psychiatrie (hyperprolactinémie iatrogène, sédentarité, régime alimentaire pauvre en vitamines avec carences en vitamine D, abus d'alcool et de substances psychoactives).

Les patients traités par des antipsychotiques de 2^{ème} génération présentent un risque accru d'occlusion intestinale (28).

B) Difficultés d'accès aux soins en ambulatoire :

On observe une difficulté d'accès aux soins somatiques chez les patients atteints de troubles mentaux. Elle s'explique par la maladie psychiatrique ou encore l'organisation du système de soins.

Les actes de prévention et de dépistage sont, en général, moins réalisés chez les patients atteints de troubles psychiatriques (examen physique, vaccination, accès à la contraception, dépistages, soins bucco-dentaires, ...) car ces derniers peuvent négliger leur suivi en médecine somatique (38).

C) Prise en charge somatique en psychiatrie :

1) Sous contrainte :

Afin d'écartier tout risque d'origine somatique aux troubles psychiatriques, et de permettre une prise en charge somatique chez les patients à leur entrée, la loi du 5 juillet (droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge) rend obligatoire l'examen somatique dans les 24h suivant l'admission (39).

L'examen peut être réalisé par tout médecin, y compris un interne conformément aux dispositions de l'article R6153-3 du code de la santé publique.

En 2005, la HAS précise, dans ses recommandations, le contenu de cet examen somatique (40).

Il est composé de l'évaluation de la vigilance et de la mesure des paramètres vitaux.

En cas d'anomalie, le patient devra être transféré en milieu hospitalier afin de bénéficier d'explorations plus approfondies.

Selon l'examen clinique et la pathologie du patient, des investigations complémentaires pourront être menées.

Le refus du patient doit être mentionné dans le dossier médical, le cas échéant.

2) En soins libres :

L'examen somatique obligatoire des 24h, n'est prévu par la loi que dans le cadre des soins sous contraintes. Cependant il est important de réaliser, chez les patients en soins libres, un examen clinique complet afin d'écartier tout problème somatique nécessitant une prise en charge dans un hôpital de soins généraux. Celui-ci est réalisé, en l'absence d'urgence, dans les 48h suivant l'entrée du patient. Des examens complémentaires pourront être prescrits si besoin.

3) Particularités du suivi en psychiatrie :

La législation ne prévoit qu'un examen somatique complet et obligatoire à l'admission des patients. Durant l'hospitalisation dans un service de psychiatrie, au contraire des services de médecine somatique, il n'y a pas d'examen physique quotidien au lit du malade. Les patients sont vus par le médecin généraliste, s'il y en a un, à leur demande ou sur appel des infirmiers. Il faut cependant rester vigilant et envisager un suivi somatique tout au long de la prise en charge. Notamment il faut surveiller la tolérance des traitements. Dans certains cas (exemple du lithium), il est nécessaire de pratiquer de façon régulière un dosage sanguin du traitement. En cas de manquement à cette règle, la responsabilité civile de l'établissement en charge du suivi du malade peut être engagée.

D) Particularités du sujet âgé psychiatrique :

Les troubles psychiatriques ont pour conséquences une diminution de la qualité de vie et entraînent une baisse de l'autonomie chez les personnes âgées. Par exemple, la dépression augmente les difficultés fonctionnelles et cognitives des sujets âgés, y compris en cas de démence d'Alzheimer. De plus, on sait que la présence de troubles psychiatriques a un impact en termes de morbidité somatique. En effet, ces pathologies agissent de façon négative sur le cours évolutif et sur le pronostic de nombreuses pathologies somatiques (coronaropathies, diabète ou pathologies respiratoires).

Chez les personnes âgées, différentes études ont montré un lien entre la présence d'une symptomatologie dépressive et un risque de mortalité plus précoce (41).

Les sujets âgés atteints de troubles psychiatriques peuvent être en difficulté pour interpeller les soignants sur un problème de santé. Ceci s'explique par les difficultés de communication engendrées par la maladie mentale et d'éventuels troubles cognitifs liés à l'âge.

IV- Objectif de l'étude :

Une étude récente, réalisée dans le service de dermatologie du CHRU de Lille, a permis de montrer une association significative entre l'existence d'une fragilité repérée par le score de SEGAm et la survenue de complications intra-hospitalières. Ce type d'étude n'a jamais été réalisé au sein d'un service de psychiatrie, où les

patients présentent à la fois des comorbidités liées à leur âge et à leur pathologie mentale.

Le but de notre étude est de vérifier si ce score est un bon outil de repérage des patients âgés fragiles, à haut risque de décompensation lors d'une hospitalisation en psychiatrie. Cela permettrait de renforcer la prise en charge ambulatoire afin de limiter les hospitalisations, ou à défaut d'accroître la surveillance somatique lors du séjour et anticiper les mesures à mettre en place à la sortie.

V- Choix du service de psychiatrie :

La psychiatrie représente une part très importante de la médecine générale. En effet, l'Insee précise qu'elle représente la deuxième raison de recours aux soins chez les généralistes. Selon les études, les consultations pour troubles mentaux vont de 15 à 40% de l'activité des médecins généralistes (42).

Les personnes suivies en psychiatrie cumulent un mauvais état de santé globale et une précarité sociale. Elles négligent souvent leur suivi médical et sont polymédicamentées. Cela en fait une population déjà fragile, à risque de décompensations et de complications.

MATERIELS ET METHODES

I- Modélisation de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, analytique, prospective et monocentrique. Elle a été réalisée au sein de l'établissement psychiatrique Roubaisien : l'hôpital Lucien Bonnafé et la clinique du nouveau monde qui lui est rattachée. L'hôpital comporte 4 unités psychiatriques générales fermées, une par secteur roubaisien (59G12 au 59G15), et une unité dite ouverte: le centre d'accueil psychiatrique intersectoriel (CAPI). La Clinique du Nouveau Monde (CNM) est une structure d'hospitalisation en soins libres spécialisée dans la prise en charge des troubles de l'humeur et troubles anxieux. Elle est rattachée à l'hôpital Lucien Bonnafé mais ne se situe pas sur le même emplacement géographique.

Cette étude s'est déroulée du 18 juillet 2016 au 18 juillet 2018, soit une période de 24 mois. Elle a été approuvée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

II- Population de l'étude

Afin d'être inclus dans l'étude, les sujets devaient être âgés de 65 ans ou plus et être hospitalisés à l'hôpital Bonnafé ou à la Clinique du Nouveau Monde pour une durée de plus de 24 heures, quel que soit le motif et mode d'hospitalisation. L'hospitalisation devait avoir lieu entre le 18 juillet 2016 et le 18 juillet 2018. Les patients étaient inclus dans l'étude dans les 48 heures suivant leur entrée.

III- Recueil de données

Les données cliniques ont été collectées de manière prospective à partir de l'interrogatoire d'entrée des patients et ou de leur famille, de l'observation de l'équipe soignante, et à partir du dossier médical. Etaient recueillis pour chaque patient le sexe, l'âge, le motif d'admission, le mode de placement [soins libres (SL) ou sous contrainte : Soins à la Demande d'un Tiers (SDT), Soins en Péril Imminent (SPI) et Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE)], le mode d'admission (domicile, Centre Médico Psychologique (CMP), urgences, transfert), la durée du séjour, la survenue ou non d'une complication durant le séjour et le devenir du patient. Ces données étaient réunies par le médecin somaticien (Praticien Hospitalier, assistant ou interne) ou par l'interne de garde si l'admission avait lieu le week-end. Le score SEGAm (volet A) était réalisé pour chaque patient inclus.

IV- Analyse statistique

Notre travail est une étude épidémiologique de type analytique cas-témoin. Elle a été réalisée sur 203 patients âgés de plus de 65 ans. Les caractéristiques démographiques de la population étudiée ont été présentées à l'aide des statistiques descriptives. Les variables qualitatives sont exprimées en nombre de patients et pourcentages, les variables quantitatives en moyenne, déviation standard et écart-type.

Le score SEGAm a été calculé sur l'ensemble des 203 patients. Ces derniers ont été séparés en deux groupes en fonction de la survenue ou non d'une complication durant l'hospitalisation (analyse bi-variée).

Le test non paramétrique de Wilcoxon a permis d'étudier l'association entre les résultats du score SEGAm et la survenue ou non de complications. Le seuil de significativité était $p=0,05$.

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide d'un statisticien privé.

RESULTATS

I- Description de la population étudiée :

Dans cette étude, 203 patients de plus de 65 ans ont été inclus.

Tableau 1- Caractéristiques de la population totale

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES		n=203	IC à 95%
Age (+/- écart type)		73 ans (+/- 6 ans)	
Sexe	masculin	69 (34%)	
	féminin	134 (66%)	
Moyenne score SEGAm	10	[9.387-10.65]	
CLASSE FRAGILITE	pré-fragile	83 (41%)	
	Fragile	52 (26%)	
	Très fragile	68 (33%)	
HOSPITALISES DANS LES 6 DERNIERS MOIS	NON	89 (44%)	
	OUI	114 (56%)	
PASSAGE EMG	NON	189 (93%)	
	OUI	14 (7%)	

MODE D'ADMISSION

Lieu de départ	Domicile	31 (15%)
	Urgences	92 (45%)
	CMP	62 (31%)
	Transfert	18 (9%)
Adressés par	Médecin traitant	17 (8%)
	Psychiatre	70 (34,5%)
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	18 (9%)
	Autre spécialiste	18 (9%)
	Infirmier	9 (4,5%)
	Famille	28 (14%)
	Patient	43 (21%)

MOTIF D'ADMISSION

Troubles de l'humeur	88 (43%)
Idées suicidaires ou tentative d'autolyse (TA)	41 (20%)
Trouble anxieux	27 (13%)
Troubles du comportement	22 (11%)
Décompensation psychotique	11 (5%)
Autre	14 (8%)

MODE D'HOSPITALISATION

SL	181 (89%)
SDT	16 (8%)
SPI	5 (2.5%)
SDRE	1 (0.5%)

LIEU D'HOSPITALISATION	CAPI		81 (40%)
	CNM		29 (14%)
	CAPI + CNM		27 (13%)
	G12		27 (13%)
	G13		13 (6,5%)
	G14		11 (5,5%)
	G15		15 (8%)
	TYPE DE COMPLICATIONS	iatrogène	
Infectieuses			13 (6,5%)
Perte de poids			32 (16%)
Chute			35 (17%)
De décubitus			8 (4%)
Troubles de l'élimination			15 (7%)
Métaboliques			15 (7%)
Composite (présence d'une ou plusieurs complications)		OUI	90 (44%)
		NON	113 (56%)
MODE DE SORTIE		Domicile	
	Transfert		19 (9%)
	Institutionnalisation		17 (8%)
	Famille		3 (2%)

A. Données démographiques :

Les personnes incluses étaient âgées de 65 à 94 ans (âge moyen 73 ans +/- 6 ans), avec 66% de femmes et 34% d'hommes.

B. Mode d'admission :

Dans 45% des cas (92 patients), les patients hospitalisés venaient du service des urgences, consultant de leur propre chef ou adressés par leur famille, le SAMU ou leur médecin traitant. Trente et un pourcent des patients (62 patients) hospitalisés étaient adressés par le CMP (Centre Médico Psychologique) via leur psychiatre ou la permanence d'accueil assurée par les infirmiers du CMP. Quinze pourcent des patients (31 patients) étaient adressés directement de leur domicile, après accord du psychiatre, via le passage d'infirmiers à domicile ou adressés par leur médecin traitant. Enfin, dans 9% des cas (18 patients) les patients étaient transférés d'autres services hospitaliers.

Les patients étaient le plus souvent adressés par un psychiatre (34%). Après, on avait les patients demandant d'eux-mêmes leur hospitalisation (21%) ou dont l'hospitalisation était sollicitée par la famille (14%). Puis les patients étaient adressés par d'autres spécialistes (9%), par le SAMU (9%) et par leur médecin traitant (8%). Enfin les patients étaient envoyés par un infirmier à domicile, du CMP ou de leur EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante) dans 4% des cas.

