106 021045 4

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

UNIVERSITE de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
SCD

ANNEE 1994

THESE n° 58/1

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DANS LES MAISONS DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE

DEPENDANCE PSYCHIQUE ET CHARGE DE TRAVAIL

THESE

POUR LE

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Octobre 1994

par

Denis SCHADLER

né le 15 Mars 1963 à Pontoise (Val d'Oise)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur LEGER ..... PRESIDENT
Monsieur le Professeur DUMAS..... JUGE
Monsieur le Professeur GAROUX ..... JUGE
Monsieur le Professeur MERLE ..... JUGE
Monsieur le Docteur CHARMES ..... MEMBRE INVITE
Monsieur le Docteur TESSIER ..... MEMBRE INVITE

ex 1

Sibil:

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

UNIVERSITE de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie

ANNEE 1994 THESE n° 58

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DANS LES MAISONS DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE

DEPENDANCE PSYCHIQUE ET CHARGE DE TRAVAIL

THESE

POUR LE

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Octobre 1994

par

Denis SCHADLER

né le 15 Mars 1963 à Pontoise (Val d'Oise)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur LEGER ..... PRESIDENT
Monsieur le Professeur DUMAS..... JUGE
Monsieur le Professeur GAROUX ..... JUGE
Monsieur le Professeur MERLE ..... JUGE
Monsieur le Docteur CHARMES ..... MEMBRE INVITE
Monsieur le Docteur TESSIER ..... MEMBRE INVITE

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

DOYEN DE LA FACULTÉ — Monsieur le Professeur PIVA

ASSESSEURS — Monsieur le Professeur VANDROUX

Monsieur le Professeur DENIS

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

ADENIS	Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN	Luc	Chirurgie Infantile
ALDIGIER	Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBAUD	Françoise	Médecine Interne
ARNAUD	Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE	Dominique	Histologie, Embryologie et Cytogénétique
BAUDET	Jean	Clinique Obstétricale et Gynécologique
BENSAID	Julien	Clinique Médicale et Cardiologique
BERNARD	Philippe	Dermatologie
BESSEDE	Jean-Pierre	Oto Rhino Laryngologie
BONNAUD	François	Pneumologie
BONNETBLANC	Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE	Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX	Jean	Pédiatrie
BOUQUIER	Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BOUTROS-TONI	Fernand	Biostatistique et Informatique Médicale
BRETON	Jean-Christian	Biochimie et Biologie Moléculaire
CAIX	Michel	Anatomie
CATANZANO	Gilbert	Anatomie Pathologique
CHRISTIDES	Constantin	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
COLOMBEAU	Pierre	Urologie
CUBERTAFOND	Pierre	Clinique de Chirurgie Digestive
DARDE	Marie-Laure	Parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR	Lionel	Pédiatrie
DENIS	François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES	Bernard	Anatomie
DUDOGNON	Pierre	Rééducation-Fonctionnelle
DUMAS	Michel	Neurologie
DUMAS	Jean-Philippe	Urologie
DUMONT	Daniel	Médecine du Travail
DUPUY	Jean-Paul	Radiologie et Imagerie Médicale
FEISS	Pierre	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
GAINANT	Alain	Chirurgie Digestive
GAROUX	Roger	Pédopsychiatrie

GASTINNE	Hervé	Réanimation Médicale
GAY	Roger	Réanimation Médicale
GERMOUTY	Jean	Pathologie Médicale et Respiratoire
HUGON	Jacques	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
LABADIE	Michel	Biochimie et Biologie Moléculaire
LABROUSSE	Claude	Rééducation Fonctionnelle
LABROUSSE	François	Anatomie-Pathologie
LASKAR	Marc	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
LAUBIE	Bernard	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
LEGER	Jean-Marie	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT	Claude	Néphrologie
LIOZON	Frédéric	Clinique Médicale A
MALINVAUD	Gilbert	Hématologie et Transfusion
MENIER	Robert	Physiologie
MERLE	Louis	Pharmacologie
MOREAU	Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES	Dominique	Chirugie Infantile
OUTREQUIN	Gérard	Anatomie
PECOUT	Claude	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
PERDRISOT	Rémy	Biophysique et Traitement de l'Image
PESTRE-ALEXANDRE	Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND	Bernard	Hépato-Gastro-Entérologie
PIVA	Claude	Médecine Légale
PRALORAN	Vincent	Hématologie et Transfusion
RAVON	Robert	Neurochirurgie
RIGAUD	Michel	Biochimie et Biologie Moléculaire
ROUSSEAU	Jacques	Radiologie et Imagerie Médicale
SAUTEREAU	Denis	Hépato-Gastro-Entérologie
SAUVAGE	Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE	Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES	Richard	Thérapeutique
VALLAT	Jean-Michel	Neurologie
VALLEIX	Denis	Anatomie
VANDROUX	Jean-Claude	Biophysique et Traitement de l'Image
WEINBRECK	Pierre	Maladies Infectieuses
MOULIN	Jean-Louis	Professeur Associé à mi-temps

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA FACULTÉ - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

CETTE THESE EST DEDIEE :

A mes parents,

Pour l'immense respect et l'amour éternel que je leur porte.

A Laurence,

Qui éclaire ma vie.

A mon frère,

Pour son aide qui permit ce travail.

A mes grands-parents,

Avec une tendresse infinie.

A ma famille.

A Nathalie, Karine et Caroline,

Qui guidèrent mes premiers pas à Limoges.

A Dom's, Cécile et Irina.

A tous les amis d'un jour ou de toujours, de fortune ou d'infortune.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur LÉGER

Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes

Psychiatre des Hôpitaux

Chef de Service.

Vous nous avez accueilli à Limoges pour nous conduire sur les chemins de la psychiatrie. Vous nous avez enseigné les intrications complexes de la maladie mentale. Vous avez motivé notre ardeur en gériatrie par l'étude de la psychogériatrie mais plus encore par la recherche de la dimension Humaine dans la pratique médicale.

Nous sommes très touché par l'honneur que vous nous faites en présidant cette thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A nos juges,

A Monsieur le Professeur DUMAS

Professeur des Universités de Neurologie,

Médecin des Hôpitaux,

Chef de Service.

A deux pas de la Psychiatrie, nous avons toujours apprécié la richesse de votre enseignement de la Neurologie dans sa dimension Humaniste.

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur GAROUX,

Professeur des Universités de Pédopsychiatrie,

Psychiatre des Hôpitaux,

Chef de Service.

Nous avons pu bénéficier de la rigueur de votre approche et de la richesse de votre enseignement. Nous n'oublierons jamais la qualité de votre analyse et l'à propos de votre esprit critique.

Vous nous faites un honneur en acceptant de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur MERLE

Professeur des Universités de Pharmacologie,

Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance.

Nous avons pu à travers l'étude de la Gériatrie, bénéficier de la richesse de votre expérience et de la précision de votre enseignement.

Vous nous faites un honneur en acceptant de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur CHARMES,

Médecin des Hôpitaux,
Chef de Service de Gérontologie Clinique.

Nous vous sommes profondément reconnaissant de la qualité de l'accueil que vous nous avez réservé dans votre service.

Nous garderons toujours pour base la rigueur de votre sens clinique et la qualité de votre réflexion.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de notre profonde et très respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur TESSIER,

Psychiatre des Hôpitaux,
Praticien Hospitalier à temps partiel.

Le temps passé auprès de vous nous a permis d'apprendre la richesse des intrications caractérisant la maladie mentale.

Vous nous avez fait découvrir la complexité de la Psychogériatrie et les voies de recherche dans ce domaine.

Vous nous avez soutenu tout au long de ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

A Monsieur F. MARCHAN,

Pour qui l'étendue de la science des croisements et autres tests statistiques n'a aucun secret.

Tu as su transformer ces longs mois d'étude en un travail de recherche passionnant et toujours agréable.

Sois ici assuré de ma profonde et très amicale gratitude.

Je tiens à remercier tout particulièrement :

- Les vingt-deux maisons de retraite, leur directeur, les surveillantes et tous les soignants qui par leur générosité, leur patience et leur disponibilité ont permis la réalisation de cette enquête.
- Monsieur le Dr. Leroux, Madame le Dr. Hovasse et Monsieur le Dr. Séverin pour leur accueil au centre gériatrique de La Noue à Vierzon et leurs conseils précieux.
- Madame le Dr. Ritchie K., INSERM, Montpellier.
- Madame le Dr. Mizrahi A., CREDES, Paris.
- Madame le Dr. Suhrer R., CNRS, Paris.
- Monsieur le Dr. Fessard J., Espace Saint Augustin, CECAP, Paris.
- Monsieur le Dr. Vergnenègre, DIM / UFIM, Limoges.
- Monsieur le Dr. DA SILVA, Caisse Primaire d'Assurance Maladie à Limoges.
- Le Conseil Général de la Haute-Vienne et tout particulièrement, Monsieur Gevaudan T. et Madame le Dr. Heniau-Marquet D. pour leurs conseils avisés.
- Les services de documentations du CLEIRRPA (Centre de liaison, d'étude, d'informations et de recherche sur les problèmes des personnes âgées), du CPDG (Centre pour le développement de la gérontologie à Grenoble), de la Fondation Nationale de Gérontologie, Paris.

"...the mind is restless, turbulent, strong and unyielding, ...
as difficult to subdue as the wind."

Bhagavad - Gita.

Marquise, si mon visage
A quelques traits un peu vieux
Souvenez-vous qu'à mon âge
Vous ne vaudrez gueres mieux.

Le temps aux plus belles choses
Se plaist à faire un affront
Et saura faner vos roses
Comme il a ridé mon front.

Le mesme cours des planetes
Regle nos jours et nos nuits :
On m'a vu ce que vous estes ;
Vous serez ce que je suis.

Ce pendant j'ay quelques charmes
Qui sont assez éclatans
Pour n'avoir pas trop d'alarmes
De ces ravages du tems

Vous en avez qu'on adore ;
Mais ceux que vous meprisez
Pourroient bien durer encore
Quand ceux-là seront usez.

Ils pourront sauver la gloire
Des yeux qui me semblent dous,
Et dans mille ans faire croire
Ce qui me plaira de vous.

Chez cette race nouvelle
Où j'auray quelque crédit
Vous ne passerez pour belle
Qu'autant que je l'auray dit.

Pensez-y, belle Marquise :
Quoi qu'un grison fasse effroy,
Il vaut bien qu'on le courtise
Quand il est bien fait comme moy.

Pierre Corneille, Stances.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION

2. PREREQUIS ET DEFINITIONS

2.1 VIVRE EN MAISONS DE RETRAITE :

2.1.1 Introduction

2.1.2 Caractéristiques communes

2.1.3 Publiques ou privées

2.1.4 Médicalisées ou non

2.1.5 L'aspect financier

2.1.6 Le cas de la Haute-Vienne

2.2 LE ROLE DE L'INSTITUTION DANS LA GENESE DES TROUBLES

2.3 DES GRILLES OU ECHELLES D'EVALUATION

2.3.1 Introduction

2.3.2 Évaluation de la dépendance

2.3.3 Evaluation des activités de la vie quotidienne

2.3.4 Evaluation des troubles cognitifs

2.3.5 Evaluation des troubles anxieux et dépressifs

2.3.6 Evaluation des troubles du comportement

2.3.7 Evaluation globale

2.3.8 Conclusion

2.4 DE L'AUTONOMIE A LA DEPENDANCE OU L'AMBIGUITE DES CONCEPTS

2.4.1 Cadre juridique

2.4.2 Cadre théorique

2.4.3 Autonomie et personnes âgées

2.4.4 Dépendance ou interdépendance et personnes âgées

2.5 L'OMBRE DE L'AMOUR PERDU OU APPROCHE DU VIEILLISSEMENT

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

4. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE

4.1 ELABORATION D'UN QUESTIONNAIRE STRUCTURE A REPONSES FERMEES

4.2 ETUDE DE FAISABILITE

4.3 DESCRIPTION DE L'OUTIL

4.4 DEFINITION DES VARIABLES

4.5 METHODE D'INVESTIGATION

4.6 POPULATION ET ECHANTILLONNAGE

4.7 ETHIQUE ET SECRET MEDICAL

5. METHODE D'ANALYSE

5.1 MATERIEL ET TYPE DE VARIABLES

5.2 ANALYSE STATISTIQUE

5.2.1 Descriptif simple

5.2.2 Descriptif croisé

6. RESULTATS ET DISCUSSION

6.1 DESCRIPTIF SIMPLE DE L'ECHANTILLON

6.1.1 Caractéristiques de l'échantillon

6.1.2 Description simple des tranches d'âge de notre échantillon

6.1.3 Descriptif simple des troubles psychocomportementaux

6.1.4 Descriptif simple des troubles physiques : pourcentage et nombre.

6.1.5 Descriptif simple des handicaps physiques et sensoriels.

6.1.6 Description simple des temps de travail

6.1.7 Descriptif de la variable "Rejet de la part de la famille".

6.1.8 Descriptif simple des diagnostics psychiatriques simplifiés par ordre décroissant

6.1.9 Description des diagnostics simplifiés en fonction de leur moyenne d'âge

6.1.10 Description des diagnostics psychiatriques simplifiés en fonction des tranches d'âges

6.1.11 Description simple des suivis psychiatriques

6.1.12 Description simple de la variable "Demande de consultation psychiatrique".

6.2 CROISEMENTS ET ETUDE DES CORRELATIONS

6.2.1 Etude des troubles en fonction de l'âge et des tranches d'âges

6.2.2 Etudes des croisements entre les variables et la variable "sexe"

6.2.3 Etude des troubles en fonction de l'existence d'une demande de consultation psychiatrique

6.2.4 Etude des troubles en fonction des temps de travail infirmiers et aides soignantes

6.2.5 Etude des troubles en fonction des sub-scores : psychique, physique et des temps de travail infirmiers et aides soignants

6.2.6 Etude des troubles en fonction du rejet de la famille

6.2.7 Etude des croisements avec l'item "Troubles de la mémoire"

6.3 AVANTAGES ET LIMITES

6.3.1 Biais

6.3.2 Avantages

7. ENSEIGNEMENTS ET PROPOSITIONS DE NOTRE ETUDE

7.1 LE CONCEPT DE DEPENDANCE, D'AUTONOMIE ET LE VIEILLISSEMENT.

7.2 ELABORATION D'UNE POLITIQUE DE SOINS Y COMPRIS PSYCHIATRIQUE

7.2.1 Situation du soin : curatif, préventif ou palliatif

7.2.2 Pour la Tolérance

7.2.3 Valeurs morales, déontologiques et éthiques

7.2.4 Besoins, désirs et plaisirs : pour une approche hédonique des troubles de la vieillesse

7.2.5 Dédramatisation des comportements sexuels

7.2.6 Vers des traitements non pharmacologiques

7.3 SOINS SECONDAIRES : LA CONSULTATION ET LE SUIVI PSYCHIATRIQUE

7.4 PRISE EN COMPTE DE L'ASPECT FINANCIER

7.4.1 Nécessité d'une formation en pathologie mentale

7.4.2 Orientation - adéquation des pensionnaires : nécessité d'une coopération - coordination

7.4.3 Prévenir le syndrôme de stress (Burn out syndrome)

7.4.4 L'approche de la mort

7.5 PRISE EN COMPTE DES FAMILLES

7.6 PRISE EN COMPTE DE L'ASPECT FINANCIER

7.7 EVALUATION ET RECHERCHE

7.7.1 Evaluation de la qualité de la vie

7.7.2 Proposition d'une grille de charge de travail psychiatrique

8. CONCLUSION

9. ANNEXES

9.1 GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

9.2 RESULTATS DU DESCRIPTIF SIMPLE MINIMUM

10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

11. BIBLIOGRAPHIE

12. TABLE DES MATIERES

13. TABLES DES ILLUSTRATIONS

13.1 TABLE DES FIGURES

13.2 TABLE DES GRAPHIQUES

13.3 TABLE DES TABLEAUX

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

" Conserver la santé et guérir les maladies : tel est le problème que la médecine a posé dès son origine et dont elle poursuit encore la solution scientifique ".

Claude BERNARD, 1865.

Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

En France, la conjonction d'une baisse de la natalité et d'une augmentation de l'espérance de vie nous prédit une nouvelle population de sujets âgés, plus nombreux et plus âgés. Les guerres de 1914-1918 et 1939-1945 sont responsables d'un déficit des naissances objectivables par les rétrécissements à la base de la pyramide des âges. Nous assistons de plus depuis 1965 à une baisse irrégulière mais progressive de la fécondité. L'indice de fécondité est actuellement de 1,91 alors qu'il devrait être de 2,2 pour assurer le renouvellement de la population.

Parallèlement, l'augmentation de l'espérance de vie ou durée moyenne de vie contribue au vieillissement de la population ou gérescence. En dix ans, de 1981 à 1991, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 2,5 ans pour les deux sexes, passant de 70,4 à 72,9 ans pour les hommes et de 78,6 à 81,1 ans pour les femmes. Malgré ces chiffres, la France reste en 13 ^{ème} position des pays de l'OCDE pour l'espérance de vie des hommes et en 4 ^{ème} pour celle des femmes.

Le vieillissement démographique n'est pas une particularité française, il touche l'ensemble des pays industrialisés. Sa progression est importante. On comptait en France en 1850, 6,5% de la population de plus de 65 ans. Dés 1990, les plus de 60 ans représentent 20% de la population soit 11,3 millions de personnes dont 14,7% de plus de 65 ans et 7,1% de plus de 75 ans soit environ 4 millions d'individus.

Pour une population de 57,5 millions d'habitants en France au 1er janvier 1993, les projections démographiques s'accordent à prévoir de 23% à 28% d'habitants de plus de 60 ans en 2020 dont quelques 6 millions de sujets de plus de 75 ans.

Ces évolutions sont marquées par des inégalités. La prépondérance féminine est habituelle (deux femmes pour un homme aprés 60 ans), correspondant à une espérance de vie à la naissance supérieure pour les femmes ainsi qu'à une surmortalité masculine (alcoolisme, tabagisme, accidents, ...). L'espérance de vie varie aussi selon les catégories socio-professionnelles. A la naissance, l'espérance de vie d'un ingénieur est de 5,2 ans supérieure à celle d'un manoeuvre, bien que ce soient ces derniers qui aient enregistré récemment les gains les plus importants.

Récemment, il a été démontré que l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes était identique (2,5 ans) tandis que l'espérance de vie sans incapacité a augmenté de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes. Il en résulte une stabilisation de l'écart homme - femme, une augmentation en moyenne de l'espérance de vie sans incapacité et donc une diminution ou une compression de la morbidité.

Cette compression de la morbidité résulte principalement d'une diminution des incapacités sévères (principalement chez les hommes) et des incapacités minimes.

Tandis que nous possédons de nombreuses données concernant les incapacités physiques et leurs conséquences pour la société, peu d'études ont été réalisées dans le but d'apprécier le poids de la maladie mentale chez les sujets âgés. Selon l'OMS, les trois cinquièmes du total des dépendances sont dues à des problèmes mentaux. A cet âge, la complexité des intrications biologiques, mentales, familiales, sociales, économiques et culturelles représente autant de limites pour toute forme d'évaluation, comme en témoigne la rareté des items psychocomportementaux dans les grilles d'évaluation.

Du handicap à la dépendance, il existe un glissement de la notion de déficit vers celle de charge. Les chiffres inflationnistes du nombre des sujets âgés et des troubles liés à leur âge, font de la maladie mentale de nos aînés un des problèmes majeurs de santé publique. Ses implications les plus préoccupantes sont financières, sociales, morales et éthiques.

Les sujets âgés consomment plus de 50% des dépenses de santé de la France, qui avec 8,9% de son Produit Intérieur Brut consacré à la santé est le pays d'Europe qui attribue le plus d'argent à son système de soin.

Les conséquences sociales sont lourdes car les sujets âgés nécessitent des structures adaptées, des activités, des soins et des soignants spécialisés. Le problème de la qualité de la couverture sociale ne peut être indéfiniment reporté (la France ayant le plus bas taux de couverture sociale en 1993 des pays de l'OCDE). De même, tous les retraités de demain ne peuvent plus être considérés comme le frein du dynamisme économique de la nation.

Le respect de la morale et l'application des règles d'éthiques doivent être divulgués et enseignés afin de veiller au respect de notre liberté de demain.

C'est à partir d'un interrogatoire des soignants que nous proposons une étude épidémiologique descriptive des troubles psychiatriques dans les maisons de retraite du département de la Haute-Vienne. La connaissance de la prévalence des troubles permettra de mettre en évidence les liaisons existantes entre différents troubles puis entre troubles et différentes variables physiques et descriptives. Notre intérêt se porte sur l'existence d'une demande de consultation psychiatrique émanant des soignants, qui permettra d'apporter des précisions sur les besoins en soins psychiatriques en institutions et sur la notion de dépendance psychique.

Notre réflexion ne s'applique pas à une population informelle et abstraite et c'est en terme d'individualité que nous tenterons d'apporter des solutions concrètes à proposer aux aidants car, s'il faut aider les aidants selon la formule canadienne, il faut aussi les informer puis les former car ...

c'est de nos vieux jours dont il est question !

PREREQUIS ET DEFINITIONS

2. PREREQUIS ET DEFINITIONS

"Il apparaît préférable de théoriser la pratique que de pratiquer une théorie qui se cherche".

J. RICHARD.

2.1 VIVRE EN MAISONS DE RETRAITE :

"Sur le penchant de quelque agréable colline bien ombragée, j'aurais une petite maison rustique, une maison blanche avec des contrevents verts".

Jean-Jacques ROUSSEAU, Émile.

2.1.1 Introduction

Des hospices de l'après guerre aux Jardins d'Eleusis, il existe une évolution considérable de la politique de prise en charge institutionnelle des sujets âgés. En 1962, le rapport "Laroque" et le V ème plan marquèrent les premiers pas de la gérontologie sociale. L'hospice et ses indigents ne correspondant plus aux besoins de la population âgée, les efforts sont alors tournés vers une politique du maintien au domicile. Les maisons de retraite (établissements médico-sociaux, loi du 30 Juin 1975) devront prendre en charge des personnes valides, tandis que sont individualisés les établissements sanitaires de longs (en 1970) et de moyens séjours (en 1980). Sous le VIII ème plan, la circulaire du 7 Avril 1982 prévoit le renforcement des dispositifs locaux pour l'action gérontologique avec la création d'instances locales de coordinations en faveur des retraités et personnes âgées. L'État, par la décentralisation, prévoit une participation coordonnée des intéressés sur le plan local et incite leurs initiatives sous formes des plans gérontologiques locaux. Le IX ème plan entre 1984 et 1988 met en place des plans Etat-Régions et définit 12 Programmes Prioritaires d'Exécution (PPE) dont le dixième (Mieux vivre dans la ville) et le onzième (Moderniser et mieux gérer les problèmes de santé) sont les plus connus. C'est en 1988 que la commission des Droits et Liberté des Personnes Agées Dépendantes présidée par le Pr. Moulias et la Fondation Nationale de Gérontologie mit en place la chartre des personnes âgées dépendantes.

Le rapport Schopflin (1991), dernier rapport du Plan prévoit la poursuite de créations de lits en secteur cure médicale dans les maisons de retraite (de 150 000 à 300 000 à la fin du siècle).

2.1.2 Caractéristiques communes

Les maisons de retraite offrent à la personne âgée une prise en charge globale dans le cadre d'un mode de vie communautaire. Elles assurent l'hébergement avec la possibilité d'apporter des objets personnels, les repas, l'entretien du linge, une animation et la sécurité 24 heures sur 24. Les pensionnaires peuvent bénéficier d'une assistante sociale, faire appel aux soins d'une esthéticienne, coiffeuse ou pédicure. Les conditions d'admission diffèrent selon les établissements (mutualistes, SNCF, réservés aux habitants de la ville, de la région, ...). Il faut avoir généralement plus de 60 ans, faire une demande écrite et présenter le plus souvent un certificat médical. Il n'est pas inutile de rappeler le libre choix du médecin.

2.1.3 Publiques ou privées

Les maisons de retraite peuvent être publiques (Collectivités locales, Centres Communaux d'Action Sociale, Syndicats Intercommunaux ou Hôpitaux), privées à but non lucratif (Associations, Mutuelles, Congrégations, Fondations) ou privées à but lucratif (type SA ou SARL). Leur création résulte d'une procédure impliquant la Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-sociales (CRISMS), le Président du Conseil Général et le cas échéant le Préfet.

2.1.4 Médicalisées ou non

Non médicalisées, elles assurent les soins d'hygiène élémentaires. Les agents n'ont pas de formation particulière et le ratio est de 0,3 agent par pensionnaire. Les actes médicaux, infirmiers et kinésithérapiques sont assurés par des intervenants extérieurs et sont rémunérés directement par le patient. Le prix de journée est à la charge du pensionnaire.

Médicalisées, il existe deux niveaux de médicalisation depuis le 29 Mars 1978, date de la délivrance du forfait soins courants ou cure médicale par l'Assurance Maladie. Le premier niveau, soins courants, correspond à l'intervention d'un médecin et d'infirmiers vacataires sur la base d'un forfait de 17,24 francs par jour et par pensionnaire (chiffres de 1994).

Le deuxième niveau, cure médicale, est réservé aux pensionnaires ayant perdu la capacité de faire seuls les actes de la vie courante ou atteints d'une affection physique ou psychique stabilisée nécessitant un traitement d'entretien, une surveillance médicale et des soins paramédicaux. La cure médicale est de création plus récente et permet aux pensionnaires dont les déficits s'accroissent d'éviter d'être transférés dans une nouvelle structure. Le forfait soins y est de 131,40 francs par jour et par pensionnaire et rémunère les actes médicaux et paramédicaux, les médicaments, le matériel de soins et l'amortissement du matériel médical. Le médecin et les infirmières sont ici salariés de l'établissement. Ce type de prise en charge est largement favorisé par le gouvernement (Legrand, 1993). A noter que le versement du forfait par l'Assurance maladie est soumis à l'autorisation préalable du préfet.

2.1.5 L'aspect financier

Les établissements publics agréés ont un prix de journée fixé par le Président du Conseil Général. Les pensionnaires peuvent généralement bénéficier de l'aide sociale départementale à l'hébergement si leurs revenus sont insuffisants et si leurs obligés alimentaires ne peuvent contribuer au paiement intégral du prix de journée (procédure complexe et subjective dans sa mise en oeuvre qui concerne 100 000 personnes en France ; Brunner, Coste, Gyomarc'h, Sarre, 1992). L'obtention de l'habilitation à l'aide sociale pour les établissements privés est donnée par le Président du Conseil Général après avis de la CRISMS. Dans certaines maisons de retraite les pensionnaires peuvent aussi bénéficier d'une allocation au logement ou de l'aide personnalisée au logement (APL). En moyenne sur le département, le prix de journée est d'environ 220 francs.

L'idée d'un forfait de soins gradué est actuellement en discussion au parlement.

2.1.6 Le cas de la Haute-Vienne

En 1990 (INSEE, DRASS, 1991), le département de la Haute-Vienne comptait 353 600 habitants dont 92 551 (26 %) de plus de 60 ans et 36 992 (10,4 %) de plus de 75 ans. La tranche d'âge des 85 ans et plus représente 3 % de la population contre 1,8 % pour la moyenne nationale. Les prévisions s'accordent pour désigner cette tranche d'âge comme étant celle devant le plus s'accroître jusqu'en l'an 2000.

Le département de la Haute-Vienne dispose d'environ trente établissements de type maison de retraite permettant d'héberger environ 2340 personnes (0,66% de la population du département) réparties en 1271 (54,4 %) places d'hébergement-soins courants et de 933 (39,9 %) en cures médicales. La différence de 5,7 % s'explique par des lits de moyens, longs séjours ou d'hébergements temporaires existant dans certaines structures.

Comparativement, il existe 692 places en logements foyers, 1090 lits de longs séjours, 560 de moyens séjours et 40 lits d'hospitalisation à domicile, alors que 86,9% de la population de plus de 75 ans vit à domicile.

Tableau 1: Comparatif et proportion des personnes âgées de la Haute-Vienne.

	FRANCE	HAUTE-VIENNE
Nombre d'habitants	57 500 000	353 600
Population en maison de retraite	350 000	2400
Personnes plus de 60 ans	19,3%	26%
Personnes plus de 65 ans	14,3%	21,8%
Tranche des 65-74 ans	7,6%	10,5%
Tranche des 75-84 ans	5,3%	8,3%
Tranche des 85 ans et plus	1,8%	3%
Population à forte dépendance (Kuntzmann)	5%	> 8%

Ces structures travaillent en général au-delà de leurs capacités. Les listes d'attente sont longues et incitent soit à des demandes d'admission anticipées nuisant à la libre rotation des listes d'attente soit à des admissions tardives dans des conditions physiques et intellectuelles difficiles pour les équipes.

"L'analyse des inadaptations fait ressortir la nécessité de procéder à une importante médicalisation des lits existants et à une adaptation des établissements à la prise en charge progressive de la dépendance psychique." (Plan Gérontologique Départemental de la Haute-Vienne. Dossier de Presse, 1991).

Figure 1 : Répartition des sujets de plus de 75 ans en Haute-Vienne.

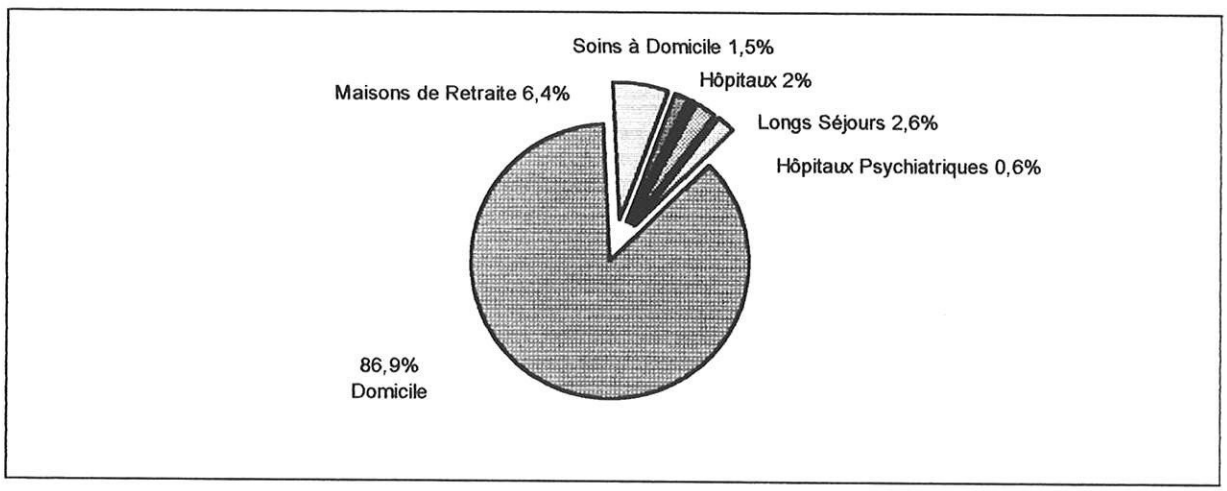


Figure 2 : Répartition des maisons de retraite dans le Département de la Haute-Vienne.

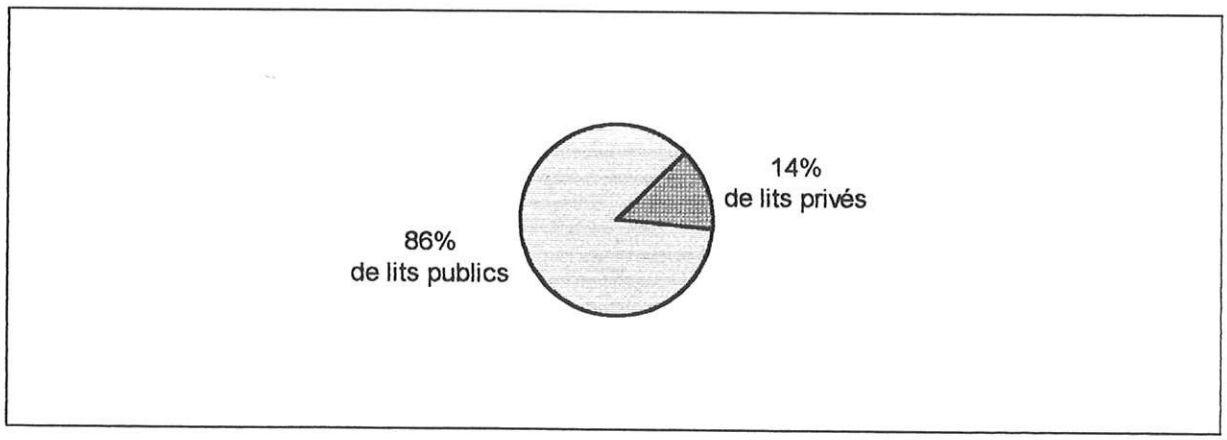


Figure 3 : Répartition géographique des lits.

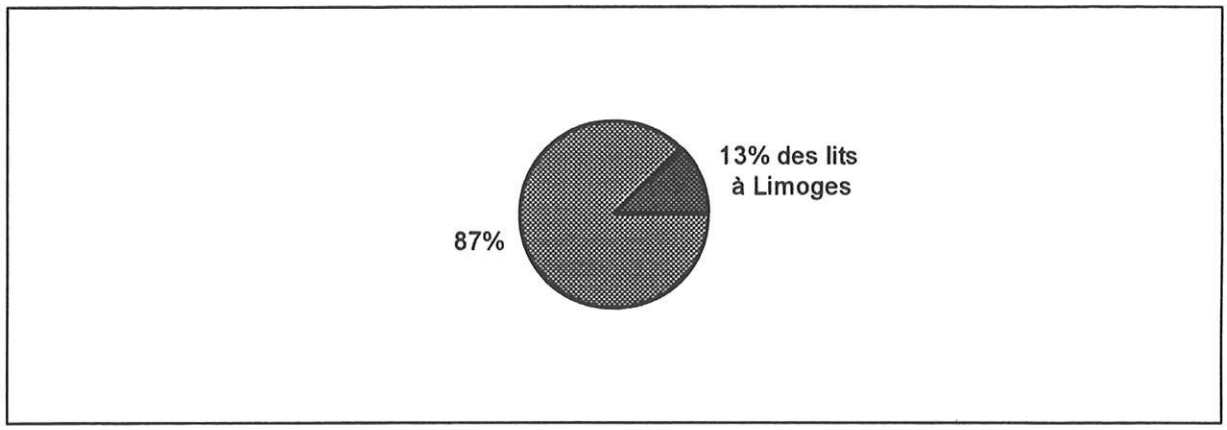


Figure 4 : Répartition des places en maisons de retraite.
(Enquête personnelle, Mars 1994)

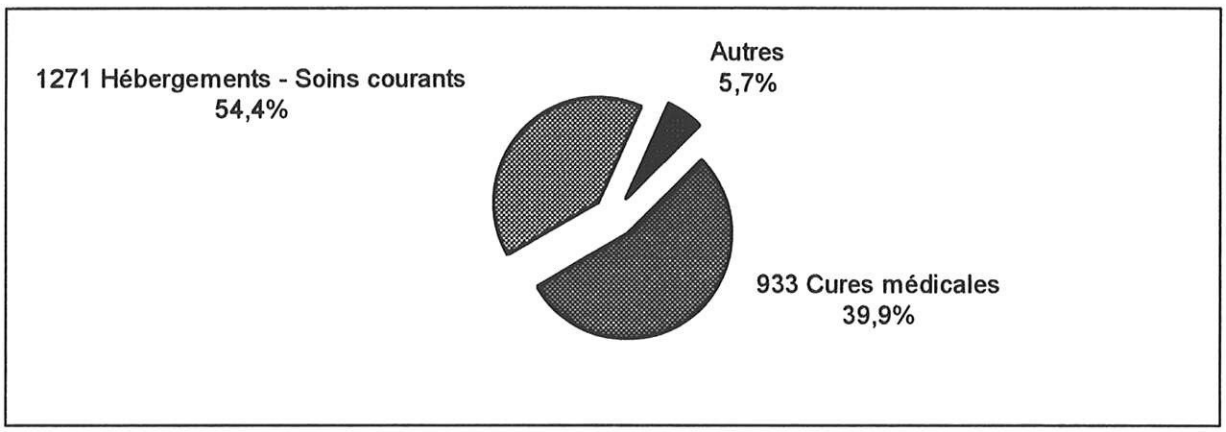
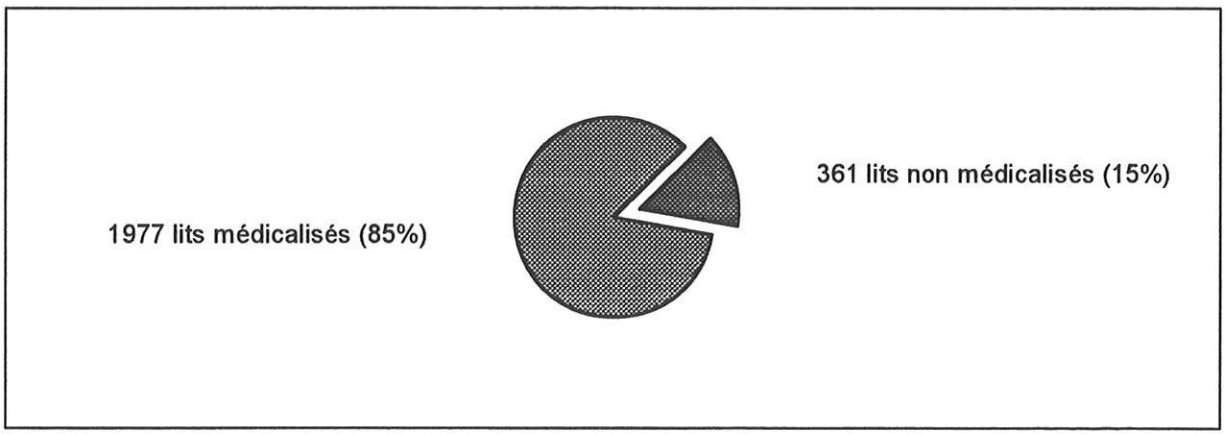


Figure 5 : Répartition des lits médicalisés ou non.



2.2 LE ROLE DE L'INSTITUTION DANS LA GENESE DES TROUBLES

Il convient de resituer l'institution par rapport aux troubles. Longtemps et principalement en longs séjours, l'institution fut accusée de provoquer, sinon d'aggraver les troubles psychocomportementaux des pensionnaires. Fragilisée la personnes âgées en institution va présenter un certain nombre de troubles d'adaptation, des troubles mineurs au syndrôme de glissement, que l'institution ne pourra prévenir.

Responsables de nouveaux troubles et d'une nouvelle dépendance, elle incita la réalisation de nombreux travaux pour préciser sa place exacte dans la genèse des troubles, la régression devenant un problème majeure.

Les travaux de Wells (1978) et de Brull (1979) en Suisse montrèrent l'aggravation plus rapide en institution des personnes âgées présentant des déficits intellectuels. Par contre, après un an, il n'existe plus de différence par rapport au groupe témoin resté à domicile. Il existerait donc une aggravation initiale, sorte de phase d'adaptation.

Il semble donc difficile d'incriminer l'institution. Seule une évaluation précise des besoins des pensionnaires et de leur réalisation en terme de qualité de vie permettrait une approche plus objective. La capacité de répondre à ces besoins et donc l'adéquation des patients semble ici fondamentale.

L'institution intervient un aval de l'apparition des troubles. Si elle peut conduire à la mise en valeur de certains mal tolérés par les soignants, elle doit garder à l'esprit son rôle dans le traitement mais aussi pour la prévention des troubles et leur accompagnement indispensable à cet âge.

2.3 DES GRILLES OU ECHELLES D'EVALUATION

2.3.1 INTRODUCTION

Le dépistage des troubles mentaux en institution se heurte à l'absence d'instrument spécifique et adapté à la psychopathologie générale du sujet âgé dans une institution autre que le long séjour. Pour la réalisation de notre outil de recueil de données, nous nous sommes inspirés des différents instruments existant.

Celles-ci sont nombreuses témoignant de la complexité d'une évaluation complète à la fois simple et précise et nous vous proposons de suivre l'évolution dans le temps des principaux instruments.

Les échelles permettent de standardiser l'examen clinique, d'uniformiser l'observation en quantifiant le jugement (observation standardisée) et ainsi pouvoir comparer les états cliniques (Israël,1991).

Les premières échelles d'évaluation psychiatriques datent des années cinquante. Elles évaluèrent les traits de personnalité puis furent rapidement utilisées pour juger de l'efficacité des psychotropes, en grande partie sous l'influence de l'industrie pharmaceutique. L'ère de la psychopathologie quantitative était ouverte et en France, nous pouvons citer les travaux de Pichot (1966-1969) sur les comportements, l'anxiété et la dépression.

Sous l'influence de la crise économique des années 1970-1980, la politique de "maîtrise des dépenses de santé" incita la mise au point de nombreux outils d'évaluation de la dépendance des personnes âgées ainsi que l'évaluation de la charge de travail des soignants, poste financier le plus lourd.

L'analyse du travail des soignants permit de différencier les soins requis des soins dispensés (Albrand, 1980 ; Tilquin, 1980). Ceux-ci peuvent être exprimés en temps de travail en minutes, en stress ressenti ou degré de satisfaction, en nombre de personnes mobilisées, en nombre d'interventions dans une journée, voire en type de matériels utilisés.

L'évolution de la recherche permit l'élaboration d'instruments toujours plus sensibles et spécifiques. Correspondant à une approche multidimensionnelle et parallèlement à l'évaluation multiaxiale du DSM-III, les instruments mesurèrent les troubles psychologiques et les troubles du comportement (Axe I), les troubles de la personnalité et du développement (Axe II), les facteurs de stress psychosociaux (Axe IV), le fonctionnement global (axe V) et les troubles et les affections organiques (Axe III).

Ils peuvent être une aide au diagnostic positif (type PSE : Present State Examination, Wing et al. , 1974 ; type DIS : Diagnostic Interview Schedule validé par Robins en 1982) ou étiologique (Score de Haschinski, par exemple).