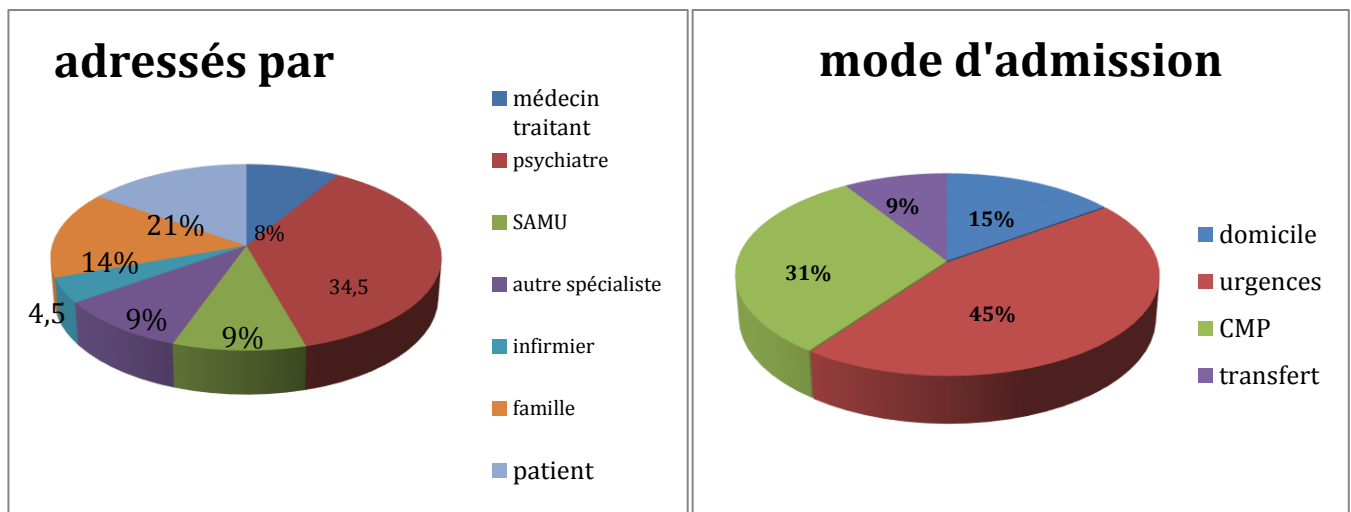


Figure 2 : répartition de la modalité d'admission :

C. Motif d'admission :

- 88 patients (43%) étaient admis pour un trouble de l'humeur : décompensation d'un état dépressif majeur ou d'un trouble bipolaire.
- 41 patients (20%) étaient adressés pour des idées suicidaires ou après une tentative de suicide.
- 27 patients (13%) pour un trouble anxieux.
- 22 patients (11%) pour des troubles du comportement liés à une pathologie psychiatrique ou à un état confusionnel.
- 11 patients (5%) pour une décompensation d'un trouble psychotique.
- 14 patients (8%) étaient hospitalisés pour des pathologies classés « autres » tels que des problèmes d'addiction ou des problématiques sociales (maintien à domicile difficile, problèmes financiers ou hospitalisation « de répit » pour la famille).

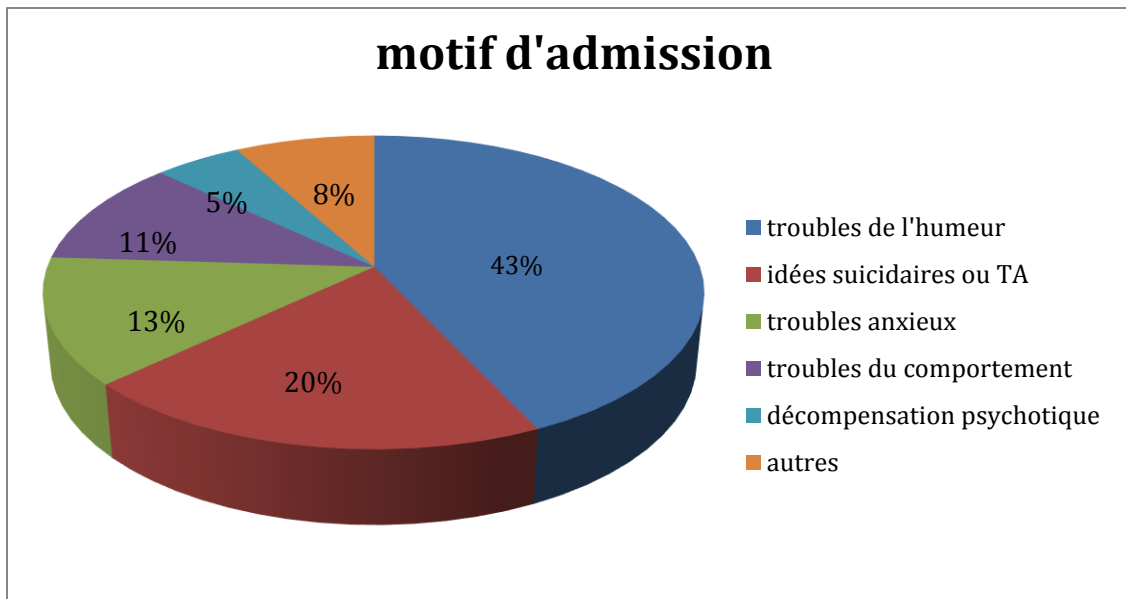


Figure 3 : répartition des motifs d'admission :

D. Mode d'hospitalisation :

181 patients (89%) étaient hospitalisés en Soins libres (SL), 16 (8%) en Soins à la demande d'un tiers (SDT), 5 (2,5%) en soins en péril imminent (SPI) et enfin 1 patient (0,5%) en soins à la demande d'un représentant de l'état (SDRE).

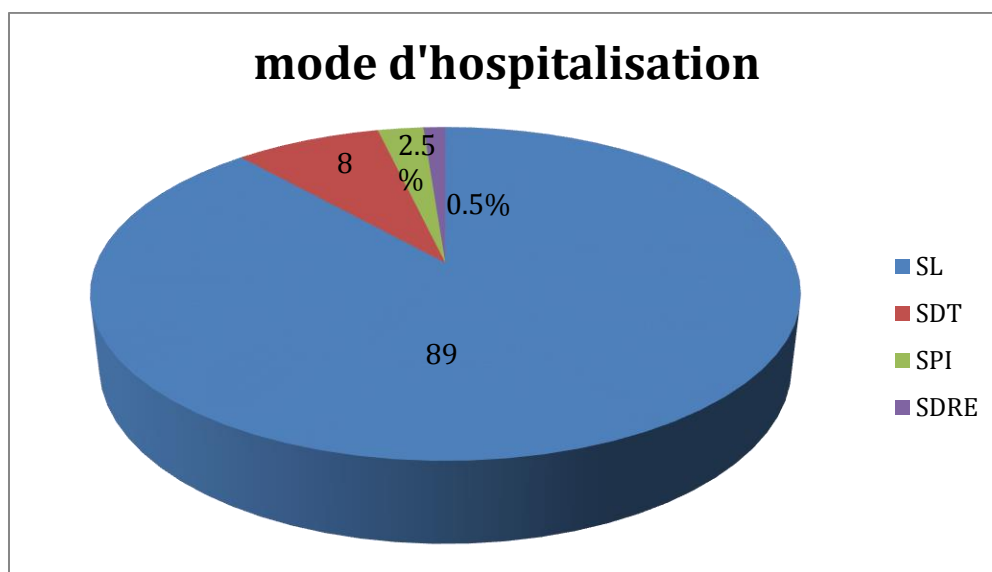


Figure 4 : répartition des modes d'hospitalisation :

E. Lieu d'hospitalisation :

- 81 patients (40%) étaient admis dans le service d'hospitalisation intersectoriel de courte durée (CAPI).
- 29 patients (14%) étaient hospitalisés à la Clinique du Nouveau Monde.
- 27 patients (13%) bénéficiaient d'une hospitalisation au CAPI suivie d'une admission à la Clinique du Nouveau Monde.
- Les autres patients étaient hospitalisés en unités fermées de psychiatrie générale : 27 pour le secteur G12 (13%), 15 pour le secteur G15 (8%), 13 pour le secteur G13 (6,5%) et enfin 11 pour le secteur G14 (5,5%).

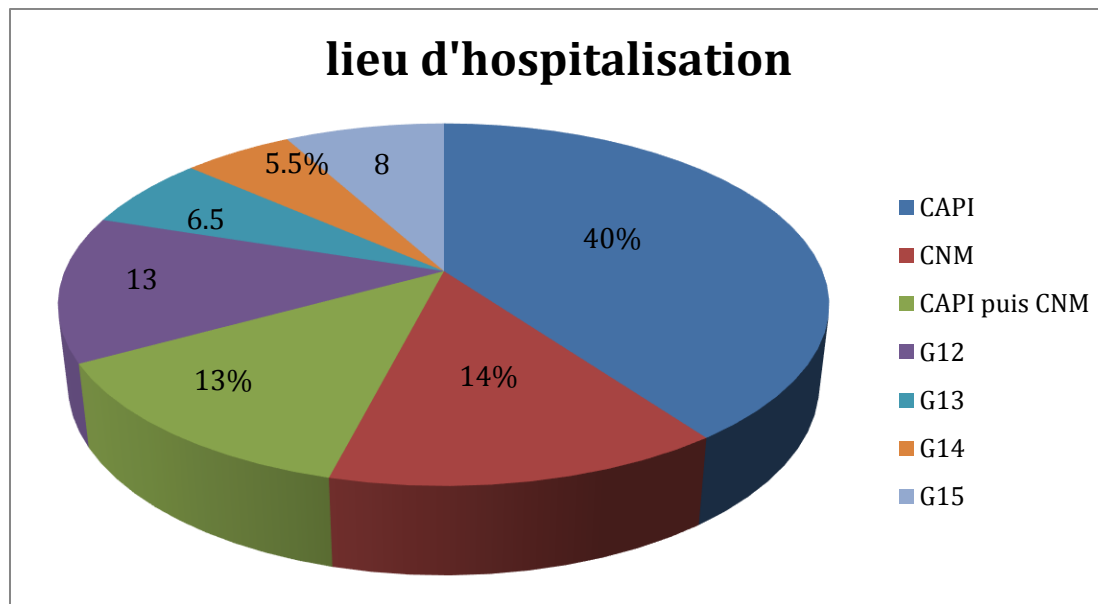


Figure 5 : répartition des lieux d'hospitalisation :

F. Durée de séjour :

La durée moyenne de séjour était d'environ 23 jours avec une médiane de 12 jours et un écart-type de 28 jours.

G. Score SEGA modifié :

La moyenne de score SEGAm des patients hospitalisés était de 10. Pour rappel, selon le score SEGAm, les patients sont classés en trois catégories. Les patients ayant un score entre 0 et 8 sont « pré-fragiles », ceux possédant un score compris entre 9 et 11 sont « fragiles » et enfin ceux avec un score de 11 à 26 sont « très fragiles ».

- . 83 patients (41%) sont d'après le score SEGAM pré-fragiles
- . 52 patients (26%) sont fragiles et
- . 68 patients (33%) très fragiles

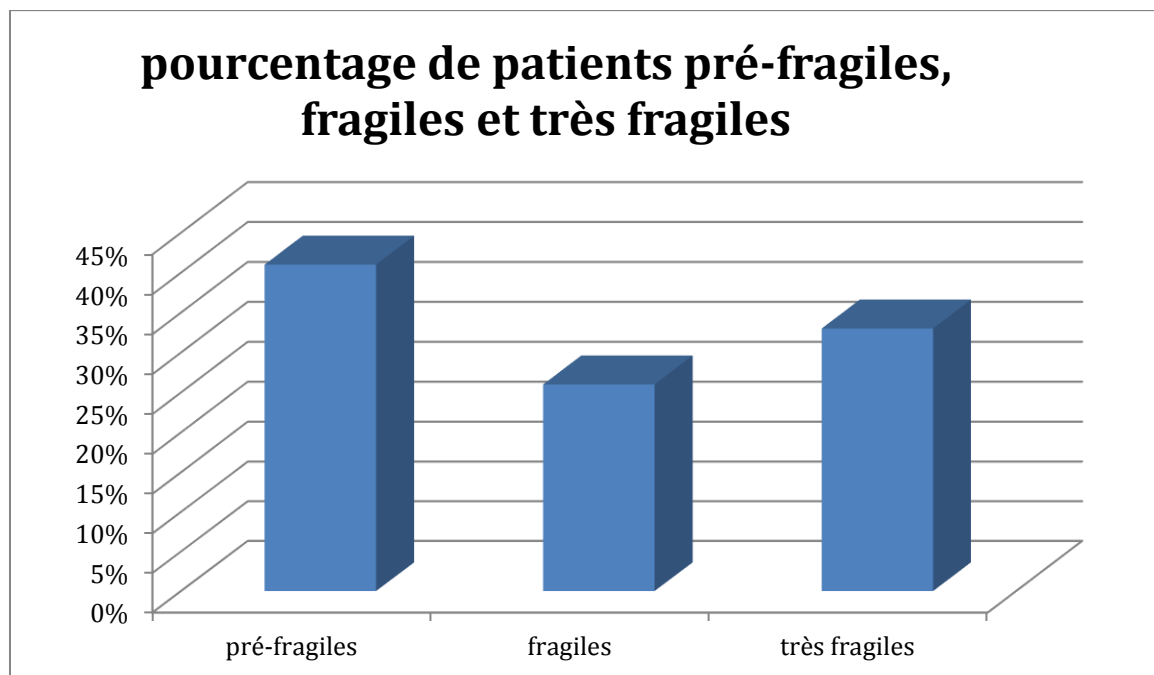


Figure 6 : répartition des patients selon la fragilité : SEGAm :

56% des patients avaient déjà été hospitalisés au cours des six derniers mois.