Ils permirent la description de symptômes (anxiété, agressivité, troubles obsessionnels compulsifs, insomnie), de risques (suicidaire), de réactions adverses des thérapeutiques, des capacités de réadaptation sociale ou des capacités d'effectuer les actes de la vie courante (Weissman, 1975 ; Échelles d'adaptation à la vie quotidienne, Desrouesné, 1988 ; Katz, 1963 ; Lawton, 1983) voire des échelles dites de stress familial (Greene et col., 1982).

Non individualisées par un axe particulier du DSM-III, les échelles de qualité de la vie (QDV) ont été tout récemment reconnues par l'Organisation Mondiale et la Santé et la Food and Drug Administration (1990). Issues des services de cancérologie et de rhumatologie puis utilisées pour l'évaluation de la réadaptation sociale des patients chroniques, elles accordent une grande importance aux ressentis et aux capacités opérationnelles. Elles sont peu introduites en gériatrie (Bech P., 1991) malgré d'importants travaux (Donaldson et coll., 1988). Elles apportent un éclairage extérieur à la clinique (Guyotat, 1992) et représentent un axe de recherche tout à fait intéressant (Deyo, 1991) en gérontopsychiatrie, comme nous le verrons plus loin.

Les approches peuvent être globales ou multidimensionnelles (type BPRS), spécifiques ou unidimensionnelle (type MADRS), d'auto-évaluation (type échelle de dépression de Beck) ou d'hétéro-évaluation (type Hamilton). Elles cotent les troubles (échelles de dépendance, par exemple) ou les capacités (échelle d'adaptation sociale, par exemple). Les évaluations peuvent être réalisées par un membre de l'équipe, un enquêteur médecin, psychologue voire par un simple investigateur plus ou moins entraîné.

Rappelons que la *qualité des données collectées est très liée à la perception de l'utilité du recueil par l'utilisateur et par les informants.*

L'objectif peut-être de type scientifique, d'aide à l'organisation et à la planification des soins (type OARS ; Fillenbaum, 1985) ou purement financiers (calcul des prix de journée, des taux de remboursement, etc....). En théorie, ces instruments d'évaluation devraient faciliter les communications entre les différents établissements.

A titre d'exemples ; pour les soignants, les grilles sont généralement des outils d'évaluation de l'évolution ; pour l'équipe médicale, elles représentent surtout une aide au diagnostic, au pronostic ou de l'efficacité de telle thérapeutique tandis que pour le gestionnaire d'établissement, elles permettent de prévoir les coûts, les actions prioritaires, les adéquations et l'organisation du service (Tuja-Chassain, 1983). A une échelle supérieure, elles sont utilisées par le planificateur pour la recherche de solutions aux besoins de la population.

Actuellement, au centre d'une politique de rationalisation du système de soins, les échelles d'évaluation sont indispensables pour l'évaluation de l'efficience de toute thérapeutique et de toute pratique professionnelle.

Il est aisé de comprendre alors les difficultés du clinicien, qui submergé devant cette richesse, aura tendance à vouloir créer à son tour l'instrument répondant à ses besoins, car nous l'avons compris, *l'évaluation est dépendante de l'objectif à atteindre et des conceptions de celui qui la crée.* Elle est ensuite liée à une population donnée, dans un temps et dans un lieu donné.

Il faut rappeler qu'au delà des flous conceptuels et méthodologiques (Gardent H., 1993), ces efforts d'évaluation révèlent une volonté de promouvoir l'aide aux personnes âgées mais aussi ils témoignent de l'importance du besoin de reconnaissance des équipes gériatriques.

Quant aux tests psychologiques, ce sont des méthodes psychométriques proposant au terme d'épreuves standardisées des résultats mesurables. Ils permettent de situer un individu par rapport aux autres individus placés dans les mêmes conditions. Ils nécessitent la participation du malade et l'intervention d'un psychologue. L'utilisation de ces tests n'est pas en relation directe avec l'élaboration de notre outil.

2.3.2 Évaluation de la dépendance

Le numéro de la Revue de Gériatrie de Novembre 1980 était entièrement consacré à l'évaluation de la dépendance. Outre l'absence de grille spécifique de la dépendance psychique, nous pourrons constater la rareté et la pauvreté en items psycho-comportementaux dans la majeure partie des instruments, réalisés la plupart du temps pour une utilisation en longs séjours (Bréda-Jehl, 1989).

Tableau 2 : Evaluation de la dépendance.

ECHELLES D'EVALUATION DE LA DEPENDANCE		
1977	EACG	Échelle d'Appréciation Clinique en Gériatrie de Georges D. et Lallemand A. Echelle de 17 items à 7 degrés, extraite de la Sandoz Clinical Assessment Geriatric. Elle permet de quantifier les essais thérapeutiques et de définir des groupes homogènes de malades.
1980	EXTON-SMITH	Échelle de dépendance en 5 variables à 4 degrés dont 1 item psychique évaluant 4 stades : lucide, indifférence, désorientation, coma. Simple d'emploi et à bonne valeur pronostique.
1980	PATRON	Échelle nominale sous forme de graphique. Evaluation de l'autonomie dans le cadre du maintien à domicile.
1980	KUNTZMANN	Échelle de la Société Française de Gérontologie du Pr. Kuntzmann. Elle comprend 9 items à 3 degrés dont 1 item psychique (3 = troubles majeurs du comportement ou incapacité d'adaptation au milieu : désorientation, cris, fugues, agitation, repli sur soi, refus de communication, pathologie psychiatrique majeure, démence, arriérés, etc. ...). Évalue la dépendance et principalement les besoins en soins dans les institutions. Crée et validée en longs séjours.
1980	EDA	Échelle Dépendance-Autonomie, Dr. Delcros et Lanoë. 25 items à 4 degrés, dont : parole, orientation, mémoire, relations extérieures, activités et loisirs, conversation, humeurs, comportement perturbé, réactions des soignants. Inaugure une approche fonctionnelle et présente 1 item concernant la réaction des soignants. Intéressante pour le dépistage, l'aide au diagnostic, le pronostic, le suivi de la dépendance et aussi pour la gestion des établissements Présente une bonne spécificité et reproductibilité (Israël, Kozarevic, Sartorius, 1984).

Evaluation de la dépendance : suite.

1980	Évaluation de l'autonomie	Delomier Y., Gagne A., Girtanner C. Echelle de 10 items à 4 degrés issus d'un long séjour, permettant d'étudier l'autonomie des sujets âgés d'un centre de jour.
1982	PIEDNOIR-HENRARD	Grille du Secrétariat d'État aux personnes âgées. Proposée pour les plans gérontologiques de 1982-1983. Elle comprend 17 items et introduit le temps de travail (en mn) par catégorie de soignants et la réaction des soignants.
1982	BAULON	Échelle de dépendance à 4 variables (dont Lucidité) à 4 degrés.
1983	GERONTE PSYCHO-GERONTE	Équipe du Dr. Leroux, Vierzon. 27 items à 3 degrés. Comprend 3 items psychiques : cohérence, orientation, insertion sociale plus vision, audition et parole. 20 items : présentation et expression, conduites sociales, personnalité et fonctions intellectuelles évaluées en 3 degrés.
1984	ORIGINE DE LA DEPENDANCE	L. Israël, L. Hugonot, échelle de 13 items à 5 degrés ayant pour but de déterminer l'origine et l'intensité du degré de dépendance en rapport avec la personnalité du malade.
1984	D. LEGER	Enquête dans les longs séjours de la Creuse. 10 items à 3 degrés. 5 items neuro-psycho-sensoriels : psychisme (3 = troubles majeurs du comportement, refus de relation, démence, désorientation, inadaptation au milieu), communication, troubles de la compréhension, vision, audition. Évalue les ressources et les incapacités du patient.
1987	SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée. Outil validé permetttant une évaluation quantitative de la charge en soins infirmiers requis. Propose un coefficient de niveau de soins (soins de base, techniques ou relationnels et éducatifs) et une classe de dépendance allant de 1 à 6.
1989	PMSI	Mesure principalement l'activité médicale et peu l'activité des soignants.
1990	GHM	Groupe Homogène de Malades, adaptation française des DRG : Diagnostics Related Groups (Fetter, USA).
1974 1987	PRN	D'origine québécoise, présentant plusieurs adaptations de 1974 à 1987. Il permet une évaluation quantitative et qualitative des soins requis pour les prochaines 24 heures (Drapeau, 1986). 254 actes de la vie courante sont cotés en fonction du temps requis en minutes et du nombre d'intervenants.

2.3.3 Evaluation des activités de la vie quotidienne

Le tableau n° 3 rappelle les différentes échelles d'évaluation des activités de la vie quotidienne, approche plus fonctionnelle et comportementale inspirée par les travaux de Sidney Katz dés 1963 au Benjamin Rose Hospital de Cleveland.

Tableau 3 : Evaluation des activités de la vie quotidienne.

ECHELLES D'EVALUATION DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE		
1963	KATZ	Katz Adjustment Scale.
1963	ADL	The index of Independance in Activities of Daily Living. : Activities of Daily Living. Mesure les incapacités pour accomplir les activités de la vie ordinaire : manger, se baigner, toilette, habillage, déplacement, continence diurne et nocturne. Cette idée serait de Shelton vers 1935. Les proches sont les informants.
1970		Progress in development of the index of ADL.
1965	SGRS	The Stockton Geriatric Rating Scale, Meer B. et Baker J.A.(USA), traduite par Pichot (1970). Elle comprend 33 items à 3 degrés, cotés par les soignants.
1977	SSRS	The Shortened Stockton Geriatric Scale, Gilleard et Pattie (G.B).
1969	PSMS	Physical Self-Maintenance Scale. Échelle d'Évaluation de l'Autonomie de Lawton et Brody. Elle comprend 6 items cotés 0 ou 1.
1970	GRS.	Geriatric Rating Scale de Plutchik, basée sur l'observation des soignants. Elle comprend 31 items à 3 degrés mesurant le fonctionnement physique et social des sujets âgés.
1971	SAS	Social Adjustment Scale, Paykel.
1969	IADL	Instrumental Activities of Daily Living Scale, Lawton & Brody. 14 items à 4 degrés. Elle comprend une série d'activités au domicile. Traduite par Israël et Waintraub.
1983	BADL	Basic Activities of Daily Living, Linn & Linn.
1987	DSM-III-R	Échelle d'évaluation globale du DSM-III R.

2.3.1 EVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS

Le tableau suivant propose les instruments les plus couramment utilisés pour l'évaluation des troubles démentiels. Il ressort que peu d'instruments peuvent s'intéresser exclusivement à l'évaluation des troubles cognitifs et qu'ils mélangent souvent des items de niveaux très différents (Vernier, 1991).

Tableau 4 : Evaluation des troubles cognitifs.

ECHELLES D'EVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS		
1968	BDS.	Blessed Dementia Scale, Blessed et al. (G.B.). 11 items en 4 degrés. Sous Échelle A (Interrogatoire de l'entourage) et sous Échelle B (Interrogatoire du malade) présentant une très bonne corrélation avec la démence (anatomo-clinique), Katzman et al. (1989).
1975	MMS	Mini Mental State de Folstein, 30 items. Pratique et bref, il permet le dépistage de la démence et d'en apprécier le degré de sévérité.
1980	ECAI	Échelle Clinique d'Aptitude Intellectuelle, L. Israël, Th. Ohlmann. Echelle de 9 items à 5 degrés permettant une estimation rapide des conduites intellectuelles des sujets âgés.
1982	CRD	Clinical Dementia Rating, Hugues. Score Clinique de Démence, traduction française de L. Israël. Echelle de gravité en 5 stades.
1984	ADAS	The Alzheimer Disease Assessment Scale, Rosen et al. Echelle proposée pour suivre l'efficacité des thérapeutiques, principalement de sévérité pour Mohs and Cohen (1988).
1987	DSM-III-R	American Psychiatric Association. Manuel diagnostique évaluant : la mémoire, pensée abstraite, troubles du jugement et de la pensée abstraite, aphasie, apraxie, agnosie et troubles cognitifs doivant avoir une répercussion sur le comportement socio-familial.
1989	BEC	Batterie d'Evaluation Cognitive de Signoret.
1990	ICD-10	World Health Organization. Orientation, calcul, mémoire, pensée, compréhension, langage, capacité d'apprentissage, jugement. Intérêt particulier porté aux signes neurologiques focaux.

2.3.5 Evaluation des troubles anxieux et dépressifs

Le tableau suivant présente les instruments les plus utilisés pour l'évaluation des troubles anxieux et dépressifs. Nous avons insisté sur les outils présentant un intérêt chez le sujet âgé, bien que peu soient validés en particulier lors d'un affaiblissement des fonctions intellectuelles.

Tableau 5 : Evaluation des troubles anxieux et dépressifs.

ECHELLE D'EVALUATION DES TROUBLES ANXIEUX ET DÉPRESSIFS		
1960	HDRS	Hamilton Depression Rating Scale de Hamilton (G.B.) Comprend 21 items en 5 degrés. Travail précurseur et fondamental (BECH, P.) en cours de validité chez le sujet âgé.
1967		Version définitive à 17 items. Permet d'évaluer l'intensité et le suivi d'une dépression.
1969	HAS	Echelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton. 14 items en 5 degrés.
1982	MES	Melancholia Scale.
1961	BDI	Beck Depression Inventory, Beck et al. Auto-évaluation de 21 items cotés en 4 degrés à l'utilisation difficile chez les sujets âgés.
1972	GHQ-30	General Health Questionnaire, Goldberg. Comprend 30 items mettant l'accent sur les items sociaux (Finlay, 1979).
1972	SDS	Self-Rating Depression Scale, Zung (E.U.). Auto-évaluation à 20 items en 5 degrés, peu sensible chez les sujets âgés mais utile pour un dépistage rapide.
1973	SCHWAB	Echelle de dépression, Schwab et al. Initialement conçue pour une utilisation en maison de retraite, elle est validée chez des personnes démentes (Snowdon, 1986).
1975	PGCMS	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, Lawton. Evalué chez les sujets âgés, il s'agit d'un auto-questionnaire que l'on lit au patient qui répond par "Oui" ou par "Non".
1977	CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Radloff. Auto-évaluation de 20 items à 4 degrés utile pour le dépistage chez les sujets âgés mais difficile d'emploi. Des seuils différents ont été proposés (Fûhrer et Rouillon, 1989) pour les hommes et les femmes.
1979	MADRS	Montgomery et Asberg Depression Rating Scale (G.B.). Echelle d'évaluation psychopathologique étendue de Montgomery S. et Asberg M. Comprend 10 items cotés en 6 degrés et utilisés principalement pour le diagnostic, l'intensité de la dépression et pour suivre l'efficacité des traitements.

Evaluation des troubles anxieux et dépressifs : suite

1982	GDS	Geriatric Depression Scale, Yesavage (E.U.). Auto-évaluation testée chez les sujets âgés, validée par Lesher (1986) Elle donne une aide au diagnostic avec une bonne sensibilité et spécificité (Yesavage, 1983).
1983	BRINK	Echelle de Brink et Yesavage.
1983	ERD	Echelle de ralentissement dépressif de Widlôcher et al. Elle comprend 15 items gradués de 0 à 4 intéressants pour le suivi sous traitement et explore la difficulté d'activation de l'action plus que le ralentissement lui-même.
1983	GDSS	Geriatric Depression Screening Scale, Yesavage. Plus spécifiques pour des sujets âgés déments mais validée pour des sujets de plus de 55 ans !
1984	HARD	Diagramme : Humeur, Anxiété, Ralentissement et Danger de Ferreri et Rupin. Polydimensionnel, il comprend 12 items de 0 à 6 selon les 4 axes définis.
1984	QD 2 A	Questionnaire abrégé de dépression de Pichot et al. Auto- questionnaire de 13 items intéressant pour le dépistage en médecine générale.
1984	NINCDS-ADRDA	NINCDS-ADRDA Work Group. Critères anatomopathologiques diagnostiques de la maladie d'Alzheimer, rapporté par McKhann G., Drachmann D., Folstein M.
1987 1990	DSM-III-R ICD-10	Distinguent les formes sévères, modérées et mineures.
1987	EPHD	Echelle Polydimensionnelle de l'humeur dépressive, Jouvent et al. Polydimensionnelle, elle comprend 20 items de 0 à 4.
1987	SZIDS	Short Zung Inventory Depression Scale, Tucker et al. Elle comprend seulement 10 items.
1988	CORNELL	Cornell's Scale for Depression in Dementia, Alexopoulos et al. Permet de différencier dépression et démence d'après un entretien avec le patient mais avec un proche. 19 items en 3 degrés. Traduction française de Hugonot, Pedarriosse et Pichot.
1988	DMAS	Dementia Mood Assessment Scale, Sunderland et al. (E.U.). 24 items en 7 degrés basés sur l'interrogatoire des proches et sur l'observation directe du patient. Intéressant pour suivre l'évolution des troubles de l'humeur et les capacités fonctionnelles du sujet âgé présentant une démence légère à modérée. Utile pour suivre l'évolution sous traitement. En cours d'évaluation chez le sujet âgé.
1988	W.P.	Echelle d'évaluation de l'inhibition anxieuse, Widlocher D. Elle comprend 10 items cotés en 5 degrés.
1992	MAS	Mania Scale, Bech P.

2.3.6 Evaluation des troubles du comportement

Le tableau suivant propose les différents instruments pour l'évaluation des troubles du comportement et de l'agressivité, à la frontière des outils précédents.

Tableau 6 : Evaluation des troubles du comportement.

ECHELLE POUR L'EVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENTS / AGRESSIVITE		
1955	BRSMP	Behavioural Rating Scale for Mental Patients, Shatin et Freed. Probablement la première grille d'évaluation, comprenant 100 items ! cotés par les infirmières.
1965 1974	NOSIE	Nurses' observation Rating Scale for Inpatient Evaluation, Honigfeld. Dérive de la BRSMP, 80 troubles cotés en 4 degrés de fréquence croissante : occasionnellement, parfois, souvent et régulièrement. Version réduite à 30 items, Honigfeld.
1980	MBPC	Memory and Behavioural Problem Checklist, Zarit et al. Elle permet de dépister les symptômes démentiels et le stress des soignants.
1986	BDS	Blessed Dementia Scale, Blessed et al. Evalue les troubles du comportement chez le dément.
1986	BASOLL	Behavioural Assessment Scale of Later Life, Brooker J.R. et al. Construite à partir de la Blessed Dementia Scale et de la MBPC de Zarit. Elle permet une planification des soins et pose l'indication du recours à un spécialiste.
1986	CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory.
1987	BEHAVE-AD	Echelle d'évaluation des troubles comportementaux dans la maladie d'Alzheimer.
1987	DSM-III-R / GAF	Axe V : Global Assessment of fonctionning. L'agressivité se réfère plutôt à un comportement psychotique.
1990	DBD	Dementia Behavior Rating Scale, Baumgarten. Orientée vers l'évaluation des troubles du comportement stressant pour les soignants.
1991	NOSGER	Nurses's Observation Scale for Geriatric Patients, Spiegel A. (Suisse). 30 items en 5 degrés. Intéressante pour suivre l'efficacité des thérapeutiques.
1992	NHBPS	The Nursing Home Behaviour Problem Scale, Ray W.A., Taylor J.A., Lichtenstein M.J. Echelle remplie par les soignants, concue pour l'évaluation des comportements stressants des sujets déments afin de permettre une réduction des psychotropes.
1992	SDAS	Social Dysfunction and Aggression Scale, European Rating Aggression Group. Nous avons personnellement participé a l'élaboration de la dernière version à 21 items cotés en 4 degrés, évalués par les soignants et mettant en valeur la sévérité (peak episode) de l'agressivité .

2.3.7 Evaluation globale

Le tableau suivant présente les modèles d'évaluations globales, mélange bio-médical, psycho-social et environnemental (Kane et Kane, 1981).

Le modèle PCASEE (Physical, Cognitive, Affective, Social, Economic and Ego-functionning ; Bech P., 1992) a été validé au moyen des échelles reconnues de diagnostics, symptômes et traits de personnalité. Il représente une nouvelle voie de recherche à promouvoir en gérontologie. L'approche dimensionnelle remplace ici l'approche catégorielle (Jouvent, 1987).

Tableau 7 : Evaluation globale.

EVALUATION GLOBALE cognitive, thymique, fonctionnelle, physique, sociale et échelles de qualité de la vie		
1962	BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale, Overrall et Gorham. Une des premières échelles d'évaluation des troubles du comportement.
1971	GIES	Cognitive et perceptuel functionning in geriatry, Plutchik. Cotée par le personnel.
1972	PAMIE	The Physical and Mental Impairement of function evaluation in the aged, Gurel L. et Linn M.W.
1973	PIERCE	Mesurement of morale in the elderly, Pierce et Clark, comprenant 45 items.
1974	SCAG	Sandoz Clinical Assessment Geriatric, Shader et al. (E.U.). Elle permet l'évaluation de l'efficacité des psychotropes. Version française dérivée, George, 1978.
1977	E.A.C.G.	Echelle d'Appréciation Clinique en Gériatrie, Georges et coll. 17 items physiques et psychiques.
1977	EACG	Echelle Clinique d'Evaluation en Gériatrie de Geogres et Lallemand. Comprenant 17 items cotés en 7 degrés.
1980	PGDRS	Psychogeriatric Dependency Rating Scale de Wilkinson. Evaluation par les infirmières des troubles du comportement lors de la semaine écoulée.
1982	BMDSS	Behavioural Mood Disturbance and Stress Scale, Greene (G.B.). 31 items en 5 degrés. Une des premières échelles à apprécier les répercussions sur l'entourage (Israël, 1991).
1982	GDS	Global Deterioration Rating Scale, Reisberg. Echelle de gravité permettant une classification en 7 stades de sévérité.
1982	CDR	Clinical Dementia Rating Scale, Hugues. 6 items à 5 niveaux chacun, cotés par un médecin.
1983	FDS	Functional Dementia Scale, Moore. 20 items et 3 sous-échelles évaluant les aspects fonctionnels et globaux.
1983	BCRS	Brief Cognitive Rating Scale de Reisberg. Echelle d'intensité, inclut l'orientation, le calcul, la mémoire et le fonctionnement.. Traduction française de Israël et Waintraub.

UNIVERSITE de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
SCD

Evaluation globale : suite.

1983	GERRI	The Geriatric Evaluation of Relative's Rating Instrument, Schwartz, Sandoz. Traduction française d'Israël. 49 items en 6 degrés, elle évalue le fonctionnement social, les activités de la vie courante, les troubles de la mémoire, les soins personnels des patients présentant des troubles cognitifs à leur domicile. Utilisée pour le suivi des thérapeutiques. L'évaluation est effectuée par les proches.
1983	SMAF	Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle de Hébert. Comprend 8 variables pour les activités de la vie quotidienne, 6 pour la mobilité, 3 pour la communication, 5 pour les fonctions mentales (mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportement) et 8 pour les taches domestiques. Cotation en 4 niveaux par une équipe multidisciplinaire nécessitant environ 40 mn.
1984	PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis, Tilquin (Quebec). Evalue l'âge, le sexe, la durée de séjour, le diagnostic, les handicaps, déficiences psychiques et les soins infirmiers requis.
1985	MOSES	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects, Helmes. 40 items comprenant les soins personnels, désorientation, dépression, anxiété, comportements instables et agressifs.
1985	MMPI	Minnoseta Multiphasic Personnality Investigation, Gentry. Echelle psychiatrique et psychologique.
1986	ECA	Echelle Comportement et Adaptation, INSERM, FNG, Ritchie. Conçue pour une utilisation en institution, elle est basée sur l'"American Association on Mental Defiency's Adaptative Behaviour Scale" de Nihira et al., 1974.
1986	GMS GMS-AGECAT-PACKAGE	Geriatric Mental State Schedule, Copeland. Interview semi-structuré validé aprés 65 ans. Automated Geriatric Examination Computer Assisted Taxonomy, Dewey et Copeland.
1987	CAMDEX	Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination, Roth et al. Instrument spécifique chez le sujet âgé, évalue en quatre degrés la sévérité d'atteintes des cognitions et du fonctionnement.
1988	EQV	Echelle de qualité de la vie, Lehman.
1989	GEC	Grille d'évaluation comportemental (Boucher, OARSS, Lorraine). Issue de la grille de Stockton.
1990	BDS	Brief Dementia Scale, Laurizen et Bech.
1992	HSQL	Health Status and Quality of Life, Bech. Mesure le fonctionnement physique, mental et social.
1992	CARPER	Clinical Assessment of Psychopathology among Elderly Residents, Reichenfield et al. En cours d'évaluation chez le sujet âgé.
1992	CAMBERRA	Camberra Interview for the Elderly, Henderson. Issue du DSM-III R et de la CIM-10 pour le dépistage de la démence et de la dépression.

2.3.8 Conclusion

En conclusion, ces échelles intègrent toutes, sur un même niveau, des notions aux dimensions très différentes. La complexité des intrications entre notre monde intérieur et extérieur est telle que nous comprenons les difficultés et les limites de les modéliser pour effectuer une évaluation (externe) complète et plus encore une addition des items entre eux (mélange de biologie, neurologie, psychiatrie, déficits physiques et sensoriels, contraintes familiales, sociales....).

Il apparaît donc extrêmement utile d'effectuer des études de validité en définissant un objectif précis et simple pour une population donnée et dans un lieu et un temps donné. Il persistera toujours un important biais induit par les propres convictions de celui qui effectue les cotations.

Outre les mesures habituelles de santé publique, les voies de recherche en psychogériatrie devront se tourner vers l'évaluation des besoins individuels, de la qualité de la vie, des capacités de réadaptation, des problèmes de dépistage, de prévention et de comparaisons de l'efficience des thérapeutiques et des prises en charge.

2.4 DE L'AUTONOMIE A LA DEPENDANCE OU L'AMBIGUITE DES CONCEPTS

"- La misère ne consiste pas dans la privation des choses
mais dans le besoin qui s'en fait sentir".
J.J. ROUSSEAU.

2.4.1 Cadre juridique

Le concept de dépendance tend à devenir la référence autour de laquelle sont définies les prestations en direction des personnes très âgées (Fontaine, 1992). Le dernier rapport de la commission de la Dépendance du Commissariat Général du Plan ou Rapport Schopflin (1991) stipule que "l'utilisation de concept précis ne permet pas d'exclure par principe, les personnes démentes séniles du champ de la dépendance et de ne les y inclure que lorsqu'elles viennent à le traverser".

Il apparaît donc, qu'au delà la séquence classique proposée par P. Wood pour l'OMS en 1975 ; maladie - déficience - incapacité - handicaps et rapportée en France par Henrard et Colvez en 1979, il existerait un glissement du *handicap psychique* vers la notion de *dépendance psychique* comme en témoigne cette toute nouvelle reconnaissance officielle (Wolmark, 1994).

La création d'une allocation Autonomie-Dépendance prévoit une nouvelle organisation des schémas départementaux centrés sur la coordination en faveur des personnes âgées dépendantes, en insistant notamment sur les garanties juridiques des résidents en établissements (Legrand, 1993).

2.4.2 Cadre théorique

Autonomie et dépendance ne sont pas les deux extrêmes d'une même notion.

Loin d'être exclusifs, ils sont à la fois nécessaires et contradictoires. Ce sont deux concepts que l'on retrouve dans la définition des systèmes tels définis par Von Bertalanffy, c'est un "...ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que si l'une est modifiée, les autres le sont aussi et que, par conséquent, tout l'ensemble est transformé". Ainsi, la somme des sous systèmes ne saurait résumer le système en entier.

L'idée d'autonomie exprime l'idée qu'un système est producteur de lui-même (Morin E., 1993).

L'être vivant est un ensemble fermé (mécanismes de régulation, équilibre, homéostasie) et ouvert (puisant énergie et organisation dans l'environnement). Son autonomie ne saurait se développer que par un accroissement de dépendance. Plus un système est complexe et développé, plus sa capacité d'autonomie s'accroît, mais plus il devient dépendant.

Par exemple, l'autonomie de l'esprit a besoin de nombreuses connaissances pour un fonctionnement optimal mais dont il devient en revanche plus dépendant.

Ces concepts ne doivent pas être figés mais utilisés de manière individuelle et dans un contexte spatial et temporel (l'ici et maintenant) en tenant compte des particularités physiques, psychiques et environnementales du sujet (Twining, 1981). La notion de dépendance trouve sa limite dans la globalité (le troisième âge, le quatrième, les personnes âgées, les vieux, etc... ; Beaufils, 1991) et la raison économique. Le risque est un classement en "dépendance équivalente" ou "déficience globale équivalente" (Mizrahi An., 1993).

Une approche privilégiant les notions de fonctionnalité et de qualité de la vie serait souhaitable. Le sujet devrait être plus à la base de ces considérations théoriques en tenant compte plus précisément des notions individuelles et personnelles de besoins, de désirs et de plaisirs.

2.4.3 Autonomie et personnes âgées

Auto : soi-même et **Nomos** : loi.

Il s'agit donc de la possibilité d'exercer soi-même, sa liberté d'actes physiques, intellectuels, sociaux, culturels ou financiers tels que l'on souhaite les réaliser. Actes dont l'individu s'attribue les résultats.

Le dictionnaire des personnes âgées de la retraite et du vieillissement définit l'autonomie comme la "capacité et/ou le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir". Se gouverner "selon ses propres lois" comme l'a décrit Ennuyer en 1983.

C'est la capacité de choix rapportée par Alain Colvez (Fontaine, 1991) qui doit être séparée de la dépendance physique ou psychique. L'autonomie, plus que la capacité à s'assumer sans aide extérieure implique la capacité de s'adapter à l'environnement.

Ces actes font appel à des niveaux d'organisation internes et externes extrêmement différents rendant compte des difficultés pour les modéliser (Albarede, 1981).

2.4.4 Dépendance ou interdépendance et personnes âgées

"La dépendance est la situation de la personne qui a besoin d'aide pour mener une vie normale" (Kuntzmann F., 1990). C'est un transfert d'actes vers autrui, tout en s'appropriant les résultats.

Physique, psychique, économique ou sociale, normale ou pathologique, la dépendance se situe dans un réseau complexe d'échanges et de réciprocités de telle manière qu'il ne faudrait parler que d'interdépendance. Elle est la conséquence d'une accumulation de troubles qui ne préjugent en rien sur les capacités de réadaptations réelles pour l'avenir.

Dans le langage courant, il est coutume d'employer dépendance et perte d'autonomie comme synonymes. Pourtant, la dépendance ne saurait se résumer à une perte d'autonomie.

La dépendance se situe dans une histoire de vie, se référant à des critères dynamiques individuels et hétérogènes faisant ici encore intervenir les notions de désirs et de besoins. Elle se définit par rapport à un contexte dans lequel tous les facteurs sont interactifs et par rapport à l'expression du besoin de l'individu (Cerisier, 1990).

Désirs et besoins sont deux notions à réintroduire en gérontopsychiatrie. Elles dépendent étroitement de l'offre du milieu extérieur qui ne saurait être réduit aisément à quelques items d'une grille d'évaluation.

Absente de nombreux pays, la notion de dépendance est en France principalement gériatrique. Un enfant qui présente un déficit (se référant par rapport à une norme) sera handicapé, moteur ou psychique, de manière congénitale ou acquise mais qui impliquera une notion active et médicale avec des soins de rééducation-réadaptation-réinsertion, tandis que le sujet âgé dépendant évoque bien une notion d'aide, de poids qu'il fait subir à la société qu'il ralentit.

Dans les contrats "d'assurance-dépendance", la dépendance physique est définie comme l'état de l'assuré qui se trouve dans l'incapacité présumée définitive d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance d'une tierce personne, au moins trois des actes suivants de la vie courante : se lever, se coucher, se déplacer à l'intérieur du logement, se laver, se vêtir, s'alimenter. Il s'agit alors d'une dépendance lourde.

Ainsi définir l'autonomie ou la dépendance n'est pas chose aisée, les résultats de cette étude permettrons au chapitre 7 d'apporter des précisions sur la dépendance psychique.

2.5 L'OMBRE DE L'AMOUR PERDU OU APPROCHE DU VIEILLISSEMENT

"- Miroir, miroir joli, quelle est la plus belle du pays."
Grimm, Blanche neige.

Vieillir comme nous avons vécu, selon la formule d'Ajuriaguerra citant Cicéron ou vieillir comme nous vivons ? (Messy J., 1992)

L'approche des déterminismes du vieillissement pourrait se résumer à la question fondamentale : *"Qu'est-ce que la Vie ?"*.

La Vie est une succession d'étapes marquées par des acquisitions mais aussi par une perte d'objet inéluctable. Léger et Tessier (1989) nous ont montré la place de cette perte d'objet entre le vieillissement biologique, la perte des capacités d'association psychique (l'entropie psychique, Freud) et le repli familial et social (Léger, 1993) en insistant sur le rapport entre vieillissement et dépression (Tessier et Léger, 1988 ; Léger et Clément, 1992 ; Léger et Clément, 1994).

"Les miroirs sont des portes par lesquelles la Mort va et vient.
Ne le dites à personnes".
J. Cocteau, Orphée.

Ainsi, selon la prédication de Tirésias, Narcisse ne put vivre vieux parce qu'il avait regardé son image. Le vieillissement est responsable d'une blessure narcissique (Balier, 1976) marquée par une solution entre l'idéal du Moi (toujours jeune) et l'image de soi (Balier, 1976), affligeante, réfléchie par le miroir (Lacan, 1966), miroir brisé (Messy, 1985).

Il en résulte une perte de l'estime de soi, un Moi hideur, hautement dépressogène.

C'est ce noyau dépressif qui pourrait être à la base de la symptomatologie rencontrée lors du vieillissement.

"- Mourir la belle affaire ! Mais vieillir, ah vieillir !".

J. Brel.

Se sentir vieux c'est perdre l'illusion de sa puissance. Dépossédé du travail, de l'efficacité, du pouvoir, du prestige, de la sagesse (dans les pays industrialisés), de la possibilité de séduire, de celle d'aimer et d'être aimé (pulsions de vie), submergé par sa libido, le Moi se réorganise dans des positions névrotiques, perverses ou démentielles (pulsions de mort).

Approcher la symptomatologie du vieillissement implique de ne pas se laisser déborder par ses propres fantasmes (Le Goues, 1991).

Le vieillissement est une notion spatio-temporelle en quête d'amour !

Quelle que soit notre angoisse devant la vieillesse, la personne âgée n'existe pas, le vieux c'est nous, nous vieillissons comme nous vivons (Messy, 1992).

OBJECTIFS

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

"Le principe unificateur de la démarche clinique tient à sa finalité pratique, le soin au malade".

D. WIDLÖCHER.

- Clinique : qui se fait au lit du malade.

Littré.

La maison de retraite constitue un terrain d'observation privilégié car à mi-chemin entre le domicile et l'hôpital, elle associe une vie normale de type communautaire avec des soins médicaux de haute technicité.

Il n'existe pas dans la littérature d'enquête épidémiologique portant sur les troubles psychiatriques du sujet âgé dans un lieu bien défini comme les maisons de retraite. Les enquêtes du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES ; Arié et Andrée Mizrahi, Catherine Sermet, Philippe Le Fur) ont publié de nombreux travaux sur la dépendance des sujets en institution entre 1977 et 1988. Il s'agit principalement de l'étude, au travers de l'échelle de Kuntzmann, des populations en maisons de retraite, hospices et longs séjours. Toujours en longs séjours, nous pouvons citer l'étude de Boucher et Métais sur la perte d'autonomie psychique encore au travers de la grille de Kuntzmann et d'une grille dérivée de celle de Stockton. Dés 1978, Serraf R. écrivait un article intitulé : "Problèmes psychiatriques en maison de retraite" en insistant sur le "décryptage" des troubles et l'intérêt d'une prévention "sociale".

Millaud F. en 1986 à Lyon rapportait un "Aperçu d'un travail de consultation psychiatrique dans une maison de retraite" et notamment de l'importance de la communication au sein d'une équipe soignante face aux troubles démentiels. Carvaillo M., en 1992 présentait le rôle du psychiatre face à la demande de soins en maison de retraite médicalisée.

Des Etats-Unis, nous avons de nombreux travaux épidémiologiques des problèmes psychiatriques dans les nursing home. Nous comparerons nombreux de nos résultats avec ceux de ces nursing home bien qu'ils correspondent plus à nos longs séjours que les "Assistants Living Units" qui se rapprochent de nos maisons de retraite. Outre Atlantique, les patients déments sont placés dans des "Special Care Home" rendant les comparaisons ultérieures simplement indicatives.

Afin de connaître précisément quels troubles présentaient nos aînés en institution, notre enquête s'est fixée pour but un descriptif pratique des troubles d'ordre psychocomportementaux parmi les pensionnaires des maisons de retraite.

L'évaluation est réalisée par un interrogatoire structuré des soignants. Il en résulte la prévalence des troubles permettant les calculs de corrélations entre items (ou variables ou inputs ; Ducoudray, 1993).

Les items psychocomportementaux sont corrélés à des items descriptifs (âge, sexe, ...), de dépendance physique, fonctionnelle, sensorielle, socio-familiale et à un diagnostic psychiatrique simplifié.

Pour chaque patient, nous avons noté un ordre de temps de travail en minutes pour l'infirmière et l'aide soignante sur 24 heures ainsi que le nombre de visites mensuelles du généraliste (soins primaires).

Notre intérêt se porte sur le type de prise en charge psychiatrique (soins secondaires) et principalement sur l'existence d'une demande de consultation psychiatrique émanant de l'équipe soignante.

L'étude des troubles associés à une demande de consultation psychiatrique et à la charge de travail permettra d'apporter des précisions quant à l'importance de la demande en soins psychiatriques ainsi que sur le seuil de tolérance des troubles psychocomportementaux par les soignants.

La connaissance quantitative et qualitative des troubles apportera les bases nécessaires pour la recherche psychopathologique des troubles du sujet âgé (Vellas, 1990). Elle précède tout projet de prise en soins et doit permettre d'apporter des éléments concrets pour enrichir la formation des soignants.

Il s'agit de remettre en question un certain nombre d'idées reçues et autres valeurs communes appliquées à la population des sujets âgés, lointaine et abstraite, telle qu'on la définit pour mieux s'en éloigner.

Observateur, selon l'esprit de la médecine expérimentale de Claude Bernard, nous avons voulu privilégier une approche athéorique, anosographique, multidimensionnelle et fonctionnelle, dans une unité de temps et d'espace, des manifestations observables (symptômes de surface) des pensionnaires au travers l'expérience qu'en ont les soignants. Elle correspond en cela au concept de santé globale, mélange de santé physique et psychique tel décrit par les enquêtes Santé Canada et Santé Québec (1981 et 1988).

Les difficultés du patient ne sont pas décrites après et à partir du symptôme mais avec et dans le symptôme.

Photographie d'une population, en un lieu et en un temps donnés, nous n'avons pris en compte ni l'évolution ni les thérapeutiques entreprises. Cette évaluation ne *diagnostique* ni ne *catégorise* les patients. Elle pourrait établir des groupes homogènes (Arnaud, 1993) mais ne fait aucune référence à des entités nosographiques et ni ne cherche à comprendre ou à expliquer selon l'intuition participante (Einfühlung, Jaspers).

Nous insisterons sur les nécessités d'une approche morale, éthique et économique des troubles liés à l'âge.

PROTOCOLE

4. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE

4.1 ELABORATION D'UN QUESTIONNAIRE STRUCTURE A REPONSES FERMEES

Pour l'élaboration de notre grille de recueil, nous avons sélectionné dans les grilles sus-citées 75 items psycho-comportementaux susceptibles d'être responsables d'une surcharge de travail pour le personnel soignant.

Nous nous sommes astreints à la cotation de troubles facilement accessibles à l'observation des soignants et évaluables au moyen d'une échelle ordinale à 4 degrés d'intensité croissante (0 : absence de trouble - 4 : trouble maximal, quotidien). Chaque item dut être formulé de manière simple et précise, sans confusion ni interprétation possible pour les membres de l'équipe.

Chaque item est décrit précisément en fin de chapitre.

Il fallait un nombre suffisant de variables (le nombre de problèmes identifiés étant proportionnel au nombre de questions posées, Teri 1989) mais aussi un questionnaire réalisable, sans biais de fatigabilité trop importants pour les soignants-informants.

Les items physiques retenus sont ceux des grilles de Kuntzmann et Leroux (Géronte).

La charge de travail réelle fut cotée en minutes (soins dispensés, grille de Piednoir-Henrard) et non pas en soins requis ou stress éprouvé par les soignants (Andweiler, 1984). Ce choix excluait tout autre type d'approche afin d'éviter tout biais de confusion pendant les cotations.

4.2 ETUDE DE FAISABILITE

Cette première grille de travail fut testée chez 60 patients. Furent éliminés certains items non univoques, non pertinents, redondants ou sans modifications de la charge de travail des soignants. Nous avons porté une attention toute particulière dans la formulation claire et précise des énoncés pour une compréhension facile et sans ambiguïté. Les démences, initialement différenciées selon le DSM-III-R, furent réunies en un item unique. A la demande des équipes, un item concernant un éventuel rejet familial fut ajouté.

Pour la définition des degrés, c'est la notion de fréquence qui fut retenue le plus communément et conformément aux travaux de Chandler et Chandler (1988) et les temps de travail (en minutes) furent calqués sur ceux de la grille de Piednoir-Henrard.

4.3 DESCRIPTION DE L'OUTIL

Ainsi, notre grille terminée (voir en annexe) permet de coter dix sujets sur : la description de la maison de retraite (médicalisée ou non), la section d'hébergement - soins courants ou de cure médicale, l'âge, le sexe, 41 items psycho-comportementaux, 5 items de dépendance physique (incontinence, toilette, habillage, marche, déficit sensoriel et besoin d'aide pour l'alimentation), 1 item concernant un éventuel rejet de la famille, 2 items de temps de travail pour l'infirmière et l'aide soignante (moins de 10 minutes, entre 10 et 30 minutes, 30 minutes et une heure et demie, plus d'une heure et demie), 1 item concernant la fréquence de visite par mois du généraliste, 6 items de diagnostic psychiatrique simplifié, 1 items de suivi psychiatrique ainsi qu'un item concernant une éventuelle demande de soins psychiatriques.