La moyenne du score SEGAm de ces patients était de 11.

H. Complications des patients hospitalisés.

Parmi les 203 patients hospitalisés, 90 (44%) ont présenté une ou des complications pendant leur séjour.

Les complications sont classées en :

- Infectieuses : elles concernent les infections nosocomiales, contractées dans un délai de plus de 48h après l'admission dans le service (infection urinaire suite à la pose d'une sonde urinaire, survenue d'une maladie infectieuse suite à une épidémie dans le service).
- Iatrogènes : événements en lien avec les soins ou les traitements débutés pendant l'hospitalisation (prise de poids, confusion liée aux traitements, hématome suite à une injection intra-musculaire, perturbations du bilan biologique suite à l'introduction d'un traitement...)
- Métaboliques : déséquilibre de diabète (hypoglycémies ou décompensation de diabète), épisodes de déshydratation.
- Chutes
- Perte de poids : perte de poids de plus de 5% du poids à l'entrée dans le service.
- De décubitus : survenue d'un événement thrombo-embolique ou apparition/aggravation d'escarres.
- Troubles de l'élimination : apparition ou aggravation d'une constipation durant l'hospitalisation, syndrome occlusif ou rétention aiguë d'urines.
- Composite (présence d'une ou plusieurs complications): sujets répartis en « oui » ou « non » selon la survenue ou non d'une complication durant l'hospitalisation (tout type confondu).

Pendant notre étude, 35 patients (17%) ont été victimes de chute à une ou plusieurs reprises, 32 (16%) ont présenté une perte de poids, 31 patients (15%) ont eu une complication iatrogène, 15 patients (7%) ont été atteints de troubles de l'élimination, 15 patients (7%) ont présenté une complication métabolique, 13 patients (6%) ont présenté une complication infectieuse et enfin 8 patients (4%) ont eu des complications liées au décubitus prolongé.

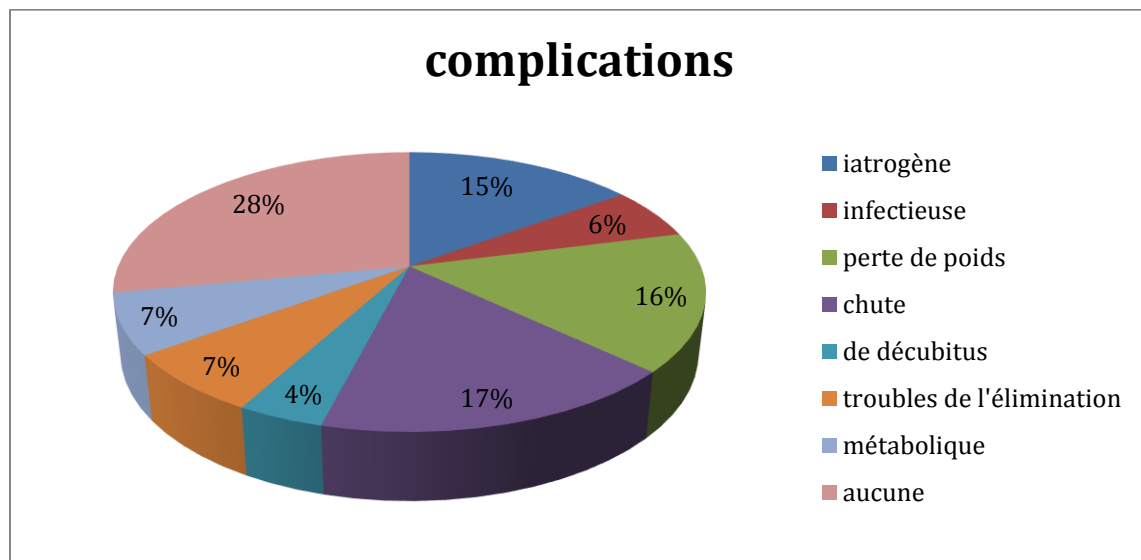


Figure 7 : répartition des complications apparues au cours de l'hospitalisation

I. Analyse en sous-groupe

Les complications étaient plus fréquentes pour les patients admis suite à une décompensation psychotique et des troubles du comportement (72.73 et 63.64%). De plus les scores SEGAm moyens de ces deux groupes étaient plus élevés à 11.09 et 11.68 alors que pour les troubles de l'humeur, troubles anxieux, et tentative de suicide/idées suicidaires il était inférieur à 10. L'âge moyen pour les patients ayant présenté une tentative de suicide ou des idées suicidaires était d'environ 76 ans, celui chez les patients décompensant un trouble psychotique était d'environ 68 ans

et les autres patients (« troubles de l'humeur », « troubles anxieux », « troubles du comportement » et « autres ») avaient un âge moyen allant de 71,5 à 72,5 ans.

(Tableau 2)

Motif d'admission	Moyenne score SEGAm	Complications (%)	Age
Tentative de suicide ou IDS	9,9	48,78	75,8
Décompensation psychotique	11,09	72,73	68,18
Troubles de l'humeur	9,72	37,08	72,49
Troubles anxieux	8,48	33,33	71,52
Troubles du comportement	11,68	63,64	72,5
autres	11,38	46,15	71,54

Tableau 2 : Score SEGAm moyen, proportion des complications et âge moyen des patients en fonction du motif d'admission

J. Passage équipe mobile de gériatrie

Parmi les 203 patients, 14 ont bénéficié d'un avis ou d'un passage de l'équipe mobile de gériatrie, soit 7% d'entre eux. La moyenne du score SEGAm de ces patients était de 14 contre 10 pour les autres patients.

K. Mode de sortie

La sortie était cotée « retour au domicile » lorsque les patients retournaient dans leur lieu de vie préalable à l'hospitalisation (domicile, foyer de vie, foyer logement ou EHPAD).

164 patients (soit 81%) sont retournés au domicile, 20 d'entre eux ont bénéficié d'une majoration des aides à domicile. 19 patients (9%) ont été transférés dans d'autres services (2 d'entre eux sont décédés rapidement après transfert), 17 (8%) ont été institutionnalisés et enfin 3 patients (2%) ont été accueillis par leur famille.

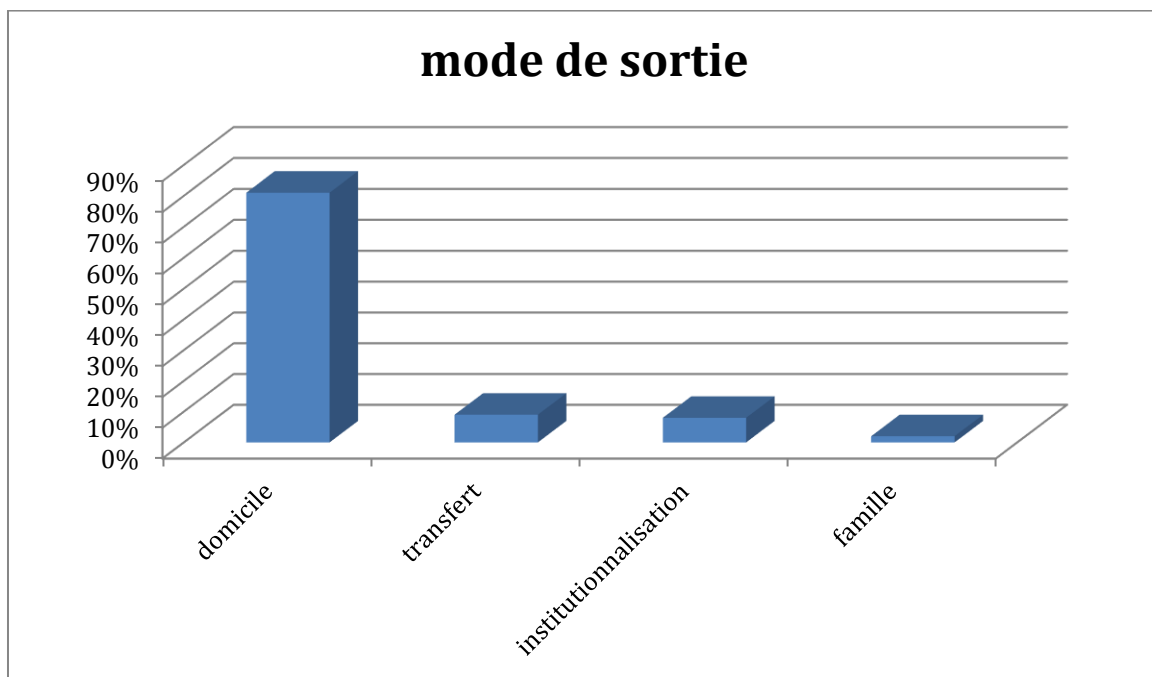


Figure 8 : répartition des patients selon leur mode de sortie

II- Analyse bi variée : association entre score SEGAm et la survenue de complications :

Les résultats de l'analyse bi variée (recherche d'une association statistiquement significative entre Score SEGAm et survenue ou non d'une complication) sont représentés dans le tableau 3 et la Figure 9 ci-dessous :

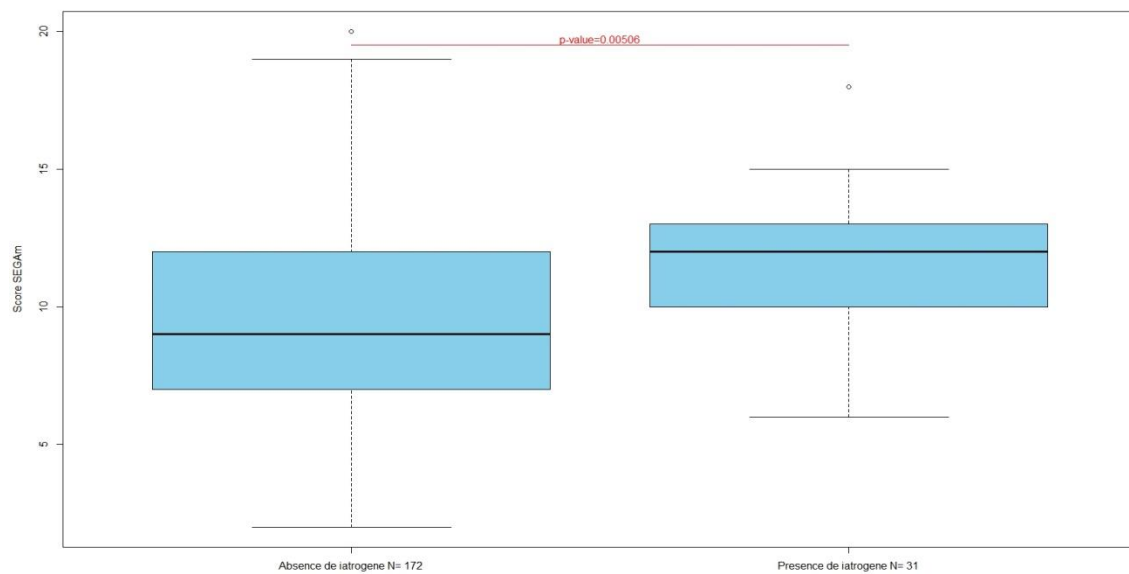
chute	Non	168	3,5	9,29	9	1,77E-09
	Oui	35	2,56	13,31	13	
iatrogene	Non	172	3,77	9,72	9	0,00506
	Oui	31	2,74	11,48	12	
Poids	Non	171	3,67	9,58	9	0,0001996
	Oui	32	2,97	12,125	12	
Elimination	Non	174	3,75	9,66	9	0,00056
	Oui	29	2,52	11,93	12	
Infectieuse	Non	190	3,74	9,86	9,5	0,02351
	Oui	13	1,91	11,85	12	
Decubitus	Non	195	3,55	9,78	10	0,00107
	Oui	8	3,68	14,875	14,50	
Metabo	Non	188	3,57	9,72	9	0,00106
	OUI	15	3,55	13,26	12	
Complications composites	Non	113	3,21	8,19	8	7,89E-16
	Oui	90	2,94	12,23	12	