Tous les items sont cotés de manière ordinale d'intensité croissante de 0 à 3, permettant lors de l'analyse statistique d'effectuer 3 sub-scores (psychique, physique, temps de travail infirmier et aide soignant cumulé).

En moyenne, une séance d'une heure permet de coter environ dix pensionnaires.

4.4 DEFINITION DES VARIABLES

DESCRIPTIF DES ITEMS ET DEGRES

ECHELLE ORDINALE D'INTENSITE ET DE FREQUENCE CROISSANTE

0 Absence de trouble
1 Trouble mineur et / ou épisodique (une fois par mois)
2 Trouble d'intensité modéré et / ou une fois par semaine
3 Trouble majeur et / ou quotidien

Item 1 : IDENTIFICATION DE LA MAISON DE RETRAITE
Item 2 : SECTION SOINS COURANTS (1) / CURES (2)
Item 3 : SEXE
Item 4 : AGE

Item 5 : DEPRESSIF, TRISTE, DECOURAGE, DOULEUR MORALE
0 Humeur normale
1 Tristesse, découragement lors de l'interrogatoire
2 Tristesse, découragement, indifférence exprimés spontanément
3 Tristesse majeure, indifférence, culpabilité, autodépréciation, invalidité, indignité, incurabilité

Item 6 : PLEURS
0 Ne pleure jamais
1 Pleure épisodiquement, 1-2 fois / mois
2 Pleure souvent, 1-2 fois par semaine
3 Pleure continuellement, tous les jours

Item 7 : IDEES SUICIDAIRES
0 Absente
1 A déjà parlé de la mort, dit que la vie ne vaut d'être vécue
2 Idées suicidaires lors de l'interrogatoire
3 Désir de mort intense, préparatifs de mort, gestes de suicide
4 Tentative de suicide le mois précédent

Item 8 : ANXIETE PSYCHIQUE (SOUCIS, PEURS, APPREHENSIONS)
0 A l'aise, détendu
1 Légère anxiété, conserve son self-control, doute
2 Anxiété modérée, ruminations, peu de symptômes somatiques
3 Anxiété majeure, terreurs gênant les activités quotidiennes

Item 9 : PASSIVITE, INHIBITION, RETRAIT SOCIAL
0 Activités sociales normales, actif
1 Activités restreintes, retrait minime
2 Retrait important, passivité importante, apathie, doit être stimulé
3 Retrait total, apathie majeure, perte d'intérêt totale Prostré

Item 10 : ABSENCE DE PAROLE
0 Débit verbal normal
1 Parle peu par période
2 Parle peu en général, doit être stimulé
3 Mutisme total

Item 11 : QUETE D'ATTENTION PENIBLE, PLAINTES INCESSANTES
0 Absence de plainte
1 Plaintes épisodiques
2 Plaintes répétées, plusieurs fois la semaine
3 Demande d'attention majeure, plaintes quotidiennes

Item 12 : OPPOSANT, REFUSE TOUTE ACTIVITE
0 Volontaire, coopérant, absence d'opposition
1 Coopération passive, doit être stimulé
2 Refus important, doit être obligé pour coopérer
3 Refus total, opposition, absence de coopération

Item 13 : EUPHORIQUE, JOUEUR, EXALTATION DE L'HUMEUR, MANIAQUE
0 Jamais
1 Une fois le mois précédent (épisodiquement)
2 Fréquemment (plusieurs fois par semaine)
3 Quotidiennement

Item 14 : COMPORTEMENT AGITE
0 Absence d'agitation
1 Ne peut rester en place épisodiquement
2 Régulièrement instable, mouvements brusques
3 Perpétuellement en mouvement, se tortille,s'arrache les cheveux, violent

Item 15 : DISCOURS INCOMPREHENSIBLE
0 Discours normalement compréhensible
1 Discours partiellement compréhensible
2 Discours pour la plupart incompréhensible
3 Discours totalement incompréhensible

Item 16 : TROUBLE DE LA COMPREHENSION
0 Compréhension normale
1 Quelques erreurs de compréhension
2 Compréhension généralement erronée même après explications
3 Incompréhension totale

Item 17 : PROPOS GROSSIERS
0 Jamais grossier
1 Episodiquement grossier
2 Plusieurs fois par semaine grossier
3 Grossier quotidiennement

Item 18 : NE SE RAPPELLE PAS DES FAITS RECENTS
0 Mémoire intacte
1 Mémoire intacte pour les faits récents importants. Défauts intermittents pour des faits récents sans importance
2 Défauts modérés pour des incidents récents sans importance.
Oublis de faits récentsimportants par intermittence
3 Pertes de mémoire importantes pour les faits récents mineurs et majeurs

Item 19 : NE PEUT GERER SES AFFAIRES ET SON ARGENT DE POCHE
0 Gère soi même ses affaires
1 Aide ponctuelle pour gérer ses affaires
2 Gère seulement un peu d'argent de poche, aide des proches
3 Ne gère rien, sous protection de justice

Item 20 : NE RECONNAIT PAS LES PERSONNES
0 Reconnaissance normale
1 Doute, ne reconnaît pas tout son entourage
2 Ne reconnaît que quelques proches
3 Non reconnaissance totale, y compris familiale

Item 21 : NE RETROUVE PAS SA CHAMBRE, DESORIENTE DANS L'ESPACE
0 Bonne orientation dans l'espace, retrouve sa chambre
1 Doute, quelques erreurs parfois
2 Généralement désorienté, nécessite aide ponctuelle
3 Désorientation totale dans l'espace

Item 22 : NE SAIT PAS QUEL MOMENT DE LA JOURNEE IL EST
0 Bien orienté dans le temps
1 Doute, erreurs ponctuelles
2 Erreurs fréquentes
3 Désorientation totale dans le temps

Item 23 : SE DESHABILLE PENDANT LA JOURNEE
0 Jamais
1 Rarement, 1-2 fois dans le mois
2 Souvent, 1-2 fois par semaine
3 Régulièrement, tous les jours

Item 24 : TROUBLES SPHINCTERIENS DIURNES
0 Absence incontinence diurne
1 Episodiquement
2 Fréquents, 1-2 fois par semaine
3 Régulièrement, tous les jours incontinent

Item 25 : AIDE A L'ALIMENTATION
0 Mange seul,
1 Doit être surveillé
2 Aide importante pour manger
3 Aide totale

Item 26 : CRIS DANS LA JOURNEE
0 Absence
1 Episodiquement, 1-2 fois par mois
2 Souvent, 1-2 fois par semaine
3 Continuellement, tous les jours

Item 27 : ACCUSATEUR SANS RAISON, EST PERSECUTE
0 Absence de trouble
1 Doute, parfois persécuté
2 Souvent persécuté, 1-2 fois par semaine
3 Perpétuellement persécuté, tous les jours

Item 28 : ENTEND OU VOIT DES CHOSES IRREELLES : HALLUCINE
0 Absence de trouble des perceptions
1 Doute voire troubles perceptifs épisodiques
2 Idées délirantes fréquentes
3 Idées délirantes importantes et quotidiennes

Item 29 : DEAMBULE, HYPERACTIVITE DIURNE
0 Comportement moteur normal
1 Déambulations épisodiques
2 Déambulations mais sans gêner les activités
3 Déambulations sévères, gênant les activités quotidiennes

Item 30 : FUGUES
0 Jamais
1 Un épisode le mois précédent
2 Un épisode par quinzaine
3 Un épisode par semaine

Item 31 : COLERES
0 Jamais
1 Occasionnellement
2 Fréquentes, 1-2 fois par semaine
3 Quotidiennes

Item 32 : AGRESSIVITE VERBALE
0 Absence
1 Passagère, épisodique
2 Souvent, 1-2 fois par semaine, modérée
3 Régulière, tous les jours ou intense

Item 33 : LEVE LA MAIN SUR LES AUTRES
0 Jamais
1 Une fois le mois passé
2 Souvent, 1-2 fois par semaine
3 Régulièrement, tous les jours

Item 34 : VIOLENCE ENVERS LES OBJETS
0 Jamais
1 Un épisode lors du mois passé
2 Plusieurs épisodes lors du mois passé
3 Régulièrement, chaque jour

Item 35 : COMPORTEMENT SEXUEL PROVOQUANT
0 Jamais
1 Doute ou une fois le mois précédent
2 Souvent, 1-2 fois par semaine
3 Majeur, tous les jours

Item 36 : REFUS DES MEDICAMENTS
0 Jamais
1 Ponctuellement, 1-2 fois par mois
2 Fréquemment, 1-2 fois par semaine
3 Régulièrement, tous les jours

Item 37 : REFUS DE MANGER
0 Jamais
1 Episodiquement, 1-2 fois par mois
2 Souvent, 1-2 fois par semaine
3 Régulièrement, tous les jours à chaque repas

Item 38 : BOULIMIE
0 Absence
1 Episodique, 1-2 fois par mois
2 Fréquente, 1-2 fois par semaine
3 Régulière, quotidienne

Item 39 : ALCOOLISATIONS
0 Absence
1 Episodique, alcoolisé 1- 2 fois par mois
2 Fréquente, alcoolisé 1- 2 fois par semaine
3 Régulières, quotidiennes, symptomatiques

Item 40 : AUTRES EXCES, TABAC, DROGUES, ...
0 Absence
1 Episodique ou mineure
2 Fréquente ou modérée
3 Régulière et majeure

Item 41 : VOLS PATHOLOGIQUES, ENGRANGEMENTS
0 Jamais
1 Episodiquement, 1- 2 fois par mois
2 Souvent, 1- 2 fois par semaine
3 Quotidiennement

Item 42 : FOUILLE DANS LES AFFAIRES DES AUTRES
0 Jamais
1 Episodiquement, 1- 2 fois par mois
2 Souvent, 1- 2 fois par semaine
3 Quotidiennement

Item 43 : INSOMNIES DE MOINS DE DEUX HEURES
0 Jamais
1 Doute, épisodiquement, 1- 2 fois par mois
2 Souvent, 1- 2 fois par semaine
3 Régulièrement, chaque nuit

Item 44 : INSOMNIES AVEC DEAMBULATIONS
0 Jamais
1 Episodiquement, 1- 2 fois par mois
2 Souvent, 1- 2 fois par semaine
3 Régulièrement, chaque nuit

Item 45 : INSOMNIES AVEC CRIS
0 Jamais
1 Episodiquement, 1- 2 fois par mois
2 Souvent, 1- 2 fois par semaine
3 Régulièrement, chaque nuit

Item 46 : S'HABILLE PENDANT LA NUIT
0 Jamais
1 Episodiquement, 1- 2 fois par mois
2 Souvent, 1- 2 fois par semaine
3 Régulièrement, chaque nuit

Item 47 : ETALE SES SELLES PENDANT LA NUIT
0 Jamais
1 Episodiquement, 1- 2 fois par mois
2 Souvent, 1- 2 fois par semaine
3 Régulièrement, chaque nuit

Item 48 : CHANGES LA NUIT (porte des couches)
0 Jamais
1 Episodiquement, une fois par mois
2 Une fois par semaine
3 Chaque nuit

Item 49 : AIDE POUR LES SOINS PERSONNELS
0 Autonomie totale, toilette, habillage
1 Surveillance pour la toilette, habillage
2 Aide partielle pour la toilette, habillage
3 Aide totale, dépendance totale

Item 50 : DEPENDANCE POUR LES DEPLACEMENTS
0 Marche normale
1 Marche hésitante ou avec une canne ou une aide ponctuelle
2 Marche avec deux cannes ou un déambulateur ou fauteuil roulant ou aide importante
3 Mobilisation impossible seule, confinée au lit ou au fauteuil, grabataire

Item 51 : EST-T-IL REJETE PAR SA FAMILLE ?
0 Absence de rejet ou de famille, visites fréquentes
1 Doute sur un rejet, placement regretté, assez bonne entente
2 Conflits au sujet du placement, rares visites, peu de coopération soignants-famille
3 Rejet caractérisé, abandonnisme, pas de visite

Item 52 : HANDICAP PHYSIQUE
1 Surdité majeure invalidante
2 Cécité majeure invalidante
3 Aphasie majeure neurologique
4 Déficit moteur majeur, hémiplégie
5 Sourd et aveugle
6 Déficit moteur et aphasie

Item 53 - 54 : TEMPS DE TRAVAIL INFIRMIER - AIDE SOIGNANT PAR 24 HEURES
= Temps de travail technique + temps de parole, d'écoute et de réflexion en équipe
0 moins de 10 minutes
1 entre 10 et 30 minutes
2 entre 30 minutes et 1 heure et demie
3 supérieur à 1 heure et demie

Item 55 : TEMPS DE TRAVAIL POUR LE GENERALISTE
0 pas de visite
1 une visite par mois
2 une visite tous les 15 jours
3 une visite par semaine

Item 56 : TYPE DE SUIVI PSYCHIATRIQUE
0 Absence de suivi
1 Consultation psychiatrique datant de moins d'un mois
2 Suivi de Secteur
3 Hôpital de jours
4 Consultation et suivi par le secteur
5 Consultation et Hôpital de jours

Item 57 : CE PATIENT POSE T - IL DES PROBLEMES D'ORDRE PSYCHIATRIQUE POUR LESQUELS VOUS SOUHAITERIEZ OBTENIR UNE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE ?
0 Pas de demande de consultation psychiatrique de la part des soignants
1 Demande d'une consultation psychiatrique

Item 58 : DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SIMPLIFIE ACCESSIBLE DANS LE DOSSIER

54 Démences
56 Troubles de l'humeur
57 Névroses et troubles du caractère
58 Psychoses
59 Confusions
60 Débilité-Arriération mentale
61 Vieillissement normal

4.5 METHODE D'INVESTIGATION

Il s'agit d'une enquête de type transversale, à stratégie multiple, effectuée par un cotateur unique, médecin, en présence de plusieurs soignants ou informants de catégories différentes. Il est arrivé que le médecin traitant assiste à ces réunions.

Pour chaque patient, le cotateur interroge les soignants sur l'existence du trouble, son intensité et sa fréquence au jour de l'enquête et lors du mois précédent (période d'évaluation la plus courante ; Desrouesné, 1988). Chaque item est coté selon les degrés prédéfinis en annexe et que les soignants ont en main. Il est possible de donner certaines informations pour la cotation et de prévenir ainsi certaines incompréhensions. En équipe, l'évaluateur bénéficie de la connaissance parfaite des troubles par les soignants et la discussion qui en découle permet d'aboutir à une cotation médiane.

Le diagnostic retenu fut celui figurant dans le dossier médical.

4.6 POPULATION ET ECHANTILLONNAGE

Notre enquête s'est limitée à l'étude des pensionnaires en Maisons de retraite dans le Département de la Haute-Vienne, entre les mois d'Août 1993 et Mars 1994, privées et publiques, médicalisées ou non, en soins courants et cures médicales exclusivement.

Les sections hébergement, courts ou longs séjours ont été exclues par souci d'homogénéité de la population étudiée.

Les trente maisons de retraite du département reçurent un courrier type, introductif, afin d'obtenir du responsable l'autorisation de rencontrer le personnel soignant. Sur les vingt six réponses reçues, toutes favorables, nous avons rendu visite à vingt deux établissements choisis par ordre de réception des réponses. Il n'apparaît pas de disproportion entre les établissements ruraux et citadins.

Afin d'éviter toute sur-représentation locale et tout biais de lassitude dans les réponses des soignants, nous nous sommes astreints à ne coter qu'entre 20 et 30 % de la population de chaque établissement par tirage selon l'ordre alphabétique (un A, un B, ...).

Nous avons ainsi réalisé entre Juillet 1993 et Mars 1994, la cotation en 58 variables, de 441 patients, 234 en hébergement-soins courants et 207 en cure médicale soit 20% de la population représentant 59 visites dans 22 institutions du département.

Tableau 8 : Présentation de notre échantillon.

Maisons de retraite 1993 - 1994	**Hébergement Soins courants**	**%**	**Cure médicale**	**%**	**TOTAL**	**%**
Département de la Haute-Vienne	1271	57,6	933	42,4	2204	
Patients évalués	234	53	207	47	441	**20 %**

Tableau 9: Description des maisons de retraite et de l'échantillonnage.

MAISONS DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE 1993-1994			Soins C.	Cures	LS	Court séj.	Nb lits TOTAL	Nb.lits : Soins C. + Cures	ECHANTILLON				
									Soins C.	%	Cures	%	TOTAL
AIXE SUR VIENNE	Priv.	NM	60				60	60	21	35			21
AMBAZAC	Pub.	M	53	70	10		133	123	16	30	10	14	26
BELLAC	Pub.	M	108	60	67	26	261	168	22	20	12	20	34
BESSINES - SUR - G.	Pub.	M	30	30			60	60	8	27	8	27	16
CHALUS	Pub.	M	63	60			123	123					
CHATEAUNEUF LA FORÊT	Pub.	M	61	65	7	5	138	126	20	33	20	31	40
CHÂTEAUPONSAC	Pub.	M		46			46	46			10	22	10
CUSSAC	Pub.	M	15	31	3		49	46	5	33	10	32	15
EYMOUTIERS	Pub.	M	25	55	4		84	80	5	20	6	11	11
FEYTIAT	Pub.	M	38	20			58	58					
LADIGNAC LE LONG	Pub.	M	30	30			60	60	10	33	10	33	20
LE DORAT	Pub.	M	40	42			82	82					
LE PALAIS SUR VIENNE	Pub.	M	0	40			40	40			13	33	13
LES CARS	Pri.	M	64	15			79	79					
LIMOGES LEOBARDY	Pub.	M	40	40	3		83	80	14	35	13	33	27
LIMOGES BON PASTEUR	Priv.	NM	30				30	30					
LIMOGES MA MAISON	Priv.	NM	80				80	80					
LIMOGES MARCEL FAURE	Pub.	M	61	39	4		104	100	14	23	12	31	26
MAGNAC-LAVAL	Pub.	M	60	70			130	130	12	20	14	20	26
NANTIAT	Pub.	M	40	40			80	80	13	33	10	25	23
NEXON	Pub.	M	30	30			60	60	6	20	7	23	13
NIEUL	Pub.	M	30	30	5		65	60	10	33	10	33	20
PIERRE-BUFFIERE	Pub.	M	30	30			60	60	8	27	8	27	16
ROCHECHOUART	Priv.	NM	61				61	61	20	33			20
SAINT-JUNIEN BELLEVUE	Pub.	NM	80				80	80					
SAINT-JUNIEN ROC-CHENE	Pub.	NM	35				35	35					
SAINT-LAURENT-SUR-G.	Pub.	M		20			20	20			9	45	9
SAINT-LEGER-LA-MONT.	Priv.	NM	15				15	15	5	33			5
SAINT-LEONARD	Pub.	M	20	40			60	60	7	35	13	33	20
SAINT-YRIEX-LA-PERCHE	Pub.	M	72	30			102	102	18	25	12	40	30
TOTAL DEPARTEMENT			1271	933	5	31	2338	2204	234		207		441
									18,41 %		22,19 %		20,01 %
Total Limoges	4	soit	211	79				290	28		25		53
			16,60 %	8,47 %				13,16 %	11,97 %		12,08 %		18,28 %

M Médicalisée

NM Non médicalisée

Non visitée

4.7 ETHIQUE ET SECRET MEDICAL

La loi du 20 Décembre 1988 relative à la protection des personnes dans le domaine de la recherche biomédicale prévoit que ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique, qu'un travail de recherche doit être susceptible d'apporter un bénéfice pour le patient, que la recherche ne doit pas faire courir de risque à la population étudiée et que la saisie des informations doit être anonyme.

Bien que ce travail ne s'apparente pas à un essai thérapeutique, nous avons respecté ces règles d'éthique. Chaque patient fut inscrit par ses initiales et son numéro de chambre respectant les règles d'anonymat. Les renseignements recueillis furent assujettis aux strictes règles de la confidentialité. Quant à l'intérêt d'une telle étude, s'il n'est pas direct, il fait partie des objectifs de ce travail.

METHODE D'ANALYSE

5. METHODE D'ANALYSE

5.1 MATERIEL ET TYPE DE VARIABLES

Les calculs ont été effectués au moyen du logiciel P.C.S.M. Delta Consultants 1987-1992.

Nous présentons un certain nombre de troubles (ou signaux) évalués en degrés (ou données) dans un contexte précis (ou informations).

Dans notre étude, il existe différents types de variables ou données permettant l'utilisation de tests statistiques précis.

Les items nominaux servent à repérer des classes. Un individu ne présente qu'une seule classe (ex. : sexe, couleur des yeux). Dans notre étude, seuls les items d'identification sont des variables nominales (Identification de la maison de retraite, section, sexe, déficit physique, suivi psychiatrique, demande de consultation psychiatrique, diagnostic psychiatrique simplifié).

Les items continus ou analogiques présentent des intervalles égaux avec une relation d'équivalence entre eux (ex. : âge, poids, taille). Ils permettent le calcul des moyennes, des écarts types et l'analyse en composantes principales. Dans notre étude, seul l'âge est une variable continue.

Les items ordinaux servent à classer, à ranger dans une certaine direction mais sans qu'une unité de mesure soit prédéfinie. Les rangs sont translatables et il existe une relation d'équivalence et d'ordre entre eux, sans pour autant qu'elle soit mathématique (ex. : excellent, bon, médiocre, mauvais). Ils utilisent en général des tests non paramétriques.

Tous les troubles psycho-comportementaux et physiques de cette étude sont cotés de manière ordinale.

5.2 ANALYSE STATISTIQUE

5.2.1 Descriptif simple

Deux classements ont été retenus : un descriptif simple selon la moyenne des degrés puis un descriptif simple de prévalence degré par degré.

Les troubles sont généralement classés par ordre de moyenne décroissante, moyenne des degrés 0-1-2-3 exprimant ainsi leur intensité mais aussi leur fréquence.

Nous avons tout d'abord procédé à un descriptif simple des variables en mettant en valeur la prévalence des degrés dans la période du mois précédant l'enquête.

Le tableau présente après le 0 : absence de troubles, le résultat de la somme des degrés 1-2-3, représentant l'existance du trouble à un degré divers puis les résultats des 3 degrés séparément.

5.2.2 Descriptif croisé

Une deuxième partie est consacrée aux croisements et études des corrélations entre variables. N'ayant pas de référence concernant la répartition des troubles au sein de notre population, nous avons considéré que ceux-ci n'étaient pas répartis de manière homogène et nous avons donc utilisé des tests non paramétriques.

Le test U de Mann-Whitney : test non paramétrique, il permet de croiser une variable quantitative avec une variable qualitative à deux classes. Son principe repose sur la comparaison des moyennes ou des rangs des deux populations étudiées. La significativité de U pourra être testée s'il y a au moins trois variables dans le plus grand groupe et au moins un individu dans le plus petit. La différence est jugée significative si $p \leq 0,05$.

Le test H de Kruskal-Wallis : test non paramétrique, équivalent au test U de Mann-Whitney qui est utilisé lorsque la variable quantitative a plus de deux classes. Sa significativité pourra être déterminée s'il y a au moins trois groupes et quatre individus au total. La différence est jugée significative si $p \leq 0,05$.

Le coefficient de corrélation des rangs de Spearman : test non paramétrique permettant de déterminer la relation entre deux variables quantitatives et d'en mesurer l'intensité grâce à la valeur du coefficient "rho" de Spearman. On utilise ce test comme un test d'hypothèse en vue d'étudier deux variables aléatoires. Il peut donc être considéré comme un test d'indépendance. Il faut au minimun quatre couples valides pour pouvoir tester la significativité de "rho". La valeur de corrélation du coefficient de corrélation est comprise entre +1et -1. Quand la valeur est positive, on dit que la corrélation est dite positive (elle est dite parfaite si elle est égale à +1). Quand la valeur est négative, on dit que la corrélation est négative (parfaite si égale à -1). La corrélation est nulle lorsque la valeur se rapproche du zéro. Le seuil de significativité retenu est $p \leq 0,05$.

Le test d'indépendance du Chi-deux : test permettant de déterminer si deux variables qualitatives catégorielles sont indépendantes ou non. Il s'effectue sur la base d'une table de contingence. Ce test est peu fiable pour des échantillons de petites tailles et particulièrement si les fréquences théoriques sont faibles (< 5). On peut être amené alors pour éviter cette situation à regrouper plusieurs catégories en une seule, pour autant que ce regroupement garde un sens.

RESULTATS

4. RESULTATS ET DISCUSSION

"- C'est en venant vieux que vous êtes devenu couillon
ou c'est de naissance ? ".
M. Pagnol.

4.1 DESCRIPTIF SIMPLE DE L'ECHANTILLON

4.1.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Tableau 10 : Caractéristiques de l'échantillon.

ÉCHANTILLON	HOMMES		FEMMES		TOTAL
Nombre	125	28 %	316	72 %	**441**
Âge	79,9 ans		84,2 ans		**83 ans**
Écart avec la moyenne	2,1		1,2		[47 - 101] ans
Hébergements Soins courants	62	26,6%	171	73,4%	233 (52,8%)
Cure médicale	63	30,3%	145	69,7%	208 (47,2%)

L'âge moyen de notre échantillon est de 83 ans exactement.

Il correspond à ce qu'était l'âge moyen en longs séjours dans les années 1980 (Kuntzmann, Leroux), montrant bien l'évolution des âges en institution au cours de ces dix dernières années.

La féminisation de 72% de notre échantillon correspond aux données de la littérature (voir tableau 11).

Le nombre de pensionnaires évalués en soins courants est supérieur à celui des sections cures médicales, ce qui correspond à la distribution du département.

Le tableau (11) suivant présente certaines enquêtes issues de longs séjours, en France et à l'étranger qui permettront de comparer nos résultats.

Tableau 11 : Présentation des enquêtes portant sur les troubles psychiatriques

AUTEURS	POPULATION	ANNEE	MOYENNE D'AGE	FEMINISATION
MIZRAHI	Population en maisons de retraite, hospices et longs séjours France	1977	79,4 ans	67,7%
MIZRAHI	Population en maisons de retraite, hospices et longs séjours France	1988	81,5 ans	74,9%
ROVNER	Nursing home E.U.	1986	83 ans	77,3%
LEHMKUHL	Maisons de repos Allemagne	1987	65 ans	/
CHANDLER & CHANDLER	Nursing home E.U.	1988	80,2 ans	77%
PHILLIPS & HENDERSON	Nursing home Australie	1991	82 ans	75%
TARIOT	Nursing home E.U.	1993	71,5 ans	58%
BURNS	Nursing home National Nursing Home Survey, 1985 n = 4646	1993	/	74,6%

L'enquête de Rovner et al. (1986, Baltimore) représente probablement la première enquête épidémiologique des troubles mentaux en institution.

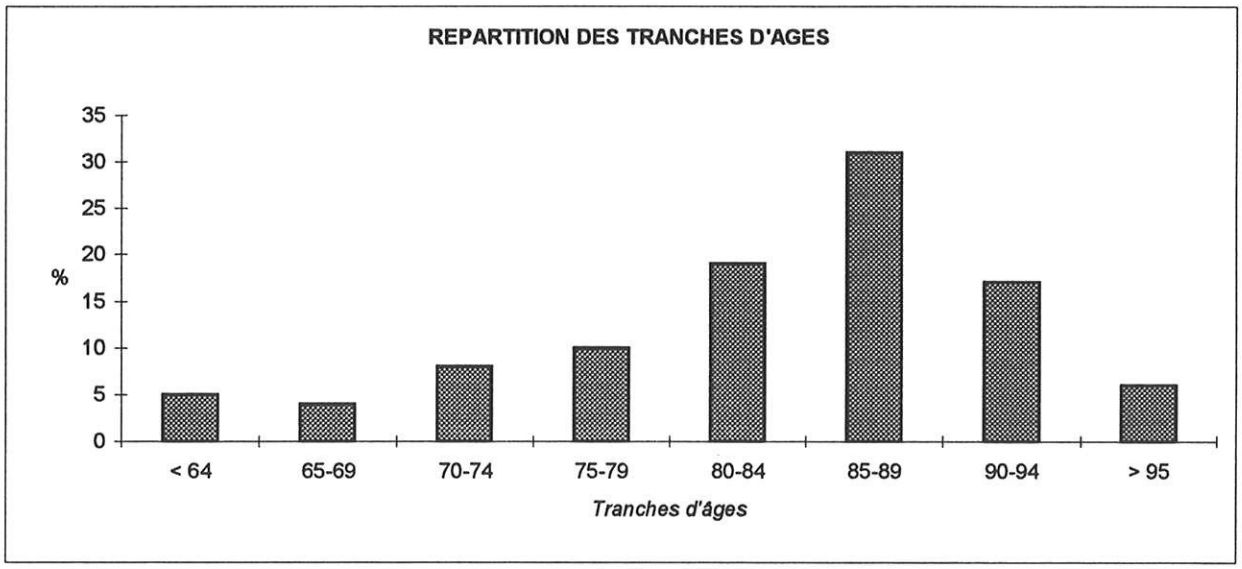
6.1.2 Description simple des tranches d'age de notre echantillon

L'âge en continu ne suffisant pas à rendre compte les particularités du vieillissement, nous avons découpé notre échantillon en 8 tranches d'âges en fonction des tranches d'âges habituelles de l'INSEE .

Tableau 12 : Tranches d'âges, nombre et pourcentage.

	Tranches d'âges	%	Nombre
1	< 64 ans	5,22	23
2	65-69 ans	4,31	19
3	70-75 ans	7,94	35
4	75-79 ans	10,43	46
5	80-85 ans	18,59	82
6	85-89 ans	30,84	136
7	90-95 ans	16,55	73
8	> 95 ans	6,12	27

Graphique 1 :Répartition des tranches d'âges.



Conformément aux données de la littérature, c'est la tranche d'âge de 85-89 ans qui est la plus représentée (31%).

Les patients de plus de 80 ans représentent 73% de notre échantillon et ceux de plus de 90 ans environ 23% !

6.1.3 Descriptif simple des troubles psychocomportementaux

Le tableau 13 présente la prévalence des troubles d'ordre psychiatrique.

La première colonne indique la moyenne de degrés de 0 à 3 qui cumule une notion d'intensité mais aussi de fréquence de chaque troubles.

La deuxième colonne indique la prévalence des pensionnaires présentant le trouble quel que soit son degré (de 1 à 3), en pourcentage puis en nombre absolu.

La suite des colonnes précise les prévalences en pourcentage et nombre pour chaque degré tels qu'ils sont définis dans la partie "Protocole de l'étude".

Tableau 13 : Descriptif simple des troubles psychocomportementaux.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE 1993-1994 n = 441												
TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX : DESCRIPTIF SIMPLE												
MOYENNE ET DEGRES CLASSEMENTDES TROUBLES PAR ORDRE DE MOYENNE DÉCROISSANTE												
		Moy.	0		1 + 2 + 3		1		2		3	
		0 à 3	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb
1	NE PEUT GÉRER SES AFFAIRES (PROTECTION = 3)	1,88	24	107	76	334	5,22	23	28,80	127	41,72	184
2	ANXIÉTÉ PSYCHIQUE (SOUCIS, PEURS, APPRÉHENSION)	1,15	49	216	51	225	10,66	47	16,55	73	23,81	105
3	EST TRISTE, DÉCOURAGE, DOULEUR MORALE	1,08	44	193	56	248	18,14	80	24,26	107	13,83	61
4	PASSIVITÉ, RETRAIT SOCIAL (PROSTRÉ = 3)	1,06	46	205	54	236	12,70	56	29,25	129	11,56	51
5	NE SE RAPPELLE PAS DES FAITS RÉCENTS	0,91	59	259	41	182	9,98	44	12,70	56	18,59	82
6	OPPOSANT, REFUSE TOUTE ACTIVITÉ	0,91	56	248	44	193	15,42	68	9,52	42	18,82	83
7	QUÊTE D'ATTENTION PÉNIBLE, PLAINTES INCESSANTES	0,8	64	283	36	158	8,39	37	10,43	46	17,01	75
8	ABSENCE DE LA PAROLE (MUTIQUE = 3)	0,68	63	279	37	162	11,79	52	19,05	84	5,90	26
9	DÉSORIENTE DANS LE TEMPS	0,67	71	314	29	127	5,90	26	7,48	33	15,42	68
10	DISCOURS INCOMPRÉHENSIBLE	0,54	73	323	27	118	7,94	35	10,20	45	8,62	38
11	AGRESSIVITÉ VERBALE	0,51	67	297	33	144	18,59	82	9,98	44	4,08	18
12	DÉSORIENTE DANS L'ESPACE	0,49	79	349	21	92	4,76	21	4,08	18	12,02	53
13	PLEURS	0,47	71	312	29	129	14,74	65	11,34	50	3,17	14
14	TROUBLES DE LA COMPRÉHENSION	0,42	76	337	24	104	10,43	46	7,48	33	5,67	25
15	COLÈRES	0,41	74	328	26	113	14,06	62	7,94	35	3,63	16
16	DÉAMBULE, HYPERACTIVITE DIURNE	0,39	82	360	18	81	5,44	24	4,99	22	7,94	35
17	IDÉES SUICIDAIRES(TENTATIVE SUICIDE = 4)	0,39	79	349	21	92	9,07	40	5,90	26	5,67	25
18	NE RECONNAÎT PAS LES PERSONNES	0,38	81	356	19	85	7,03	31	5,44	24	6,80	30
19	ACCUSATEUR SANS RAISON, PERSÉCUTÉ	0,37	79	350	21	91	9,52	42	5,67	25	5,44	24
20	COMPORTEMENT AGITE	0,32	76	335	24	106	17,91	79	4,76	21	1,36	6
21	PROPOS GROSSIERS	0,29	84	371	16	70	6,35	28	5,90	26	3,63	16
22	ENTEND OU VOIT DES CHOSES IRRÉELLES	0,28	85	375	15	66	6,80	30	3,40	15	4,76	21
23	REFUS DES MÉDICAMENTS	0,25	87	383	13	58	5,67	25	3,40	15	4,08	18
24	LEVE LA MAIN SUR LES AUTRES	0,22	84	370	16	71	11,11	49	3,63	16	1,36	6
25	INSOMNIES DE MOINS DE DEUX HEURES	0,2	86	379	14	62	9,52	42	3,17	14	1,36	6
26	REFUS DE MANGER	0,19	88	386	12	55	7,48	33	3,17	14	1,81	8
27	CRIS DANS LA JOURNÉE	0,19	87	382	13	59	8,84	39	3,85	17	0,68	3
28	BOULIMIQUE	0,17	92	406	8	35	2,49	11	2,04	9	3,40	15
29	SE DÉSHABILLE PENDANT LA JOURNÉE	0,17	89	393	11	48	5,67	25	3,85	17	1,36	6
30	EUPHORIQUE, JOUEUR, HUMEUR EXALTEE	0,15	89	393	11	48	7,48	33	2,49	11	0,91	4
31	ALCOOLISATIONS	0,14	92	405	8	36	4,08	18	2,49	11	1,59	7
32	VOLS PATHOLOGIQUES, ENGRANGEMENTS	0,11	95	419	5	22	1,36	6	1,36	6	2,27	10
33	INSOMNIES AVEC DÉAMBULATIONS	0,09	94	416	6	25	3,17	14	1,81	8	0,68	3
34	FOUILLE DANS LES AFFAIRES DES AUTRES	0,09	95	421	5	20	2,27	10	0,91	4	1,59	7
35	FUGUES	0,09	94	416	6	25	4,08	18	0,23	1	1,36	6
36	AUTRE EXCÈS, TABAC, AUTRE ...	0,07	96	425	4	16	1,81	8	0,68	3	1,13	5
37	COMPORTEMENT SEXUEL PROVOQUANT	0,06	96	424	4	17	2,04	9	1,81	8	0,00	0
38	ÉTALE SES SELLES PENDANT LA NUIT	0,05	97	428	3	13	1,59	7	0,91	4	0,45	2
39	S'HABILLE PENDANT LA NUIT	0,05	97	426	3	15	2,04	9	1,13	5	0,23	1
40	VIOLENCE ENVERS DES OBJETS	0,04	97	428	3	13	2,04	9	0,68	3	0,23	1
41	INSOMNIES AVEC CRIS	0,03	98	430	2	11	1,81	8	0,45	2	0,23	1

Tableau 14 : Comparatif des pourcentages de pensionnaires sans troubles.

	MAISON DE RETRAITE HAUTE-VIENNE	BOUCHER Longs séjours	BURNS Nursing home	TARIOT Nursing home
	1994	1989	1993	1993
ABSENCE DE TROUBLES	6,12%	46%	33,6%	49%

Ces chiffres montrent bien la difficulté de dépister les troubles mentaux. Notre étude a pris en compte les troubles même mineurs, tandis que les autres études ne retiennnent en général que les troubles majeurs. Néanmoins, il ressort de notre étude et de l'analyse de la littérature que la prévalence des troubles mentaux en institution est rarement inférieure à 50%.

Pour Sermet (1992), les trois pathologies rencontrées en maisons de retraite et hospices aprés 80 ans sont les maladies cardio-vasculaires (80%), les troubles mentaux et du sommeil (80%) et les troubles génito-urinaires (40%).

A cet âge, la morbidité des troubles mentaux pourrait dépasser celle des maladies cardio-vasculaires.

- Concernant les troubles dépistés dans cette enquête :

Seulement 24% des pensionnaires gèrent leurs affaires en maison de retraite et 42% présentent une mesure de protection de justice. Nous n'avons pas pu décrire de quel type de mesure de protection il s'agissait, néanmoins et nous le reverrons, ce chiffre de 42% semble important et nous nous poserons la question de savoir qui, entre l'institution et le malade, il protège.

Trois troubles arrivent ensuite par ordre de moyenne : l'anxiété, la tristesse et la passivité. Il est vrai que ces notions sont probablement redondantes et explorent peut-être le même axe étiopathogénique. Néanmoins, les problèmes d'anxiété et de thymie douloureuse avec ralentissement sont peut-être le problème majeur en maison de retraite.

La moitié (51%) de notre échantillon présente selon les infirmières, des soucis, des appréhensions et des peurs anormales. Ces troubles seraient responsables pour 24% des patients d'une gêne pour les activités quotidiennes ; 56% sont tristes, découragés dont 14% présentent une douleur morale majeure avec sentiments d'invalidité, d'incurabilité et d'indignité.

54% de notre échantillon est passif, en retrait par rapport au groupe parmi lesquels 11,5% sont prostrés.

Au total, plus de la moitié présente une symptomatologie anxio-dépressive dont toujours plus de 10% d'une manière majeure.

Des pleurs sont notés chez 29% de nos pensionnaires et 21% présentent des idées suicidaires. Au cours de notre travail entre Juillet 1993 et Mars 1994, un pensionnaire fit une tentative de suicide au cours du mois précédent, bien que la maison de retraite cumule de nombreux facteurs de risques suicidaires (Rosowsky, 1993).

Les troubles versants maniaques sont rares ; 11% présenteraient des éléments d'euphorie et d'exaltation de l'humeur.

Les troubles de la mémoire des faits récents touchent 41% de notre échantillon dont 18,5% d'une manière majeure (ne se rappelle plus l'après midi des consignes du matin).

Les troubles de la compréhension touchent 24% des pensionnaires dont un peu moins de 6% présentant des troubles majeurs.

Mizarahi (1993) présente les troubles de la mémoire, de la compréhension et l'agressivité gestuelle comme étant les trois troubles prépondérants en maison de retraite.

Entre 1977 et 1988, il existerait une aggravation des troubles de la mémoire et de la compréhension.

Par contre ces auteurs rapportent une amélioration des problèmes d'agressivité (voir tableau 15).

Tableau 15 : Comparatif : Étude MIZRAHI An. et Ar.
Évolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution, France 1977-1988, 1993, CREDES.

	MIZRAHI maisons de retraite, hospices et longs séjours				Maisons de retraite de la Haute-Vienne	
TROUBLES	1977		1988		1993-1994	
	Absent	Majeurs	Absent	Majeurs	Absent	Majeurs
MÉMOIRE	52%	5,7%	30%	13%	59%	18,6%
AGRESSIVITÉ GESTUELLE	66%	1,8%	72,6%	2,7%	84%	1,3%
COMPRÉHENSION	63%	4,4%	54%	4,4%	76%	5,6%
Ensemble des Tr. Psychiques		12%		15,3	6%	94%

Dans l'enquête du CREDES, les troubles psychiques se résument à l'item psychique de l'échelle de Kuntzmann qui ne saurait dépister l'ensemble des troubles psychiatriques du sujet âgé.

Les troubles majeurs du comportement seraient de 70% dans les nursing home pour Zimmer (1984).

Pour Ray (1992), les troubles les plus fréquents dans les nursing home sont l'opposition (50%) et l'agressivité (35%) tandis que pour Rovner et al. (1986), les troubles les plus fréquents sont : perturbe le service, agité, bruyant, agressif. Il n'était trouvé alors que 6% de pathologie dépressive selon le DSM-III.

L'agressivité verbale est présente chez 33% des pensionnaires de notre enquête (39% pour Tariot, 1993) et elle est majeure dans 4% des cas (18 personnes). L'agressivité gestuelle est plus rare, 16% des pensionnaires (29% pour Tariot, 1993) dont 1,36% (6 patients) d'une manière grave et quotidienne. Ces chiffres devraient pouvoir être analysés en fonction des thérapeutiques entreprises en terme de rapport bénéfices / effets indésirables induits. Ils semblent moins importants en pratique par rapport à l'intensité de la plainte des soignants, révélant ainsi leur caractère particulièrement stressant.

16% sont grossiers et 3,6% (16) chaques jour.

3% ont cassé des objets lors du mois précédant l'évaluation (13 patients).

Les colères ne sont pas négligeables : 26% des pensionnaires font des colères et 3,6% (16 pensionnaires) en font chaque jour.