Tableau 3 : analyse bi variée entre le score SEGAm et la survenue ou non de complications

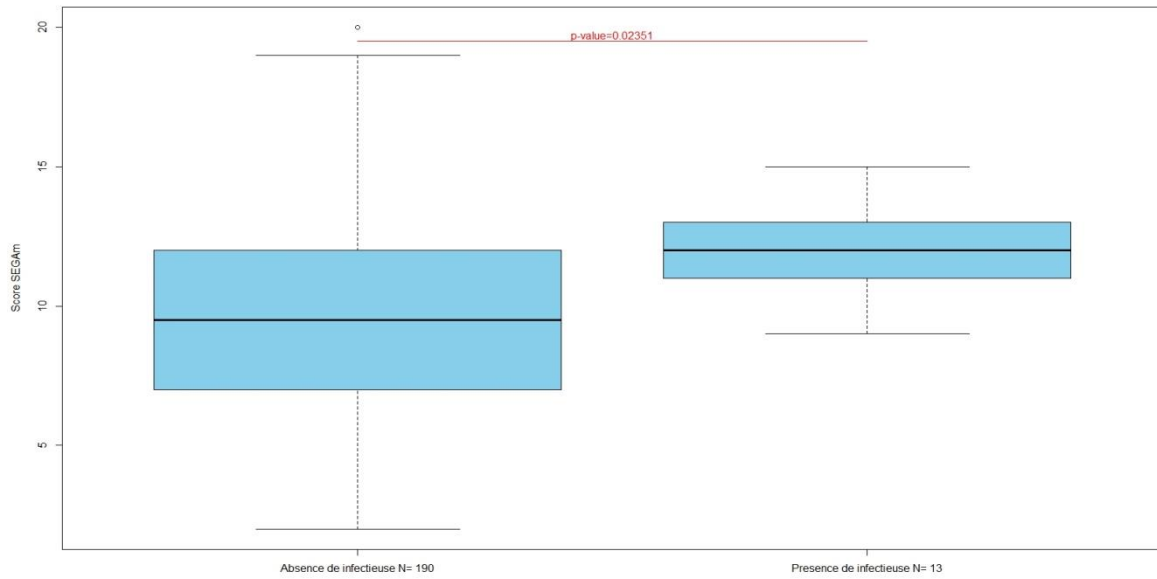
Les « box-plot » représentant la répartition des patients en fonction de leur score SEGAm (selon l'analyse bi variée) sont représentés ci-dessous.

La « boîte à moustache » (diagramme en boîte) est composée de deux rectangles et de deux segments. La longueur de ces segments correspond aux paramètres de la série. Ils sont représentés sur un axe gradué. On trace ensuite un rectangle allant du premier au troisième quartile et coupé par la médiane. Sont alors ajoutés aux extrémités, des segments menant jusqu'aux valeurs extrêmes, ou jusqu'au 5^{ème} et 95^{ème} percentiles.

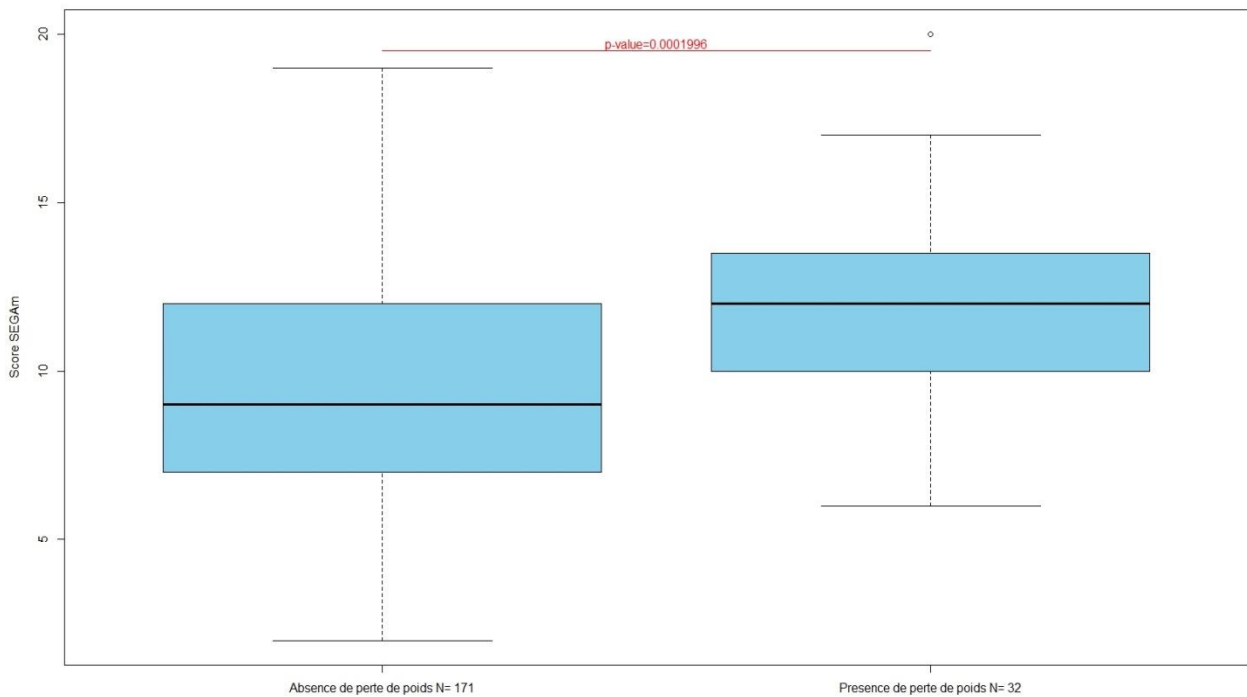
Box-plot 1 : SEGAm et complications iatrogènes :



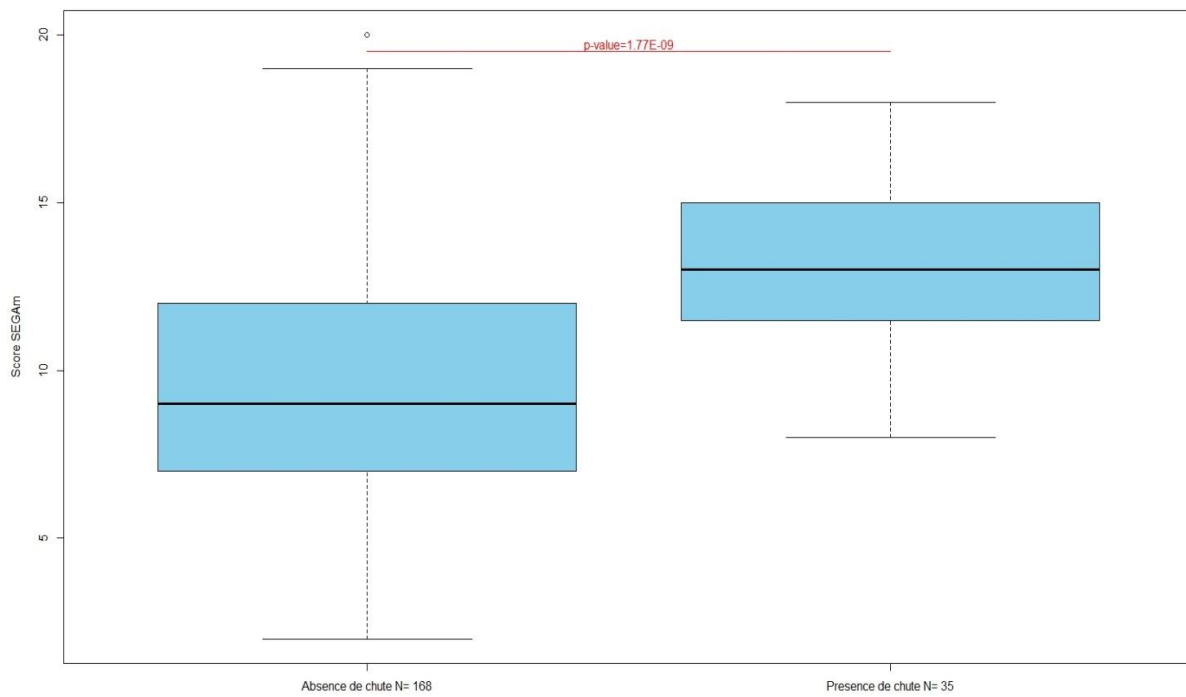
Box-plot 2 : SEGAm et complications infectieuses :



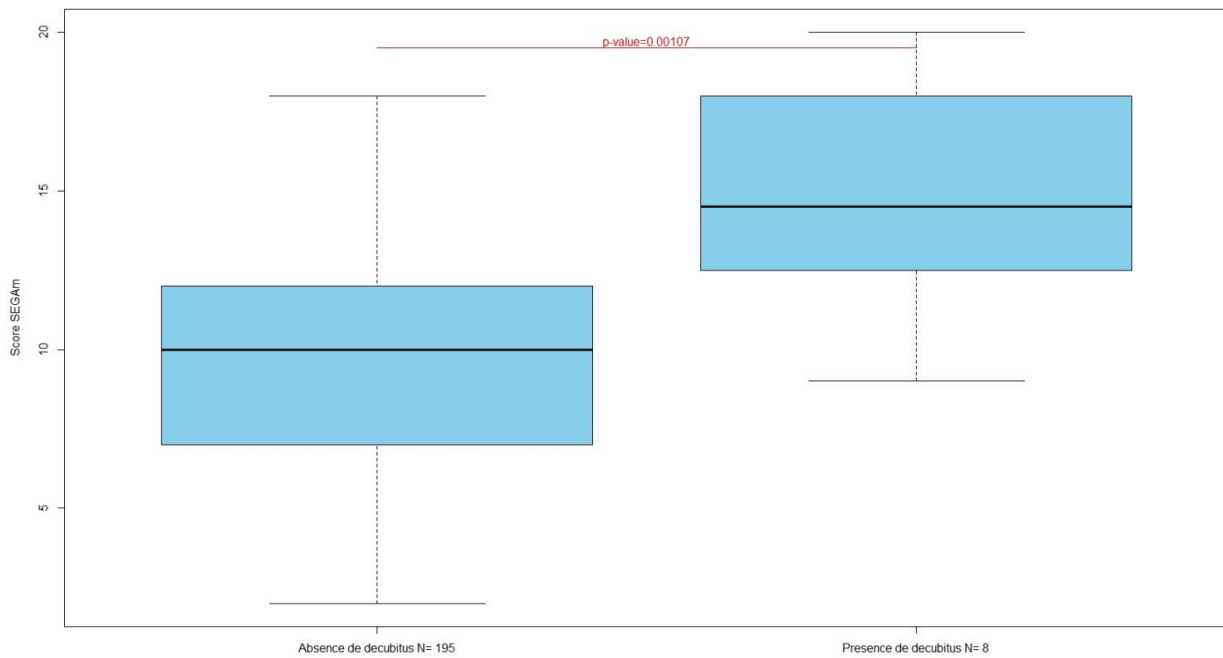
Box-plot 3 : SEGAm et perte de poids :



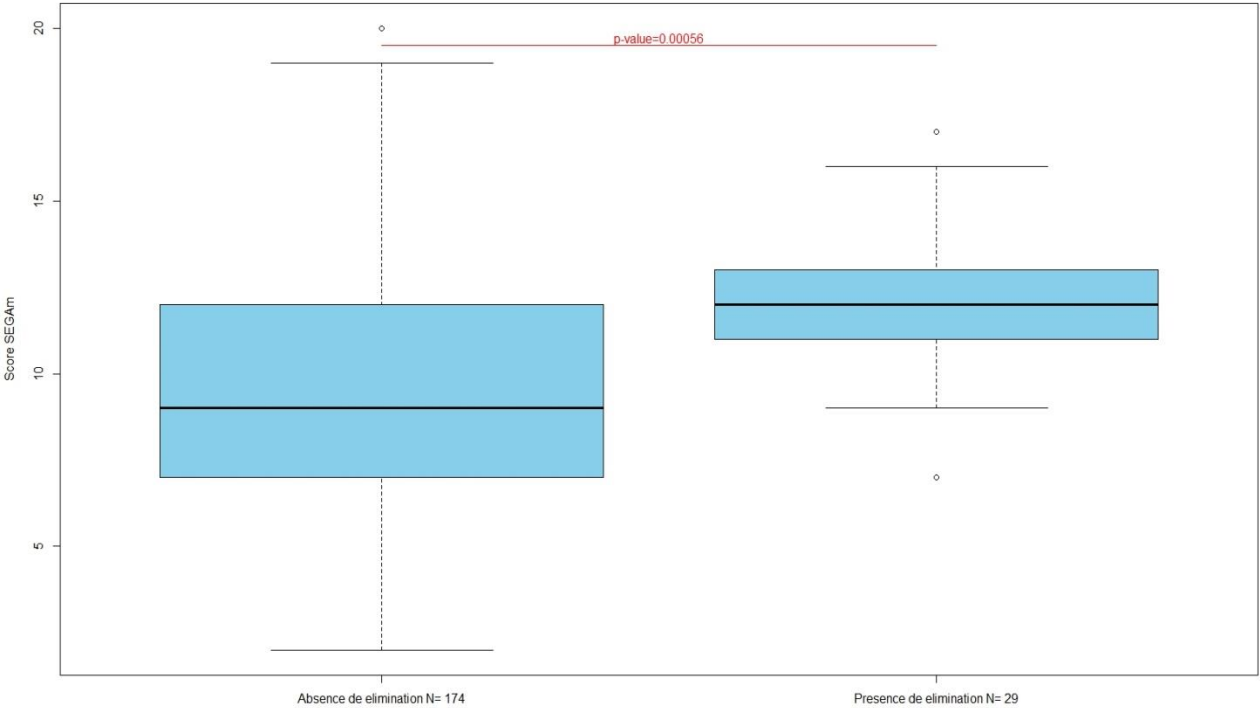
Box-plot 4 : SEGAm et survenue de chutes :



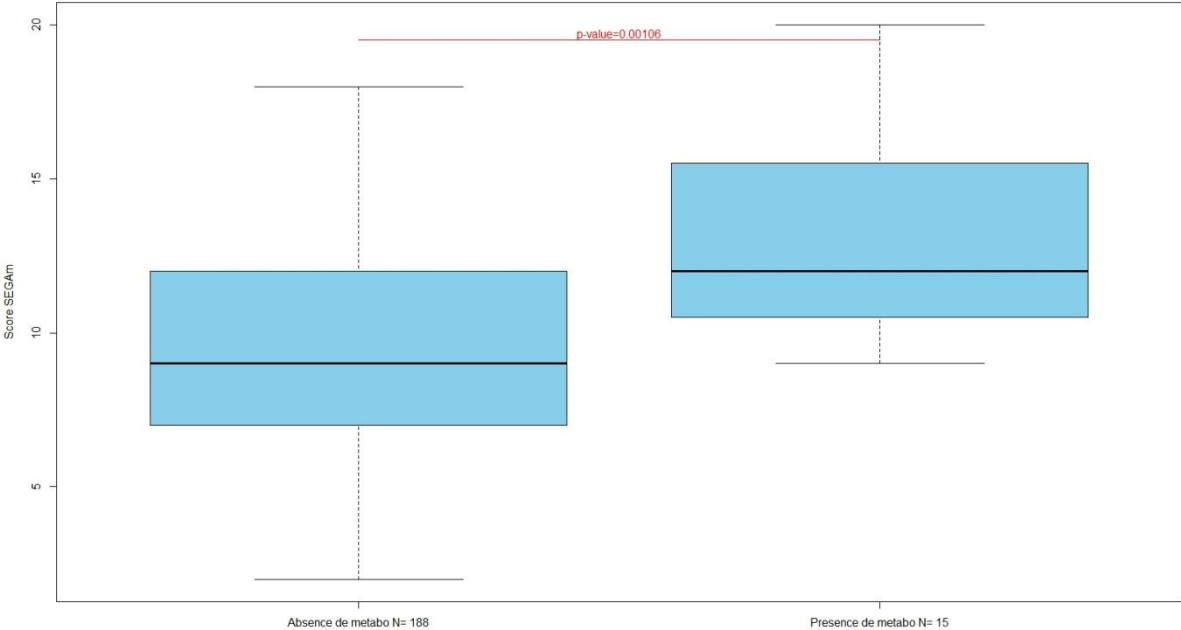
Box-plot 5 : SEGAm et complications de décubitus :



Box-plot 6 : SEGAm et survenue de troubles de l'élimination:



Box-plot 7 : SEGAm et complications métaboliques :



Box-plot 8 : SEGAm et tout type de complications :

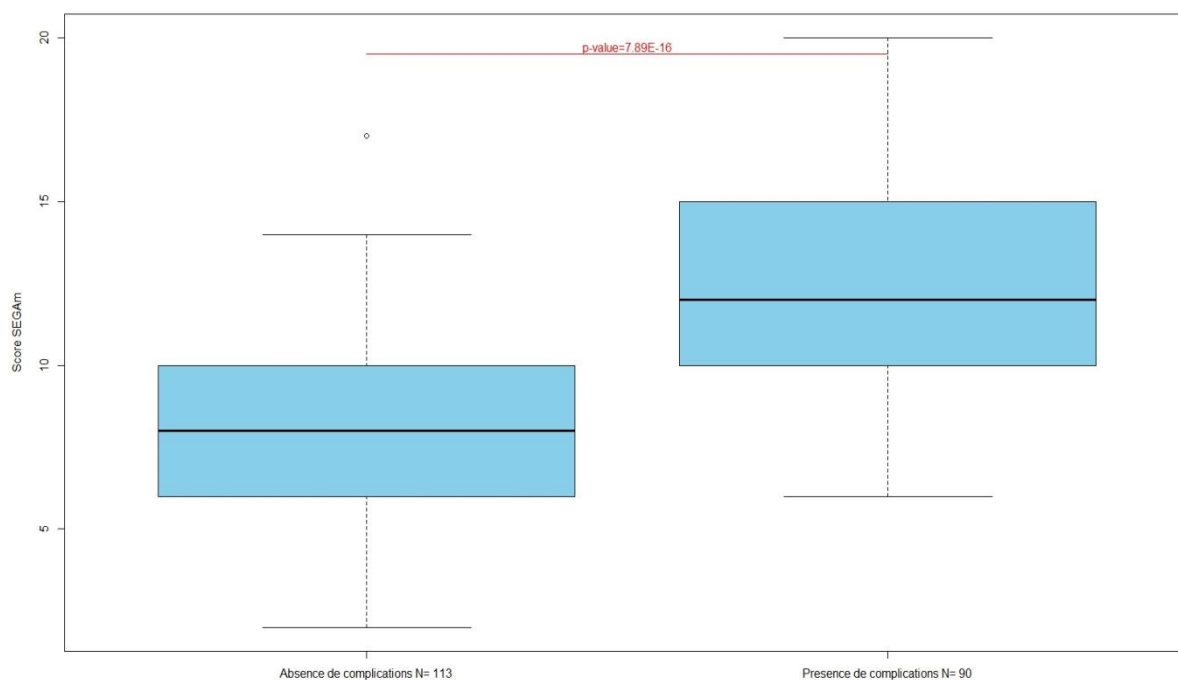


Figure 9 : Box-plot illustrant la répartition des patients en fonction de leur score SEGAm et de la survenue ou non d'une complication (analyse bi-variée)

Les résultats obtenus mettent en évidence une association entre un score SEGAm élevé et la survenue de chaque complication. Ces résultats sont statistiquement significatifs.

III- Calcul de la performance statistique du Score SEGAm :

La sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive négative (VPN) et la valeur prédictive positive (VPP) ont été calculées pour permettre de tester la validité intrinsèque et extrinsèque du score SEGAm.

Pour déterminer le seuil « à risque » de survenues des complications liées à l'hospitalisation, ces variables ont été calculées pour une valeur seuil à 8 du score SEGAm (patient « fragile ») et pour une valeur seuil à 11 (patient « très fragile »).

Les résultats sont présentés dans les tableaux suivants.

	Présence de complications	Absence de complications
Score SEGAm ≥ 8	86	57
Score SEGAm < 8	4	56

	Présence de complications	Absence de complications
Score SEGAm ≥ 11	64	25
Score SEGAm < 11	26	88

Tableau 4 : répartition des patients selon les valeurs seuils du score SEGAm à 8 et à 11 et de la survenue ou non de complications

	Sensibilité	Spécificité	Valeur Prédictive Positive (VPP)	Valeur Prédictive Négative (VPN)
Seuil à 8	0,955556	0,495575	0,601399	0,933333
Seuil à 11	0,711111	0,778761	0,719101	0,77193

Tableau 5 : sensibilité, spécificité, VPP et VPN selon les valeurs seuils du score SEGAm à 8 et à 11.

La prévalence de survenue de complications était de 44% dans notre étude.

DISCUSSION

I- Comparaison des résultats avec les données de la littérature

A- Description de la population de l'étude :

Les chiffres de notre étude montrent une surreprésentation de la population féminine avec 66% de femmes contre 34% d'hommes. Ces chiffres sont différents de ceux habituellement rencontrés dans les services de psychiatrie, tout âge confondu (56 à 61% d'hommes selon les études). (43)

Le ratio homme-femme chez les psychotiques est de 1.4-1(44)(45)(46). La maladie psychotique se déclare plus tard pour les femmes (47). Pour le syndrome dépressif, le sex-ratio est de 1.7 pour les femmes par rapport aux hommes. Quant au trouble bipolaire, il touche autant les hommes que les femmes (48).

Le nombre de patients hospitalisés pour troubles psychotiques est très faible (5%) tandis que pour les troubles de l'humeur, il est important (43%).

Ces chiffres peuvent s'expliquer par une diminution de l'espérance de vie chez les psychotiques ainsi qu'un appauvrissement des symptômes psychotiques avec l'avancée en âge. Au contraire, les troubles de l'humeur chez le sujet âgé sont très fréquents. Ces données pourraient donc expliquer pourquoi les femmes sont surreprésentées dans notre étude.

Dans notre étude, 21% des patients étaient hospitalisés en soins sous contrainte. Ce chiffre est similaire à celui retrouvé en France en 2011 selon une étude de l'institut de recherche et documentation en économie de santé (49).

B- Durée moyenne de séjour :

La durée moyenne de séjour (DMS) dans notre étude était de 23 jours. Elle est plus courte que la DMS dans les services de psychiatrie en France. Celle-ci est de 53,8 jours en 2014 selon une analyse de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (43). La DMS de notre étude est cependant plus longue que la durée de séjour observée dans les services de médecine aigüe gériatrique française (dont la durée oscille de 9 à 17 jours).

Le secteur où les hospitalisations étaient les plus nombreuses (40% des patients) était le CAPI, service d'hospitalisations courtes dites « de crise ».

C- Réhospitalisation à 6 mois :

Tout comme dans le travail de thèse réalisé dans un service de dermatologie, le taux de patients déjà hospitalisés dans les six derniers mois était élevé. Il était de 56% dans notre étude et de 60% en dermatologie (50).

Ceci est concordant avec une étude réalisée dans le Nord et le Pas-De-Calais, entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012, qui étudiait le taux de réhospitalisation en psychiatrie (51). Ce phénomène peut s'expliquer par la chronicité des pathologies rencontrées en psychiatrie.