Plus rares sont les cris : 13% crient dans la journée et 0,68% soit 3 patients crient continuellement (contre 29% à 31,1% dans les longs séjours aux E.U.; Ryan, 1988).

19% des pensionnaires présentent des troubles de la reconnaissance de leurs proches et 6,8% (30 patients) ne reconnaissent pas du tout leur entourage !

11% (48) se déshabillent parfois dans la journée.

L'opposition est un problème majeur en institution, elle touche 44% des patients dont 19% sont opposants totalement et quotidiennement !

Nous nous sommes intéressés à un item stressant pour les équipes que nous avons défini : "Plaintes incessantes, quête d'attention pénible". 36% présentent des plaintes incessantes et dans 17% des cas, elles sont majeures et quotidiennes.

Si l'isolement est la règle, l'absence de parole est aussi fréquente. Sans cause neurologique connue, elle touche 37% de notre population dont 6% (26) ne parlent jamais ! Les soignants ont des difficultés pour comprendre 27% d'entre eux et ne comprennent pas du tout 8,6% des pensionnaires (38).

La désorientation dans le temps (29%) est un peu plus fréquente que la dé sorientation dans l'espace (21%) avec des extrêmes importantes, 15,5% de désorientation totale dans le temps et 12% dans l'espace (12% ne retrouvent jamais leur chambre !).

L'hyperactivité psychomotrice est présente chez 18% (21% ; Tariot, 1993) des résidents dont 8% (35) déambulent sans cesse ! contre 73% dans une population de déments (Cohen-Mansfield, 1986).

21% des pensionnaires présentent des éléments persécutifs dont 5,4% (24) de manière grave et quotidienne. Il existerait des éléments délirants chez 15% d'entre eux dont 4,7% (21) délirent de manière évidente et quotidienne.

Les infirmières ont des difficultés à faire prendre leur traitement à 13% des patients et 4% (18) refusent systématiquement leurs médicaments.

Contre toute attente, les troubles du sommeil ne posent pas de problèmes majeurs dans ces institutions. Les soignants révèlent 14% de pensionnaires présentant des problèmes de sommeil dont 1,3% chaque nuit (6). Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux de Pollak (1991) pour comparables qu'ils soient.

Pour Sermet, CREDES (1992), les troubles du sommeil seraient en voie d'augmentation dans les institutions.

6% des patients présentent des troubles du sommeil avec déambulation, 3% étalent leurs selles la nuit, 3% s'habillent et 2% crient la nuit. Nous sommes loin des 23 à 40% suivant le type d'institution annoncés par Donnet (1992). Il s'agit bien ici d'une évaluation par les soignants qui ne préjuge en rien des réels troubles du sommeil. Qu'en est-il de la plainte personnelle des pensionnaires ? (qui est supérieure aux troubles observés ; Schmitt, 1994).

La plupart ont un psychotrope pour dormir et nous voudrions rapporter le cas d'institutions où les médecins prescrivent des placebo à visée hypnotique et où notre évaluation n'a pas révélé une prévalence accrue de problèmes d'insomnies.

12% de notre échantillon présente un degré de refus pour manger et au contraire 8% présenterait des problèmes d'ordre boulimiques.

Des problèmes d'alcoolisation sont présents chez 8% seulement des résidents et sont graves (alcoolisations quotidiennes) pour 1,5% soit 7 patients !

4% des pensionnaires présentent un tabagisme jugé excessif par les soignants.

4% des notre échantillon (17) présenterait des problèmes de comportements sexuels provoquant.

Les problèmes de vols, de fouilles dans les affaires des autres concernent 5% (22 résidents) de notre échantillon.

Les fugues concernent moins de 6% de notre échantillon (25 patients).

18 ont fait une fugue le mois précédant l'évaluation, 1 la dernière quinzaine et 6 la semaine précédente.

Ainsi, nous avons mis en évidence parmi les dix troubles les plus importants en maisons de retraite, des troubles anxio-dépressifs, la passivité, l'opposition, les plaintes incessantes, ou l'absence de parole, l'agressivité, la désorientation et les troubles de la mémoire de fixation.

Il s'agit bien de troubles tels que les soignants les perçoivent. Ce ressenti est trés dépendant du vécu personnel mais aussi de la politique de soins du service qui dépend, elle, en grande partie des conceptions du médecin.

Sur le total des 41 variables psychiatriques, 27 résidents soit 6,12% ne présentent aucun trouble et ont donc un sub-score psychique égal à 0.

SUB-SCORE PSYCHIQUE = 0	MAISON DE RETRAITE de la HAUTE-VIENNE 1993-1994	
	%	Nombre
AUCUN TROUBLE PSYCHIQUE	6,12	27

6.1.4 Descriptif simple des troubles physiques : pourcentage et nombre.

Tableau 16 : Descriptif des troubles physiques.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441												
TROUBLES PHYSIQUES												
DESCRIPTIF SIMPLE : MOYENNES ET DEGRÉS CLASSEMENT PAR MOYENNE DECROISSANTE												
		Moy.	0		1 + 2 + 3		1		2		3	
			%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb
1	AIDE POUR LES SOINS PERSONNELS	1,34	41	180	59	261	14,29	63	14,97	66	29,93	132
2	CHANGES LA NUIT	1,06	63	278	37	163	1,81	8	1,36	6	33,79	149
3	TROUBLES SPHINCTÉRIENS DIURNES	0,8	67	297	33	144	7,94	35	1,81	8	22,90	101
4	DÉPENDANCE POUR LES DÉPLACEMENTS (GRABATAIRE = 3)	0,8	53	232	47	209	19,50	86	23,36	103	4,54	20
5	AIDE A L'ALIMENTATION (AIDE TOTALE = 3)	0,43	78	343	22	98	8,39	37	7,26	32	6,58	29

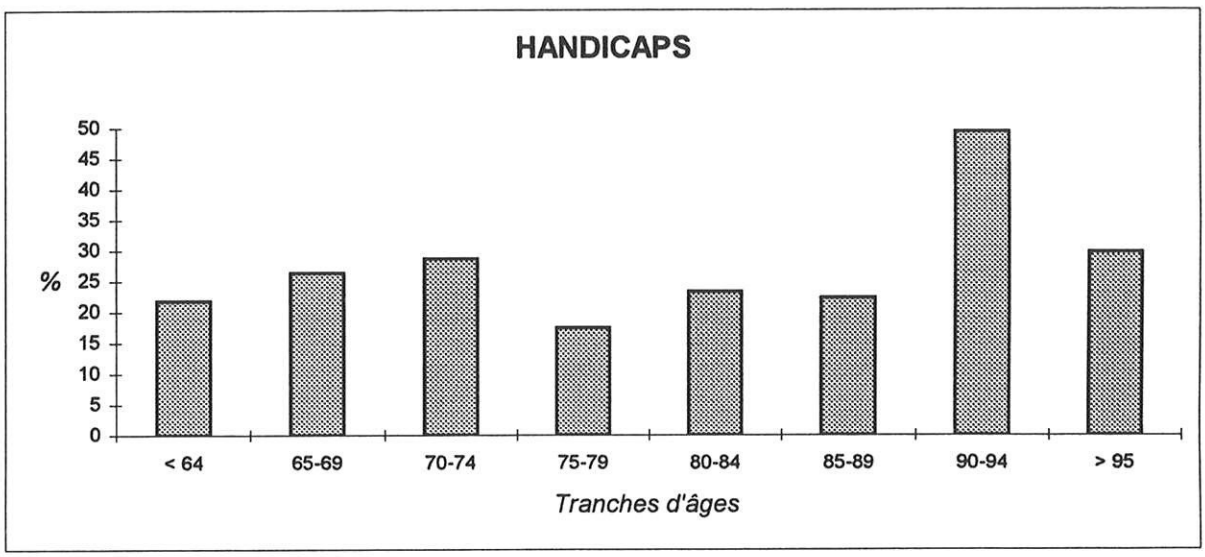
Parmi notre population, 59% des pensionnaires nécessitent une aide pour la toilette et l'habillage dont environ 30% une aide totale.

Entre 1977 et 1988, le niveau des soins d'entretien a presque doublé (Mizrahi, CREDES, 1993). L'enquête du CREDES trouve 74% de leur population autonome pour l'alimentation contre 78% dans notre étude et 49% autonome pour la toilette et l'habillage (59% dans notre étude). Rappelons que l'enquête du CREDES inclut les longs séjours et que ces résultats sont limités aux plus de 80 ans.

37% ont des changes la nuit contre 33% qui présentent une incontinence urinaire diurne. L'incontinence s'est aggravée entre 1977 (15,3%) et 1988 (30,8%) selon l'étude du CREDES. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les hommes et les femmes, bien que ces dernières soient plus touchées par les problèmes d'incontinences (Mizrahi, 1993).

Toujours selon Mizrahi, ces dix dernières années ont bénéficié d'une amélioration des déficiences motrices des 80 ans et plus (Mizrahi, 1993). Néanmoins, c'est 47% de notre population qui présente un degré de déficit pour la marche tandis que 4,5% sont grabataires, confinés au lit ou au fauteuil.

Graphique 2 : Prévalence des handicaps en fonction des tranches d'âges.



L'étude de la répartition des handicaps (déficits visuels, auditifs, neurologiques) montre la prépondérance de la tranche d'âge des 90-94 ans.

Les handicaps physisques sont statistiquement liés à l'âge et aux tranches d'âge (nous allons montrer l'inverse pour la majorité des troubles psychiques) et les handicaps physiques ne présentent pas de différence significative Homme / Femme.

L'aide à l'alimentation concerne 22% de notre effectif. Ceci est important car il existerait une relation entre l'aide à l'alimentation et les troubles cognitifs (Siebens, 1986 ; voir Résultats des crosements).

Lors de cette enquête, 6,6% soit 29 patients nécessitent une aide totale pour manger.

6.1.5 Descriptif simple des handicaps physiques et sensoriels.

Tableau 17 : Descriptif des handicaps physiques et sensoriels.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441		
HANDICAPS PHYSIQUE INVALIDANT n' = 121 (27,5%)		
	Nombre	%
AUCUN	320	72,5
DEFICIT AUDITIF INVALIDANT	48	11
DEFICIT VISUEL INVALIDANT	13	3
TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS INVALIDANTS	7	1,6
APHASIE NEUROLOGIQUE INVALIDANTE	6	1,3
HEMIPLEGIE INVALIDANTE	47	10,6

La majorité des résidents en maison de retraite (72,5%) n'a pas d'antécédent de déficit physique majeur. Les deux handicaps principaux sont les troubles auditifs et les troubles moteurs d'origines neurologiques. Les troubles auditifs apparaissent plus fréquents que les troubles visuels.

6.1.6 Description simple des temps de travail

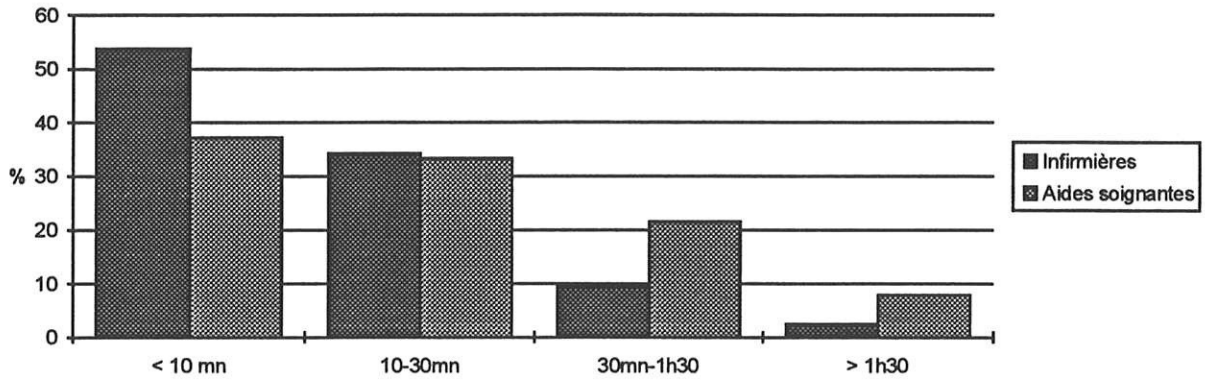
Tableau 18 : Descriptif simple des temps de travail.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441												
TEMPS DE TRAVAIL												
DESCRIPTIF SIMPLE : MOYENNES ET DEGRÉS: Ordre de grandeur sur 24 heures												
		Moy.	< 10 mn		> 10 mn		10 -30 mn		30 mn-1h30		> 1 h 30	
			%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb
1	CHARGE DE TRAVAIL AIDE SOIGNANT	1	37	164	63	277	33	147	22	95	8	35
2	CHARGE DE TRAVAIL INFIRMIER	0,61	54	237	46	204	34	151	10	42	2	11
	SUB-SCORE TEMPS DE TRAVAIL											
			0 Visites		Visites		1 / mois		2 / mois		1 / semaine	
	FRÉQUENCE DES VISITES DU GÉNÉRALISTE	1,29	7	32	93	409	70,07	309	9,07	40	13,61	60

L'analyse des temps de travail montre bien la spécificité du travail de l'infirmière qui passe moins de temps en moyenne par malade que l'aide soignante.

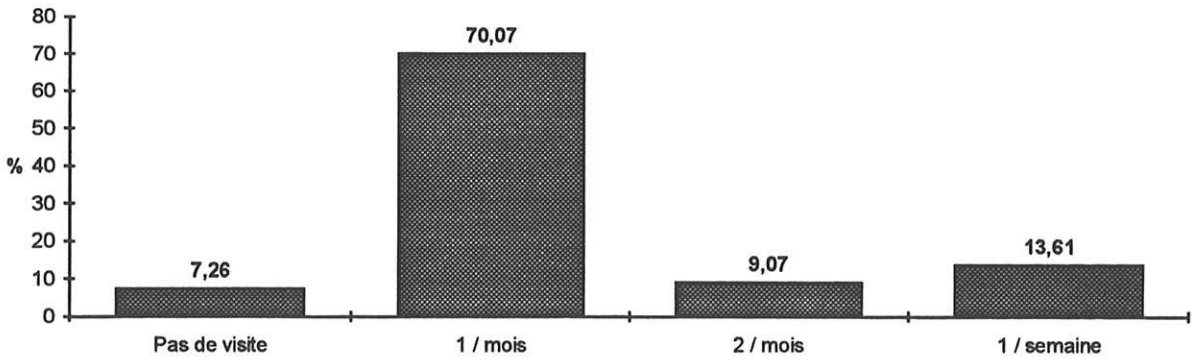
La majorité des pensionnaires (70%) bénéficient d'une visite par mois du médecin généraliste et 13,6% d'une visite par semaine. Sermet (1989) rapporte qu'en maisons de retraite, 34% ont une possibilité d'accès quotidien au médecin (<13% dans notre enquête) et que 60% sont examinés tous les mois.

Graphique 3 : Comparaison des temps de travail infirmiers et aides soignants.

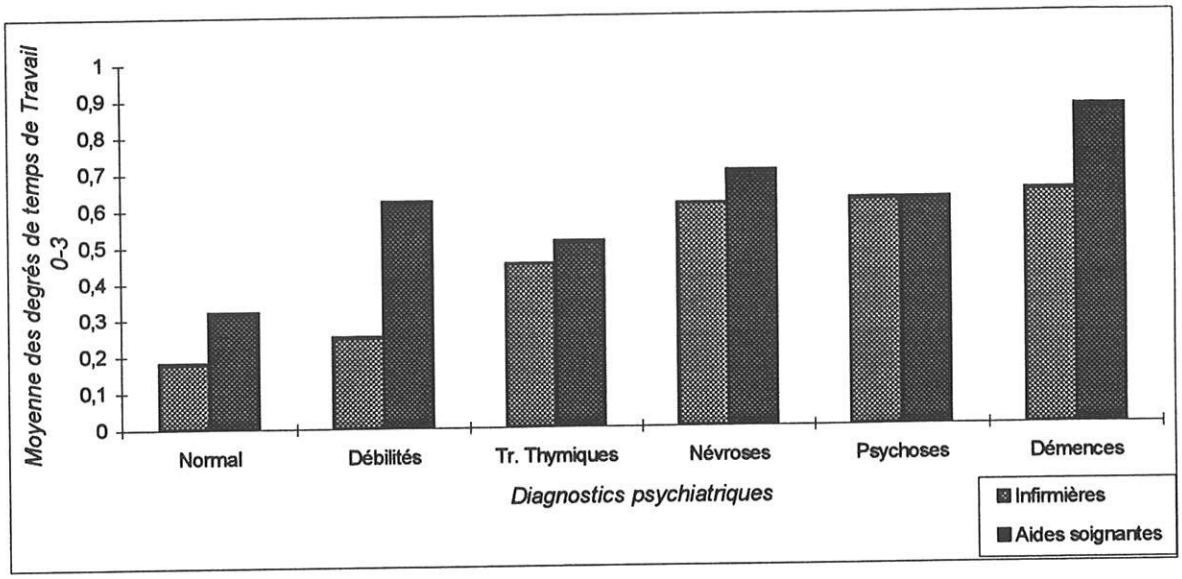


Les temps de travail évalués peuvent être une indication de la charge de travail (objective en temps et subjective en ressenti) induite par les troubles. Il existe dans ce domaine une relation entre ce qui est annoncé et ce qui est ressenti. Il serait néanmoins abusif de corréler les temps de travail avec le niveau de dépendance. Smith en 1987 a démontré l'absence de corrélations entre temps de travail infirmier et dépendance physique.

Graphique 4 : Nombre de visites par mois du médecin généraliste



Graphique 5 : Importance des temps de travail en fonction des diagnostics psychiatriques simplifiés



6.1.7 Descriptif de la variable "Rejet de la part de la famille".

Tableau 19 : Descriptif simple de la variable "Rejet de la part de la famille".

DESCRIPTIF SIMPLE : MOYENNES ET DEGRÉS											
	Moy.	0		1 + 2 + 3		1		2		3	
REJET DE LA PART DE LA FAMILLE	0,46	78%	344	22%	97	7,71%	34	4,08%	18	10,2%	45

Cet item fut ajouté à la demande d'une équipe lors de l'étude de faisabilité. La question posée aux soignants était : *"D'après vous, ce patient est-il rejeté par sa famille ?"* Ils répondaient 0 pour non, 1 en cas de doute voire de mésentente minime, 2 si la famille venait rarement et collaborait peu avec l'institution et 3 pour un rejet net, caractérisé et total, sans visite. Les patients sans famille étaient cotés "0"

Cette appréciation manque d'objectivité (appréciation des soignants, plus ou moins mauvaise connaissance de l'histoire familiale, ...), mais nous pouvons néanmoins dire qu'environ 20% notre échantillon présente un problème de rejet et que 10% (41 patients) d'entre eux sont rejetés de manière nette et caractérisée par leur famille. Ainsi, la connaissance de ces données anamnestiques est-elle indispensable pour une lecture des troubles psychocomportementaux.

6.1.8 Descriptif simple des diagnostics psychiatriques simplifiés par ordre décroissant

Tableau 20 : Descriptif simple des diagnostics psychiatriques.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SIMPLIFIE	Nombre	%	Moyenne d'âge
1 - Vieillissement normal	146	33,1	86 ans
2 - Névroses, troubles du caractère	93	21,1	82 ans
3 - Démences	72	16,3	85,5 ans
4 - Troubles de l'humeur	71	16,1	83 ans
5 - Débilités, arriération mentale	34	7,8	67 ans
6 - Psychoses	23	5,2	82 ans
7 - Confusions	2	0,4	80 ans

A vrai dire, c'est au terme de l'étude de faisabilité que nous avons ajouté l'item vieillissement normal (33% de notre échantillon). Cette partie de notre enquête se veut consultative, car le report du diagnostic psychiatrique simplifié ne correspond pas aux critères diagnostiques habituels (DSM-III-R ou CIM-10). Il provient généralement d'une analyse à partir du dossier de soin, en accord avec les soignants voire avec le médecin généraliste.

Les névroses et troubles du caractère (21%) dépassent les démences (16,3%) et les troubles thymiques (16,1%). Lors de l'étude du CREDES (1992), Sermet rapporte pour les plus de 80 ans ; 27% de démences, 22% de dépression et 24% de troubles du sommeil. La prévalence sur la vie d'une dépression majeure dans la population générale (DIS/CIDI) étant de 10,7% pour les hommes et de 22,4% chez les femmes (Lépine, 1993).

Il existe en maison de retraite un certain nombre d'arriérés mentaux. Ce sont principalement des hommes, jeunes (67 ans en moyenne) et bien que leur adéquation dans ces structures puissent être discutée, ils n'y posent pas de problèmes majeurs (pas de liaison avec les temps de travail ni avec la demande de consultation psychiatrique).

Il existe de même 5% (9% pour Tariot, 1993) de psychotiques en maison de retraite, plus ou moins bien tolérés. Nous avons vu que 15% de la population totale présente un délire dont 4,76% qui délirent de manière évidente et quotidiennement.

Les confusions, 2 cas lors de notre enquête sont rapidement hospitalisées et ne restent pas en maison de retraite. Ce chiffre parait néanmoins faible. La confusion est-elle correctement dépistée par les soignants ? n'est-elle pas associée aux troubles banaux liés au vieillissement ? Il ressort de ce travail une grande "confusion" chez les soignants entre confusion, agitation, agressivité et délire.

Tableau 21 : Comparatif de prévalence de la dépression chez le sujet âgé.

Année	Auteur	Population	%
1980	BLAZER	Population générale	15 à 25%
1984	HYER & HYER	Nursing home	DSM-III-R 25% dép. Majeure
1985	HAZEGAWA	Population générale	2 à 20%
1987	BLAZER et al.	Population générale	27%
1988	BURNS	Nursing home	23,7%
1989	KATZ	Nursing home	18%-20%
1990	AMES	Nursing home	34%-55%
1991	PHILLIPS	Nursing home	9,7% majeure DSM IIIR ICD-10 : 6,1% sévère 6,7% modérée 6,7% moyenne
1991	ROVNER	Nursing home	12,6% dépression + 18,1% symptômes dépressifs
1992	PARMELEE	Nursing home	24,6% dép. Majeure + 20,2% dép. Mineure
1993	TARIOT	Nursing home	9%
1993	THALASSINOS	Médecine Interne Sujets > 65 ans	23% dont 5 % majeur

Les écarts importants entre ces chiffres montrent bien la difficulté du dépistage des troubles dépressifs chez le sujet âgé.

Les voies de recherche visant à mettre en évidence des troubles objectivables significatifs du ralentissement dépressif (études actométriques, phonologiques, graphiques, cognitives : temps de réactions des choix ou électrophysiologiques ; Alliaire, 1994) sont à encourager. Elles permettront dans l'avenir d'améliorer le dépistage de la maladie dépressive.

Tableau 22 : Comparatif de la prévalence de la démence.

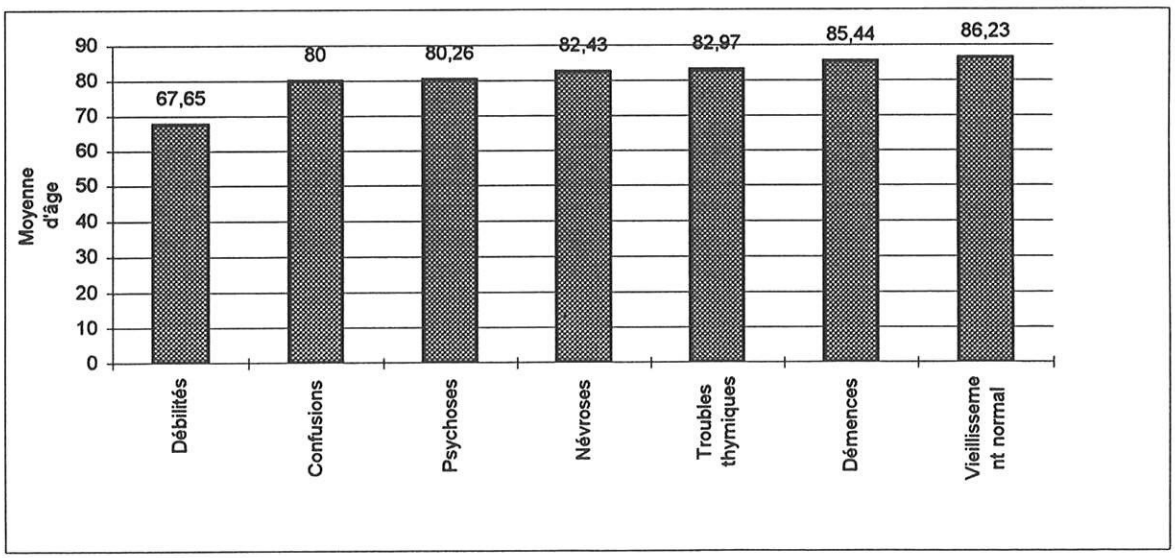
	AUTEURS	POPULATIONS	%
1984	HENDERSON	Sujets > 65 ans > 80 ans	4% à 6% > 20%
1987	MAS et coll.	Population générale	2 à 7% après 65 ans 20% après 80 ans
1987	HING	Nursing home	50%
1991	PHILLIPS	Nursing home	50%
1993	THALASSINOS	Médecine Interne sujets > 65 ans	19%
1993	TARIOT	Nursing home	46%

De même, le dépistage de la démence est assujetti à de nombreuses réserves (Kay, 1991).

Notre étude, qui rapporte 16% de démences semble en deçà des chiffres habituels de prévalence de la démence en institution. Nous constaterons que nombreux items d'ordre cognitif sont indépendants de l'existence d'une demande de consultation psychiatrique.

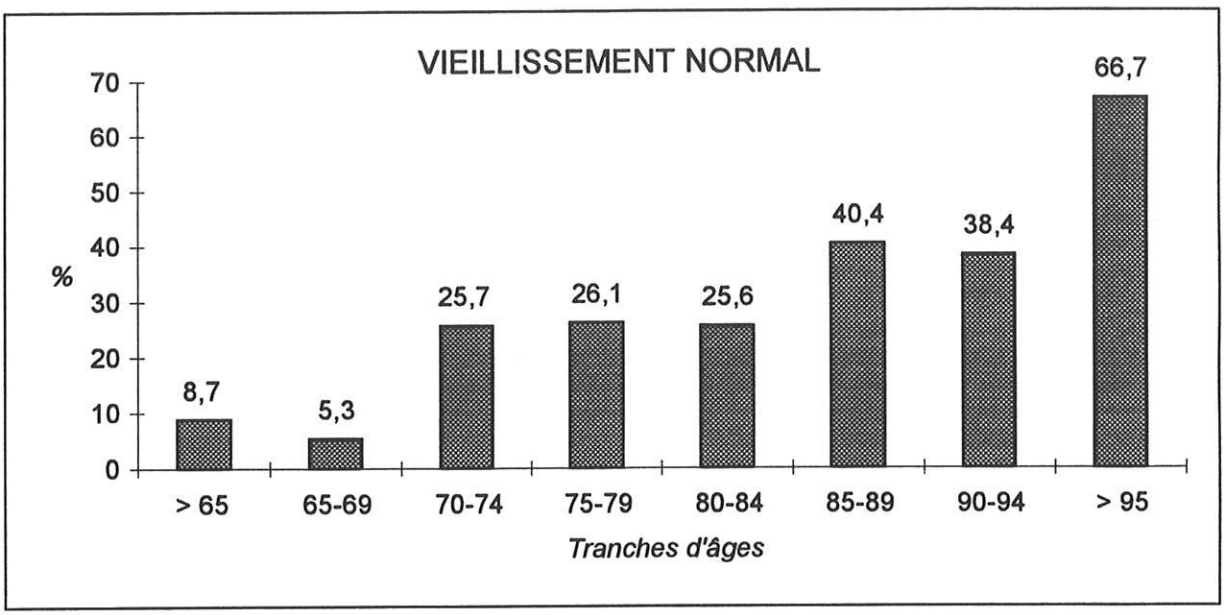
6.1.9 Description des diagnostics simplifiés en fonction de leur moyenne d'âge

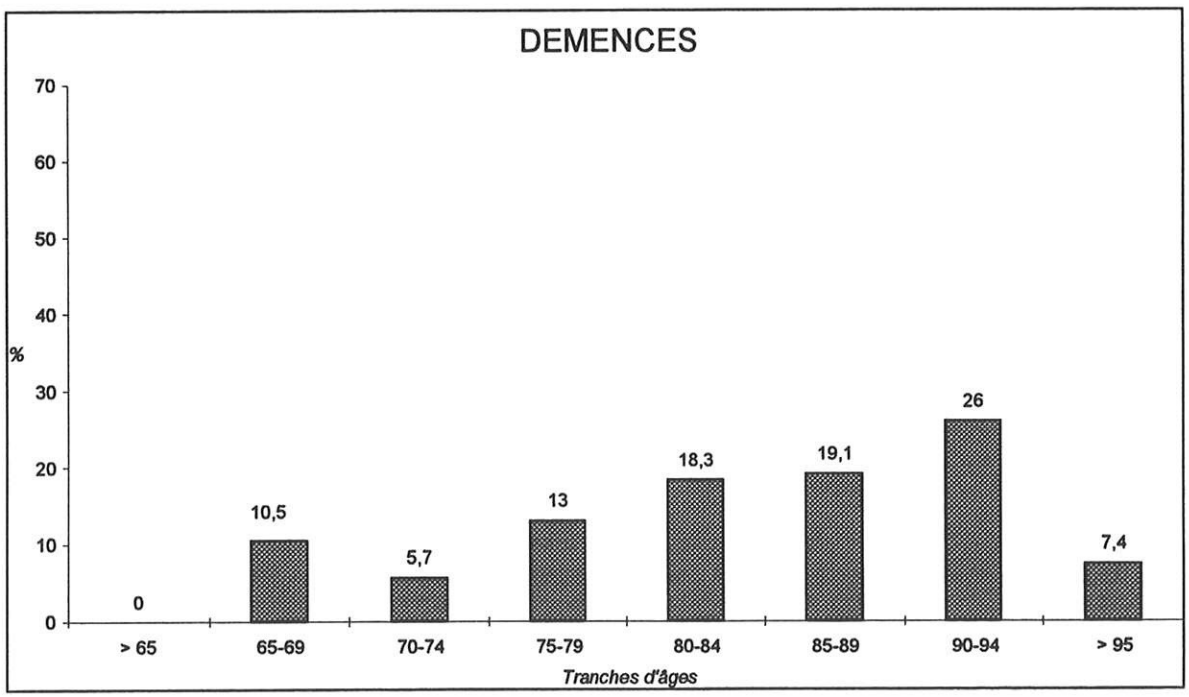
Graphique 6 : Descriptif des diagnostics psychiatriques simplifiés en fonction de l'âge.

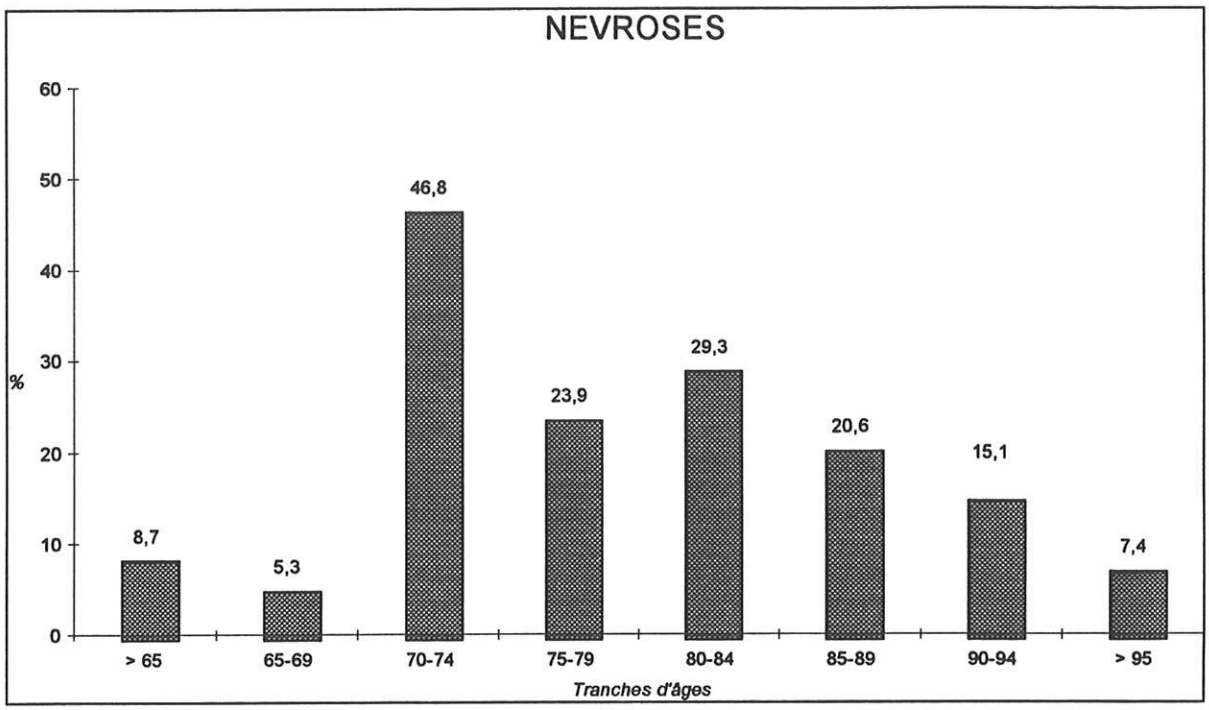


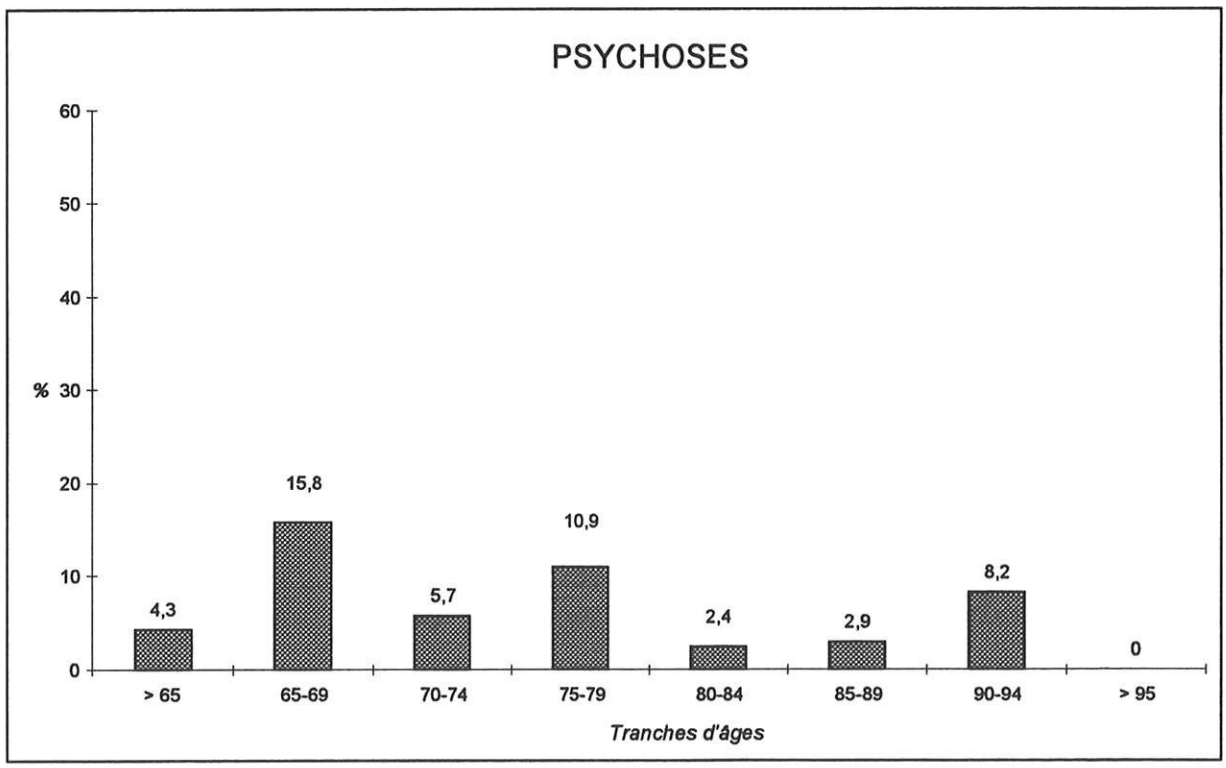
6.1.10 Description des diagnostics psychiatriques simplifiés en fonction des tranches d'âges

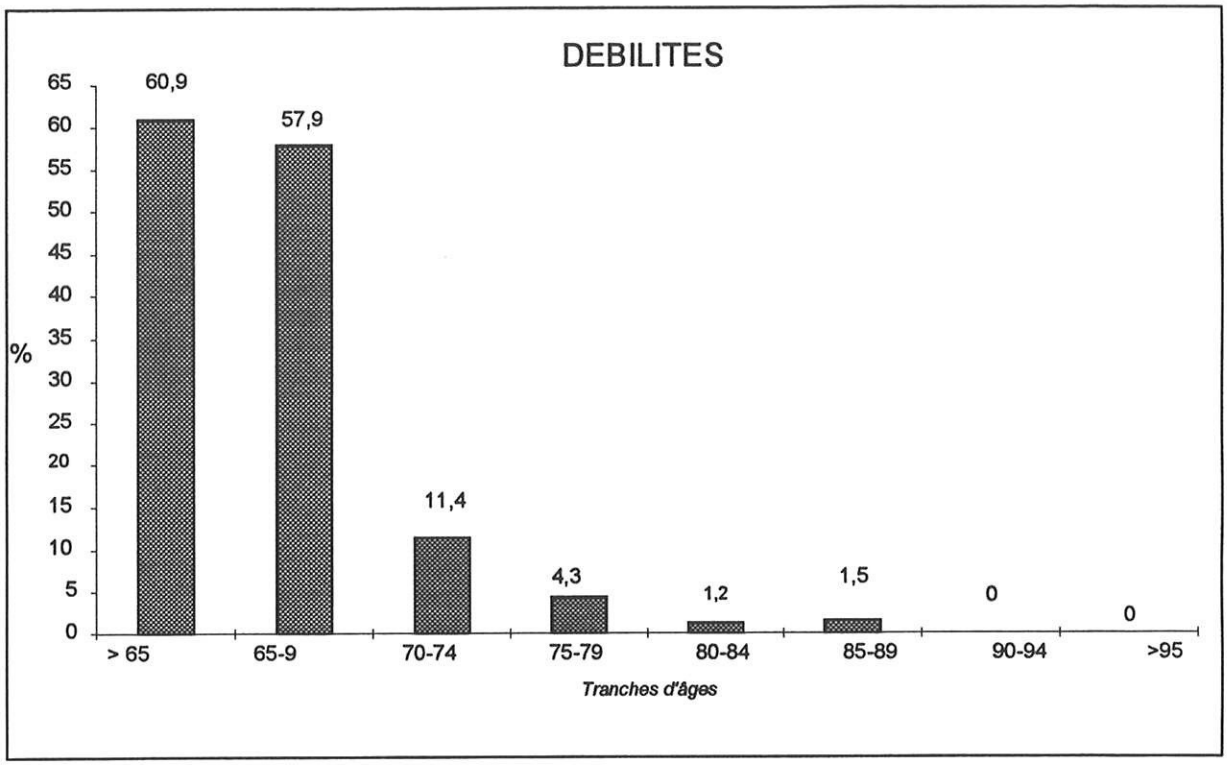
Graphique 7 : Prévalence des diagnostics psychiatriques en fonctions des tranches d'âges.






NEVROSES
60
50
40
30
20
10
0
%
46,8
29,3
23,9
20,6
15,1
8,7
5,3
7,4
> 65
65-69
70-74
75-79
80-84
85-89
90-94
> 95
Tranches d'âges


PSYCHOSES
60
50
40
% 30
20
10
0
15,8
10,9
8,2
4,3
5,7
2,4
2,9
0
> 65
65-69
70-74
75-79
80-84
85-89
90-94
> 95
Tranches d'âges



6.1.11 Description simple des suivis psychiatriques

Tableau 23 : Descriptif simple des suivis psychiatriques.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441		
TYPES DE SUIVIS PSYCHIATRIQUES		
	Nombre	%
AUCUN SUIVI	336	76
SUIVI	105	24
Consultation	86	19,5
Hôpital de jour	4	0,91
Consultation et Hôpital de jour	9	2
Consultation et Suivi de Secteur	6	1,36

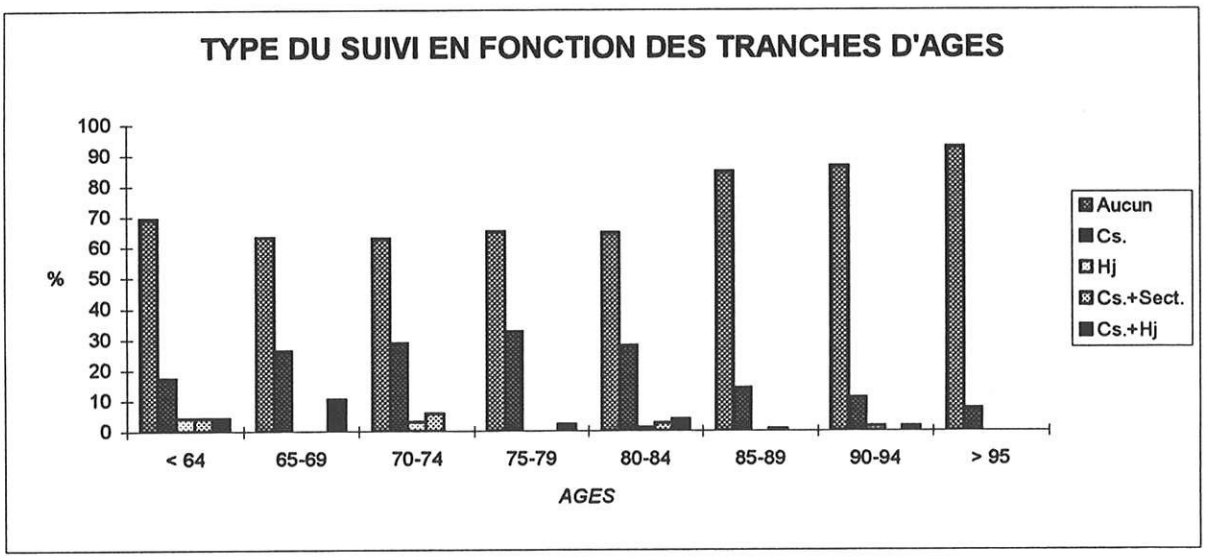
L'analyse des suivis psychiatriques met en évidence l'existence d'une faible proportion de pensionnaires bénéficiant d'un suivi psychiatrique (105 soit 24%).

Tableau 24 : Comparatif des suivis psychiatriques dans différentes études.

	Maisons de Retraite Haute-Vienne	TARIOT New York	Burns Maryland
Année	1994	1993	1993
SUIVI PSYCHIATRIQUE	24%	61%	4,5%

Ces chiffres, caractérisés par une importante disparité, mettent bien en valeur l'absence de politique clairement définie en ce qui concerne le type de suivi psychiatrique des pensionnaires en institution.

Graphique 8 : Comparaison des types de suivi psychiatrique en fonction des tranches d'âges.



Le graphique met bien en évidence une majorité de patients non suivis ainsi qu'une inhomogénéité des suivis en fonction des tranches d'âges, la majorité des prises en charge s'adressant à des sujets "jeunes" de moins de 85 ans !

6.1.12 Description simple de la variable "Demande de consultation psychiatrique".

Tableau 25 : Descriptif simple de l'existence d'une demande d'une consultation psychiatrique par les soignants.

DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE. n = 441		
"Ce patient vous pose t-il des problèmes d'ordre psychiatrique tels que vous envisagez une demande de consultation psychiatrique ?"		
	Nombre	%
NON	361	82
OUI	80	18

La question était posée dans l'absolu, car l'existence d'une demande de soins spécialisés dépend de l'offre (inégalement répartie) mais aussi des habitudes, pratiques, stratégies locales, du milieu, du réseau social ainsi que des variables socio-démographiques du patient (Kovess, 1993).

18% de pensionnaires (80 résidents sur 441) présentent des troubles tels que les soignants souhaiteraient l'intervention d'un psychiatre.

Compte tenu du nombre des troubles mis en valeur, il ne semble pas que ce chiffre ait été grossi.

Il exprime une souffrance des soignants et trés probablement des patients qui incite à reconsidérer l'offre que nous pourrions proposer.

6.2 CROISEMENTS ET ETUDE DES CORRELATIONS

" ... la vieillesse renouvelle la terreur à l'infini ..."

G. Bataille.

6.2.1 Etude des troubles en fonction de l'âge et des tranches d'âges

Tableau 26 : Troubles présentant une liaison statistique avec l'âge ou une tranche d'âge.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441				
DESCRIPTIF CROISE : VARIABLES EN FONCTION DE L'AGE ET DES TRANCHES D'AGES				
TROUBLES CLASSES PAR TYPE DE LIAISON ET MOYENNE DECROISSANTE		*Liaison statistique*		
		Age	*Tranches d'âges*	
NE PEUT GERER SES AFFAIRES (PROTECTION = 3)	1,88	S-	S	65-69
NE SAIT PAS QUEL MOMENT DE LA JOURNEE IL EST	0,67	S	S	90-94
DISCOURS INCOMPREHENSIBLE	0,54	S-	S	65-69
NE RETROUVE PAS SA CHAMBRE, DTS ESPACE	0,49	S	NS	
DEAMBULE, HYPERACTIVITE DIURNE	0,39	S-	S	65-69
IDEES SUICIDAIRES (TENTATIVE SUICIDE = 4)	0,39	S	NS	
INSOMNIES DE MOINS DE DEUX HEURES	0,2	S	S	90-94
BOULIMIQUE	0,17	S-	S	< 64
EUPHORIQUE, JOUEUR, EXALTATION DE L'HUMEUR	0,15	S-	S	< 64
ALCOOLISATIONS	0,14	S-	S	70-74
TROUBLES DE LA COMPREHENSION	0,42	NS	S	65-69
ENTEND OU VOIT DES CHOSES IRREELLES	0,28	NS	S	65-69
AIDE POUR LES SOINS PERSONNELS	1,34	S	NS	
DEPENDANCE POUR LES DEPLACEMENTS (GRABATAIRE = 3)	0,8	S	S	> 95
CHANGE LA NUIT	1,06	S	NS	
AIDE A L'ALIMENTATION (AIDE TOTALE = 3)	0,43	NS	S	90-94
TROUBLES SPHINCTERIENS DIURNES	0,8	NS	NS	
HANDICAP RECODE (0 = Aucun ; 1 = Handicap)		S	S	90-94
REJET SOCIO-FAMILIAL	0,46	S -	NS	
SUIVI PSYCHIATRIQUE RECODE (0 = aucun = 306 ; 1 = suivi = 105)		S	S	< 85
DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SIMPLIFIE		S	S	

Nous avons croisé nos variables avec l'âge en continu et avec les tranches d'âges habituelles de l'INSEE. L'épidémiologie nous permet de démontrer l'existence d'une liaison non univoque et non linéaire qui unit l'âge aux troubles.

Tableau 27 : Troubles sans liaison significative avec l'âge et les tranches d'âges.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441			
DESCRIPTIF CROISE SUITE : VARIABLES **INDEPENDANTES** DE L'AGE ET DES TRANCHES D'AGES			
VARIABLES CLASSEES PAR MOYENNE DECROISSANTE		*Liaison statistique*	
	Moy.	*Age*	*Tranches d'âges*
ANXIETE PSYCHIQUE (SOUCIS, PEURS, APPREHENSION)	1,15	NS	NS
EST TRISTE, DECOURAGE, DOULEUR MORALE	1,08	NS	NS
PASSIVITE, RETRAIT SOCIAL (PROSTRE = 3)	1,06	NS	NS
NE SE RAPPELE PAS DES FAITS RECENTS	0,91	NS	NS
QUÊTE D'ATTENTION PENIBLE, PLAINTES INCESSANTES	0,8	NS	NS
ABSENCE DE LA PAROLE (MUTIQUE = 3)	0,68	NS	NS
AGRESSIVITE VERBALE	0,51	NS	NS
PLEURS	0,47	NS	NS
COLERES	0,41	NS	NS
NE RECONNAIT PAS LES PERSONNES	0,38	NS	NS
ACCUSATEUR SANS RAISON, EST PERSECUTE	0,37	NS	NS
COMPORTEMENT AGITE	0,32	NS	NS
PROPOS GROSSIERS	0,29	NS	NS
REFUS DES MEDICAMENTS	0,25	NS	NS
LEVE LA MAIN SUR LES AUTRES	0,22	NS	NS
CRIS DANS LA JOURNEE	0,19	NS	NS
REFUS DE MANGER	0,19	NS	NS
SE DESHABILLE PENDANT LA JOURNEE	0,17	NS	NS
VOLS PATHOLOGIQUES, ENGRANGEMENTS	0,11	NS	NS
FOUILLE DANS LES AFFAIRES DES AUTRES	0,09	NS	NS
INSOMNIES AVEC DEAMBULATIONS	0,09	NS	NS
FUGUES	0,09	NS	NS
COMPORTEMENTS SEXUELS PROVOQUANTS	0,06	NS	NS
ETALE SES SELLES PENDANT LA NUIT	0,05	NS	NS
S'HABILLE PENDANT LA NUIT	0,05	NS	NS
VIOLENCE ENVERS DES OBJETS	0,04	NS	NS
TEMPS DE TRAVAIL INFIRMIER	0,61	NS	NS
TEMPS DE TRAVAIL AIDE SOIGNANTS	1	NS	NS
TEMPS DE TRAVAIL DU GENERALISTE	1,29	NS	NS
DEMANDE DE CONSULATION PSYCHIATRIQUE		NS	NS

Où l'on voit que les troubles et l'âge n'ont pas une évolution parallèle ou homothétique par rapport à l'âge.

"Quelle âge a t-elle ?" est généralement la première question de la démarche médicale, qui apparaît relative, labile et chargée d'inconscient fantasmatique.

Parmi les 41 troubles psychiques, seulement une dizaine présentent une liaison avec l'âge et qui parfois est négative.

Parmi les troubles psycho-comportementaux liés à l'âge, on trouve : la désorientation temporo-spatiale, le discours incompréhensible, les idées suicidaires et les insomnies.

Les liaisons statistiques négatives signifient que lorsqu'une variable diminue, l'autre augmente. Ainsi pour les troubles suivants, quand ils augmentent, ils sont associés à un âge plus jeune ; l'aide pour gérer ses affaires, le rejet de la famille, un discours incompréhensible, la déambulation, l'hyperactivité diurne, la boulimie, l'euphorique et les alcoolisations.

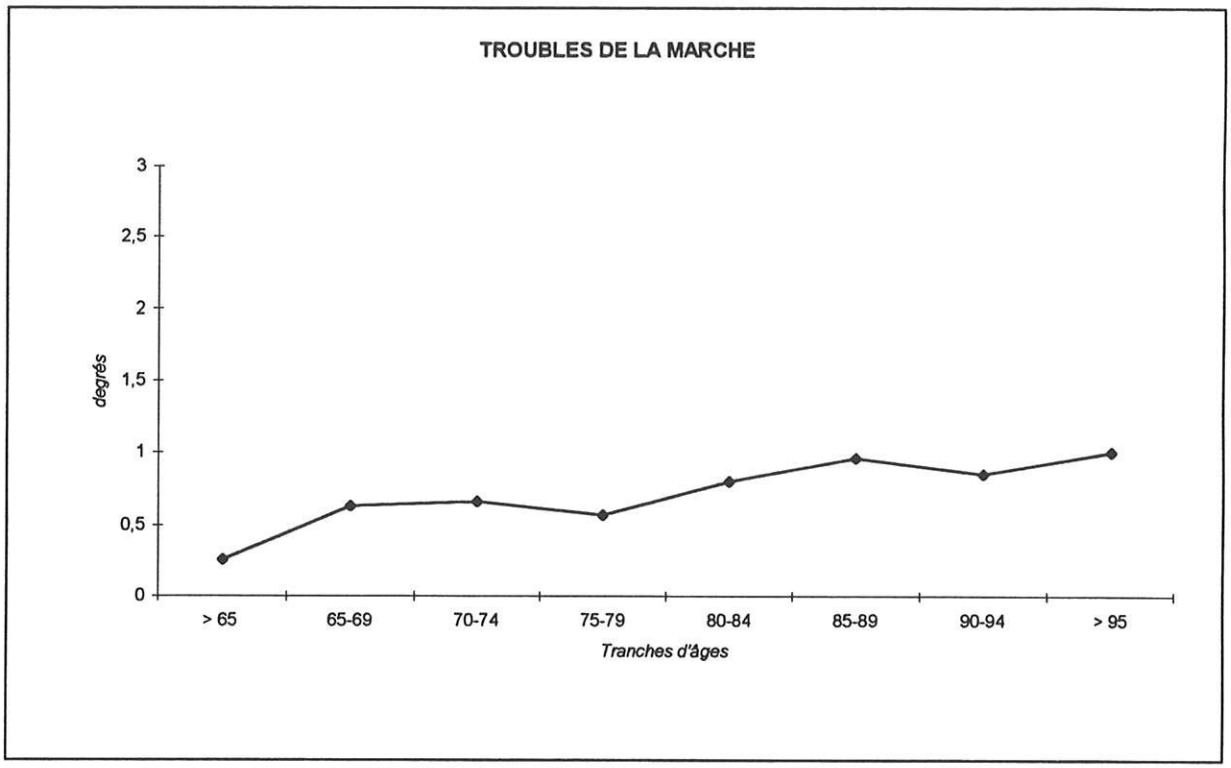
Tableau 28 : Récapitulatif des liaisons négatives avec l'âge.

Variables	Age	Tranches d'âges
NE PEUT GERER SES AFFAIRES	S -	65-69 ans
REJET FAMILIAL	S -	NS
DISCOURS INCOMPREHENSIBLE	S -	65-69 ans
DEAMBULE	S -	65-69 ans
BOULIMIE	S -	< 64 ans
EUPHORIQUE	S -	< 64 ans
ALCOOLISATIONS	S -	70-74 ans

Nos tranches d'âges étant artificiellement définies, il se peut qu'une variable soit liée à l'âge en continu mais pas à une tranche d'âge précise telle que nous l'avons définie.

A l'inverse, les troubles d'ordre physique sont âge-dépendants ; l'aide pour les soins personnels, les troubles de la marche (majeurs après 95 ans), l'incontinence nocturne et les handicaps sensoriels, en accord avec les résultats de Teri (1989).

Graphique 9 : Evolution de l'importance des troubles de la marche en fonction des tranches d'âges.



La courbe ci-dessus montre l'accroissement de l'importance des troubles du déplacement en fonction des tranches d'âges.

La variable "Dépendance pour les déplacements" est liée statistiquement à l'âge et aux tranches d'âges, la tranche d'âge la plus élevée (>95 ans) étant la plus touchée.

L'aide à l'alimentation n'est pas liée à l'âge mais à la tranche d'âge 90-94 ans.

Seul l'incontinence diurne est la variable physique indépendante de l'âge et des tranches d'âges dans notre étude.

Tableau 29 : Récapitulatif des variables liées à une tranche d'âge.

TRANCHES D'AGES							
< 64	65-69	70-74	75-79	80-85	85-89	90-94	> 95
Boulimie Euphorie	Gestion des affaires Discours incompréhensible Déambule Troubles de la compréhension Délire	Alcoolisations				Désorientation dans le temps Insomnies Tr. Alimentation Handicap physique	Troubles de la marche
Existence d'un suivi psychiatrique					Absence de suivi psychiatrique		

C'est ainsi qu'il existe des symptômes habituellement liés à l'âge dans nos référents culturels mais dont les croisements dans cette étude avec l'âge en continu ou avec les tranches d'âges n'ont révélé aucune liaison.

La mémoire des faits récents, les items thymiques, d'anxiété et nombreux items cognitifs (non reconnaissance des proches, se déshabille pendant la journée, étale ses selles la nuit, s'habille la nuit, ...) sont indépendants de l'âge ! Teri en 1989 avait démontré dans une population d'Alzheimer l'indépendance de l'âge avec les troubles cognitifs et du comportement mais pas avec les activités de la vie quotidienne. L'aggravation des troubles de la mémoire ne saurait se résumer à l'augmentation de l'âge mais plutôt à l'augmentation de facteurs liés à l'âge (Derouesné, 1993). Gayda en 1984 avait montré que les troubles de la mémoire récente étaient moins liés à l'âge qu'au niveau de formation générale.

Par contre, il n'existe pas de liaison avec l'âge, ni aucune tranche d'âge, pour les idées suicidaires, les plaintes incessantes, l'opposition, l'alcoolisme ou la demande de consultation psychiatrique.

Au delà de la tendance d'une compression de la morbidité (ou comment vivre plus vieux sans déficience), l'âge en soi n'est pas une mesure de l'état de santé (Mizrahi An., 1992). Cette notion fondamentale est bien illustrée par les croisements de notre enquête. Le modèle médical de la maladie infectieuse aiguë n'est pas applicable tel quel pour l'approche de la maladie mentale. Les troubles psychocomportementaux ne sont pas dus à un seul agent causal dont l'éradication permettrait de recouvrer l'état initial.

6.2.2 Etudes des croisements entre les variables et la variable "sexe"

Tableau 30 : Descriptif des variables liées aux sexes.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441						
DESCRIPTIF CROISE : VARIABLES EN FONCTION DU SEXE						
CLASSEMENT PAR TYPE DE LIAISON ET MOYENNE DÉCROISSANTE						
	Moy.	*0%*	*Total %*	*H*	*F*	*Liaison statistique*
ÂGE	83 ans			79,9	84,2	S
TRANCHES D'ÂGES						S
TRANCHE ÂGE < 64 ans			5,22	+	-	
TRANCHE ÂGE 65-69 ans			4,31	+	-	
TRANCHE ÂGE 70-75 ans			7,94	+	-	
TRANCHE ÂGE 75-79 ans			10,43	+	-	
TRANCHE ÂGE 80-85 ans			18,59	-	+	
TRANCHE ÂGE 85-89 ans			30,84	-	+	
TRANCHE ÂGE 90-95 ans			16,55	-	+	
TRANCHE ÂGE > 95 ans			6,12	=	=	
NE SAIT PAS QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE IL EST	0,67	71	29	0,45	0,76	S
NE RETROUVE PAS SA CHAMBRE, DTS ESPACE	0,49	79	21	0,26	0,58	S
COLÈRES	0,41	74	26	0,52	0,36	S
ALCOOLISATIONS	0,14	92	8	0,34	0,06	S
AUTRE EXCÈS, TABAC, AUTRE ...	0,07	96	4	0,15	0,03	S
COMPORTEMENT SEXUEL PROVOQUANT	0,06	96	4	0,1	0,04	S
DÉPENDANCE POUR LES DÉPLACEMENTS (GRABATAIRE = 3)	0,8	53	47	0,56	0,89	S
DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SIMPLIFIE						S
Vieillissement normal			33,1%	=	=	
Démences			16,3%		++	
Troubles thymiques			16,1%	=	=	
Névroses et Troubles du caractère			21,1%	=	=	
Psychoses			5,22%	=	=	
Débilités - Arriération mentale			7,71%	++		

Tableau 31 : Descriptif des variables indépendantes du sexe.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441				
DESCRIPTIF CROISE SUITE : VARIABLES INDÉPENDANTES DU SEXE				
CLASSEMENT PAR MOYENNE DECROISSANTE				
	Moy.	*0 %*	*Total %*	*Liaison statistique*
NE PEUT GERER SES AFFAIRES	1,88	24	76	NS
ANXIETE PSYCHIQUE	1,15	49	51	NS
EST TRISTE, DECOURAGE	1,08	44	56	NS
PASSIVITE, RETRAIT	1,06	46	54	NS
NE SE RAPPELLE PAS DES FAITS RECENTS	0,91	59	41	NS
OPPOSANT, REFUSE TOUTE ACTIVITE	0,91	56	44	NS
QUÊTE D'ATTENTION PENIBLE, PLAINTES	0,8	64	36	NS
ABSENCE DE LA PAROLE	0,68	63	37	NS
DISCOURS INCOMPREHENSIBLE	0,54	73	27	NS
AGRESSIVITE VERBALE	0,51	67	33	NS
PLEURS	0,47	71	29	NS
TROUBLES DE LA COMPREHENSION	0,42	76	24	NS
DEAMBULE, HYPERACTIVITE DIURNE	0,39	82	18	NS
IDEES SUICIDAIRES	0,39	79	21	NS
NE RECONNAIT PAS LES PERSONNES	0,38	81	19	NS
ACCUSATEUR SANS RAISON, EST PERSECUTE	0,37	79	21	NS
COMPORTEMENT AGITE	0,32	76	24	NS
PROPOS GROSSIERS	0,29	84	16	NS
DELIRE	0,28	85	15	NS
REFUS DES MEDICAMENTS	0,25	87	13	NS
LEVE LA MAIN SUR LES AUTRES	0,22	84	16	NS
INSOMNIES DE MOINS DE DEUX HEURES	0,2	86	14	NS
REFUS DE MANGER	0,19	88	12	NS
CRIS DANS LA JOURNEE	0,19	87	13	NS
BOULIMIQUE	0,17	92	8	NS
SE DESHABILLE PENDANT LA JOURNEE	0,17	89	11	NS
EUPHORIQUE, JOUEUR, MANIAQUE	0,15	89	11	NS
VOLS PATHOLOGIQUES, ENGRANGEMENTS	0,11	95	5	NS
INSOMNIES AVEC DEAMBULATIONS	0,09	94	6	NS
FOUILLE DANS LES AFFAIRES DES AUTRES	0,09	95	5	NS
FUGUES	0,09	94	6	NS
ETALE SES SELLES PENDANT LA NUIT	0,05	97	3	NS
S'HABILLE PENDANT LA NUIT	0,05	97	3	NS
VIOLENCE ENVERS DES OBJETS	0,04	97	3	NS
INSOMNIES AVEC CRIS	0,03	98	2	NS
SUB-SCORE PSYCHIQUE				*NS*

Descriptif suite des variables indépendantes du sexe.

AIDE POUR LES SOINS PERSONNELS	1,34	41	59		NS
CHANGE LA NUIT	1,06	63	37		NS
TROUBLES SPHINCTERIENS DIURNES	0,8	67	33		NS
AIDE A L'ALIMENTATION (AIDE TOTALE = 3)	0,43	78	22		NS
SUB-SCORE PHYSIQUE					*NS*
HANDICAP RECODE (Aucun / Handicap)		73	17		NS
CHARGE DE TRAVAIL AIDE SOIGNANT	1	37	63		NS
CHARGE DE TRAVAIL INFIRMIER	0,61	54	46		NS
SUB-SCORE TEMPS DE TRAVAIL					*NS*
CHARGE DE TRAVAIL DU GENERALISTE	1,29	7	93		NS
REJET SOCIO-FAMILIAL	0,46	78	22		NS
SUIVI PSYCHIATRIQUE RECODE		76	24		NS
DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE	NON	361	OUI	80	NS

Parmi les 46 troubles de notre enquête, seulement 6 troubles psychiques et 1 trouble physique sont liés significativement avec la variable "Homme" ou "Femme".

La désorientation dans le temps et dans l'espace est liée avec le sexe féminin ainsi que les troubles du déplacement.

Les hommes quant à eux, présentent plus de colères, d'alcoolisations, de tabagisme et de comportements sexuels provoquants.

André et Ariée Mizrahi en 1993 avaient mis en valeur la prépondérance des troubles du déplacement chez les femmes bien que ces troubles se soient améliorés entre 1977 et 1988 (Etude du CREDES).

Selon eux, il existe une aggravation du niveau moyen des troubles psychiques surtout chez les femmes (Sermet, 1992). Dans leur étude, les femmes présentaient plus de difficulté de compréhension, de mémoire et d'agressivité, ce que nous n'avons pas retrouvé dans notre enquête.

Pour Mizrahi An., les femmes représentent la plus lourde contribution pour les dépendances de haut niveau, alors que dans notre enquête, nous n'avons pas trouvé de liaison entre le sub-score psychique, ni même physique et la variable "Sexe".

Les femmes présenteraient plus de troubles thymiques dans la population générale (Kovess, 1993) ou dans la population âgée de plus de 65 ans (Gayda, 1984), bien que nous n'ayons retrouvé aucune corrélation entre sexe et variables thymiques en accord avec Burns en 1993 (utilisant le GMS-AGECAT).

De même, nous n'avons pas trouvé de différence hommes / femmes pour les cris alors que Patel (1993), mettait en évidence une prépondérance féminine.

Tableau 32 : Tableau récapitulatif des liaisons avec la variable Homme ou Femme.

	MIZRAHI 1977-1988	TERI 1989	HAUTE-VIENNE 1993-1994
Age	Femmes	Femmes	Femmes
Désorientation			Femmes
Agressivité verbale	Femmes	Hommes	=
Colères			Hommes
Alcoolisations			Hommes
Troubles compréhension	Femmes		=
Troubles de la mémoire	Femmes		=
Passivité		Hommes	=
Comportements sexuels provocants			Hommes
Troubles psychiques	Femmes		=
Troubles de la Marche	Femmes		Femmes

	GAYDA 1984	KOVESS 1993	HAUTE-VIENNE 1993-1994
Troubles thymiques	Femmes	Femmes	=

Malgré une tendance dans certaines études d'attribuer les troubles thymiques aux femmes, notre enquête n'a pas montré de lien entre la variable "Sexe" et les items thymiques ni le diagnostic de troubles thymiques ! La prépondérance féminine des troubles démentiels semble par contre confirmée.

6.2.3 Etude des troubles en fonction de l'existence d'une demande de consultation psychiatrique

Tableau 33 : Descriptif des liaisons avec l'existence d'une demande de consultation psychiatrique.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441		
DESCRIPTIF CROISE : VARIABLES EN FONCTION DE L'EXISTENCE D'UNE DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE		
CLASSEMENT EN FONCTION DU TYPE DE LIAISON ET PAR INTENSITE DE LIAISON DECROISSANTE		
DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE ?	NON : 361 81,9%	**OUI : 80 18,1%**
	TYPE DE LIAISON STATISTIQUE	
AGE	NS	
SEXE	NS	
SOINS COURANTS / CURE MEDICALE	NS	
ANXIETE PSYCHIQUE	S	
TRISTE, DECOURAGE, DOULEUR MORALE	S	
PLEURS	S	
COMPORTEMENT AGITE	S	
QUÊTE D'ATTENTION PENIBLE, PLAINTES	S	
IDEES SUICIDAIRES(TENTATIVE SUICIDE=4)	S	
ACCUSATEUR SANS RAISON, EST PERSECUTE	S	
COLERES	S	
INSOMNIES DE MOINS DE DEUX HEURES	S	
DEAMBULE, HYPERACTIVITE DIURNE	S	
FUGUES	S	
PASSIVITE, RETRAIT SOCIAL (PROSTRE = 3)	S	
OPPOSANT, REFUSE TOUTE ACTIVITE	S	
AGRESSIVITE VERBALE	S	
SE DESHABILLE PENDANT LA JOURNEE	S	
S'HABILLE PENDANT LA NUIT	S	
ABSENCE DE LA PAROLE (MUTIQUE = 3)	S	
NE SAIT PAS QUEL MOMENT DE LA JOURNEE IL EST	S	
INSOMNIES AVEC DEAMBULATIONS	S	
ENTEND OU VOIT DES CHOSES IRREELLES	S	
NE PEUT GERER SES AFFAIRES	S	
SUB-SCORE PSYCHIQUE	*S*	
CHANGE LA NUIT	S	
SUB-SCORE *PHYSIQUE*	*S*	
CHARGE DE TRAVAIL AIDE SOIGNANT	S	
CHARGE DE TRAVAIL INFIRMIER	S	
SUB-SCORE TEMPS DE TRAVAIL	*S*	
CHARGE DE TRAVAIL DU GENERALISTE	S	
TYPE DE SUIVI PSYCHIATRIQUE	S	
DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SIMPLIFIE	S	

Tableau 34 : Descriptif des troubles non liés à l'existence d'une demande de consultation psychiatrique.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441	
DESCRIPTIF CROISE SUITE : VARIABLES INDEPENDANTES DE L'EXISTENCE D'UNE DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE	
NE SE RAPPELLE PAS DES FAITS RECENTS	NS
DISCOURS INCOMPREHENSIBLE	NS
NE RETROUVE PAS SA CHAMBRE, DTS ESPACE	NS
TROUBLES DE LA COMPREHENSION	NS
NE RECONNAIT PAS LES PERSONNES	NS
REFUS DES MEDICAMENTS	NS
PROPOS GROSSIERS	NS
REFUS DE MANGER	NS
CRIS DANS LA JOURNEE	NS
BOULIMIQUE	NS
LEVE LA MAIN SUR LES AUTRES	NS
VOLS PATHOLOGIQUES, ENGRANGEMENTS	NS
EUPHORIQUE, JOUEUR, EXALTATION DE L'HUMEUR	NS
FOUILLE DANS LES AFFAIRES DES AUTRES	NS
ALCOOLISATIONS	NS
AUTRE EXCES, TABAC, AUTRE ...	NS
COMPORTEMENT SEXUEL PROVOQUANT	NS
ETALE SES SELLES PENDANT LA NUIT	NS
VIOLENCE ENVERS DES OBJETS	NS
INSOMNIES AVEC CRIS	NS
AIDE POUR LES SOINS PERSONNELS	NS
TROUBLES SPHINCTERIENS DIURNES	NS
DEPENDANCE POUR LES DEPLACEMENTS (GRABATAIRE=3)	NS
AIDE A L'ALIMENTATION (3 = AIDE TOTALE)	NS
REJET SOCIO-FAMILIAL	NS

Les variables descriptives, âges, sexe, sections soins courants ou cure médicale sont indépendantes de l'existence d'une demande de consultation psychiatrique.

Les liaisons les plus intenses intéressent les troubles thymiques puis les troubles du comportement (agressivité, déambulations, fugues, opposition, ...).

Parmi les troubles non liés à l'existence d'une demande de consultation psychiatrique citons l'existence d'un rejet de la famille, les troubles de la mémoire, les troubles de l'orientation, les cris, les alcoolisations (alors qu'elles seraient mal tolérées en institution ; Bourlot, 1989) et les comportements sexuels provoquants.

Nombreux troubles indépendants de la demande de consultation psychiatrique sont par contre parmi les plus fréquents en maison de retraite, caractérisant bien l'existence d'une tolérance particulière et spécifique des troubles par les soignants.

L'agressivité gestuelle est un trouble mal toléré par les équipes et responsable d'une surcharge de travail (Boucher, 1989).

Paradoxalement, elle n'est pas liée dans notre enquête à une demande de consultation psychiatrique.

Parmi les troubles d'ordre physique, seule l'incontinence nocturne est liée avec l'existence d'une demande de consultation psychiatrique.

6.2.4 Etude des troubles en fonction des temps de travail infirmiers et aides soignantes

L'étude des corrélations suivante a été réalisée aprés un "filtre" des pensionnaires présentant un degré d'handicap physique.

Tableau 35 : Descriptif des troubles liés aux temps de travail des soignants (population recodée sans déficit physique ; n = 320).

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE POPULATION RECODEE SANS HANDICAP PHYSIQUE n' = 320		
DESCRIPTIF CROISE : VARIABLES ET TEMPS DE TRAVAIL INFIRMIER ET AIDE SOIGNANT		
CLASSEMENT PAR TYPE DE LIAISON ET PAR INTENSITE DES LIAISONS DECROISSANTES EN FONCTION DU TEMPS DE TRAVAIL INFIRMIER		
	Liaison statistique	
	INFIRMIERS	AIDES SOIGNANTS
AGE	NS	NS
TRANCHES D'AGE	NS	NS
SEXE	NS	NS
SOINS COURANTS / CURE MÉDICALE	S	S
COMPORTEMENT AGITE	S	S
NE SE RAPPELLE PAS DES FAITS RECENTS	S	S
NE PEUT GERER SES AFFAIRES (PROTECTION = 3)	S	S
EST TRISTE, DECOURAGE, DOULEUR MORALE	S	S
SE DESHABILLE PENDANT LA JOURNEE	S	S
CRIS DANS LA JOURNEE	S	S
IDEES SUICIDAIRES (TENTATIVE SUICIDE = 4)	S	S
NE SAIT PAS QUEL MOMENT DE LA JOURNEE IL EST	S	S
NE RETROUVE PAS SA CHAMBRE, DTS ESPACE	S	S
DEAMBULE, HYPERACTIVITE DIURNE	S	S
COLERES	S	S
AGRESSIVITE VERBALE	S	S
OPPOSANT, REFUSE TOUTE ACTIVITE	S	S
ANXIETE PSYCHIQUE (SOUCIS, PEURS, APPREHENSION)	S	S
QUÊTE D'ATTENTION PENIBLE, PLAINTES INCESSANTES	S	NS
INSOMNIES DE MOINS DE DEUX HEURES	S	S
ACCUSATEUR SANS RAISON, EST PERSECUTE	S	S
LEVE LA MAIN SUR LES AUTRES	S	S
ETALE SES SELLES PENDANT LA NUIT	S	S
FUGUES	S	S
NE RECONNAIT PAS LES PERSONNES	S	S
S'HABILLE PENDANT LA NUIT	S	S
DISCOURS INCOMPREHENSIBLE	S	S
PLEURS	S	S
PASSIVITE, RETRAIT SOCIAL (PROSTRE=3)	S	S
FOUILLE DANS LES AFFAIRES DES AUTRES	S	S
REFUS DES MEDICAMENTS	S	S
PROPOS GROSSIERS	S	S
VIOLENCE ENVERS DES OBJETS	S	S
ENTEND OU VOIT DES CHOSES IRREELLES	S	NS

Descriptif suite des troubles liés aux temps de travail.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE POPULATION RECODEE SANS HANDICAP PHYSIQUE n' = 320		
DESCRIPTIF CROISE SUITE VARIABLES EN FONCTION DU TEMPS DE TRAVAIL INFIRMIER ET AIDE SOIGNANT		
CLASSEMENT PAR TYPE DE LIAISON ET INTENSITE DES LIAISONS DECROISSANTES EN FONCTION DU TEMPS INFIRMIER		
	Liaison statistique	
	Infirmiers	Aide soignants
ABSENCE DE LA PAROLE (MUTIQUE = 3)	S	S
INSOMNIES AVEC DEAMBULATIONS	S	S
INSOMNIES AVEC CRIS	S	NS
TROUBLES DE LA COMPREHENSION	NS	S
REFUS DE MANGER	NS	S
AIDE POUR LES SOINS PERSONNELS	S	S
TROUBLES SPHINCTERIENS DIURNES	S	S
DEPENDANCE POUR LES DEPLACEMENTS	S	S
CHANGE LA NUIT	S	S
AIDE A L'ALIMENTATION (3 = AIDE TOTALE)	S	S
CHARGE DE TRAVAIL DU GENERALISTE	S	S
DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE	S	S
DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SIMPLIFIE	S	S
SUB-SCORE PSYCHIQUE	*S*	*S*
SUB-SCORE PHYSIQUE	*S*	*S*
TYPE DE SUIVI PSYCHIATRIQUE	S	S

D'une manière surprenante, mais en accord avec les résultats précédents, les temps de travail infirmiers et aides soignants ne sont liés ni à l'âge, ni aux sexes.

Ce n'est pas l'âge en soi qui est responsable d'un surcroît de travail.

Les troubles les plus en rapport avec les temps de travail sont les agitations, les troubles de la mémoire, les troubles cognitifs mais aussi les troubles thymiques.

Boucher en 1989 dans les longs séjours de Lorraine associait la charge de travail aux agitations, aux actes régressifs mais pas aux troubles thymiques !

Il distinguait l'agressivité verbale, non liée à la charge de travail et l'agressivité gestuelle responsable d'un surcroît de travail. Ces deux variables sont liées à la charge de travail dans notre enquête.

Trois troubles diffèrent entre infirmières et aides soignantes. Les plaintes incessantes, les délires et les insomnies avec cris qui ne sont pas liés au temps de travail des aides soignantes.

A l'inverse les troubles de la compréhension ne sont pas liés avec le temps de travail des infirmières.

Tous les troubles physiques sont liés aux temps de travail.

Il existe une liaison entre les temps de travail et l'existence d'une demande de consultation psychiatrique. Celle-ci est plus importante pour les temps de travail infirmiers qu'aides soignants et le sub-score psychique que physique.

Tableau 36 : Descriptif des troubles indépendants des temps de travail des soignants.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE POPULATION RECODE SANS HANDICAP PHYSIQUE n' = 320		
DESCRIPTIF CROISE SUITE : VARIABLES **INDEPENDANTES** AVEC LES TEMPS DE TRAVAIL		
CLASSEMENT PAR TYPE DE LIAISON ET INTENSITE DES LIAISONS DECROISSANTES EN FONCTION DU TEMPS INFIRMIER		
	INFIRMIERS	AIDES SOIGNANTS
BOULIMIQUE	NS	NS
VOLS PATHOLOGIQUES, ENGRANGEMENTS	NS	NS
AUTRE EXCES, TABAC, AUTRE ...	NS	NS
EUPHORIQUE, JOUEUR, EXALTATION DE L'HUMEUR	NS	NS
COMPORTEMENT SEXUEL PROVOQUANT	NS	NS
ALCOOLISATIONS	NS	NS
REJET SOCIO-FAMILIAL	NS	NS

Il est surprenant de constater que : les troubles de la compréhension (pour les infirmières seulement), l'existence d'un rejet familial, les alcoolisations ou les comportements sexuels provoquants sont indépendants des temps de travail, de même qu'ils étaient indépendants d'une demande de consultation psychiatrique !

6.2.5 Etude des troubles en fonction des sub-scores : psychique, physique et des temps de travail infirmiers et aides soignants

Tableau 37 : Descriptif des différences entre les sub-scores.

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441			
DESCRIPTIF CROISE : VARIABLES EN FONCTION DES **SUB-SCORES**			
	PSYCHIQUE	**PHYSIQUE**	**TEMPS DE TRAVAIL**
AGE	NS p=0,2209	S p=0,0042	NS p=0,4487
TRANCHES D'AGES	NS p=0,3252	S p=0,0059	NS p=0,04199
TROUBLES DE LA MEMOIRE	S p<0,05	S p<0,05	S p<0,05
NE PEUT GERER SES AFFAIRES	S p<0,001	S p<0,0001	S p<0,0001
AIDE A L'ALIMENTATION	S p<0,0001	S p<0,001	S p<0,001
TROUBLES POUR LES DEPLACEMENTS	S p=0,001	S p<0,001	S p<0,001
TEMPS DE TRAVAIL INFIRMIER	S p<0,0001	S p<0,001	/
TEMPS DE TRAVAIL A.S	S p<0,0001	S p<0,001	/

Ce tableau démontre que si les troubles physiques augmentent avec l'âge, il n'en est pas de même pour les troubles psychiques ni même pour les temps de travail.

Nous devons sortir des modèles médicaux (l'augmentation des doses provoque l'augmentation des résultats) pour nous astreindre à une analyse sans a priori, multidimensionnelle et à interactions multiples tel le modèle des systèmes.

Comme Siebens (1986) et Okra-Podrabinek (1991), nous avons trouvé une très forte liaison (p<0,0001) entre l'item trouble de l'alimentation et le sub-score psychique

6.2.6 Etude des troubles en fonction du rejet de la famille

Tableau 38 : Descriptif des troubles présentant une liaison avec la variable "Présente un rejet de la part de la famille".

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441					
DESCRIPTIF CROISE : VARIABLES EN FONCTION DU REJET FAMILIAL					Liaison statistique
AGE					S -
HOMME	(125 / 28,34 %)		FEMME	(316 / 71,66 %)	NS
SOINS COURANTS	(1271 / 57,6 %)		CURES	(933 / 42,3 %)	NS
CLASSEMENT DES 7 ITEMS DE PLUS FORTE INTENSITE DE LIAISON PAR ORDRE DECROISSANT					
1	FOUILLE DANS LES AFFAIRES DES AUTRES				S
2	COMPORTEMENT SEXUEL PROVOQUANT				S
3	INSOMNIES AVEC DEAMBULATIONS				S
4	TROUBLES DE LA COMPREHENSION				S
5	BOULIMIE				S
6	NE RECONNAIT PAS SES PROCHES				S
7	NE PEUT GERER SES AFFAIRES (Protection de Justice = 3)				S
CLASSEMENT DES 7 ITEMS LES PLUS INDEPENDANTS					
1	IDEES SUICIDAIRES	(TENTATIVE SUICIDE = 4)			NS
2	ALCOOLISATIONS				NS
3	QUÊTE D'ATTENTION PENIBLE, PLAINTES INCESSANTES				NS
4	VIOLENCE ENVERS DES OBJETS				NS
5	ACCUSATEUR SANS RAISON, EST PERSECUTE				NS
6	ETALE SES SELLES LA NUIT				NS
7	CRIE DANS LA JOURNEE				NS
CLASSEMENT DES TROIS ITEMS PHYSIQUES DE PLUS FORTE INTENSITE DE LIAISON					
1	INCONTINENCE DIURNE				S
2	INCONTINENCE NOCTURNE				S
3	DEPENDANCE TOILETTE-HABILLAGE				S
CLASSEMENT DES TROIS ITEMS PHYSIQUES INDEPENDANTS					
1	HANDICAPS MAJEURS				NS
2	AIDE A L'ALIMENTATION				NS
3	DEPENDANCE POUR LES DEPLACEMENTS				NS
IL EXISTE UNE LIAISON STATISTIQUE SIGNIFICATIVE AVEC :					
	TEMPS DE TRAVAIL INFIRMIER				S
	TEMPS DE TRAVAIL AIDES-SOIGNANTS				S
	TEMPS DE TRAVAIL MEDECIN GENERALISTE				S
	SUB-SCORE PSYCHIQUE				S
	SUB-SCORE PHYSIQUE (Plus faible que le sub-score psychique)				S
	SUB-SCORE TEMPS DE TRAVAIL				S
	TYPE DE SUIVI PSYCHIATRIQUE				S
	DIAGNOSTIQUE PSYCHIATRIQUE SIMPLIFIE				S
IL N'EXISTE PAS DE LIAISON STATISTIQUE AVEC :					
	DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE				NS

L'existence d'une liaison négative entre l'âge et le rejet laisserait envisager un rejet plus important pour des personnes plus jeunes. Néanmoins cette association est à reconsidérer dans son contexte générationnel pouvant expliquer cette liaison.

Il n'existe pas plus d'hommes que de femmes victimes d'un rejet familial. Il n'existe pas plus de rejet en soins courants qu'en cure médicale.

Les 7 troubles les plus liés à l'existence d'un rejet présentent une dimension cognitive. Ils ne correspondent pas aux motifs habituels qui nous sont invoqués lors des demandes de placements. Ce qui confirme que les motifs invoqués ne correspondent pas à la réelle demande du sujet âgé (Carvaillo, 1992).

Les 7 items indépendants au terme de l'analyse des corrélations auraient pu être, de prime abord, rattachés avec l'existence d'un rejet (idées suicidaires, alcoolisations, plaintes incessantes, violence, cris, ...).

Les problèmes d'incontinence et d'aide pour les soins personnels sont liés au rejet, tandis que les troubles de la marche, l'aide à l'alimentation et les handicaps physiques en sont indépendants.

Les temps de travail sont significativement plus élevés chez les patients présentant un rejet. La liaison est plus importante entre le rejet et le sub-score psychique qu'entre le rejet et le sub-score physique.

Il existe une liaison avec le type de suivi psychiatrique et les diagnostics psychiatriques.