Le score SEGAm moyen de ces patients était de 11, score correspondant aux patients dit « fragiles ». Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature : les patients fragiles sont plus à risque de se faire réhospitaliser (52)(53)(54).

D- Retour à domicile et entrée en EHPAD :

Par rapport à d'autres études réalisées en gériatrie, le nombre de sujets âgés ayant rejoint leur lieu de vie antérieur est largement plus élevé dans notre travail. En effet, 81% des patients ont regagné leur domicile contre 58,8% dans une étude réalisée au Centre Hospitalier (CH) de Beaune (55) et 56% dans une étude réalisée au CH la Roche sur Yon (56). Dans le service de dermatologie du CHR de Lille, 65% des patients ont pu regagner leur domicile (50). Il n'y a pas eu de transfert en convalescence comparé aux études réalisées en gériatrie. Le nombre d'admission en EHPAD ou foyer logement était comparable à celui du CH de Beaune avec un pourcentage de 8% dans notre étude contre 8,8% au CH de Beaune. Il était supérieur au pourcentage de personnes institutionnalisées pour le CH de la Roche sur Yon (5.2%), ceci malgré un âge moyen plus bas dans notre étude que dans celles réalisées en gériatrie (73 ans dans notre étude contre respectivement $90\pm 3,97$ ans et 83 ± 5 ans).

E- Prévalence des sujets fragiles :

En raison d'une absence de consensus sur la définition du syndrome de fragilité, il est difficile de comparer nos résultats avec ceux des autres études. La prévalence de la fragilité dépend de la méthode et de la définition utilisées. Le nombre de sujets fragiles varie entre 4% et 59% en fonction des études et de la définition de la fragilité choisie (16).

La prévalence de sujets à risque dans notre étude était de 59% avec 26% de patients fragiles et 33% de patients très fragiles. En dermatologie au CHR de Lille, ce chiffre était de 53% (19% de patients fragiles et 34% de patients très fragiles).

F- Complications :

Dans la littérature, le nombre de complications survenant lors de l'hospitalisation des sujets âgés allait de 28,4 à 38% (57) (24). Dans notre étude, ce pourcentage était plus élevé. En effet, 34% des patients ont présenté une ou plusieurs complications. Les plus fréquentes étaient la survenue de chute (17%), la perte de poids (16%) ou les problèmes liés à l'iatrogénie (15%). En hôpital psychiatrique, l'environnement n'est pas toujours adapté à la prise en charge des personnes âgées. Par exemple, le nombre de lits médicalisés dans les unités est restreint. Cela peut favoriser l'apparition de chutes. De plus, les traitements utilisés pour soigner les maladies psychiatriques ont de nombreux effets indésirables. Ceux-ci se rajoutent souvent à une longue liste de traitements à visée somatique. Enfin, lors des repas, il est parfois compliqué de quantifier la prise alimentaire chez les patients car ces derniers mangent en collectivité.

Le taux de mortalité était faible dans notre étude (1%), comparé à celui observé dans les services de gériatrie de Beaune (1,8%) (55) ou de la Roche sur Yon (8,8%) (56). Ceci peut s'expliquer par un transfert précoce dans un service de soins somatiques dès l'apparition de symptômes physiques préoccupants.

Les patients les plus fragiles sont ceux hospitalisés pour des troubles psychotiques ou des troubles du comportement. Ces résultats étaient attendus car les malades atteints de troubles psychotiques présentent de nombreuses comorbidités. Quant aux patients atteints de troubles du comportement, ils étaient pour la plupart atteints de démence ou d'une pathologie organique.

Tout comme dans l'étude réalisée au CHRU de Lille, l'âge n'est pas synonyme de complications. En effet, le taux de complications était proportionnel au score SEGAM, et non à l'âge.

G- Passage équipe mobile de gériatrie :

L'équipe mobile de gériatrie a été contactée pour 7% des patients de notre étude. Ce chiffre est inférieur à celui observé en dermatologie au CHRU de Lille (11% des patients) (50). Au CH de Roubaix, le nombre de passages de l'EMG était nettement plus élevé (33% des patients) (58).

Il y a eu peu d'interventions de l'EMG, bien que le nombre de sujets fragiles était élevé (26% de patients « fragiles » et 33% de patients « très fragiles »).

Le score SEGAm moyen chez les patients ayant bénéficié du passage de l'EMG était de 14, soit plus élevé que la moyenne du score SEGAm chez les autres patients.

H- Evaluation de la validité interne et externe de notre étude :

Notre étude met en évidence de façon significative, une association entre un score SEGAm élevé et la survenue de complications intra-hospitalières, quel que soit le type de complications.

Concernant la performance statistique du score SEGAm, nous mettons en évidence une très bonne sensibilité du test. Ce dernier est donc un très bon outil de dépistage de la fragilité (59).

Pour un score SEGAm inférieur à 8, la valeur prédictive négative est d'environ 93%. Cela permet d'écarter de manière fiable, la survenue de complications pendant l'hospitalisation. Le test permet d'exclure les faux négatifs avec une sensibilité de

95%. Cependant, on obtient un pourcentage de 40% de faux positifs avec une valeur prédictive positive à 60%. Cette dernière pourrait être plus importante avec une étude réalisée à plus grande échelle (la VPP augmente avec la prévalence).

Avec une valeur seuil à 11, le pourcentage de faux négatifs diminue à 28% (VPP à 72%) avec une sensibilité qui reste bonne (71%).

Nous pouvons conclure que ce test a une bonne validité intrinsèque et extrinsèque.

II- Biais de notre étude :

Notre étude comporte quelques biais. Dans un premier temps, il s'agit d'une étude observationnelle. Par conséquent, elle présente une puissance statistique faible. Dans un second temps, il existe un biais de sélection puisqu'il s'agit d'une étude mono centrique. Les patients sont issus du même secteur géographique et par conséquent la population est moins représentative de la population générale.

Dans un troisième temps, un des items du score (« perception de la santé par rapport aux personnes du même âge ») était difficilement réalisable pour certains patients en raison de troubles cognitifs ou psychiatriques. Nous avons choisi de ne coter le volet A que sur 24 au lieu de 26. Cette adaptation avait déjà été réalisée dans plusieurs études (50). Par exemple, 13 réseaux de proximité pour personne âgées en Poitou Charente et le réseau Hippocampe en Essonne ont également supprimé cet item. Cela permettait de rendre le score accessible aux personnes souffrant de troubles cognitifs (60). Les résultats étant largement significatifs, la prise en compte de cet item n'aurait eu que peu d'effet sur les résultats.

Ensuite, il existe un biais de mesure car plusieurs personnes (médecins généralistes de l'EPSM et internes de garde) ont été amenées à remplir la grille SEGAm à l'entrée des patients. Il peut donc y avoir une variabilité interenquêteurs.

Enfin, le score SEGAm a été calculé à l'entrée dans les services de psychiatrie des secteurs Roubaisiens. Pour les patients transférés d'un autre service de soins, l'état général pouvait s'être altéré. Le score SEGAm était donc peut-être supérieur à celui correspondant à l'état de base du patient.

III- Force de notre étude :

Notre étude est prospective, cela permet de se défaire du biais d'information et de support. De plus, en ayant réalisé notre étude sur 24 mois, les biais liés au caractère saisonnier des pathologies et des décès ont pu être évités (61) et le nombre de patients inclus était important.

L'utilisation de la grille SEGAm a des avantages:

- elle est simple d'utilisation et peut être utilisée par différents professionnels médicaux et paramédicaux amenés à intervenir auprès des patients âgés. Elle ne nécessite pas de matériel particulier.

- elle est rapide à réaliser (5,0 +/- 3,5 min) ;

- elle apporte une approche multidimensionnelle (thymique, physique, cognitif et les comorbidités), proche de l'échelle gériatrique standardisée (EGS), la référence actuelle dans l'évaluation de la personne âgée.

- elle a une bonne acceptabilité (16).

L'utilisation du score SEGAm est une première chez les patients hospitalisés en psychiatrie. L'objectif est de démontrer une association entre fragilité et complication intra hospitalière. Cette association avait déjà été prouvée lors d'une étude réalisée dans le service de dermatologie du CHRU de Lille (50). Nous voulions poursuivre ce travail, afin de montrer la concordance des résultats avec une population différente.

IV- Perspective :

En identifiant les patients fragiles à l'aide du score SEGAm, une alternative à l'hospitalisation serait proposée. Si cette dernière ne pouvait être évitée, une prévention des complications permettrait de limiter leur survenue.

A- Formation des soignants au dépistage de la fragilité :

Le score SEGAm est un excellent outil de dépistage du risque de complications intra-hospitalières. Il est également simple et rapide à utiliser. Il serait intéressant de sensibiliser les soignants, médicaux et para médicaux, pour l'intégrer dans leur pratique, avant toute hospitalisation.

Les personnes concernées sont :

- Le médecin traitant: utilisation du score SEGAm afin de repérer les personnes âgées à risque et de leur proposer une prise en charge globale. Ceci permettrait d'agir avant l'arrivée au stade de la dépendance. L'utilisation de ce score serait à répéter lors de la survenue d'évènements de vie ou de problème médical chez le sujet âgé.
- Les psychiatres : en cas d'obtention d'un score indiquant un état de fragilité, un travail en collaboration avec le médecin traitant pourrait être envisagé afin de trouver, si possible, une alternative à l'hospitalisation.

- Infirmiers: ils sont en première ligne lors des consultations au CMP. Ils peuvent être amenés à interpeller le psychiatre sur une éventuelle hospitalisation. Aux urgences du CH de Roubaix, ce sont des infirmiers rattachés aux CMP qui évaluent les patients adressés pour des motifs psychiatriques.

B- Alternatives possibles à l'hospitalisation.

Des mesures peuvent être mises en place afin de limiter le nombre d'hospitalisations chez les patients à risque.

1) La télémédecine :

Selon la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », article L.6316-1 du code de Santé Publique, « la télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »(62) En France, au cours de ces dernières années, elle s'est développée en lien avec l'augmentation de la demande de soins. Elle permet de pallier à la restriction de la mobilité des patients âgés, d'avoir un suivi plus régulier et d'instaurer des soins plus précocement.

L'équipe de Lykestos et al (programme de télépsychiatrie implanté en maison de retraite) a montré, dans une étude pilote, que le programme de télémédecine est à l'origine d'une diminution des hospitalisations. Cependant, cette solution n'est pas adaptée pour la prise en charge de l'agressivité ou des troubles du comportement (62)

2) Privilégier le suivi ambulatoire

En psychiatrie, le suivi ambulatoire peut-être renforcé par la visite des infirmiers du CMP au domicile du patient. Leur fréquence peut être renforcée en cas de difficultés. Les traitements du patient peuvent également être délivrés par des infirmiers libéraux. Quand cela est possible pour le patient, certains traitements (injections retard) peuvent être réalisés au CMP, permettant de maintenir un lien avec l'équipe soignante.

3) L'hospitalisation à domicile (HAD)

Il s'agit d'une hospitalisation à temps complet, pendant laquelle le patient reçoit ses soins à domicile. Elle fait intervenir une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, diététiciens, assistants sociaux, psychologue, médecin). En psychiatrie, le recours à l'HAD est connu, mais peu développé. En France, selon le ministère de la santé, 13 établissements sont titulaires d'une autorisation d'HAD en psychiatrie (64) Dans la région Hauts-de-France, l'EPSM Lille Métropole en bénéficie (secteur 59G21). Elargir cette prise en charge permettrait de diminuer le nombre d'hospitalisations dans les établissements.

C- Limiter la survenue des complications intra-hospitalières :

Si l'hospitalisation en psychiatrie est inévitable, des mesures peuvent être mises en place, afin de limiter le risque de complications intra-hospitalières.

1) Suivi somatique du patient:

Il s'agit de renforcer la surveillance des patients fragiles, en organisant un passage régulier des médecins somaticiens. Les infirmiers pourront également être sensibilisés à la surveillance du patient (augmentation de la fréquence des contrôles des constantes physiologiques, surveillance du poids et de l'élimination, mise en place de feuilles de surveillance alimentaire...) et à la prévention de certaines complications (décubitus, déshydratation...)

Il serait également utile de renforcer la communication avec le médecin traitant du patient.

2) Limiter la iatrogénie

Quel que soit l'âge, tout médicament peut entraîner des effets indésirables. Chez les personnes âgées, ce risque est augmenté et constitue un véritable problème de santé publique. Dans une enquête prospective réalisée dans un service de court séjour gériatrique (Bouedjoro-Camus, 1998), la fréquence des accidents iatrogènes était d'environ 18,2%. Parmi les quatre groupes thérapeutiques, on retrouve les psychotropes (neuroleptiques, hypnotiques, antidépresseurs) (65). Il est donc indispensable de prévenir la iatrogénie. Dans notre étude, l'équipe de pharmacie a mis en place une messagerie écrite, sur son logiciel de prescriptions médicamenteuses, afin de conseiller au mieux les médecins.

Si la prescription d'une molécule est indispensable, certaines mesures pourront être mise en place afin de limiter la survenue d'effets indésirables, par exemple : instauration du traitement à la posologie minimale et augmentation progressive, lutte contre la constipation ou la prise de poids...

3) Equipe mobile de gériatrie

Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmiers et autres professionnels (ergothérapeutes, assistants sociaux...). Leur rôle est de réaliser une évaluation médico-psycho-sociale et fonctionnelle des personnes âgées hospitalisées. Cela permet de dépister ou de prévenir les facteurs de risques et les pathologies (troubles de l'équilibre et chutes, dénutrition, troubles de la mémoire, iatrogénie...) et de préserver un maximum l'autonomie des patients. Elle aide aux décisions thérapeutiques dans des situations complexes (thérapeutiques lourdes, actes invasifs), à orienter le patient après l'hospitalisation et à faciliter le retour au domicile dans les meilleures conditions possibles (avec mise en place d'un suivi spécialisé si besoin) (66).

Le bénéfice de la prise en charge par une EMG a été prouvé dans plusieurs études : une méta-analyse a montré que le passage de l'équipe mobile de gériatrie permettait une prévention de la mortalité à 6 et à 8 mois (67).

4) Gérontopsychiatrie

Elle se développe en France depuis 2005, et implique des interventions coordonnées entre gériatres et psychiatres. Elle concerne les patients âgés de plus de 60 ans, polypathologiques, dont les problèmes somatiques ont des répercussions sur l'état psychiatrique du patient et inversement. Elle permet donc la prise en charge de situations complexes où s'intriquent pathologie psychiatrique, somatique et

problèmes sociaux (68). Il s'agit donc d'une solution particulièrement adaptée pour la prise en soins des sujets âgés fragiles en psychiatrie.

CONCLUSION

Le dépistage de la fragilité est essentiel pour identifier les patients à risque de décompensation et de dépendance. Il oriente nos choix thérapeutiques et ajuste la prise en soins des personnes âgées, spécialisée si besoin.

Dans notre étude, nous avons utilisé le score SEGAm pour dépister les sujets âgés fragiles, lors de l'hospitalisation en psychiatrie. Il était prédictif de la survenue de complication intra-hospitalière, à plus de 72% pour un seuil de 11. Cet outil est un très bon test de dépistage des complications intra-hospitalières chez la personne âgée. Dans la pratique, son utilisation permettrait la mise en place ou le renforcement de mesures préventives, des chutes en particulier et de la iatrogénie. Le maintien à domicile de ces personnes âgées, s'il est possible, doit être protégé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Bilan démographique 2017 : plus de 67 millions d'habitants en France au 1^{er} janvier 2018, Insee.
2. Projections de population à l'horizon 2070 Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. Nathalie Blanpain et Guillemette Buisson, division Enquêtes et études démographiques, Insee.
3. De Jaeger C, Cherin P. Les théories du vieillissement. Médecine Longévité. déc 2011;3(4):155-74.
4. Ch. T le syndrome de fragilité en gériatrie. Médecine Hygiène. 22 nov 2000 ;58 :2312.
5. Le Deun P, Gentric A. Vieillissement réussi: Définitions, stratégies préventives et thérapeutiques. MT Médecine Thérapeutique. 2007;13(1):3-16.
6. Les différents parcours du vieillissement -Cairn.info [Internet]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-2-page-25.htm#no2>
7. Lang P-O, Proust J, Vogel T, Aspinall R. Saurons-nous jamais ce qui provoque le vieillissement ? NPG Neurol -Psychiatr -Gériatrie. déc 2013;13(78):337-43.
8. Organisation mondiale de la santé, Santé mentale et vieillissement. Aide-mémoire de décembre 2017 [Internet]. Disponible sur : <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
9. Jovelet, G. (2010). Psychose et vieillissement. L'information psychiatrique, volume 86,(1), 39-47.
10. Jalenques I, Rachez C, Tourtauchaux R, Celier Y, Legrand G. Patients souffrant de schizophrénie devenus âgés : aspects cliniques. Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011 ; 9(3) :345-53
11. Y. Rolland. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011; 9(4) :387-90
12. Debray M. La personne âgée malade: particularités séméiologiques et thérapeutiques. Corpus Validé Par Collège Natl Enseign Gériatrie.

13. RéGéCa-Réseau Gériatrique de Champagne-Ardenne [Internet]. Disponible sur : <http://reseaux-sante-ca.org/spip.php?article156&reseau=regeca>
14. [Vogel T, Schmitt E, Kaltenbach G, Lang P-O. La fragilité : un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile. NPG Neurol -Psychiatr - Gériatrie. févr 2014;14\(79\):43-9.](#)
15. [Tabue-Teguo M, Simo N, Gonzalez-Colaco Harmand M, Cesari M, Avila-Funes JA, Féart C, Amiéva H, Dartigues JF. Fragilité de la personne âgée : mise au point. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2017 ; 15\(2\) : 127-37](#)
16. Ung L. Approche d'une gradation ambulatoire du concept de fragilité au sein du réseau AGEP et de la patientèle de professionnels de santé dans l'Est Parisien, [thèse d'exercice] [France] ;2016
17. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : présentation de la grille SEGA. I Base documentaire I BDSP [Internet]. Disponible sur <http://bdsp.ehesp.fr/Base/299649/>
18. Meskens Mn, Fouss MF, Olivier Bar. La fragilité du sujet âgé : quelles solutions pour une détection précoce et un maintien à domicile privilégié. Disponible sur : <http://www.cosedi.net/frailty/frailty.pdf>
19. CP084- efficacité du score SEGA pour déterminer l'orientation des patients aux urgences vers une filière gériatrique [Internet]. Disponible sur : http://www.sfm.u.org/Urgences/urgences2012/donnees/communications/resume/resume_84.htm
20. Oubaya N, Mahmoudi R, Jolly D, Zulfiqar AA, Quignard E, Cunin C, et al. Screening for frailty in elderly subjects living at home : validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument. J Nutr Health Aging. 2014 ;18(8) :757-64
21. Wilson RS, Herbert LE, Scherr PA, Dong X, Leurgens SE, Evans DA. Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. Neurologie. 27 mars 2012 ;78(13) :950-6.
22. Barbut F. Epidémiologie des évènements indésirables graves liés aux soins. Rev Francoph Lab. Nov 2010 ;2010(426) :41-9.
23. Orsi GB, Di Stefano L, Noah N. Hospital-acquired, laboratory-confirmed bloodstream infection : increased hospital stay and direct costs. Infect Control Hosp Epidemiol Off J Soc Hosp Epidemiol Am. Avr 2002 ;23(4) :190-7.
24. Becker PM, McVey LJ, Saltz CC, Feussner JR, Cohen HJ. Hospital-acquired complications in a randomized controlled clinical trial of geriatric consultation team. JAMA. 1 mai 1987 ;257(17) :2313-7.

25. Tabak YP, Zilberg MD, Johannes RS, Sun X, McDonald LC. Attributable burden of hospital-onset Clostridium difficile infection : a propensity score matching study. *Infect Control Hosp Epidemiol Off J Soc Hosp Epidemiol Am.* Juin 2013 ;34(6) :588-96.
26. Laurent Lechowsky. Quels sont les risques d'une hospitalisation prolongée ? 2006 *Success Aging SA.* 54 :1031-1039 2006 ;(Af 444-2006).
27. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications : a systematic review and metaanalysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41.
28. Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.
29. Hjorthoj C, Strürup AE, J McGrath J, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* . 2017
30. Chang C, Hayes R, Perera G, Broasbent M, Fernandes A. Life Expectancy at Birth for People with Serious Mental Illness and Other Major Disorders from a Secondary Mental Health Care Case Register in London. *Plos One.* Mai 2011;6(5)
31. Toalson P, Ahmed S, Hardy T, et al. The metabolic syndrome in patients with severe mental illness *Prim Care Companion J. Clin Psychiatry* 2004;6:152-8.
32. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, Henderson DC, Sernyak MJ, Davidson M, et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(Suppl 7):4-18. [quiz 9-20]. [PubMed:15151456].
33. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res.* 2005;8045-53. [Pubmed: 16198088].
34. Dalack GW, Healy DJ, Meador-Woodruff JH. Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. *Am J Psychiatry.* 1988;155(11):1490-1501.
35. Kilbourne et al. Excess heart-disease-related mortality in a national study of patients with mental disorders: identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31(6):555-563.

36. De Hert M, Van Winkel R, Van Eyk D, et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2006;2:14-7.
37. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. Eur Heart J (2006) 27 (23):2763-2774.
38. Soins somatiques et psychiatrie, brochure psychom [Internet] Disponible sur : www.psycom.org/file/.../file/Soins_somatiques_en_psychiatrie_maj_04_18-WEB.pdf
39. UNAFAM, ADESM, SHAM, Centre Hospitalier Sainte-Anne. Guide psychiatrique des soins sans consentement [en ligne] [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.unafam.org/IMG/pdf/Guide-Psychiatrique-des-soins-sans-consentement-ADESM-SHAM-CH-STE-ANNE-decembre-2013.pdf>
40. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux : Rapport final. Saint-Denis-la-Plaine: HAS; 2005.
41. Jean-Pierre Schuster, Aude Manetti, Myriam Aeschmann, Frédéric Limosin. Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2013;11(2):181-185.
42. Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généralistes. L'information psychiatrique 2014 ;90 :323-9
43. Les patients suivis en psychiatrie [Internet] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche20-4.pdf>
44. John McGrath, Sukanta Saha, David Chant et Joy Welham, « Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality », Epidemiologic Reviews, vol. 30, 2008
45. Aleman, Kahn et Selten, « Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis », Archives of General Psychiatry, vol. 60(6), 2003 ,p .565-71

46. Kathryn Abel, Richard Drake et Jill Goldstein, « Sex differences in schizophrenia », *International Review of Psychiatry*, no 22(5), 2010 ,p .417-428
47. Häfner, H., Fätkenheuer, B., an der Heiden, W., Löffler, W., Maurer, K., Munk-Jorgensen, P. & Riecher, A. (1991). Différences selon le sexe dans l'âge d'apparition, la symptomatologie et l'évolution de la schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 16(1),
48. F. Gressier, E. CorrubleInserm Comprendre le sex-ratio des états dépressifs U669, faculté de Médecine Paris Sud, Service de Psychiatrie, AP-HP, CHU Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre
49. Coldefy, M. Fernandes S. (2017). "Les soins sans consentement en psychiatrie: bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011", *Questions d'économie de la santé*, Irdes n°222.
50. Anh A. Anticiper les risques de complications intra-hospitalières chez les sujets âgés : évaluation du score SEGA modifié, [thèse d'exercice]. [Lille France] : Université du droit et de la santé ; 2016.
51. Plancke, L., Amariei, A., Flament, C. & Dumesnil, C. (2017). La réhospitalisation en psychiatrie. Facteurs individuels, facteurs organisationnels. *Santé Publique*, vol. 29,(6), 829-836.
52. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 3 janv 2001 ;56(3) :M146-57
53. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty Defined by Deficit Accumulation and Geriatric Medicine Defined by Frailty. *Clin Geriatr Med*. Fev 2011 ;27(1) :17-26.
54. Pialoux T, Goyard J, Lesourd B, Screening tools for frailty in primary health care : a systematic review. *Geriatr Gerontol Int*. avr 2012 ;12(2) :189-97.
55. Bouchoir E. Evaluation du dépistage et de la prise en charge de la fragilité chez les patients de grand âge : étude rétrospective en 2011 sur le Centre Hospitalier de Beaune [thèse d'exercice]. [France] : Université de Bourgogne ;2012.