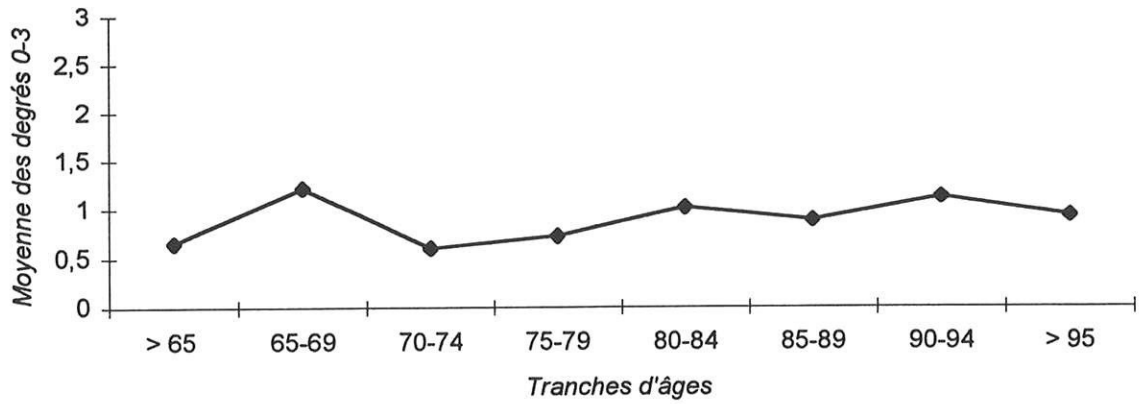
Par contre, l'existence d'un rejet n'est pas lié à l'existence d'une demande de consultation psychiatrique de la part des soignants.

Au total, le rejet de la famille toucherait 22% de la population et dans 10% des cas, il est caractérisé, ce qui semble ne pas être négligeable. Pour Grand et Pous (1988), 13% des sujets âgés à leur domicile ont un support social faible ou nul.

Ceci confirme l'impérieuse nécessité d'une analyse sans a priori, situationnelle et trans-générationnelle.

6.2.7 Etude des croisements avec l'item "Troubles de la mémoire"

Graphique 10 : Evolution de l'importance des troubles de la mémoire en fonction des tranches d'âge (Absence de différence significative).



Graphique 11 : Troubles de la mémoire en fonction des diagnostics simplifiés.

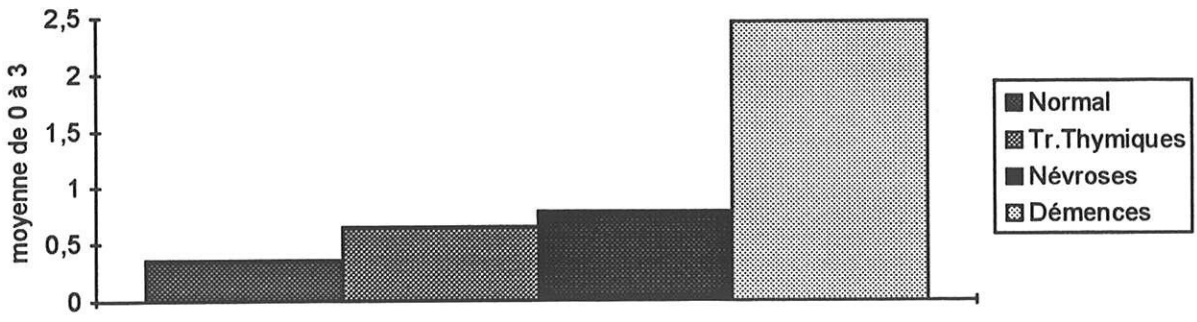


Tableau 39 : Descriptif des liaisons avec la variable "Trouble de la mémoire".

MAISON DE RETRAITE DE LA HAUTE-VIENNE n = 441	
DESCRIPTIF DU CROISEMENT AVEC L'ITEM TROUBLES DE LA MEMOIRE	
"Ne se rappelle plus des faits récents"	
	TYPE DE LIAISON STATISTIQUE
AGE	NS
TRANCHES D'AGES	NS
SEXE	NS
SOINS COURANTS / CURE MEDICALE	NS
ANXIETE PSYCHIQUE	S
ABSENCE DE LA PAROLE (MUTIQUE = 3)	S
TRISTE, DECOURAGE, DOULEUR MORALE	S
PLEURS	S
COMPORTEMENT AGITE	S
DISCOURS INCOMPREHENSIBLE	S
ETALE SES SELLES LA NUIT	S
TROUBLES DE LA COMPREHENSION	S
FUGUES	S
ETALE SES SELLES LA NUIT	S
CHANGES LA NUIT	S
AIDE TOILETTE - HABILLAGE	S
DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE SIMPLIFIE	S
SUB-SCORE PSYCHIQUE	*S*
SUB-SCORE PHYSIQUE	*S*
SUB-SCORE TEMPS DE TRAVAIL	*S*
QUÊTE D'ATTENTION PENIBLE, PLAINTES	NS
IDEES SUICIDAIRES (TENTATIVE SUICIDE = 4	NS
ALCOOLISATIONS	NS
OPPOSANT, REFUSE TOUTE ACTIVITE	NS
DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE	NS

6.3 AVANTAGES ET LIMITES

6.3.1 Biais

Notre étude présente des biais soit inhérents à l'approche épidémiologique transversale en psychiatrie soit à l'approche particulière et indirecte par un interview structuré des soignants.

L'approche épidémiologique en psychiatrie ne peut être unimodale. La relation de causalité n'est jamais directe et renvoie aux diverses théories de références, cognitivistes, psychanalytiques, phénoménologiques, biologiques. Elle correspond à une démarche multiaxiale pour une approche en réseau ou systèmes, cherchant à isoler des groupes de facteurs, ensembles intriqués organo-socio-environnementaux (Schweitzer, 1993).

Les interviews structurés permettent d'éviter de nombreux biais (ils seraient même les mieux adaptés ; Chandler et Chandler, 1988 ; Rovner, 1990). Pourtant les difficultés de définition et de compréhension des items persistent, même proposés en termes simples et univoques, définissant des symptômes facilement observables sans nécessité d'interprétation. La redondance des items explorant un même axe dimensionnel est un biais possible dans ce type d'enquête. Les biais de cotation et de recueil des données ne peuvent être éliminés malgré un travail pluridisciplinaire.

Il manque à cette étude certaines variables telles le statut marital, la catégorie socio-professionnelle ou la date d'entrée dans l'institution. De même, nous n'avons pas pris en compte les thérapeutiques et leurs effets. Nous avons voulu centrer notre démarche sur le poids des troubles du comportement en pratique pour les soignants et non les caractéristiques administratives. Celles-ci entretiennent néanmoins des liaisons avec les capacités cognitives (Clemente-Molas, 1994).

6.3.2 Avantages

A l'inverse, notre enquête présente certains intérêts. Le chiffre de 441 cas étudiés en fonction de 58 variables permet de conforter les résultats obtenus par les tests statistiques. De même le mode de sélection de notre échantillon semble représentatif de l'ensemble d'un département en évitant le biais des particularités locales.

Proposée pour faire valoir le travail des soignants et améliorer la connaissance et la prise en compte des troubles psychiatriques, cette étude fut toujours bien accueillie dans les établissements, ce qui est un gage de crédibilité vis à vis des réponses fournies.

Plus, elle correspondait à une importante demande d'informations et de connaissances en gérontopsychiatrie.

L'évaluation par un cotateur identique, médecin, au sein d'une équipe composée des cadres (voire parfois du médecin), d'infirmières, d'aides soignants et d'agents permit le plus souvent d'apporter des explications initiales pratiques pour une cotation plus "médiane". Le fait d'une cotation en équipe diminue les positions individuelles extrémistes (Schwartz, 1983 ; Hogarty, 1975). Ce mode d'évaluation est plus précis comparativement à des évaluations ponctuelles par des enquêteurs multiples lors d'entretien avec un malade plus ou moins bien disposé. Il bénéficie de la connaissance des soignants de leurs pensionnaires (et non d'une échelle passée ponctuellement par une personne étrangère au service) qui donne les résultats les plus fiables selon Lehmkuhl (1987). Il représente une excellente source d'informations dans le domaine du fonctionnement social (Schwartz, 1983), des activités de la vie quotidienne (Katz, 1963 ; Hogarty, 1975), des troubles de la mémoire (Gilbert, 1971) et de l'aide pour les soins personnels (Kahn, 1960). Le problème du consentement du malade était de même éliminé (Lehmkuhl, 1987).

L'évaluation de la dimension concrète et pratique mise en avant par les soignants nous intéressait car elle est dénuée d'à priori arbitraire, scolastique, théorique ou catégorique (Schwartz, 1983). Tant bien même subjectives, les réponses des soignants sont toutefois techniques et professionnelles, polydimensionnelles et fonctionnelles.

Cette cotation se situe dans le temps (évaluation sur le mois précédent) et dans l'espace (la maison de retraite).

Selon Lehmkuhl, il ne serait donc pas même nécessaire d'entreprendre une consultation individuelle pour le dépistage des troubles mentaux du sujet âgé (Lehmkuhl, 1987).

ENSEIGNEMENTS ET PROPOSITIONS

7. ENSEIGNEMENTS ET PROPOSITIONS DE NOTRE ETUDE

"Attaché ? dit le loup : vous ne courez donc pas
Où vous voulez ?"

LA FONTAINE.
Le Loup et le Chien.

7.1 LE CONCEPT DE DEPENDANCE, D'AUTONOMIE ET LE VIEILLISSEMENT.

Nous aboutissons à la conclusion que le vieillissement ne peut se réduire ni à l'âge ni aux troubles qui l'accompagnent. L'âge n'est pas en soi une mesure de santé. La difficulté d'une approche des troubles mentaux du sujet âgé consiste à faire le deuil des enseignements antérieurs à abandonner la méthode hypothético-déductive et toute idée de relation linéaire entre l'effet et la cause qui le produit (Tinetti, 1988). Il s'agit ici d'une relation causale à répercussivité circulaire (Richard, 1984). Il faut oublier le modèle médical hypothético-déductif de la pneumonie franche lobaire aiguë.

Le vieillissement de nos facultés intellectuelles se situe de manière discontinue dans le temps. Il est la résultante de systèmes complexes intriqués, internes et externes, biologiques et psychologiques, affectifs et environnementaux.

La dépendance psychique accompagne le vieillissement. Il serait illusoire de les lier par une relation simple et directe. De même, la tendance actuelle assimilant la dépendance aux besoins est à reconsidérer.

La théorie des systèmes permet d'aborder la notion de résultante qui tend vers un équilibre. Il s'agirait de définir différents systèmes, d'en préciser des normes objectivables pour aboutir à une évaluation comparative de capacités fonctionnelles (Gardent, 1993), d'un individu, dans un temps et un lieu donnés.

Le risque du terme de dépendance est d'enfermer la personne âgée dans un état figé plutôt que de privilégier une évaluation des capacités d'adaptabilité (Rapport Braun, 1988 rapporté par A. Fontaine, 1991).

L'autonomie présente une connotation plus positive que la dépendance. Exercer sa liberté de choix dans la vie, c'est faire preuve d'autonomie. L'évaluation gérontologique pourrait ainsi définir une série d'actes courants de la vie normale. Les échelles de qualité de la vie sont très proches de cette position qui nomme les attitudes et non les handicaps, sans préjuger de leurs origines.

L'évaluation de l'autonomie en gérontologie pourrait définir des niveaux, sous systèmes correspondant à une capacité fonctionnelle précise et personnelle qui serait déterminée en fonction du milieu extérieur (offre) et intérieur (demande).

7.2 ELABORATION D'UNE POLITIQUE DE SOINS Y COMPRIS PSYCHIATRIQUE

"Les vieillards qui sont heureux, ce sont ceux qui d'abord ont des envies et ensuite peuvent les réaliser".

Nouvelles des petits frères, n° 30.

7.2.1 Situation du soin : curatif, préventif ou palliatif

"Plutôt mourir que finir ainsi, entonne le choeur des plus jeunes ou mieux portants..."

J. MESSY

La personne âgée n'existe pas

En psychiatrie et tout particulièrement en psychogériatrie, le soin s'intègre dans une dynamique curative, palliative et préventive. Les objectifs du soin sont "prévenir, maintenir, améliorer et accompagner" (Arnaud, 1993).

Ils s'intéressent à la personne en général et dans sa totalité, prérequis obligatoire à la "lecture" des troubles du comportement.

La démarche préventive ne correspond pas à notre formation activiste et curative. Connaître les troubles pour tenter de les éviter n'apporte pas les gratifications habituelles et immédiates. Pourtant, la prévention est bien liée aux soins dans leur dimension holistique de bien-être global et le poids de la maladie mentale du sujet âgé en fait une mesure urgente à l'échelle de la Nation.

La démarche palliative, entre toute nous confronte à l'échec et à l'impuissance absolue. Ce type de soin consomme une énergie considérable qu'il faut veiller à préserver et à restaurer par son analyse interactive.

7.2.2 Pour la Tolérance

"Toute leur vie estoit employee nom par loix, statuz ou reigles, mais selon leur vouloir et franc arbitre. Se levoient du lit quand bon leur sembloit, beuvoient, mangeoit, dormoient quand le désir leur venoit. En leur règle n'estoit que cette clause : FAY CE QUE VOULDRAS."

Rabelais, Gargantua, 57, devise de l'Abbaye de Thélème.

Les soignants doivent être imprégnés du rôle des associations intra-psychiques dont la résultante n'est autre que les comportements qu'ils observent. Non pas fixés mais évolutifs, la psycho-dynamique nous présentent les troubles comme résultantes visant à recouvrer un équilibre.

- Utiles pour qui et pourquoi : c'est là l'essentiel de la réflexion d'une démarche de soins.

C'est le symptôme plus que le diagnostic qui doit susciter la réflexion du soignant. Le sujet cherche un équilibre par des réaménagements internes qui tiennent compte de sa personnalité, de ses points forts, de ses failles et de son histoire (Léger, 1994). Le rôle adaptatif du trouble pour le sujet ne doit jamais être perdu de vue (Léger ; Tessier, 1989). Une réponse adaptée et tolérante de type comportemental est à même de résoudre de nombreux types de troubles (la tristesse, le retrait, les plaintes et somatisations, l'agressivité, les cris, etc. ...).

L'anxiété par exemple, à cet âge n'est pas exprimée mais agie.

La tolérance normale de la cité doit être réintroduite dans les institutions.

7.2.3 Valeurs morales, déontologiques et éthiques

Sans traitement, confronté à l'inéluctabilité des mécanismes du vieillissement, que reste-t-il aux soignants ?

Il reste la morale, la déontologie et l'éthique.

La morale appliquée au soin permettrait de répondre à de nombreuses attentes. Du groupe et pour le groupe, elle s'applique à tout individu, autre nous-même.

La déontologie nous rappelle que quelles que soient nos difficultés, nous restons des professionnels du soin pour le bien-être global des patients qui impose une remise en question permanente de nos acquis.

Quant à l'éthique, elle sera d'autant plus indispensable que la moyenne d'âge augmente. En voie de développement, la réflexion éthique est d'actualité pour le traitement sans consentement aux soins des sujets affaiblis intellectuellement. Les décisions thérapeutiques et économiques des traitements, préventifs, curatifs ou palliatifs devront être débattues en comité d'éthique (Libow, 1992). Le rôle et la responsabilité de la famille restent à préciser.

La recherche chez le sujet âgé doit être favorisée et contrôlée. Les considérations religieuses sont généralement occultées.

Il semble sage de veiller à ce que *nos libertés individuelles ne disparaissent pas avec le temps !*

Dans notre étude, à l'heure de la lutte contre la perte d'autonomie, il semble paradoxal que 42% de notre échantillon présente une mesure de protection de justice. Il serait opportun d'effectuer une analyse sur les indications précises de ces mesures afin d'évaluer, qui en pratique elles protègent, l'institution ou le malade. La pratique médicale, astreinte au contrat de moyens à défaut d'un contrat de résultats pourrait s'éloigner de l'intérêt particulier de ses patients.

7.2.4 Besoins, désirs et plaisirs : pour une approche hédonique des troubles de la vieillesse

"Satisfactions ! Je vous cherche
Vous êtes belles comme les aurores d'été".
A. Gide, Les nourritures terrestres.

Si le besoin transparaît dans la demande, le désir lui se situe dans l'attente.

A ce stade, il convient de s'arrêter sur les multiples identifications possibles. Besoins et désirs de qui ? pour qui ? et de quoi ?

Il semble difficile d'accéder à la demande de l'institution, de celle des soignants et plus encore de celle des patients, le tout réuni. A quelle demande répondons-nous ? Quelle place laissons-nous, consciemment ou inconsciemment, pour la réalisation des désirs des nos aînés ? N'oublions-nous pas trop facilement que l'autre c'est nous ? Avons-nous décrypté ses troubles au travers de toutes les éventualités ?

Sur la base des résultats de cette enquête, nous proposons une relecture de la symptomatologie à la lumière des désirs du sujet et proposons des réponses de type comportemental intégrant la notion de plaisir pour une approche plus hédonique des troubles de nos aînés.

Nous proposons une réflexion concernant les sentiments d'humiliation, de honte ainsi que des conséquences de la sensation de se sentir piégé voire emprisonné dans l'institution.

7.2.5 Dédramatisation des comportements sexuels

De désirs à comportements sexuels, il n'y avait qu'un pas. Rares (4%), plus fréquents chez les hommes et présents à tout âge, les comportements sexuels provoquants dans notre enquête ne sont ni liés à une surcharge de travail ni à l'existence d'une demande de consultation psychiatrique.

Certains aidants crient au scandale, d'autres les acceptent, d'autres enfin ne veulent pas en parler.

Il semble utile de rappeler que l'augmentation de notre espérance de vie puisse heureusement s'accompagner d'une augmentation parallèle de nos activités même sexuelles. Il s'agit bien d'analyser notre propre attitude (Clément, 1994) et de bien se rappeler que l'autre, le vieux, c'est nous (Messy, 1993).

7.2.6 Vers des traitements non pharmacologiques

"L'homme est le seul remède de l'homme".
MONFORT J.C., 1994.

Nous avons pu nous rendre compte que pour chaque demande de consultation psychiatrique qui lorsqu'elle fut suivie d'une intervention et quelle que soit celle-ci, il s'en suivait dans la plupart des cas la disparition du problème initial.

De même, certaines politiques locales en faveur de la prescription de placebo ne s'accompagnaient pas d'une prévalence particulière des troubles.

Certaines activités corporelles de groupe ont fait la preuve de leur efficacité dans la réduction des psychotropes en institution pour personnes âgées (Mulrow, 1994).

Ceci nous incite à mettre en avant l'intérêt des techniques comportementales, peu encore employées et évaluées à cet âge. Elles représentent à notre sens des thérapeutiques d'avenir en institution pour personnes âgées et devraient bénéficier d'une évaluation précise et d'un enseignement systématique auprès des soignants.

Les techniques de groupe s'appuient sur les activités de la vie quotidienne en valorisant la renarcissisation et la qualité de la relation soignant-soigné (Ploton, 1983).

De même, il semble opportun d'introduire des nouvelles thérapeutiques cognitives et de les évaluer ainsi que privilégier les approches corporelles, de rééducation du langage, de la mémoire, de stimulations de la vie relationnelle, de l'orientation et toutes autres techniques de psycho-réhabilitation à même de favoriser l'autonomie (Tessier, 1994).

7.3 SOINS SECONDAIRES : LA CONSULTATION ET LE SUIVI PSYCHIATRIQUE

Compte tenu de la prévalence des troubles d'ordre psychique, il semble logique d'apporter à ces institutions une aide psychiatrique. Celle-ci peut intervenir en aval, au sein ou en amont de l'institution (Sakauye, 1992).

Il faut éviter le faux débat d'une démédicalisation pour raisons économiques. Il s'agit au contraire de médicaliser l'approche des troubles du sujet âgé.

Il existe seulement 76% de suivis psychiatriques au sein de notre échantillon. Ces suivis interviennent principalement pour les moins de 85 ans et ce de manière inhomogène, alors que 18% des pensionnaires posent des problèmes aux soignants.

L'aide d'un psychiatre est indispensable pour orienter les efforts vers un meilleur dépistage des troubles et en particulier des troubles thymiques. Une formation des aidants est indispensable pour un dépistage précoce qui permettra une prise en charge rapide à même de limiter la double morbidité patients-soignants. L'avenir réside dans des indications de prises en charge précises en terme de rapports bénéfices/risques pour les thérapeutiques entreprises (Phillips, 1991).

Nous avons vu que 41% de notre échantillon possède une mesure de protection de justice (non précisée). Le psychiatre intervient ici au carrefour entre le respect de la dignité et de la liberté de chacun ainsi que des mesures à prendre imposées par la pathologie mentale.

Des mesures de protection systématiques nous semblent contraires à la liberté et l'autonomie du patient, responsables d'une "aliénation" du Moi (Poisat, 1990).

De nombreuses études ont démontré la nécessité d'une prise en charge spécialisée psychiatrique des patients en institution ainsi que l'utilité d'un avis psychiatrique lors des discussions de synthèse entre soignants (Brody, 1977 ; Taube, Teyssedre, 1983 ; Burns & Kessler, 1984 ; Soo Borson, 1987 ; Smyer, 1989 et 1994 ; Grossberg et al., 1990 ; Teri, 1990 ; Sakauje, 1992 ; Brannon & Cohn, 1992).

Une telle démarche permettrait :

1. De rendre le patient plus humain à l'équipe.

2. De dédramatiser les troubles du comportement, de les déchiffrer, de les analyser et de les présenter comme autant de moyens d'équilibre pour le sujet et non comme étant dus au hasard ou à la dégénérescence.

3. D'aider au dépistage des dépressions (des démences et des délires) dont les traitements influent sur la morbidité (Dartigues, 1991) et la mortalité à un an (Rovner, 1991).

4. De mettre en oeuvre des thérapeutiques adaptées, pharmacologiques, compor tementales, ou environnementales et de les évaluer.

5. D'assurer le soutien psychothérapique des patients.

6. De réduire les médications dangereuses pour le sujet âgé.

7. De créer un environnement chaleureux de lutte contre la solitude, non humiliant et le moins contraignant possible en respectant les désirs de chacun.

8. D'assumer la formation des soignants, de dépister et de prendre en charge les syndromes de stress ou burn out syndrom.

9. De favoriser la communication au sein du groupe et d'éviter tout isolement.

10. De mettre en place un suivi de secteur et de réévaluer régulièrement son effi cacité.

11. D'entreprendre une liaison entre : famille - soignants - institutions - médecins.

12. De permettre les décisions de protection de justice et hospitalisation contre son gré.

13. De veiller au respect des droits du malade mental.

14. De contribuer à la prévention et à la recherche sur la maladie mentale.

7.4 PRISE EN COMPTE DE L'ASPECT FINANCIER

7.4.1 Nécessité d'une formation en pathologie mentale

"La proposition de faire plaisir est le plus souvent de SE faire plaisir. Ce qui est aussi, parfois, le meilleur moyen de faire plaisir aux autres".
E. Zarifian, 1988.

Les troubles mentaux du sujet âgé sont méconnus (Sabin, 1982) et mal diagnostiqués (Barnes, 1980). De même, il est établi que les troubles cognitifs peuvent masquer des maladies curables (Ernst, 1977 ; Parmelee, 1993).

Cette étude a montré de nombreuses "confusions" de la part des soignants entre agitation, délire, confusion et désorientation. La tristesse pathologique est souvent rattachée à la tristesse "normale due à l'âge" !

Combien de fois n'avons-nous pas entendu : " - cette tristesse, c'est normal à son âge !" ou " Il est anxieux mais à son âge avec ses problèmes de santé qui ne le serait pas ?". Il existe bien une forte négation (déni et dénégation) de la pathologie psychiatrique et thymique et tout particulièrement à un âge avancé.

La stratégie de prise en soins débute par la reconnaissance des troubles. Celle-ci est limitée en pathologie mentale par l'absence de frontière franche entre le normal et le pathologique. Contrairement à d'autres pathologies, les patients n'annoncent pas leur handicap. Celui-ci est généralement noyé dans de nombreux symptômes. Les patients attendent plusieurs mois voire plusieurs années avant de consulter et ne se décident que devant l'aggravation ou l'insistance de leur entourage (Rouillon, 1993).

Pour les soignants, la difficulté réside dans le déchiffrage synchronique et diachronique des troubles du comportement comme résultantes ou moyens d'adaptation à des difficultés existentielles du patient, majorées en fin de vie.

La relation entre la cause et le symptôme n'est pas directe et contrairement aux habitudes, ils doivent agir avant de connaître.

Nombreux troubles ne sont abordés que par la contre attitude qu'ils provoquent. C'est cette réaction, normale, des soignants qu'il convient régulièrement d'analyser.

Difficile d'approche, la pathologie anxieuse et dépressive se dégage par son importance. Ses relations avec le repli, la passivité, l'opposition ou les plaintes sont à élucider. Non liée à l'âge, ni au sexe, elle est la pathologie la plus liée avec l'existence d'une demande de consultation psychiatrique ainsi qu'avec l'importance de la charge de travail des soignants. Si elle est responsable d'une douleur morale des pensionnaires, elle provoque indiscutablement un surcroît de travail et de stress pour les soignants (double morbidité).

Un dépistage précoce et une prise en charge efficace de la dépression s'imposent en maison de retraite et réduiraient la morbidité (Burns, 1993), la durée d'hospitalisation (Parmelee, 1992), la mortalité des pensionnaires (Davidson, 1988 ; Rovner, 1991) et l'épuisement des soignants (Zarit, 1980).

Le problème du suicide et de ses équivalents (conduites dangereuses, alcoolisations excessive, régressions, glissements) entretient des relations non univoques avec la pathologie dépressive. Une attitude préventive devra se dégager de ces différentes réflexions.

La pathologie démentielle présente des relations non univoques avec la pathologie thymique. Elle est en passe, après 75 ans, de devenir la pathologie à la morbidité la plus élevée après les troubles cardio-vasculaires.

Ce sont les facultés résiduelles et non pas les déficits, dont la définition précise qu'ils sont irréversibles, qui doivent obtenir l'attention des soignants.

La démence, comme la pathologie dépressive, présente des conséquences considérables en terme de morbidité pour le personnel soignants (Gilleard, 1984). Plus le MMS est bas, plus la demande de soins est importante et plus la réaction des soignants est défavorable (Okra-Podrabinek, 1991).

L'angoisse de mort, consciente mais le plus souvent inconsciente (Ploton, 1983), régule la dynamique des investissements et des aménagements. Les moyens de défense mis en place devront être décryptés pour prévenir une organisation sur un mode pathogène. La conscience de son contre-transfert permettra au soignant d'aborder le patient au travers de sa spécificité afin d'éviter d'entrer dans une relation circulaire et fermée de double dépendance.

La lutte pour l'autonomie débute par le laisser faire, inviter à faire et aider à faire avant de faire à la place. Ce n'est pas au patient de s'adapter (chose dont il est bien incapable) mais aux soignants et à l'institution.

Les répercussions économiques de la pathologie démentielle imposent des mesures préventives d'urgence.

Des objectifs, simples, précis et réalisables, utilisant des outils et des méthodes sont autant de moyens facilitant la relation de soins et diminuant l'anxiété et la morbidité des aidants (Gunner-Swensson, 1976 ; Bocquet, 1994). La grille G.E.R.S.A. (Faugeron, 1993) en est un bon exemple. Ainsi, des programmes précis de formation permettront la reconnaissance des troubles afin d'élaborer une politique concrète de soins puis permettre son évaluation.

Tous les aidants sont à contribution et il n'est plus opportun de séparer infirmiers, aides soignants, agents. Tous les intervenants doivent être formés. Les fonctions d'aides soignants et agents sont à revaloriser. Des infirmiers psychiatriques en maisons de retraite peuvent amorcer un travail de réflexion et de tolérance envers les troubles psychiatriques (Boquel, 1993).

Les objectifs de formation devront être tournés vers la morale, la notion de besoins et de désirs. Il est temps de mener une réflexion concernant l'anéantissement, l'aliénation, l'humiliation, l'impuissance et le sentiment d'être pris au piège (pouvant être soutendus par des souvenirs de guerre par exemple) que peut ressentir un sujet institutionnalisé (Personne, 1991).

7.4.2 Orientation - adéquation des pensionnaires : nécessité d'une coopération - coordination

Les conséquences d'une formation et d'une politique précise de soin permettront de prendre en charge des patients selon les possibilités de l'institution (Gayda, 1989). Les inadéquations sont responsables de souffrances pour le patient et pour les soignants.

Les échanges entre établissements doivent être favorisés par un langage commun qui passe par la transparence et la connaissance des objectifs de chacun. Le respect de ceux-ci pourrait permettre le développement des soins informels (familles, bénévoles, associations, ...).

Les relations entre intervenants sont nettement insuffisantes et constituent un domaine à améliorer (Pous, 1994).

7.4.3 Prévenir le syndrôme de stress (Burn out syndrome)

Nous avons vu que le fardeau des soignants est lié aux troubles cognitifs des patients (en particulier à l'agressivité ; Ryden, 1991 ; Santmyer, 1991 . Kiledjian, 1993 ; Patel, 1993) mais pas à leurs capacités d'effectuer les actes de la vie courante (Bocquet, 1994).

La reconnaissance du travail de chacun au sein d'une équipe multidisciplinaire doit permettre l'obtention de gratifications quotidiennes. L'origine du stress des soignants est à aborder de manière individuelle en fonction des grandes lignes d'un service. Les difficultés rencontrées lors les problèmes d'identification au vieillissement et à la pathologie mentale nécessitent des espaces tiers pour se ressourcer. Cette étude a montré la grande solitude des soignants dans laquelle ils se sentent enfermés et impuissants, contexte hautement dépressogène (Brown, 1994).

La négligence d'exposer les difficultés rencontrées conduit à un épuisement progressif de l'énergie de chacun, l'enfermement dans une double dépendance et l'émergence d'agressivité, d'agitation, de stress et de dépression. De nombreux outils permettent de dépister ces états d'épuisements (le Job Satisfaction Scale de Warr et col. (1979), les travaux de Lawton (1989), le Burden Inventory (B.I.) de Zarit, (1986). Il tient à chacun d'aider à renforcer les capacités à "faire face" et d'aider les aidants.

7.4.4 L'approche de la mort

La démystification de la mort comme phénomène surnaturel pourrait prévenir nombreuses angoisses et positions de défenses plus ou moins bien adaptées. Une dynamique de groupe basée sur la communication semble utile pour éviter certaines fixations morbides véhiculées par l'image de la mort.

7.5 PRISE EN COMPTE DES FAMILLES

La famille est un élément indispensable pour la création d'un projet et la mise en pratique de celui-ci. Elle occupe une place essentielle avec des rôles extrêmement diversifiés. Elle vit le placement à la fois comme un abandon, un soulagement et un deuil anticipé (Saillon, 1992). Elle présente généralement un fort sentiment de culpabilité qui devra être pris en charge par l'équipe soignante car il entretient une relation pathogène. Hegeman (1988), montra l'existence d'une relation entre le degré de satisfaction des familles et l'état de bien-être du patient.

7.6 PRISE EN COMPTE DE L'ASPECT FINANCIER

Donaldson et col. (1986) ont souligné la difficulté à apprécier exactement le coût d'une journée d'hospitalisation d'un sujet âgé.

La raison économique si elle peut être la pire ne doit pas pour autant être occultée. "Les dépenses sociales de vieillesses en France approchent 10% du produit intérieur brut, elles constituent le poste le plus important de l'effort social de la nation" (Pous, 1994). Les professionnels de santé sont là devant un problème auquel ils n'osent s'attaquer. Respecter la raison économique dans le respect des intérêts du patients devient une urgence (une gageure ?) de l'an 2000.

L'adéquation patients-environnement-soignants-soins-thérapeutiques constituerait une démarche pratique vers de substantielles économies (Rovner et al., 1986).

7.7 EVALUATION ET RECHERCHE

L'évaluation est un mal nécessaire. Elle rassemble et motive les équipes dans une direction de recherche pour les soins. Elle doit à ce jour valider des instruments pour l'évaluation de la qualité de la vie en fonction des besoins et pour l'évaluation d'indications de prise en charge thérapeutiques ou non, plus efficiente.

7.7.1 Evaluation de la qualité de la vie

"L'homme est un objet du désir, non pas une création du besoin".
G. Bachelard.

A part des auto-questionnaires (Baker, 1982 ; Donaldson, 1988) et des échelles non adaptées aux patients hospitalisés (Lehman, 1984) et âgés, nous ne possédons pas d'instrument spécifique pour l'évaluation de la qualité de la vie chez le sujet âgé.

Pourtant, un instrument structuré, rempli par les proches, prenant en compte les désirs, les éléments de satisfactions du patient serait particulièrement intéressant pour l'évaluation :

- des comportements
- de l'affectivité, de la dépression et de l'anxiété
- de l'évolution des facultés intellectuelles ou cognitions
- de la réalisation des actes de la vie courante
- du patient en général dans une approche polydimensionnelle et longitudinale

Une telle évaluation répondrait aux nécessités d'avenir de respect de la morale et de l'éthique (G. Laroque, 1991) vers une approche respectant plus les désirs du sujet.

Elle prendrait en compte la qualité des soins individuels, le libre consentement du malade, l'efficacité de la prise en soins et des thérapeutiques et enfin le *bien-être* du patient.

Les conséquences d'une mauvaise approche de la qualité de la vie sont facilement prévisibles : absence d'idéal de soin, médicalisation excessive, interventions anarchiques, réglementation rigide, sécurité outrancière, impossibilité de choix (limitant l'autonomie), maternage excessif, défaut de soins, dissuasion, promiscuité, absence de communication, de libre circulation des initiatives, soignants isolés, épuisés et démotivés.

7.7.2 Proposition d'une grille de charge de travail psychiatrique

Au terme de cette étude, nous pouvons proposer une grille de "charge" de travail due aux troubles psychiatriques. Elle dérive des croisements entre troubles présentant les plus fortes liaisons avec les temps de travail et avec l'existence d'une demande de consultation psychiatrique.

Elle comprendrait 14 variables à 3 degrés d'intensité croissante par exemple. Elle serait remplie par les soignants, toutes catégories, après au moins trois jours d'hospitalisation et permettrait de définir 4 classes de "dépendance" croissante en fonction des scores.

Elle devra faire la preuve de son applicabilité, simplicité et rapidité, fidélité inter-juge et test-retest, cohérence interne et sensibilité (Israël L., 1986).

Elle tient compte de la pathologie dépressive qui représente une des voies de recherche les plus importantes pour les années à venir compte tenu des conséquences en terme de morbidité pour le patient mais aussi pour les soignants.

Tableau 40 : Proposition d'une échelle de charge de travail psychiatrique.

EVALUATION DE LA CHARGE PSYCHIATRIQUE	
1.	TRISTE, DECOURAGE, DOULEUR MORALE ANORMALE
2.	PLEURS
3.	IDEES SUICIDAIRES
4.	MOUVEMENTS BRUSQUES, VIOLENTS, DEAMBULATIONS, AGITATION
5.	EST PASSIF, EN RETRAIT DU GROUPE ET DES ACTIVITES
6.	TENDU, A DES SOUCIS, DES PEURS, ANXIETE MAJEURE
7.	PLAINTES INCESSANTES, QUÊTE D'ATTENTION PENIBLE
8.	OPPOSITION, REFUS SYSTEMATIQUE DES ACTIVITES
9.	DISCOURS INCOMPREHENSIBLE
10.	NE SE RAPPELLE PAS DES FAITS RECENTS
11.	AGRESSIVITE VERBALE, CRIS
12.	ACCUSATEUR, PERSECUTE
13.	FUGUES
14.	TROUBLES DU SOMMEIL

Au terme des calculs, la rareté des items cognitifs nous interroge sur la relation particulière qu'il existe entre les troubles démentiels et les soignants.

Leur relative "bonne tolérance" est suspecte tant au niveau du dépistage par les soignants (et donc de leur formation) qu'au niveau de l'acceptation de ces troubles liés au vieillissement en tant que concept culturel et individuel de représentation de la démence.

CONCLUSION

8. CONCLUSION

Hédonisme, *du Grec : hêdonê*

Doctrine morale selon laquelle le plaisir immédiat est le but de la vie.

Littré.

L'épidémiologie descriptive permet d'apporter les connaissances nécessaires dans le domaine de la recherche fondamentale des troubles psycho-pathologiques du sujet âgé. A cet âge, l'étude de la maladie mentale est compliquée par la complexité des intrications biologiques, psychiatriques et environnementales.

A partir de l'expérience et de l'observation des soignants, nous avons pu rapporter la prévalence des troubles psychiatriques "de surface" parmi 441 sujets soit 20% de la population des pensionnaires en maisons de retraite dans le département de la Haute-Vienne. Cette population de 83 ans en moyenne est constituée pour les trois quarts de femmes. Les résultats descriptifs mettent en valeur la prépondérance des troubles thymiques (plus de 50%) sur les troubles cognitifs et les troubles du sommeil (14%).

L'importance des troubles physiques est toujours d'actualité. Près de 30% de notre échantillon nécessitent une aide totale pour la toilette et l'habillage, 22% une aide pour l'alimentation, 47% ont des problèmes pour se déplacer, 37% sont incontinents nocturnes dont presque autant le sont pendant la journée.

Les femmes sont plus désorientées, plus associées au diagnostic simplifié de démence et plus handicapées pour la marche tandis que les hommes présentent plus de colères, d'alcoolisations, d'excès tabagiques et de comportements sexuels provoquants.

L'étude des corrélations des troubles avec l'âge permet d'aborder un des problèmes étiopathogéniques essentiel en psychiatrie qu'est l'absence de toute relation linéaire de cause à effets qui lie simplement le trouble à son origine. C'est ainsi que les troubles de la mémoire et nombreux items cognitifs qui dans nos représentations habituelles dépendent de l'âge, en sont indépendants lors des résultats des croisements statistiques.

L'analyse des troubles les plus en rapport avec le temps de travail passé et l'existence d'une demande de consultation psychiatrique met en valeur une fois encore la prépondérance des variables thymiques sur les troubles du comportement, les troubles cognitifs et les troubles du sommeil.

Devant l'importance des troubles psychiatriques au sein de cette population (94% présentant au moins un degré d'un trouble), on ne peut qu'être surpris par la faible proportion de sujets bénéficiant d'un suivi (24%). Ce suivi est lui-même lié à un âge inférieur à 85 ans et apparaît trés inhomogène en fonction des tranches d'âges.

Prés de 20% de cette population serait en manque de soins psychiatriques. L'existance de grandes disparités d'une institution à l'autre nous incite à dégager des enseignements et propositions pour un double bien-être, celui des patients et des soignants.

La psychogériatrie moderne devra s'efforcer de déchiffrer les difficiles liaisons entre les pathologies dépressives et démentielles au cours du vieillissement. Le poids de la maladie dépressive devra inciter à prendre des mesures plus efficientes de dépistage et de prise en charge qui passent par une meilleure formation de tous les aidants.

La médecine de demain qui prendra en charge les six millions de nos aînés de plus de 75 ans ne pourra continuer de se consacrer exclusivement aux soins curatifs. Des mesures préventives qui incluent l'ensemble des professionnels de la santé sont à prendre rapidement. Elles doivent favoriser l'insertion des sujets âgés dans le respect des notions de morale et d'éthique afin de lutter efficacement contre les sentiments d'enfermement et d'humiliation.

Des solutions résident dans une meilleure connaissance de la maladie mentale et des mécanismes du vieillissement. Une lecture plus éclairée des troubles psychocomportementaux, nous incite à plus de tolérance et de respect envers les désirs de nos aînés.

Les résultats de cette enquête plaident pour une approche a priori et non pas a posteriori des troubles psychiatriques en institution dans une démarche certes globale mais surtout plus hédonique de la vie et des troubles qui accompagnent la vieillesse.

ANNEXES

9. ANNEXES

9.1 GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

9.2 RESULTATS DU DESCRIPTIF SIMPLE MINIMUM

MAISON DE RETRAITE :		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Date : Médicalisée : Cure :											
0	SEXE / AGE										
1	TRISTE, DEPRESSIF, DECOURAGE, DOULEUR MORALE										
2	PLEURS										
3	IDEES SUICIDAIRES (TENTATIVE SUICIDE = 4)										
4	ANXIETE PSYCHIQUE (SOUCIS, PEURS, APPREHENSION)										
5	PASSIVITE, RETRAIT SOCIAL (PROSTRE = 3)										
6	ABSENCE DE LA PAROLE (MUTIQUE = 3)										
7	QUÊTE D'ATTENTION PENIBLE,PLAINTES INCESSANTES										
8	OPPOSANT, REFUSE TOUTE ACTIVITE										
9	EUPHORIQUE, JOUEUR, EXALTATION DE L'HUMEUR										
10	COMPORTEMENT AGITE, BRUSQUE										
11	DISCOURS INCOMPREHENSIBLE										
12	TROUBLES DE LA COMPREHENSION										
13	PROPOS GROSSIERS										
14	NE SE RAPPELE PAS DES FAITS RECENTS										
15	NE PEUT GERER SES AFFAIRES (PROTECTION = 3)										
16	NE RECONNAIT PAS LES PERSONNES										
17	NE RETROUVE PAS SA CHAMBRE, DESORIENTE ESPACE										
18	NE SAIT PAS QUEL MOMENT DE LA JOURNEE IL EST										
19	SE DESHABILLE PENDANT LA JOURNEE										
20	INCONTINENT DANS LA JOURNEE										
21	TROUBLES DE LA PROPRETE A TABLE (3=AIDE TOTALE)										
22	CRIS DANS LA JOURNEE										
23	ACCUSATEUR SANS RAISON, EST PERSECUTE										
24	DELIRE,ENTEND OU VOIT DES CHOSES IRREELLES										
25	DEAMBULE, HYPERACTIVITE DIURNE										
26	FUGUES										
27	COLERES										
28	AGRESSIVITE VERBALE										
29	LEVE LA MAIN SUR LES AUTRES										
30	VIOLENCE ENVERS DES OBJETS										
31	COMPORTEMENT SEXUEL PROVOQUANT										
32	REFUS DES MEDICAMENTS										
33	REFUS DE MANGER										
34	BOULIMIQUE										
35	ALCOOLISATIONS (3 = CHAQUE JOURS)										
36	AUTRE EXCES, TABAC, AUTRE ...										
37	VOLS PATHOLOGIQUES, ENGRANGEMENTS										
38	FOUILLE DANS LES AFFAIRES DES AUTRES										
39	INSOMNIES DE MOINS DE DEUX HEURES										
40	INSOMNIES AVEC DEAMBULATIONS										
41	INSOMNIES AVEC CRIS										
42	S'HABILLE PENDANT LA NUIT										
43	ETALE SES SELLES PENDANT LA NUIT										
44	CHANGES LA NUIT										
45	AIDE POUR LES SOINS PERSONNELS										
46	DEPENDANCE POUR LES DEPLACEMENTS										
47	REJET SOCIO-FAMILIAL										
48	AUTRE : (1) Surdité, (2) Vision,(3) Aphasie,(4) Déficit moteur										
49	CHARGE DE TRAVAIL INFIRMIER										
50	CHARGE DE TRAVAIL AIDE SOIGNANT										
51	CHARGE DE TRAVAIL DU GENERALISTE										
52	AUTRE: (1) Cs.Psy, (2) Secteur, (3) Hôp.J., Psycho, Kiné...										
53	DEMANDE : ? (Cs.Psy = 1)										
54	DEMENCE DEGENERATIVE										
56	TROUBLE DE L'HUMEUR										
57	NEVROSE ET TROUBLE DU CARACTERE										
58	PSYCHOSE										
59	ETATS CONFUSIONNELS										
60	DEBILITE - ARRIERATION MENTALE										
61	VIEILLISSEMENT NORMAL										

Maisons de retraite : épidémiologie

DESCRIPTIF SIMPLE MINIMUM

1 Identific. maison de r____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
1	21	4.76
2	26	5.90
3	34	7.71
4	16	3.63
6	40	9.07
7	10	2.27
8	15	3.40
9	11	2.49
11	20	4.54
13	13	2.95
15	27	6.12
18	26	5.90
19	26	5.90
20	23	5.22
21	13	2.95
22	20	4.54
23	16	3.63
24	20	4.54
27	9	2.04
28	5	1.13
29	20	4.54
30	30	6.80

2 Soins courants/cure_____ Nbr. de valides = 441

	Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
soins courants	1	233	52.83
cure	2	208	47.17

3 Sexe_____ Nbr. de valides = 441

	Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
homme	1	125	28.34
femme	2	316	71.66

	Nbr. de valides	Moyenne	Déviation standard	Minimum	Maximum
4 Age_____	441	83.00	9.01	47	101
5 Triste_____	441	1.08	1.11	0	3
6 Pleurs_____	441	0.47	0.82	0	3
7 Idées suicidaires_____	441	0.39	0.85	0	4
8 Anxiété psychique_____	441	1.15	1.26	0	3
9 Passivité_____	441	1.06	1.10	0	3

5 Triste_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	193	43.76
1	80	18.14
2	107	24.26
3	61	13.83

6 Pleurs_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	312	70.75
1	65	14.74
2	50	11.34
3	14	3.17

7 Idées suicidaires_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	349	79.14
1	40	9.07
2	26	5.90
3	25	5.67
4	1	0.23

8 Anxiété psychique_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	216	48.98
1	47	10.66
2	73	16.55
3	105	23.81

9 Passivité_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	205	46.49
1	56	12.70
2	129	29.25
3	51	11.56

10 Mutisme_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	279	63.27
1	52	11.79
2	84	19.05
3	26	5.90

11 Plaintes incessantes_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	283	64.17
1	37	8.39
2	46	10.43
3	75	17.01

12 Opposant_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	248	56.24
1	68	15.42
2	42	9.52
3	83	18.82

13 Euphorique, maniaque_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	393	89.12
1	33	7.48
2	11	2.49
3	4	0.91

14 Agité_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	335	75.96
1	79	17.91
2	21	4.76
3	6	1.36

15 Discours incompréhensible_ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	323	73.24
1	35	7.94
2	45	10.20
3	38	8.62

16 Compréhension_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	337	76.42
1	46	10.43
2	33	7.48
3	25	5.67

17 Propos grossiers_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	371	84.13
1	28	6.35
2	26	5.90
3	16	3.63

18 Mémoire des faits récents_ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	259	58.73
1	44	9.98
2	56	12.70
3	82	18.59

19 Ne peut gérer ses affaires Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	107	24.26
1	23	5.22
2	127	28.80
3	184	41.72

20 Ne reconnait pas les proch Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	356	80.73
1	31	7.03
2	24	5.44
3	30	6.80

21 Ne retrouve pas sa chambre Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	349	79.14
1	21	4.76
2	18	4.08
3	53	12.02

22 Désorienté dans le temps__ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	314	71.20
1	26	5.90
2	33	7.48
3	68	15.42

23 Se déshabille le jour_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	393	89.12
1	25	5.67
2	17	3.85
3	6	1.36

24 Incontinent diurne_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	297	67.35
1	35	7.94
2	8	1.81
3	101	22.90

25 Aide à l'alimentation_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	343	77.78
1	37	8.39
2	32	7.26
3	29	6.58

26 Cris diurnes_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	382	86.62
1	39	8.84
2	17	3.85
3	3	0.68

27 Accusateur, persécuté_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	350	79.37
1	42	9.52
2	25	5.67
3	24	5.44

28 Délire_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	375	85.03
1	30	6.80
2	15	3.40
3	21	4.76

29 Déambule_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	360	81.63
1	24	5.44
2	22	4.99
3	35	7.94

30 Fugues_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	416	94.33
1	18	4.08
2	1	0.23
3	6	1.36

31 Colères_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	328	74.38
1	62	14.06
2	35	7.94
3	16	3.63

32 Agressivité verbale_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	297	67.35
1	82	18.59
2	44	9.98
3	18	4.08

33 Agressivité gestuelle_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	370	83.90
1	49	11.11
2	16	3.63
3	6	1.36

34 Bris d'objets_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	428	97.05
1	9	2.04
2	3	0.68
3	1	0.23

35 Comportement sexuel provoq Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	424	96.15
1	9	2.04
2	8	1.81

36 Refus médicaments_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	383	86.85
1	25	5.67
2	15	3.40
3	18	4.08

37 Refus manger_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	386	87.53
1	33	7.48
2	14	3.17
3	8	1.81

38 Boulimie_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	406	92.06
1	11	2.49
2	9	2.04
3	15	3.40

39 Alcoolisation_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	405	91.84
1	18	4.08
2	11	2.49
3	7	1.59

40 Autres excés (tabac)_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	425	96.37
1	8	1.81
2	3	0.68
3	5	1.13

41 Vols_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	419	95.01
1	6	1.36
2	6	1.36
3	10	2.27

42 Fouille ds les affaires___ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	420	95.24
1	10	2.27
2	4	0.91
3	7	1.59

43 Insomnie_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	379	85.94
1	42	9.52
2	14	3.17
3	6	1.36

44 Insomnie + déambulations__ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	416	94.33
1	14	3.17
2	8	1.81
3	3	0.68

45 Insomnie + cris_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	430	97.51
1	8	1.81
2	2	0.45
3	1	0.23

46 S'habille la nuit_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	426	96.60
1	9	2.04
2	5	1.13
3	1	0.23

47 Etale ses selles la nuit__ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	428	97.05
1	7	1.59
2	4	0.91
3	2	0.45

48 Changes la nuit_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	278	63.04
1	8	1.81
2	6	1.36
3	149	33.79

49 Soins personnels_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	180	40.82
1	63	14.29
2	66	14.97
3	132	29.93

50 Trouble du déplacement____ Nbr. de valides = 441

	Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
normal	0	232	52.61
aide partielle	1	86	19.50
aide totale	2	103	23.36
grabataire	3	20	4.54

51 Rejet famille_____ Nbr. de valides = 441

Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
0	344	78.00
1	34	7.71
2	18	4.08
3	45	10.20

52 Handicap majeur_____ Nbr. de valides = 441

	Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
aucun	0	320	72.56
surdité	1	48	10.88
vision	2	13	2.95
aphasie	3	6	1.36
déficit moteur	4	44	9.98
sourd et aveugle	5	7	1.59
aphasie + tble moteur	6	3	0.68

53 Temps de travail infirmier Nbr. de valides = 441

	Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
< 10 mn	0	237	53.74
de 10 à 30 mn	1	151	34.24
de 30 à 90 mn	2	42	9.52
> 1 h 30 mn	3	11	2.49

54 Tps travail aide soignant_ Nbr. de valides = 441

	Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
< 10 mn	0	164	37.19
de 10 à 30 mn	1	147	33.33
de 30 à 90 mn	2	95	21.54
> 1 h 30 mn	3	35	7.94

55 Tps travail généraliste___ Nbr. de valides = 441

	Classes	Fréq. abs.	Fréq. ajust.
pas de visite	0	32	7.26
1 visite / mois	1	309	70.07
1 visite par 15 jours	2	40	9.07
1 visite par semaine	3	60	13.61

UNIVERSITÉ de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
SCD

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ALBAREDE J.L., POUS J., CAYLA F.**
Facteurs qui conditionnent la perte d'autonomie.
1 er Congrés Francophone de Gérontologie, Paris 1979, Ed. Masson, 1981.

2. **ALBRAND G., ABRAMS R.C.**
Evaluation des temps de soins directs donnés en long-séjour.
La Revue de Gériatrie, 1980, 10, : 15-18.

3. **ALEXOPOULOS G.S , ABRAMS R.C.**
Cornell scale for depression in dementia.
Biol. Psychiat. 1988, 23 : 271-284.

4. **ALLILAIRE J.F., DANTCHEV N., RAOUX N.**
Mises à jour récentes sur le comportement d'inhibition et le ralentissement psychomoteur dépressif.
Synapse, 1994, n° spécial, "Vers une médecine des comportements" : 48-53.

5. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R, 3 rd , 1987, trad. Guelfi J.D. Ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.

6. **AMES D.**
Depression among elderly residents of local-authority residents homes : its nature and efficacity of intervention.
British Journal of Psychiatry, 1990, 156 : 667-676.

7. **ANDWEILLER M.**
La charge de travail en long-séjour.
Gestion hospitalière, 1984, 239 : 615-617.

8. **ARNAUD C., DUCOUDRAY J.M., MARTIN J., LEROUX R., VETEL J.M.**
Groupes iso-ressources de charges de soins gérontologiques.
Géront. et Soc., 1993, 64.

9. **ASHFORD J.W., KUMAR V., BECKER M., BICE J., RYAN N., VICARI S.**
Assessing Alzheimer severity with a global clinical scale.
Int. Psychogeriatr., 1992, 4, 1, : 55-74.

10. **ATTALI G., LEROUX R.**
Traitement de l'information dans un service de gériatrie. Mise en relation de la logistique, de l'autonomie (Géronte), et des diagnostics.
La Revue de Gériatrie, 1982, 7, 1 : 5-8.

11. **BAKER F., INTAGLIATA J.**
Quality of life in the evaluation of community support systems.
Evaluation and Programm Planning, 1982, 5 : 69-79.

12. **BALIER C.**
Pour une théorie narcissique du vieillissement.
L'Information Psychiatrique, 1979, 55, 6 : 635-645.

13. **BARNES R.D., RASKIND M.A.**
DSM-III criteria and the clinical diagnosis of dementia : a nursing home study.
J. Gerontol. , 1980, 36 : 20-27.

14. **BAULON A.**
Utilisation d'une échelle de dépendance en maison de cure médicale.
Document CLEIRPPA, 1982, 114 : 3-10.

15. **BEAUFILS B.**
L'évaluation de la dépendance des personnes âgées : études critiques.
GRIFS, 1992, 134 pages.

16. **BEAUFILS B., GARDENT H.**
La dépendance des personnes âgées : penser la dépendance ou classer les personnes. Deuxièmes journées scientifiques, ALASS, Lisbonne, 2-4 Mai 1991.

17. **BECH P.**
Symptoms and assessment of depression. Paykel ES(ed).
Handbook of affective disorders. Edinburg, Churchill Livingstone, 1992, 3-13.

18. **BECH P.**
Use of rating scales for neurasthenia, anxiety and depression in general practice.
In : KIELHOLZ P., 1991, Bern, Hans Huber, 56-70.

19. **BECH P.**
Rating Scales for Psychopathoogy, Health Status and Quality of Life.
A compendium on Documentation in Accordance with the DSM-III-R and WHO Systems. Springer Verlag, 1993.

20. **BERGER E.Y.**
A system for rating the severity of senility.
Journal of American Geriatrics Society, 1980, 28 : 234-236.

21. **BERNARD-BOURLOT D.**
L'alcoolisation chez les personnes âgées.
Thèse de Doctorat en Médecine, 1989.

22. **BERTHAUX P.**
La mesure du vieillissement.
Gazette Médicale de France, 1974, 81, 20 : 2591-2602.

23. **BESSO M., SAOS J., AUBRY B.**
Les personnes âgées hébergées en institution dans les Alpes-Maritimes.
Techniques hospitalières médico-sociales et sanitaires, 1991, 46, 553 : 54-56.

24. **BLAZER D.G., WILLIAMS C.D.**
Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population.
Am. J. Psychiatr.,1980, 137 : 439-444.

25. **BLAZER D.G.**
The epidemiology of psychiatric disorders in late life.
Geriatric psychiatry, Busse E.W. et Blazer D.G., Ed. APA Press, Washington, 1989.

26. **BLESSED G., TOMLINSON B.E., ROTH M.**
The association between quantitative measure of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjets. Brit. J. Psychit. 1968, 114 : 797-811.

27. **BOCQUET H., GRAND A., CLEMENT S., DRUHLE M.**
Souffrance des aidants. Approche socio-économique.
L'année gérontologique, Masson, 1994 : 389-403.

28. **BONIS de M.**
L'idée d'interaction entre niveaux expressifs : émotions, représentations et cognition. Bull. Psychol., 1986, 377, 913-920.

29. **BONNEAU G.**
Troubles des personnes âgées en institution.
Actualité en gérontologie,1987, 52, 6-9.

30. **BOQUEL F.**
Infirmiers psychiatriques à temps plein en Maison de Retraite : Une des réponses institutionnelles aux situations de crise présentées par le sujet âgé.
Psychol. Médic., 1993, 25, 6 : 475-476.

31. **BORSON S., LIPTZIN B., NININGER J., RABINS P.**
Psychiatry and the nursing home.
AM. J. Psychiatry., 1987, 144, 11 : 1412-1418.

32. **BOUCHER D., CASTEL, O., METAIS P., SCHLERET Y., CUNY G.**
Approche de la dépendance psychique et de ses conséquences institutionnelles en établissement de long séjour pour personnes âgées.
O.R.S.A.S., Loraine, 1989, CHR de Metz-Thionville.

33. **BOUCHER D.,CASTEL O., METAIS P., SCHLERET Y., CUNY G.**
Approche de la dépendance psychique et de ses conséquences institutionnelles en établissement de long séjour pour personnes âgées. Interdisciplinarité en Gérontologie. Actes du IV ème Congrés International francophone de Gérontologie, Montréal, 1990. Ed. Maloine : 523-526.

34. **BRAUN T., STOURM M.**
Les personnes âgées dépendantes. Rapport au Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Sociale. Documentation Française, 1988.

35. **BREDA-JEHL C.**
L'autonomie des personnes âgées.
Presse Universitaire de Nancy, Collection Espace social, 1989.

36. **BRODY E.M.**
Community housing for the Elderly. The program, the people, the decision making process, and the research. Gerontologist, 1978, 18 : 121-128.

37. **BROOKER D.J.R., STUMEY P., GATHERER A.J.H., SUMMERBELL C.**
The Behavioural Assessment Scale of Later Life (BASOLL) : A description, factor analysis, scale development, validity and reliability data for a new scale for older adults. International Journal of Psychiatry, 1993, 8 : 747-754.

38. **BRULL J., WERTHEIMER J.**
Evolutive profiles in senile dementia. A psychological and neuropsychological longitudinal study. Brain Function in old age, Springer-Verlag, Berlin, 1979.

39. **BURNS B.J., LARSONS D.B., GOLDSTROM I.D., et al.**
Mental disorder among nursing home patients : preliminary finding from the National Nursing Home Survey pretest. Int. J. Geriatr. Psychiatr. , 1988, 3 : 27-35.

40. **BURNS B.J., WAGNER H.R., TAUBE J.E., MAGAZINER J., PERMUTT T., ANDERMAN L.R.**
Mental health service use by the elderly in nursing home.
Am. J. Public. Health., 1993, 3, 83, : 331-337.

41. **BURVILL P.W.**
A critique of current criteria for early dementia in epidemiological studies.
Int. Journal of Geriatric Psychiatry, 1992, 8, 553-559.

42. **CAMERON J.M**
Case-mix and resource use in long-term care.
Med.Care, 1985, 23 : 296-309.

43. **CANADA HEALTH SURVEY**
Final Report.
Health and Welfare, Canada, 1981.

44. **CARVAILLO M.**
Le psychiatre dans un maison de retraite.
Psy. Fr., 1992, n°3, p. 47-55.

45. **CERISIER M.**
De la déficience au handicap et à la dépendance. "Prévoir, prévenir, compenser". Gérontologie et Société, numéro spécial, 1990 : 92-96.

46. **CHAMBON O., TRINH A.**
Interêt de l'évaluation de la qualité de la vie des malades mentaux chroniques lors du processus de réadaptation sociale.
Synapse, 1991 : 77-86.

47. **CHANDLER J.D., CHANDLER J.E**
The prevalence of neuropsychiatric disorders in a nursing home population.
J. Am. Psychiat. Neurol., 1988, 1, 71-76.

48. **CIM 10 / ICD 10.**
Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.
Organisation mondiale de la Santé, Masson, 1993.

49. **CLARKE M.G.**
A psychogeriatric survey of old people's homes.
Brit. Med. J., 1981, 283, 1307-1309.

50. **CLEMENT J.P. , LEGER J.M.**
La place de la personne âgée dans la société.
Psy. Fr., 1992, 3 : 9-17.

51. **CLEMENTE-MOLAS C., DEQUAE L., DARTIGUES J.F., MAZAUX J.M.**
Déficits cognitifs et situation maritale chez des personnes âgées de plus de 65 ans, vivant à leur domicile, en Gironde.
La Revue de Gériatrie, 1994, 19, 3 : 155-160.

52. **COHEN M.A., TELL E.J., WALLACK S.S.**
The lifetime risks and coasts of nursing home use among the elderly.
Med. Care, 1986, 12 : 1161-1172.

53. **COHEN-MANSFIELD J.**
The agitated nursing home resident.
Management and care of the elderly : psychological perspectives.
Newbury Park : Sage publications, 1991, 89-103.

54. **COHEN-MANSFIELD J.**
Agitated behaviors in the elderly II : priliminary results in cognitively deteriorated.
J. Am. Geriatr. Soc, 1986, 34 : 722-727.

55. **COHEN-MANSFIELD J., MARX M.S.**
Do past experiences predict agitation in nursing home residents.
Int. J. Aging and Human develop., 1989, 28, 4 : 285-294.

56. **COHEN-MANSFIELD J., MARX M.S.**
Dementia and agitation in nursing home residents ; how are they related ?
Psychol. aging, 1990, 5 : 3-8.

57. **COLVEZ A., GARDENT H.**
Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie.
Ed.CTNERHI, INSERM, 1990.

58. **COONEY LM, FRIES B.E.**
Validation and use of resource utilization groups, as a case-mix measure of long-term care.
Med. Care, 1985, 23 : 110-123.

59. **COPELAND J., KELLEHER M.**
Reliability of psychiatric assessment in older patients.
Int. J. Aging Hum. Devel., 1976, 7 : 313-322.

60. **CROCQ L., FONDARAI J.**
Echelle d'observation clinique. Echelles psychiatriques, compte-rendu du congrés de psychiatrie et de neurologie de langue française, Monaco, 1973.

61. **CUTLER S.J., GRAMS A.E.**
Correlates of self-reported everyday memory problems.
J. Gerontol., 1989, 43 : 582-590.

62. **WIDLÖCHER**
L'approche clinique en psychiatrie.
Collection les empêcheurs de tourner en rond, 1992, p.67.

63. **DARTIGUES J.F., BARBERGER-GATEAU P., ALPEROVITCH A., DECAMPS A., SALAMON R.**
Groupe d'études PAQUID : étude épidémiologique du vieillissement normal et pathologique.
La Revue de gériatrie, 1991, 16, 1 : 5-15.

64. **DAVID W.SMITH, PHD, ANDREW J.,HOGAN, PHD.**
Activities of Daily Living as Quantitative Indicators of Nursing Effort.
Medical Care, 1987, vol.25, n°2.

65. **DELCROS M., LANOE R.**
Une nouvelle échelle d'évaluation de la dépendance des patients dans les établissements de Long Séjour (EDA).
La Revue de Gériatrie, 1980, 5 : 395-400.

66. **DELOMIER Y., GAGNE A., GIRTANNER C.**
Evaluation de l'autonomie au Centre de Jour de Saint Etienne.
La Revue de Gériatrie, 1980, 5, 8 : 389-392.

67. **DEROUESNE C.**
Le déficit mnésique lié à l'âge (age-associated memory impairment).
Paris, Laboratoire Servier, 1990, Monographie 49 p.

68. **DEROUESNE C., BAKCHINE S.**
Les échelles d'adaptation à la vie quotidienne.
Circulation et métabolisme du cerveau, 1988, 5 : 39-44.

69. **DEVOUASSOUX-MERAKCHI J.**
La population des hospices et des maisons de retraite.
Enquête 1973 et 1974, Santé Publique Sociale, Statistique et commentaires.
Ministère de la Santé, Ministère du travail, 6 Novembre 1975 : 5-18.

70. **DEYO R.A.**
The Quality of Life, research and care.
Annals of Internal Medicine, 1991, 114, 8 : 695-697.

71. **DONALDSON C., ATKINSON A., BOND J., WRIGHT K.**
Quatitys and long-term care for the elderly people in the U.K. : Scales for assessment of quality of life.
Age and aging, 1988, 17 : 379-387.

72. **DONNET A.**
Epidémiologie des troubles du sommeil chez le sujet âgé : données récentes.
Psychologie Médicale, 1992, 24, 7 : 739-742.

73. **DRAPEAU F., DESCAMPS J.M.**
Le projet de recherche en nursing. PRN.
Revue infirmière, 1986, 9 : 50-51.

74. **DUBOS G., HUGONOT R.**
Evaluation de la dépendance des personnes âgées. Analyse des échelles actuellement utilisées dans les services de gériatrie.
La Revue de Gériatrie, 1980, 5, 8 : 367-370.

75. **DURA J.R., BORNSTEIN R.A., KIECOLT-GLASER J.K.**
Refinements in the assessment of dementia related behaviours : Factor structure of the Memory and Behaviour Problem Checklist. Psycho. Assess.
J. Consult. Clin. Psychol., 1990, 2 : 129-133.

76. **KILEDJIAN, M. MITANNE, A. REY-MUNIER, B. CLEYET-MAREL, V. CURT, R. KECHICHIAN, C. REYNAUD.**
Agressivité autour de la personne âgée dépendante en institution : un regard sur les soignants.
La revue de gériatrie, 1993, 18, 3 : 569-574.

77. **EATON W.W., KESSLER L.G.**
Epidemiologic field methods in psychiatry. The N.I.M.H.
Epidemiologic Catchment Area Program, Academic Press Inc., New York, 1985.

78. **ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE DE RENNES.**
Harmonisation des grilles de dépendance. Actes du séminaire de travail. Rennes, 4-6 Juillet 1984, Ed.ENSP, 57 pages.13-15 Mars 1985, Ed.ENSP, 107 pages.

79. **ENNUYER B.**
L'institution de la dépendance.
Informations Sociales, Revue de la CNAF, 1990.

80. **ENQUETE SANTE QUEBEC.**
Et la santé, ça va ?
Tome 1, Quebec, Ministère de la santé et des services sociaux, les publications du Quebec, 1988.

81. **ERKINJUNTTI T., HOKKANEN L., SULKAVA R., PALOS J.**
The Blessed Dementia Scale as a screening test for dementia.
Int. J. Geriatr. Psychiat., 1988, 3 : 267-273.

82. **ERNST P.E., BADASH D., BERAN B., et al.**
Incidence of mental illness in the aged : unmasking the effects of a chronic brain syndrome.
J. Am. Geriatr. Soc., 1977, 25 : 371-375.

83. **FAUGERON Ph., BOULEISTEIX G., DUGOULET F., FOURNIAUD M.**
G.E.R.S.A. : Grille d'évaluation des Ressources du Sujet Agé.
Soins Psychiatrie, 1993, 11, 157 : 34-42.

84. **FILLENBAUM G., GEORGES**
Screening the Elderly. A brief Instrumental Activities of Daily Living Measure.
J. Am. Geriatr. Soc., 1985, 33 : 698-705.

85. **FILLENBAUM G.G., SMYER M.A.**
The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire.
J. Gerontol., 1981, 36 : 428-434.

86. **FINLAY-JONES R.,MURPHY E.**
Severity of psychiatric disorder and the 30 item General Health Questionnaire.
Br. J. Psychiatry, 1979,134 : 609-619.

87. **FOLSTEIN M.F,FOLSTEIN S.E.**
"Mini-Mental-State" : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicien.
J. Psy. Res., 1975, 12 : 189-198.

88. **FONTAINE A.**
Autonomie, dépendance et relations familiales.
Echanges Santé, 1991, 63-64, 14-21.

89. **FOREMAN M.D., KLEINPELL R.**
Assessing the quality of life of elderly persons.
Seminars in oncology nursing., 1990, 6, 4 : 2922-2927.

90. **BERTHEL M.**
Evaluation des temps de soins directs donnés en long-séjour.
La revue de gériatrie, 1990, 10 : 15.

91. **GANGULI M.**
Cognitive impairement and use of health services in a elderly rural population : the MOVIES project.
J. Am. Geriatr. Soc.,1993.

92. **GARDENT H.**
Dépendance des personnes âgées et charges en soins : expérimentation simultanée de six grilles de dépendance.
Vanves, 1988, CTNERHI, 386 p.

93. **GARDENT H., SPINGA J., BOUNOT A.**
Dépendance des personnes âgées et charge de soins. Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.
CTNERHI. 1987.

94. **GAUDET M., RICHARD D.**
Troubles psycho-comportementaux en institution gériatrique.
La Revue du Praticien, 1994, 4, 11 : 1457-1460

95. **GAYDA M., VACOLA G.**
Epidémiologie psychiatrique des trois premières années de la retraite.
J. Psychiat. Biol. Thér., 1984, 11 : 8-10.

96. **GAYDA M.**
Troubles des conduites et institution souffrante.
Pychologie Médicale, 1989, 21, 8 : 1108-1110.

97. **GEORGE L.K., GWYTHER L.P.**
Caregiver well-being : a multidimensional examination of family caregivers of demented adults.
The Gerontologist, 1986, 26 : 253-259.

98. **GEORGES D., LALLEMAND A., COUSTENOBLE J., LORIA Y.**
EACG : Echelle d'appréciation clinique en gériatrie.
Thérapie, 1977, 32 : 173-180.

99. **GEORGES D., LALLEMAND A., COUSTENOBLE J., LORIA Y.**
Validation par l'analyse factorielle d'une échelle d'évaluation clinique des troubles de la sénescence cérébrale; Application à l'essai thérapeutique.
Thérapie, 1977, 32, 173-180.

100. **GILLEAD C.J., PATTIE A.H.**
The Stockton Geriatric Rating Scale : a shortened version with British normative data. Br. J. Psychiatry, 1977, 131 : 90-94.

101. **GILLEAD C.J., PATTIE A.H., DEARMAN G.**
Behavioural disabilities in psychogeriatric patients and residents of old peoples'homes.
J. Epidemiol. Community Health, 1980, 34 : 106-110.

102. **GILLEARD C., BELFORD H., GILLEARD E.**
Emotional distress amongst the supporters of the elderly mentally infirm.
British Journal of Psychiatry, 1984, 145 : 172-177.

103. **GREENE J.G, SMITH R., GARDINER M., TIMBURY G.C.**
Measuring behavioral disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives : a factor analytic study.
Age and ageing, 1982, 11 : 121-126.

104. **GROSSBERG G.T., RAKHSHANDA H., SZWABO P.A., MORLEY J.E., NAKRA B.R.S., BRETSCHER C.W., ZIMNY G.H., SOLOMON K.**
Psychiatric problems in nursing home.
Journal of American Geriatric Society, 1990, 38 : 907-917.

105. **GUELFI J.D.**
Echelles d'évaluation et états démentiels. Les thérapeutiques de la démence.
Fondation nationale de Gérontologie, Maloine Ed. 1986 : 149-159.

106. **GUELFI J.D., BOBON D.**
Echelles d'évaluation en psychiatrie.
Encycl. Med. Chir. Psychiatrie, 1989, 37200 A10, 10.

107. **GUERAULT P.**
Les personnes âgées de 75 ans et plus en perte d'autonomie psychique. Ap-

proche du problème à travers une enquête réalisée dans un service de soins à domicile et trois foyers-logements de la ville de Dijon.
Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine, Dijon, 1990.

108. GUNNER-SWENSSON F.L, JENSEN K.
Frequency of mental disorders in old age. Examples of comparability of epidemiological investigations in relation to utility in planning.
Acta Psychiatr. Scand.,1976, 53 : 283-297.

109. GUREL L., LINN M.W., LINN B.S.
Physical and mental impairment of function evaluation in the aged : The PAMIE scale. J. Gerontol., 1972, 27 : 83-90.

110. GUYOTAT J.
Spécificité de l'approche clinique en psychiatrie.
L'Approche Clinique en Psychiatrie, collection Les Empêcheurs de tourner en rond, sous la direction de Pichot P. et Rein W., 1992, vol. 1 : 49-58.

111. HAMILTON M.A.
Development of a rating scale for primary depressive illness.
Br. J. Soc. Clin. Psychol., 1967 ; 6, 278-296.

112. HAMILTON M.A.
Rating scale for depression.
J. Neurosurg. Psychiatry, 1960, 23 : 56-62.

113. HANTOUCHE E.G., CHIGNON J.M.
Echelle de discontrôle comportemental.
L'encéphale, 1992, 18 : 163-170.

114. HAZEGAWA K.
The Epidemiological study of depression in the late life.
J. of Affective Disorders, 1985, suppl. 1 : 53-56.

115. HEBERT R.
Evaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.
Can. Fam. Physician., 1982, 28 : 754-762.

116. HEBERT R., CARRIER R., BILODEAU A.
Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle SMAF.
La Revue de Gériatrie, 1988, 13, 4 : 161-167.

117. HEGEMAN C.,TOBIN S.
Enhancing the autonomy of mentally impaired nursing home patients.
The gerontologist, 1988, 28 : 71-75.

118. HELMES E., CSAPO K.G., SHORT J.A.
Standardization and validation of a multidimentional observation scale for elderly subjects (MOSES).
J. Gerontol., 1987, 42 : 395-405.

119. HENDERSON A.S, KAY D.W.K
The epidemiology of mental disorders in the aged.
Social psychiatry research unit. Cambera, Australia, 1984.

120. HENRARD J.C., CASSOU B., COLVEZ A., LAZAR P.
Perte d'autonomie ou handicap, problèmes conceptuels.
La Revue de Gériatrie, 1980, 5, 8 : 375-378.

121. HENRARD JC.
Tarification et fonctionnement des établissements pour personnes âgées. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité Nationale, 1983.

122. HOGARTY G.E.
Informant ratings of community adjustment. In I. E. Waskow & M.B. Parloff (Des.), Psychotherapy change measures. Washington, DC : DHEW, 1975, p.202-221.

123. HONIGFELD G.
NOSIE-30 : History and current status of its use in pharmacopsychiatric research. Mod. Probl. Pharmacopsychiatry, 1974, 7 : 238-263.

124. HOPE R.A., FAIRBURN C.G.
The Present Behavioural Examination. PBE. The developpement of an interview to measure current behavioral abnormalities.
Psychol. Med. 1989, 22, 223-230.

125. HOSTIER P.
Mise au point d'une méthode d'évaluation gérontologique.
Thèse de Médecine, 1991, Toulouse.

126. HUGONOT L.
Contribution à l'étude des échelles de dépendance en Gériatrie.
Thèse de Doctorat en Médecine, Grenoble, 1977.

127. HUGONOT L., ISRAEL L.
Development of a clinical Rating Scale to access Dependency. Communication au symposium International de Gérontologie Sociale, Avignon, 1979.

128. HUGONOT R.
Les établissement pour personnes agées.
Gérontologie, 1979, 11.

129. HUGUES C.P., BERG L., DANZIGER W.L., COBEN L.A., MARTIN R.L.
A new clinical scale for staging of dementia.
Br. J. Psychiatry., 1982, 140 : 566-572.

130. HYER L., HYER E.
Clinical depression in long-term care facilities : practical issues.
Activities, Adaptation and Aging, 1984, , 6, 33-43.

131. INSEE
Données sociales.
Institut National de la statistique et des études économiques,1990.

132. INSERM.
Santé publique et vieillissement, 1982.

133. ISRAËL L., ALLARD M.
Echelles d'évaluation. La maladie d'Alzheimer et autres démences.
Médecine-Sciences, Flammarion, 1991 : 458-468.

134. ISRAËL L., KOZAREVIC D., SARTORIUS N.
Evaluations en gérontologie. Basel.
Karger, 1984 (2 vol.), avec le concours de l'OMS.

135. ISRAËL L., OHLMANN TH., CHAPPAZ M.
Batterie psychométrique à l'usage du médecin généraliste pour apprécier les

conduites intellectuelles des personnes âgées.
Psychologie Médicale, 1980, 12, 4, 921-938.

136. **ISRAËL L., OHLMANN TH., HUGONOT L.**
Techniques psychométriques particulièress adaptées aux personnes âgées : "Origine de la Dépendance". Application aux essais cliniques controlés. "Recherche expérimentale et investigations cliniques dans la sénescence cérébrale".
Symposium Bâle, 5-6 Juin 1978 : 185-189.

137. **ISRAËL L., WAINTRAUB L., FILLENBAUM G.G.**
Assessing the dementia(s) in clinical practice and population surveys : rewiew of the litterature since 1965.
In : A Bès et Al. (Eds), Senile dementias : early detection, John Libbey Eurotext, 1986.

138. **DUCOUDRAY, R. LEROUX, J. MARTIN, J.M. VETEL.**
L'évaluation gérontologique.
Gérontologie et Société, 1993, 64 : 80-95.

139. **JEHANIN P.**
Recensement, analyse et tests des grilles d'évaluation de la dépendance et de la médicalisation de la personne âgée. Mémoire d' assistanat. Ecole Nationale de Santé Publique. Rennes, 1983.

140. **JORM A.F., JACOMB P.A.**
The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly. IQCODE : Socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms.
Psychol. Med., 1989, 19 : 1015-1022.

141. **JORM A.F., KORTEN A.E.**
Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview.
Brit. J. Psychiat., 1988, 152 : 209-213.

142. **JOUVENT R., HARDY P., BOUVARD M., BRACONNIER M., ROUMENGOUS V., GRASSET F., WIDLOCHER D.**
L'hétérogénéité de l'humeur depressive - construction d'une échelle polydimensionnelle.
L'Encéphale, 1987, 13 : 233-237.

143. **KANE R.L., SASLOW M.G., BRUNDAGE T.**
Using ADLs to establish eligibility for long term care among the cognitively impaired. Gerontologist, 1991, 31 : 60-66.

144. **KATZ I.R., LESHER E., KLEBAN M., JETHAMANDANI V., PARMELEE P.**
Clinical feature of depression in the nursing home.
Int. Psychogeriatrics, 1989, 1 : 5-15.

145. **KATZ MM., LYERLY SB.**
Methods for measuring adjustment and social behavior in the community.
Psychol. Reports, 1963, 13 : 503-535.

146. **KATZ P.R., DUBE D.H, CALKINS E.**
Use of a structural Functional Assessment Format in a Geriatric Consultative Service. J. Am. Geriatr. Soc., 1985, 33 : 681-686.

147. **KATZ S.**
Assessing self maintenance : activities of daily living, mobility and instrumental

of daily living.
J. Am.Geriat. Soc., 1983, 31 : 721-727.

148. **KATZ S., DOWNS T.D., CASH H.R., GROTZ R.C.**
Progress in development of the index of ADL.
The Gerontologist, 1970, 10, 20-30.

149. **KATZ S., FORD AB., MOSKOWITZ RW., et al.**
The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. Jama, 1963, 185, 12 : 914-919.

150. **KATZ S., STROUD M.W.**
Functional Assessment in Geriatric, A review of Progress and Directions.
J. Am. Geriatr. Soc., 1989, 37 : 267-271.

151. **KAY D.**
The Epidemiology of dementia : A review of recent work.
Rev. Clin. Geront., 1991, 1, 55-66.

152. **KOVESS V., GYSENS S., CHANOIT P.F.**
Une enquête de Santé mentale : l'enquête Santé des Franciliens.
Soc. Med. Psychol., 1993 : 624-628.

153. **KUNTZMANN F.**
Objectifs de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées.
Revue de gériatrie, 1980, 5, 8 : 363-365.

154. **KUNTZMANN F.**
Autonomie et dépendance : les limites du choix.
Gérontologie et Société, 1990, 53 : 19-23.F

155. **LACAN J.**
Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique.
Ecrits, 1966, Ed. Seuil : p.94.

156. **LAROQUE G.**
La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
E.D.E., Cahiers de la FNADEPA, 1994, 24 : 16-19.

157. **LARSON EB., REIFLER BV., CANFIELD C.**
Evaluation of elderly outpatients with symptoms of dementia.
Hosp. Community Psychitr., 1984, 35 : 428-435,.

158. **LAWTON M.P.**
Scales to measure competence in everyday activities.
Psychopharmacol. Bull., 1988, 24 : 609-614.

159. **LAWTON M.P., BRODY E.M.**
Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living.
Gerontologist, 1969, 9 : 179-188.

160. **LAWTON M.P., KLEBAN M.H., MOSS M., ROVINE M., GLICKSMAN A.**
Measuring caregiver apppraisal.
Journal of Gerontology, 1989, 44 : 61-67.

161. **LAWTON MP.**
Assessment of behavior required to maintain residence in the community. As-

sessment in geriatric psychopharmacology.
Ed.Crook T., Ferris F., 1983 : 119-136.

162. LAWTON MP., MOSS M., FULCOMER M., KEBLAN M.H.
MAI : A research and service oriented Multilevel Assessment Instrument.
J. Gerontol. 1982, 37 : 91-99.

163. LE FUR Ph., SERMET C.
Les soins d'infirmiers et d'auxilliaires aux personnes âgées de 80 ans et plus en institution : enquête nationale, France 1987-1988. CREDES 1992.

164. LE GOUES G.
La psycholyse. Psychiatrie et psychopathologie de la démence.
Actualité psychiatrique, 1987, n° spécial.

165. LE GOUES G.
La psychopathologie de la démence et ses conséquences sur l'entourage.
Confront. Psychiat., 1991, 33 : 87-97.

166. LEGER D.
Etat de Santé de la population âgée institutionnalisée dans le département de la Creuse.
Thèse de Doctorat en Médecine, Limoges, 1984.

167. LEGER J.M.
Psychogériatrie, Avant-Propos.
Monographie, Revue du Praticien, 1994, 44, 11 : 1423-1425.

168. LEGER J.M., ARGULLOS C.
Qualité de vie et vieillissement.
Communication aux XXIII ème Journées Nationales.
Congrés BALINT - Nantes, 14-15 Novembre 1992.

169. LEGER J.M., ARGULOS C., CLEMENT J.P., BONIN S.
Séparation et vieillissement.
Psychologie Médicale, 1993, 25 : 1099-1104.

170. LEGER J.M., CLEMENT J.P.
La dépression et le vieillissement.
L'Encéphale, 1992, 18 : 511-516.

171. LEGER J.M., CLEMENT J.P.
La dépression du sujet âgé.
Dialogue, 1994, 1 : 1-4.

172. LEGER J.M., CLEMENT J.P., TESSIER J.F.
Dépression, vieillissement et démence.
Confrontations Psychiatriques, Ed. Théraplix, 1991, 33 : 63-85.

173. LEGER J.M., GARROUX R.
La confusion mentale.
EMC, Paris, Psychiatr., 37240 A-10, 9-1982.

174. LEGER J.M., MALAUZAT D., LAPEYRE A., LOMBERTIE E.R., HAULOT A.M.
L'épidémiologie des démences ou comment quantifier l'insaisissable.
Psychologie Médicale, 1988, 20,12 : 1745-1749.

175. LEGER J.M., TESSIER J.F., THERME J.F.
Le suicide de l'âgé.
Revue du Praticien, 1987, 37, 13 : 731-736.

176. LEGRAND P.
Prendre en charge la dépendance des personnes âgées.
Gérontologie et société, 1993, 3, 64 : 35-43.

177. LEGUAY D., ROBERT D., LECHERTIER F., et coll.
Axes de recherche et résultats d'une enquête départementale d'épidémiologie psychiatrique.
Journal dee Psychiatrie Biologique et Thérapeutique, 1988, 28 : 26-29.

178. LEHMAN A.F.
A quality of life interview for the chronicaly mentaly il.
Evaluation and Programm Planning, 1988, 11 : 51-62.

179. LEHMKUHL D., BOSCH G., STEINHART I.
The mentally ill in nursing home people's homes.
Social Psychiatry. 1987, 22, 4 : 192-201.

180. LEPINE J.P., LELLOUCH J.
Etude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans une population générale. Epidémiologie et psychiatrie.
Annales-médico-Psychologiques, 1993, 151, 9 : 618-623.