56. Bieher Y, Dimet J, Guimard T, Perre P, Février R. Personnes âgées hospitalisées dans un service de médecine polyvalente : description initiale, suivi à un an. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2012 ;10(1) :47-54
57. Joseph B, Pandit V, Zangbar B, et al. Superiority of frailty over age in predicting outcomes among geriatric trauma patients : A prospective analysis. *JAMA Surg*. 1 août 2014 :149(8)766-72.
58. Deglaire L. Etude prospective aux urgences de Roubaix : dépistage des personnes âgées fragiles et évaluation par l'équipe mobile de gériatrie [thèse d'exercice]. [Lille France] : Université du droit et de la santé ; 2013.
59. Sandrine Charpentier Commission Recherche. Sensibilité et spécificité d'un test diagnostic – Médecine factuelle – Outils professionnels – Vie professionnelle – SFMU – Société Française de Médecine d'Urgence [Internet]. SFMU.2015 disponible sur <http://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/ebm/sesp>
60. Société Française de Gériatrie et Gérontologie [Internet] disponible sur <http://www.sfgg.fr/missions/groupe-de-travail/groupe-reseaux>.
61. Niel X, Beaumel C. Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi. 14 avr 2011 disponible sur <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/2130>
62. Code de la santé publique | Legifrance [Internet] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000022934381&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130217>
63. Elie-Lefebvre C, Schuster JP, Limosin F. Télésychiatrie : quelle place dans les soins des sujets âgés ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016 ; 14(3) :325-31
64. Développer l'hospitalisation à domicile [Internet] disponible sur <https://www.santementale.fr/actualites/developper-l-hospitalisation-a-domicile.html>
65. Ankri J. (2002). Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société*, vol. 25/103, (4), 93-106.
66. Hubert S, Pedepeyrau C, Reznikoff V. 4/12 Les équipes mobiles de gériatrie. [Httpwwwem-Premium.com/doc-Distantuniv-](http://www.em-Premium.com/doc-Distantuniv-)

Lille2datarevues126860340015008543 [Internet]. 11 oct 2010 disponible sur <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/268251/resultatrecherche/3>

67. Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P, Boonen S, Milisen K. Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals : a systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2013 ;11 :48

68. Lefrançois P. Une discipline en développement : la gérontopsychiatrie [Internet] disponible sur <https://geroscopie.fr/print.asp?679F51853976B7>

ANNEXES

Annexe 1 : le score SEGA

SEGA (SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION DU PROFIL GÉRIATRIQUE À L'ADMISSION) (SEGA SHORT EMERGENCY GERIATRIC ASSESSMENT)

Profil de risque et problèmes des patients > 70 ans admis au service des urgences. Identification (vignette)

Médecin traitant :

Personne de référence (tel) :

Motif d'admission :

Destination du patient :

Volet A	Signalement du profil gériatrique et des facteurs de risque		
	0	1	2
Age	74 ans ou moins	entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus
Provenance	Domicile	Domicile avec aide	MR ou MRS
Médicaments	3 ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus
Fonctions cognitives	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)
Humeur	Nor male	Parfois anxieux	Souvent triste et déprimé
Perception de santé (en général)	Meilleune	Bonne	Moins bonne
Chute les 6 derniers mois	Aucune	Une et sans gravité	Chute(s) compliquée(s) ou comme motif d'hospitalisation
Nutrition	Normal, poids stable, apparence normale	Perte d'appétit, de poids (3kg/3mois)	Fraichement dénutri (BMI <21)
Maladies associées, (comorbidité)	Pas en dehors de l'AA	De 1 à 3	Plus de 3, ou AVC, ou cancer ou BPCO, ou ICC.
AVJ se lever, mar cher, (mobilité)	Autonome	Soutien	Incapacité
AVJ continence (urinaire et/ou fécale)	Autonome	incontinence accidentelle	Incontinence
AVJ manger (prendre les repas)	Autonome	Préparation	Assistance
AVJ instrumentales (repas, tel, médicaments)	Autonome	Aide	Incapacité
/26			
Volet B	Données complémentaires		
Accompagnant	P de référence, ou pas utilisé	P de référence absente	P de référence épuisée
Hospitalisation récente (délai)	Pas ces 6 derniers mois	Oui il y a moins de 6 mois	Dans le mois qui précède
Vision et/ou audition	Nor male	Diminuée et appareillée	Très diminuée
Habitat	Couple (famille)	Seul avec aide	Seul sans aide
Aide existante à domicile	Aucune	Proches	Professionnelle (nom, tél.)
Pr ojet pour la sortie (proches)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Projet pour la sortie (patient)	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alter native
Perception de la charge (proches)	Nor male	Importante	Trop importante
Fait le :	avec l'aide de (proches) :	par :	

MR : Maison de retraite ; MRS : Maison de repos et de soins ; AVC : Accident vasculaire cérébral ; BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive ; ICC : Insuffisance cardiaque congestive ; AVJ : Activités de la vie journalière.

Annexe 2 : Score SEGAm (3 volets) et guide d'utilisation.

Volet A :

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
Total			 / 26

TOTAL Volet A		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile

Volet B :

Volet B	Données complémentaires			Score
	0	1	2	
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante	
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
TOTAL Volet B : / 22				
Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité				

Volet C :

Propositions d'actions pour diminuer le niveau de fragilité

Besoins repérés par l'évaluateur d'une prise en charge médico-sociale OUI NON

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Protection juridique |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie | <input type="checkbox"/> Portage de repas |
| <input type="checkbox"/> Garde de jour | <input type="checkbox"/> Téléalarme |
| <input type="checkbox"/> Garde de nuit | <input type="checkbox"/> Activité physique ou sportive |
| <input type="checkbox"/> Hébergement temporaire | <input type="checkbox"/> Vie associative |
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour | <input type="checkbox"/> Soutien aidant naturel |
| <input type="checkbox"/> Entrée en EHPAD | <input type="checkbox"/> Autre action / à préciser |
| <input type="checkbox"/> Demande d'A.P.A. | |

TRANSMISSION AU MEDECIN TRAITANT OUI NON

Besoins repérés par l'évaluateur d'une prise en charge sur décision médicale OUI NON

- Évaluation gériatrique complète
 - Prise en charge médicale ciblée
 - Kinésithérapeute
 - Psychologue
 - Ergothérapeute
 - Orthophoniste
 - Diététicien
 - Atelier équilibre
 - Éducation thérapeutique du patient
 - Soutien nutritionnel
 - Autre action / à préciser
-

Guide d'utilisation :

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DU NIVEAU DE FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES EN CHAMPAGNE-ARDENNE

Définition de la personne âgée fragile par le Groupe technique régional Bien Vieillir du PRSP

« C'est une personne présentant un état instable conduisant à un risque de décompensation somatique, psychique ou sociale, secondaire à un évènement même minime ; cet état est potentiellement réversible, s'il est identifié, et si des actions adaptées sont mises en place. »

Volet A :

Provenance : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle une aide professionnelle ?*

(FL : Foyer Logement ; EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?*

Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?*

La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien, êtes-vous anxieux, êtes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?*

Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?*

Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?*

Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ; si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ; si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).

Autant que possible veuillez renseigner le poids et la taille dans les items au début de la grille, ce qui permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si IMC <21.

Maladie associées : *La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?*

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?*

Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (cane, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise t-elle des protections ?*

Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1); si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?*

Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir...?*

Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?*

Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

COTATION SUR 26 : Elle indique l'intensité du profil de fragilité en reflétant globalement le nombre de problèmes signalés ; il est clair que ce chiffre n'a qu'une valeur indicative. On peut considérer que le profil de la personne est peu fragile pour un score inférieur ou égal à 8, qu'il est moyen pour un score compris entre 9 et 11 et qu'il est très fragile pour un score supérieur ou égal à 12.

Volet B : Données complémentaires. Cette partie regroupe des facteurs susceptibles d'influencer le plan de soins et d'aides. Les facteurs sensoriels, le recours à l'hospitalisation y sont pointés ainsi que des facteurs propres aux aides existantes et à l'aident principal (perception de la charge de soins) ainsi que les facteurs propres aux attentes de la personne et de ses proches.

Hospitalisation récente : *La personne a-t-elle été hospitalisée durant les 6 derniers mois ? Combien de fois a-t-elle été hospitalisée ? Une hospitalisation a-t-elle duré plus de 3 mois ?*

Vision : *La vue de la personne, avec des lunettes si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Audition : *L'ouïe de la personne, avec des prothèses auditives si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Support social / entourage : *La personne vit-elle seule à domicile, en couple, ou avec un ou plusieurs membres de sa famille ?*

Aide à domicile professionnelle : *Selon vous, la personne de l'aide à domicile de la part de professionnels ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne ? Combien de services différents interviennent-ils à son domicile ? L'aide peut-être à visée soit sanitaire, soit médico-sociale, soit sociale.*

Aidant naturel : *La personne a-t-elle besoin de recevoir de l'aide à domicile de la part de sa famille ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne, combien de personnes différentes interviennent-elles à son domicile ?*

Perception de la charge par les proches : *l'accompagnement de la personne est-il vécu par son entourage comme supportable, importante ou trop importante ?* Si l'entourage est absent, on code (2).

Habitat : *De votre point de vue de professionnel, diriez-vous que l'habitat de la personne est adapté, peu adapté, ou inadéquat ?*

Cette zone explore l'influence des conditions d'habitat sur l'autonomie de la personne. Exemples : chambre à l'étage, éclairage déficient, salle de bains non aménagée, absence de barres d'appui, etc.

Situation financière : *la personne vous semble t-elle avoir des difficultés sur le plan de ses ressources ? A-t-elle demandé une aide ? La reçoit-elle déjà ?* Il s'agit d'une appréciation déclarative par la personne.

Perspectives d'avenir selon la personne : Cette question doit être posée directement à la personne. *Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous de modifier votre mode de vie ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?*

Perspectives d'avenir selon l'entourage : Cette question doit être posée directement à l'aidant naturel de la personne. *Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous la nécessité de modifier le mode de vie de votre parent ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?* Ces deux dernières questions permettent de noter une discordance entre l'avis de la personne et celui de ses proches, notamment sur l'entrée en institution

AUTEUR : Nom : HENNEBERT-MEDICI

Prénom : Sophie

Date de Soutenance : 08 novembre 2018

Titre de la Thèse : Intérêt du score SEGAM dans la prévention des complications intra-hospitalières chez les sujets âgés en psychiatrie

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : sujet âgé, fragilité, score SEGA modifié, psychiatrie, complications intra-hospitalières

Contexte : La population française vieillit. Les sujets âgés peuvent être fragiles et leur hospitalisation source de perte d'autonomie ou de décompensations. Les patients atteints de troubles psychiatriques sont particulièrement vulnérables et susceptibles d'être victimes de ces complications. L'identification de ces personnes âgées fragiles, à risque de complications lors des hospitalisations est donc nécessaire.

Objectif : L'objectif principal est de vérifier si le score SEGA modifié (SEGAm) permet de dépister une population à risque de complications, chez les sujets âgés hospitalisés en psychiatrie.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, analytique, prospective et unicentrique. Elle s'est déroulée du 18 juillet 2016 au 18 juillet 2018, au sein de l'hôpital psychiatrique de Roubaix (Nord). Étaient inclus les patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés depuis au moins 24h.

Résultats : 203 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 73 ans. Selon le score SEGAm, 26% des patients étaient fragiles et 33% très fragiles. 90 patients (44%) ont présenté des complications. Il s'agissait principalement de chute, iatrogénie et perte de poids. Le score SEGAm était statistiquement corrélé ($p < 0.01$) à la présence de complications (iatrogènes, infectieuses, métaboliques, de décubitus, chute, perte de poids, troubles de l'élimination). Il était prédictif de leur survenue, à plus de 72% pour un seuil de 11.

Conclusion : L'étude montrait une association significative entre un score SEGAm indicateur de fragilité et l'existence de complications intra-hospitalières chez les sujets âgés en psychiatrie. Ce score est donc un bon outil de dépistage des complications chez les sujets âgés pendant leur hospitalisation. Le but de ce dépistage serait d'essayer de proposer des alternatives à l'hospitalisation ou de mettre en place des stratégies afin d'éviter les complications.

Composition du Jury :

Président : Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Docteur Patrick LEROUGE

Madame le Docteur Stéphanie SOCKEEL