181. LEROUX R., VIAU G., FOURNIER M., BERGEOT R., ATTALLI G.
Visualisation d'une échelle simple d'autonomie : Géronte.
La Revue de Géritrie, 1981, 6, 9 : 433-436.

182. LETENNEUR L., FABRIGOULE C., DARTIGUES J.F.
Incidences et signes prémonitoires des démences : résultats de l'enquête épidémiologique sur le vieillissement cérébral du programme de recherche Paquid.
Ann. Méd. Psychol. , 1993, 151, 9 : 670-673.

183. LIBOW L.S., OLSON E., NEUFELD R.R., MARTICO-GREENFIELD T., MEYERS H., GORDON N., BARNETT P.
Ethics Rounds at the Nursing Home : An Alternative to an Ethics Committee.
J. A . G. S. , 1992, 40 : 95-97.

184. LINN B.S., LINN M.W., GUREL L.
Cumulative Illness Rating Scale.
J. AM. Geriatr. Soc.,1968, 16 : 622-626.

185. LINN M.W., LINN B.S.
The rapid disability rating scale-2.
J. Am. Geriatr. Soc., 1967, 15 : 211-216.

186. McKHANN G., DRACHMANN D., FOLSTEIN M., KATZMANN R., PRICE D., TADLAN E.M.
Clinical diagnosis of Alzheimer's disease : report of the NINCDS-ADRDA. A work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease.
Neurology, 1984, 34 : 939-944.

187. MEER B., BAKER J.A.
The Stockton Geriatric Rating Scale.
J.Gerontol., 1966, 21 : 393-403.

188. MERRIAM A.E., ARONSON M.K., GASTON P., WEY S-L, KATZ I.
The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease.
J. Am. Geriatr. Society, 1988, 36, 7-12.

189. MESSY J.
Besoin - Désir - Attente. Communication présentée au colloque ADEHPA - Perspective Santé, les 5 et 6 Octobre 1993.
Gestions Hospitalières, 1993, 330 : 650-655.

190. MESSY J.
Le temps du miroir brisé. Journal des psychologues, 1985, 26, Ed. Privat.

191. MIZRAHI A.
Les personnes âgées vivant en institution.
Cahier de la fondation Nationale de Gérontologie, 1979, n°11.

192. MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.
L'état de santé des personnes âgées s'est amélioré.
CREDES, 1993.

193. MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.
Evolution de l'état de santé. Risque vital et invalidité.
CREDES, Septembre 1989.

194. MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.
Trois approches nosologiques, fonctionnelle et socio-économique de l'état de santé des personnes âgées vivant en institution.
Rapport du CREDOC, Mars 1980.

195. MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.
Evolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution, France, 1977-88. CREDES, 1991.

196. MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.
Dépenses de soins et déficience : personnes âgées de 80 ans et plus en institution. France, 1987-1988. CREDES 1992

197. MIZRAHI An., SERMET C.
Personnes âgées en Institution : démographie et dépendance. France, 1987-1988. CREDES 1989.

198. MIZRAHI An., SERMET C.
Enquête sur les personnes âgées en institution. Méthode et déroulement de l'enquête, France,1987-1988. CREDES, 1988.

199. MOHS R.C., COHEN L.
Alzheimer's Disease Assessment Scale : ADAS.
Psychopharmacol. Bull., 1988, 24 : 627-628;

200. MONFORT J.C.
Agressivité du sujet âgé : Quand et comment faut-il la traiter ?
Psychogériatrie, Monographie, Revue du Praticien, 1994, 44, 11 : 1426-1430.

201. MONTGOMERY S., ASBERG M.
A new depression scale designed to be sensitive to change.
Brit. J. Psychiat., 1979, 134 : 382-389.

202. MORRIS J.N., HAWES C., FRIES B.E. et al.
Designing the national resident assessment instrument for nursing homes.
Gerontologist, 1990, 30 : 293-307.

203. MORRISS R.K., ROVNER B.W., FOLSTEIN M.F., GERMAN P.S.
Delusions in newly admitted residents of nursing homes.
Am. J. Psychiatr., 1990, 147, 3 : 299-302.

204. MOSHER-ASHLEY P.M., TURNER B.F., O'NEILL D.
Attitude of nursing and rest home administrators toward desinstitutionalized elders with psychiatric disorders.
Community mental health journal., 1991, 27, 4 : 241-253.

205. MUNGAS D., WEILER P., FRANZI C.
Assessment of disruptive behaviour associated with dementia: The Disruptive Behaviour Rating Scales. DBAS;
J. Geriatr. Psychiatr. Neurol., 1989, 2 : 196-202.

206. OKRA-PODRABINEK N., ROUDIER M.
Efets de l'alteration des fonctions supérieures sur la dépendance des sujets âgés et le coût médical.
Psychol. Med., 1991, 23, 3 : 289-292.

207. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.
La gérontopsychiatrie dans la collectivité.
La santé publique en Europe, 1981, 10.

208. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.
Classification Internationale des Handicaps.
CTNERHI-INSERM,1988.

209. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Classification Internationale des Maladies. Genève, Dixième révision, 1992.

210. OVERALL J.E., GORHAM D.R.
The Brief Psychiatric Rating Scale.
Psychol. Rep.,1962, 10, 799-812.

211. PARMELEE P.A., KATZ I.R., LAWTON M.P.
Depression among institutionalized aged : Assessment and prevalence estimation.
J. Gerontol. Med. Sci., 1989, 44 : 22-29.

212. PARMELEE P.A., KATZ I.R., LAWTON M.P.
Incidence of Depression in long-Therm Care Settings.
Journal of Gerontology, 1992, 47, 6 : 189-196.

213. PARMELEE P.A., KLEBAN M.H., LAWTON M.P., KATZ I.R.
Depression and cognitive change among institutionalized aged.
Psychol. Aging, 1991, 6 : 504-511.

214. PARMELLE P.A., SMITH B., KATZ I.R.
Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents.
J. Am. Geriat. Soc.,1993, 41, 5 : 517-522.

215. PATEL V., HOPE T.
Aggressive behaviour in elderly people with dementia : a review.
International journal of geriatric psychiatry, 1993, 8 : 457-472.

216. PATRON C.
Evaluation de l'autonomie dans le cadre du maintien à domicile de la personne âgée. La Revue de Gériatrie, 1980, 5 8 : 381-386.

217. PERSONNE M.
Relations et Dépendances dans un Service de Psychogériatrie.
L'Information Psychiatrique, 1991, 10 : 968-978.

218. PETER B.
Evaluer la dépendance.
In : Gérontologie. Duportet B., Ed.Sauramps medical, 1992.

219. PHILLIPS C.J., HENDERSON A.S.
The prevalence of depression among Australien nursing home residents : results using draft ICD 10 and DSM III-R criteria.
Psychol. Med., 1991, 21, 3 : 739-748.

220. PICHOT P., BRUN J.P.
Questionnaire bref d'auto-évaluation des dimensions dépressives, asthéniques et anxieuses.
Annales médico-psychologiques, Paris, 1984, 142 : 862-865.

221. PICHOT P., SAMUEL LAJEUNESSE B., BLANC J., GALOPIN D., SELVA G.
Une échelle d'observation du comportement des malades mentaux hospitalisés, "Nosie 30".
La Revue de Psychologie Appliquée, 1969, 19 : 35-43.

222. PLOTON L.
La démence sénile : un piège intellectuel.
La Revue de Gériatrie, 1983, 8, 4 : 173-175.

223. PLUTCHIK R., CONTE H., LIEBERMAN M., BAKUR M. et al.
Reliability and validity of a scale for assessing functioning of geriatric patients : The GRS.
J. Am. Geriatric Soc.,1970, 18 : 491-500.

224. POISAT J.L.
La tutelle vécue comme une perte de sa dignité humaine.
Psychologie médicale, 1990, 22, 12 : 1199-1200.

225. POITRENAUDJ., PIETTE F.
Une batterie de tests psychométriques pour l'évaluation du fonctionnement cognitif chez les sujets âgés.
La revue de Gériatrie, 1990, 15.

226. POLLAK C.P., PERLICK D.
Sleep problems and institutionalization of the elderly.
J. Psychiatr. Neurol., 1991, 4, 4 : 204-210.

227. POULHES L.
Les soins psychiatriques aux personnes âgées.
Cahiers de sociologie et de démographie médicales,1989, 10-12, 29, 4, 359-385.

228. POUS J.
Personnes âgées. Démographie, aides économiques et sociales, institutions sanitaires et sociales.
La Revue du Praticien, 1994, 44, 2 : 267-270.

229. POUS J., SALLES C., BOCQUET M., LELOUP M., ALBAREDE J.L.
Influence de l'autonomie, de l'âge, du sexe et du mode de vie antérieur.
La Revue de Gériatrie, 1980, 5, 9 : 425-430.

230. RAY W.A., TAYLOR J.A., LICHTENSTEIN M.J., MEADOR K.G.
The Nursing Home Behaviour Problem Scale.
J. Gerontol. 1992, 47 : 9-16.

231. **REISBERG B., BORENSTEIN J. , SALOB S.P.**
Behavioural symptoms in Alzheimer desease : phenomenology and treatment.
J. Clin. Psychiat., 1987, 48,9-15.

232. **REISBERG B., FERRIS S.H, De LEON M.J., CROOK T.**
The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am. J. Psy., 1982, 139 : 1136-1139.

233. **RICHARD J., DROZ P.**
Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie gérontologiques.
Confrontations psychiatriques, 1984, 24 : 275-298.

234. **RITCHIE . K., SEBAG-LANOË R., COLVEZ A., RENARD P.**
Les familles des personnes âgées démentes en institutions : étude préliminaire du stress ressenti par les familles et de la satisfaction à l'égard des soins.
La Revue de gériatrie, 1989.

235. **RITCHIE K.**
The screening of cognitive impairement in the elderly. A critical review of current methods.
J. Clin. Epid.,1988, 41 : 635-643.

236. **RITCHIE K., LEDESERT B.**
Evaluation comparative des personnes âgées atteintes de détérioration intellectuelle hébergées dans les structures de type "CANTOU" et dans des "Longs séjours hospitaliers". Fondation Nationale de Gérontologie.
Epidémiologie du vieillissement et des Incapacités, INSERM, Avril 1991.

237. **ROBINS L.N.**
Validity of the Diagnostic Inteview Schedule, version II, DSM-III diagnoses.
Psychological medicine, 1982 : 855-870.

238. **ROBINS L.N., HELZER J.E., WEISSMAN M.H. et col.**
Life time prevalence of specific psychiatric disorders in three sites.
Archives of General Psychiatry, 1984, 41, 949-958.

239. **ROSEN W.G., MOHS R.C., DAVIS K.L.**
A new rating scale for Alzheimer's disease.
Am. J. Psychiatry, 1984, 141, 1356-1364.

240. **ROSOWSKY E.**
Suicidal behavior in the nursing home and a postsuicide intervention.
Am. J. Psychother., 1993, 47, 1 : 127-142.

241. **ROTH M., TYM E., MOUNJOY C.Q., HUPPERT F.A., HENDRIE H., VERMA S., ODDARD R.**
CAMDEX : A standardized instrument for the the diagnosis of mental disordre in the elderly with special reference to the early detection of dementia.
Br. J. Psychiatry, 1986, 149, 697-709.

242. **ROUILLON F.**
Epidemiologie des maladies mentales.
Encyclopédie Médico-chirurgicale (Paris) Psychiatrie, 37878, A10, 10-1985, 16.

243. **ROVNER B.W., GERMAN P.S., BRANT L.J., CLARK R., BURTON L., FOLSTEIN F.**
Depression and mortality in nursing homes.
Jama, 1991, 27, 265, 8, 993-996.

244. ROVNER B.W., KAFONEK S., FILIPP, L., LUCAS M.J. , FOLSTEIN M.F.
Prevalence of mental illness in a community nursing home.
Am. J. Psychiatr., 1986, 143 : 1446-1449.

245. RUBENSTEIN L.Z.
Comprehensive Geriatric Assessment. Nex issue in geriatric care.
An. Intern. Med. , 1988, 108, 5 : 724-727.

246. RYAN D.P., TAINSH S., KOLODNY V.
Noise-Making Amongst the Elderly in long term care.
The Gerontologist, 1988, 28, 3.

247. RYDEN M.B., BOSSENMAIER M., MCLACHLAN C.
Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents.
Research in nursing home and health, 1991, 14, 2 : 87-95.

248. SABIN T.D., VITUG A.J., MARK V.H.
Are nursing home diagnosis and treatment inadequate ?
Jama, 1982, 248 : 321-322.

249. SABOYA A.
De l'utilité d'une échelle d'évaluation de l'autonomie pour un plan de soin psychogériatrique.
Mémoire pour la délivrance du certificat d'études spécialisées de psychiatrie.
Limoges, 1991.

250. SAILLON A.
Le dément en institution.
Psychiatrie Française, 1992, 3 : 56-59

251. SAKAUYE K.M., CAMP C.J.
Introducing psychiatric care into nursing home.
Gerontologist.1992, 32, 6 : 849-852.

252. SANTMYER K.S., ROCA R.P.
Gerontopsychiatry in long term care : a nurse centered approach.
J. Am. Geriatr. Soc., 1991, 39, 2 : 156-159.

253. SCHMITT L., DESSIBOURG C., RAYNAUD J.P.
Troubles du sommeil du sujet âgé.
Psychogériatrie, Monographie, Revue du Praticien, 1994, 44, 11 : 1436-1438.

254. SCHWARTZ G.E.
Development and validation of geriatric evaluation by relatives rating instrument GERRI.
Psychological Reports,1983, 53, 479-488.

255. SCHWEITZER M.G., PUIG-VERGES N.
Questions sur la recherche en épidémiologie psychiatrique.
Ann. Méd. Psychol., 1993, 151, 9 : 632-634.

256. SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DES PERSONNES AGEES.
La santé des personnes âgées, 1983.

257. SERMET C.
Les troubles mentaux dans les institutions pour personnes âgées.
Gérontologies,1989, 10, 72 : 49-51.

258. SERMET C.
La pathologie des personnes âgées de 80 ans et plus en institution. Enquête nationale, France 1987-1988. CREDES 1992.

259. SERRAF R.
Problèmes psychiatriques en Maison de Retraite.
Médecine et 3 ème âge, 1978, 1 : 25-32.

260. SERVICE DES STATISTIQUES DES ETUDES ET DES SYSTEMES D'INFORMATION (SESI).
Personnes âgées, environnement, santé, revenus.
Cahiers statistiques solidarité-santé. Paris : la documentation française, 1990.

261. SHADER R.I,HARMATZ J.S.
A new scale for clinical assessment in geriatric population : SCAG.
Journal of American Geriatric Society, 1974, 22 : 107-113.

262. SIEBENS H., TRUPE E., SIEBENS A., et col.
Correlates and Consequences of Eating Dependency in Institutionalized Elderly.
J. Am. Soc., 1986, 34 : 192-199.

263. SMYER M.A., SHEA D.G., STREIT A.
The provision and use of mental health services in nursing homes : results from the National Medical Expenditure Survey.
Am. J. Public Health, 1994, 2, 84, 284-287.

264. SNOWDON J., DONNELLY N.
A study of depression in nursing homes.
J. Psychiatr. Res.,1986, 20 : 327-333.

265. SPIEGEL R., BRUNNER C., REMINI-FUNFSCHILLING C., MONSCH D., NOTTER , PUXTY M., TREMMEL L.
A nex behavioural assessment scale for geriatric out-and-in patients : the NOSGER Nurses'Observation Scale for Geriatric Patients.
J. Am. Geriat. Soc. 1991, 39 : 339-347.

266. SUNDERLAND T., ALTERMAN I.S., YOUNT D., HILL J.L., TARIOT P.N., NEWHOUSE A., MUELLER E.A., MELLOW A.M., COHEN R.M.
A new scale for the assessment of depressed mood in demented patients.
Am. J. Psychiatry, 1988, 145 : 955-959.

267. TARIOT P.N., PODGORSKI C.A., BLAZINA L., LEIBOVICI A.
Mental disorders in the nursing home : another perspective.
Am. J. Psychiatry, 1993, 150, 7 : 1063-1069.

268. TERI L., LOGSDON R.
Assessment and management of behavioural disturbances in Alzheimer disease.
Compr. Ther., 1990, 16 : 36-42.

269. TERI L., BORSON S., KIYAK HA., YAMAGISHI M.
Behavioral disturbance, cognitive dysfunction, and functional skill : prevalence and relationship in Alzheimer's disease.
J. Am. Geriatr. Soc., 1989, 37 : 109-116.

270. TERI L., LARSON E.L., REIFLER B.V.
Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer's type.
J. Am. Geriatr. Soc., 1988, 36, 1-6.

271. TERI L., TRUAX PE., PEARSON J.
Caregiver depression and burden : What are the correlates ?
Gerontologist, 1988, 28 : 119-120.

272. TESSIER J.F.
La Psycho-Réhabilitation du sujet dément.
Psychogériatrie, Monographie, Revue du Praticien, 1994, 44, 11 : 1453-1456.

273. TESSIER J.F., LEGER J.M.
La dépression du sujet âgé : une question de mot.
Psychologie Médicale, 1988, 20 : 775-778.

274. TEYSSEDRE G.
Charge de travail infirmier en psychiatrie.
Gestions hospitalières, 225, 301-304, 1983.

275. THALASSINOS M., MASSON C., ROUILLON F.
Troubles mentaux chez les sujets hospitalisés. Etude épidémiologique dans un service de médecine interne.
La presse médicale, 1992, 21, 20.

276. TIERNEY M.C., FISHER R.H., LEWIS A.J. et al.
NINCDS-ADRDA Work Group criteria for the clinical diagnosis of probable Alzheimer's disease : A cliniopathologic study of 57 cases.
Neurology, 1988, 38, 359-364.

277. TILQUIN C.
La mesure des soins infirmiers requis.
Montréal, EROS, 1980.

278. TILQUIN C. et al.
PLAISIR : Planificatin Informatisée des soins infirmiers requis. EROS, Département d'administration de la Santé, Université de Montréal, 1984.

279. TUJA-CHASSAIN A., FESSLER J.M., PERRIER M. et coll.
Une grille de dépendance comme instrument de gestion d'un hôpital de long séjour. Gestions hospitalières, 1983, 226 : 585-591.

280. TWINING T.C., ALLEN D.G.
Disability factors among residents of old people's homes.
J. Epidemiol. Commun. Health., 1981, 35 : 205-207.

281. VAN ZONNEVELD R.J.
Etude épidémiologique sur l'état de santé et les besoins sanitaires des personnes âgées. 1 er Congrés Francophone de Gérontologie, Paris 1979, Ed. Masson, 1981.

282. VELLAS B., ALBAREDE J.L.
Evaluation du sujet âgé.
L'année Gérontologique, 1990, Ed. Maloine, Paris : 59-74.

283. VENN R.D.
The Sandoz Clinical Assessment-Geriatric scale : SCAG.
Gerontology, 1983, 29 : 185.

284. VERNIER L., DENIS P.
A propos des échelles d'évaluation des démences.
La Revue de Gériatrie, 1991, 16, 6 : 259-270.

285. VIGNAT J.P.
Critères et instruments diagnostiques. Evaluation et épidémiologie.
Actualités psychiatriques, 1989, 4 : 70-72.

286. VIGNAT J.P., ISRAËL L;, BROUTCHOUX F.
Recueil des données épidémiologiques et psychiatriques dans les enquêtes épidémiologiques chez les personnes âgées. 1 er Congrés Francophone de Gérontologie, 17-18 Septembre 1979, Paris Ed. Masson, 1981 : 421-442.

287. VITALIANO P.P., BREEN A.R., RUSSO J., et al.
The Clinical utility of the Dementia Rating Scale for assessing Alzheimer's patients.
J. Gerontol., 1984, 39 : 58-64.

288. VITALIANO P.P., RUSSO J., YOUNG H.M., BECKER J.M., MARIERO R.D.
The Screen for Caregiver Burden (SCB).
The Gerontologist, 1991, 31 : 76-83.

289. VITALIANO P.P., YOUNG H.M., RUSSO J.
Burden : A review of measures used among caregivers of individuals with dementia.
The Gerontologist, 1991, 31 : 67-75.

290. VOGLER M.
Analyse des temps et charge de travail.
Gestions hospitalières, 1988, 273 : 113-125.

291. WARR P., COOK J., WALL T.
Scales for the mesurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being.
J. Occup. Psych., 1979, 52 : 129-148.

292. WELLS Y., JORM A.F.
Evaluation of a special nursing home unit for dementia sufferers : a randomised controlled comparaison with community care.
Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 1987, 21 : 524-531.

293. WIDLÖCHER D.
Spécificité de l'approche clinique en psychiatrie. L'Approche Clinique en Psychiatrie.
Collection Les Empêcheurs de tourner en rond. Sous la direction de Pichot P. et Rein W, 1992, vol. 1 : 59-71.

294. WIDLOCHER D., JOUVENT R.
Affects et niveaux d'observation. Anxiété, dépression : Rupture ou continuité ?
Ellipses, Darcort G.and Pringuet D.,éds., Paris, 1987, 52-58.

295. WIDLOCHER D., PULL CB.
Une échelle d'évaluation de l'inhibition anxieuse.
Encéphale, 1988, 14 : 139-146.

296. WILKINSON I.M., GRAHAM-WHITE J.
Psycho-geriatric Dependency Rating Scale : a method for use by nurses.
Brit. J. Psychiatry., 1980, 137 : 558-565.

297. WING J.K. et al.
Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry.
Archives of General Psychiatry., 1990, 47 : 589-593.

298. WISTED B., RASMUSSEN A., PEDERSEN L.
The development of an observer scale for measuring social dysfunction and aggression, "SDAS".
Pharmacopsychiatry, 1990, 23 : 249-252.

299. WOLMARK Y.
Perte d'autonomie du sujet âgé. Etiologie, moyens d'évaluation, conséquences sur la prise en charge médico-sociale.
La Revue du Praticien, 1994, 44, 2 : 263-266.

300. WOOD P.
Comment mesurer les conséquences des maladies. La Classification Internationale des Infirmités, Incapacités, Handicaps.
Chronique OMS, 1980, 10 : 400-405.

301. WOOD P.
Classification of impairment and handicaps.
OMS / ICD/ Ref. 75-15. Geneve, OMS, 1975.

302. WORLD HEALTH ORGANISATION.
The International classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH / WHO). Geneva, World Health Organisation, 1980.

303. YESAVAGE J.A., BRINK T.L., ROSET L. et al.
Development and validation of a geriatric depression scale : a preliminary report.
J. Psychiatr.,1983, 17 : 37.

304. ZARIT J.M., ZARIT S.H.
Measuring burden and support in families with Alzheimer disease elders. Paper presented at the 35th. Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Boston, Massachusetts, 1982.

305. ZARIT S.H.
Aging and mental disorders.
Free Press New York, 1980.

306. ZARIT S.H., REEVER K.E., BACH-PATERSON J.
Relatives of the impaired elderly : Correlates of feelings of burden.
Gerontologist, 1980, 20 : 649-655.

307. ZIMMER J.G., WATSON W., TREAT A.
Behavioral problems among patients in skilled nursing facilities.
Am. J. Pub. Health, 1984, 74, 1118-1121.

308. ZUNG WWK.
The measurement of affects : depression and anxiety.
In PICHOT P.(ed). Psychological measurement in psychopathology.
Basel, Karger, 1974 : 170-188.

UNIVERSITE de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
SCD

11. BIBLIOGRAPHIE

- ALBY J.M., SANSOY P. , Handicap vécu, évalué. La pensée sauvage ed., 1987.
- BALIER C., FERRY-DRUENNE M., GOGNALONS-CAILLARD M. , Vieillissement individuel et vieillissement social. Cahier de la Fondation Nationale de Gérontologie, n°4, 1976.
- BEAUVOIR, SIMONE DE. , La Vieillesse, Gallimard, 1979.
- BECH P., Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems, Springer Verlag, 1993.
- BERNARD C., Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, Garnier Flammarion, 1966.
- BRUNNER N., COSTE P., GUYOMARC'H M., SARRE M.C. , Grand âge et Dépendance, EENSP, 1992.
- CICERON , Savoir vieillir, Arlea, 1990.
- COCTEAU J. , Orphée, Stock, 1989.
- DICTIONNAIRE DES PERSONNES AGEES DE LA RETRAITE ET DU VIEILLISSEMENT. Franterm, Paris, 1994.
- FERREY G., LE GOUES G., Psychopathologie du sujet âgé. Masson, 1989.
- FOUCAULT M. , Histoire de la folie, Plon, 1961.
- FRANTERM , Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement, Franterm, diffusé par Nathan, 1984.
- FREUD S. , Au delà du principe de plaisirEssais de Psychanalyse, Payot, 1981, Ma vie et la psy chanalyse, Gallimard, 1978, L'homme aux loups, Cinq psychanalyses, P.U.F., 1977.
- GIDE A.,Les nourritures terrestres. Folio, Ed. Gallimard, 1983.
- HARDY P. , Epidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections organiques. Nodules, P.U.F., 1993.
- JASPERS K., Psychopathologie Générale. Alcan, Paris, 1913.
- LEGER J.M., TESSIER J.F., MOUTY M.D. Psychopathologie du vieillissement. Collection de Psychiatrie Classique, Doin Ed. , 1989, Paris, 254 p.
- LEMPERIERE T., Les troubles mentaux des personnes âgées, Duphar-Upjohn, Série Médicalis, 1992.
- MAISONDIEU J. , Le crépuscule de la raison, Centurion, 1989.
- MANNOMI M. , Le Nommé et l'Innommable, Denoël, 1991.
- MESSY J. , La personne âgée n'existe pas, Petite bibliothèque Payot/Documents, 1992.
- MIAS L., DECOURT E. , Pour un art de vivre en long séjour. Bayard ed., 1993.
- MINOIS G., Histoire de la vieillesse, Fayard, 1987.
- MISHARA B.L., RIEDEL R.G., Le vieillissement, PUF, Paris, 1984.
- PETIT C. , Guide complet du Troisième âge. Lavauzelle, 1978.
- PITAUD P., VERCAUTEREN R. , Acteurs et enjeux de la gérontologie sociale. Pratique du champ social, Erès, 1993.
- PLOTON L., Démence et dépression, FNG, 1989. La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. Lyon, Chronique Sociale, 1990.
- PSYCHIATRIE FRANCAISE : l'âge qui vient. Vol. XXIII, Sept. 1992.
- RICHARD J., CONSTANDINIDIS J., BOURAS C., La maladie d'Alzheimer. PUF, Nodules, Paris, 1988.
- SIGNORET J.L., HAVW J.J. La Maladie d'Alzheimer et autres démences. Médecine Sciences, Flammarion, 1991.
- SIMEONE I., Introduction à la psychogériatrie. SIMEP, Lyon, 1989.
- VANDRYES P., L'autonomie du vivant. Ed. Maloine, Paris, 1981.
- VEYSSET B. , Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, 1989.
- Vivre son âge. Guide des services et établissements. 1989, DISSD/ DDASS.
- ZARIFIAN E. , Les jardiniers de la folie, Points, Ed. Odile Jacob, 1988.

12. TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 19

2. PREREQUIS ET DEFINITIONS 23

2.1 VIVRE EN MAISONS DE RETRAITE : 23

2.1.1 Introduction 23

2.1.2 Caractéristiques communes 24

2.1.3 Publiques ou privées 24

2.1.4 Médicalisées ou non 24

2.1.5 L'aspect financier 25

2.1.6 Le cas de la Haute-Vienne 26

2.2 LE ROLE DE L'INSTITUTION DANS LA GENESE DES TROUBLES 29

2.3 DES GRILLES OU ECHELLES D'EVALUATION 30

2.3.1 Introduction 30

2.3.2 Évaluation de la dépendance 33

2.3.3 Evaluation des activités de la vie quotidienne 35

2.3.4 Evaluation des troubles cognitifs 36

2.3.5 Evaluation des troubles anxieux et dépressifs 37

2.3.6 Evaluation des troubles du comportement 39

2.3.7 Evaluation globale 40

2.3.8 Conclusion 42

2.4 DE L'AUTONOMIE A LA DEPENDANCE OU L'AMBIGUITE DES CONCEPTS 43

2.4.1 Cadre juridique 43

2.4.2 Cadre théorique 44

2.4.3 Autonomie et personnes âgées 45

2.4.4 Dépendance ou interdépendance et personnes âgées 45

2.5 L'OMBRE DE L'AMOUR PERDU OU APPROCHE DU VIEILLISSEMENT 47

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE 50

4. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE 54

4.1 ELABORATION D'UN QUESTIONNAIRE STRUCTURE A REPONSES FERMEES 54

4.2 ETUDE DE FAISABILITE 55

4.3 DESCRIPTION DE L'OUTIL 55

4.4 DEFINITION DES VARIABLES 56

4.5 METHODE D'INVESTIGATION 62

4.6 POPULATION ET ECHANTILLONNAGE 62

4.7 ETHIQUE ET SECRET MEDICAL 65

5. METHODE D'ANALYSE 67

5.1 MATERIEL ET TYPE DE VARIABLES 67

5.2 ANALYSE STATISTIQUE 68

5.2.1 Descriptif simple 68

5.2.2 Descriptif croisé 68

6. RESULTATS ET DISCUSSION 71

6.1 DESCRIPTIF SIMPLE DE L'ECHANTILLON 71

6.1.1 Caractéristiques de l'échantillon 71

6.1.2 Description simple des tranches d'âge de notre échantillon 72

6.1.3 Descriptif simple des troubles psychocomportementaux 74

6.1.4 Descriptif simple des troubles physiques : pourcentage et nombre. 82

6.1.5 Descriptif simple des handicaps physiques et sensoriels. 84

6.1.6 Description simple des temps de travail 84

6.1.7 Descriptif de la variable "Rejet de la part de la famille". 86

6.1.8 Descriptif simple des diagnostics psychiatriques simplifiés par ordre décroissant 87

6.1.9 Description des diagnostics simplifiés en fonction de leur moyenne d'âge 89

6.1.10 Description des diagnostics psychiatriques simplifiés en fonction des tranches d'âges 90

6.1.11 Description simple des suivis psychiatriques 92

6.1.12 Description simple de la variable "Demande de consultation psychiatrique". 94

6.2 CROISEMENTS ET ETUDE DES CORRELATIONS 95

6.2.1 Etude des troubles en fonction de l'âge et des tranches d'âges 95

6.2.2 Etudes des croisements entre les variables et la variable "sexe" 100

6.2.3 Etude des troubles en fonction de l'existence d'une demande de consultation psychiatrique 104

6.2.4 Etude des troubles en fonction des temps de travail infirmiers et aides soignantes 106

6.2.5 Etude des troubles en fonction des sub-scores : psychique, physique et des temps de travail infirmiers et aides soignants 110

6.2.6 Etude des troubles en fonction du rejet de la famille 110

6.2.7 Etude des croisements avec l'item "Troubles de la mémoire" 113

6.3 AVANTAGES ET LIMITES 115

6.3.1 Biais 115

6.3.2 Avantages 115

7. ENSEIGNEMENTS ET PROPOSITIONS DE NOTRE ETUDE 118

7.1 LE CONCEPT DE DEPENDANCE, D'AUTONOMIE ET LE VIEILLISSEMENT. 119

7.2 ELABORATION D'UNE POLITIQUE DE SOINS Y COMPRIS PSYCHIATRIQUE 120

7.2.1 Situation du soin : curatif, préventif ou palliatif 120

7.2.2 Pour la Tolérance 121

7.2.3 Valeurs morales, déontologiques et éthiques 121

7.2.4 Besoins, désirs et plaisirs : pour une approche hédonique des troubles de la vieillesse 122

7.2.5 Dédramatisation des comportements sexuels 123

7.2.6 Vers des traitements non pharmacologiques 124

7.3 SOINS SECONDAIRES : LA CONSULTATION ET LE SUIVI PSYCHIATRIQUE 125

7.4 PRISE EN COMPTE DE L'ASPECT FINANCIER 127

7.4.1 Nécessité d'une formation en pathologie mentale 127

7.4.2 Orientation - adéquation des pensionnaires : nécessité d'une coopération - coordination 130

7.4.3 Prévenir le syndrôme de stress (Burn out syndrome) 130

7.4.4 L'approche de la mort 131

7.5 PRISE EN COMPTE DES FAMILLES 131

7.6 PRISE EN COMPTE DE L'ASPECT FINANCIER 131

7.7 EVALUATION ET RECHERCHE 132

7.7.1 Evaluation de la qualité de la vie 132

7.7.2 Proposition d'une grille de charge de travail psychiatrique 133

8. CONCLUSION 136

9. ANNEXES 139

9.1 GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES 139

9.2 RESULTATS DU DESCRIPTIF SIMPLE MINIMUM 139

10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 149

11. BIBLIOGRAPHIE 172

12. TABLE DES MATIERES 173

13. TABLES DES ILLUSTRATIONS 176

13.1 TABLE DES FIGURES 176

13.2 TABLE DES GRAPHIQUES 176

13.3 TABLE DES TABLEAUX 177

UNIVERSITÉ de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
SCD

13. TABLES DES ILLUSTRATIONS

13.1 TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : REPARTITION DES SUJETS DE PLUS DE 75 ANS EN HAUTE-VIENNE. 27

FIGURE 2 : REPARTITION DES MAISONS DE RETRAITE DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE. 27

FIGURE 3 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES LITS. 28

FIGURE 4 : REPARTITION DES PLACES EN MAISONS DE RETRAITE. (ENQUETE PERSONNELLE, MARS 1994) 28

FIGURE 5 : REPARTITION DES LITS MEDICALISES OU NON. 28

13.2 TABLE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1 :REPARTITION DES TRANCHES D'AGES 73

GRAPHIQUE 2 : PREVALENCE DES HANDICAPS EN FONCTION DES TRANCHES D'AGES. 83

GRAPHIQUE 3 : COMPARAISON DES TEMPS DE TRAVAIL INFIRMIERS ET AIDES SOIGNANTS. 85

GRAPHIQUE 4 : NOMBRE DE VISITES PAR MOIS DU MEDECIN GENERALISTE 85

GRAPHIQUE 5 : IMPORTANCE DES TEMPS DE TRAVAIL EN FONCTION DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES SIMPLIFIES 86

GRAPHIQUE 6 : DESCRIPTIF DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES SIMPLIFIES EN FONCTION DE L'AGE. 89

GRAPHIQUE 7 : PREVALENCE DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES EN FONCTIONS DES TRANCHES D'AGES. 90
GRAPHIQUE 8 : COMPARAISON DES TYPES DE SUIVI PSYCHIATRIQUE EN FONCTION DES TRANCHES D'AGES. ...93
GRAPHIQUE 9 : EVOLUTION DE L'IMPORTANCE DES TROUBLES DE LA MARCHE EN FONCTION DES TRANCHES D'AGES. 98
GRAPHIQUE 10 : EVOLUTION DE L'IMPORTANCE DES TROUBLES DE LA MEMOIRE EN FONCTION DES TRANCHES D'AGE (ABSENCE DE DIFFERENCE SIGNIFICATIVE). 113
GRAPHIQUE 11 : TROUBLES DE LA MEMOIRE EN FONCTION DES DIAGNOSTICS SIMPLIFIES. 113

13.3 TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: COMPARATIF ET PROPORTION DES PERSONNES AGEES DE LA HAUTE-VIENNE. 26
TABLEAU 2 : EVALUATION DE LA DEPENDANCE. 33
TABLEAU 3 : EVALUATION DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE. 35
TABLEAU 4 : EVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS. 36
TABLEAU 5 : EVALUATION DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS. 37
TABLEAU 6 : EVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT. 39
TABLEAU 7 : EVALUATION GLOBALE. 40
TABLEAU 8 : PRESENTATION DE NOTRE ECHANTILLON. 63
TABLEAU 9: DESCRIPTION DES MAISONS DE RETRAITE ET DE L'ECHANTILLONNAGE. 64
TABLEAU 10 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON. 71
TABLEAU 11 : PRESENTATION DES ENQUETES PORTANT SUR LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES. 72
TABLEAU 12 : TRANCHES D'AGES, NOMBRE ET POURCENTAGE. 73
TABLEAU 13 : DESCRIPTIF SIMPLE DES TROUBLES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX. 75
TABLEAU 14 : COMPARATIF DES POURCENTAGES DE PENSIONNAIRES SANS TROUBLES. 76
TABLEAU 15 : COMPARATIF : ÉTUDE MIZRAHI AN. ET AR. ÉVOLUTION DES DEFICIENCES ET DES SOINS AUX PERSONNES AGEES EN INSTITUTION, FRANCE 1977-1988, 1993, CREDES. 78
TABLEAU 16 : DESCRIPTIF DES TROUBLES PHYSIQUES. 82
TABLEAU 17 : DESCRIPTIF DES HANDICAPS PHYSIQUES ET SENSORIELS. 84
TABLEAU 18 : DESCRIPTIF SIMPLE DES TEMPS DE TRAVAIL. 84
TABLEAU 19 : DESCRIPTIF SIMPLE DE LA VARIABLE "REJET DE LA PART DE LA FAMILLE". 86
TABLEAU 20 : DESCRIPTIF SIMPLE DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES. 87
TABLEAU 21 : COMPARATIF DE PREVALENCE DE LA DEPRESSION CHEZ LE SUJET AGE. 88
TABLEAU 22 : COMPARATIF DE LA PREVALENCE DE LA DEMENCE. 89
TABLEAU 23 : DESCRIPTIF SIMPLE DES SUIVIS PSYCHIATRIQUES. 92
TABLEAU 24 : COMPARATIF DES SUIVIS PSYCHIATRIQUES DANS DIFFERENTES ETUDES. 93
TABLEAU 25 : DESCRIPTIF SIMPLE DE L'EXISTENCE D'UNE DEMANDE D'UNE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE PAR LES SOIGNANTS. 94
TABLEAU 26 : TROUBLES PRESENTANT UNE LIAISON STATISTIQUE AVEC L'AGE OU UNE TRANCHE D'AGE. 95
TABLEAU 27 : TROUBLES SANS LIAISON SIGNIFICATIVE AVEC L'AGE ET LES TRANCHES D'AGES. 95
TABLEAU 28 : RECAPITULATIF DES LIAISONS NEGATIVES AVEC L'AGE. 97
TABLEAU 29 : RECAPITULATIF DES VARIABLES LIEES A UNE TRANCHE D'AGE. 99
TABLEAU 30 : DESCRIPTIF DES VARIABLES LIEES AUX SEXES. 100
TABLEAU 31 : DESCRIPTIF DES VARIABLES INDEPENDANTES DU SEXE. 101
TABLEAU 32 : TABLEAU RECAPITULATIF DES LIAISONS AVEC LA VARIABLE HOMME OU FEMME. 103
TABLEAU 33 : DESCRIPTIF DES LIAISONS AVEC L'EXISTENCE D'UNE DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE. 104
TABLEAU 34 : DESCRIPTIF DES TROUBLES NON LIES A L'EXISTENCE D'UNE DEMANDE DE CONSULTATION PSYCHIATRIQUE. 105
TABLEAU 35 : DESCRIPTIF DES TROUBLES LIES AUX TEMPS DE TRAVAIL DES SOIGNANTS (POPULATION RECODEE SANS DEFICIT PHYSIQUE ; N = 320). 107
TABLEAU 36 : DESCRIPTIF DES TROUBLES INDEPENDANTS DES TEMPS DE TRAVAIL DES SOIGNANTS. 109
TABLEAU 37 : DESCRIPTIF DES DIFFERENCES ENTRE LES SUB-SCORES. 110
TABLEAU 38 : DESCRIPTIF DES TROUBLES PRESENTANT UNE LIAISON AVEC LA VARIABLE "PRESENTE UN REJET DE LA PART DE LA FAMILLE". 111
TABLEAU 39 : DESCRIPTIF DES LIAISONS AVEC LA VARIABLE "TROUBLE DE LA MEMOIRE". 114
TABLEAU 40 : PROPOSITION D'UNE ECHELLE DE CHARGE DE TRAVAIL PSYCHIATRIQUE. 134

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

Reconnaissants envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 58

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

L'accroissement du nombre et de l'âge de nos aînés est en passe de devenir l'un des problèmes majeurs de santé publique. Les conséquences induites par cette nouvelle population sont d'ordre moral, éthique et économique.

Contrairement aux troubles physiques, de nombreuses interrogations persistent concernant l'importance et les conséquences de la maladie mentale du sujet âgé, l'évaluation de celle-ci étant rendue compliquée par la complexité des intrications biologiques, psychiques et sociales.

Nous avons choisi de rapporter la prévalence des troubles psycho-comportementaux simples et observables par les soignants au travers d'un interrogatoire structuré à 58 variables auprès de 441 pensionnaires représentant 20% de la population en maisons de retraite dans le département de la Haute-Vienne entre Juillet 1993 et Mars 1994.

41 troubles psychiatriques sont ainsi comparés à des variables descriptives, physiques, au temps de travail des soignants, à un diagnostic psychiatrique simplifié et au type de suivi psychiatrique. L'existence d'un item de demande de consultation émanant des soignants permet par l'étude des corrélations d'apporter des précisions quant à la dépendance psychique et la tolérance des troubles psychiatriques en institution.

Les principaux résultats mettent en valeur l'importance des troubles psychiques dans les maisons de retraite et en particulier le poids des troubles thymiques les plus liés avec l'existence d'une demande de consultation psychiatrique et la charge de travail des soignants.

Les résultats remettent en question les données habituelles liées au vieillissement, attachées au modèle médical hypothético-déductif qui est inadapté en géronto-psychiatrie. La formation des soignants est une nécessité d'avenir pour une politique de santé tournée vers des soins plus préventifs et palliatifs que curatifs.

La santé mentale requiert des soins spécialisés respectant la dignité et les désirs de nos aînés, impliquant une approche plus hédonique de la vie et des troubles accompagnant le vieillissement.

MOTS-CLES :

- Epidémiologie
- Troubles mentaux
- Personne âgée
- Maison de retraite
- Institution
- Dépendance psychique
- Charge de travail