



Thèse

2004

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Détection des troubles psychiatriques de l'âge avancé à l'hôpital général : un exemple d'évaluation de l'activité de liaison psychogériatrique

Hentsch, François

How to cite

HENTSCH, François. Détection des troubles psychiatriques de l'âge avancé à l'hôpital général : un exemple d'évaluation de l'activité de liaison psychogériatrique. Doctoral Thesis, 2004. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:238

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:238>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:238](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:238)

UNIVERSITE DE GENEVE

FACULTE DE MEDECINE

Section de Médecine Clinique

Département de Psychiatrie

Division de Psychiatrie Gériatrique

Thèse préparée sous la direction du Professeur Panteleimon Giannakopoulos

**DETECTION DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DE L'AGE AVANCE
A L'HOPITAL GENERAL : UN EXEMPLE D'EVALUATION DE
L'ACTIVITE DE LIAISON PSYCHOGERIATRIQUE**

Thèse

Présentée à la Faculté de Médecine

De l'Université de Genève

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

Par

François HENTSCH

De

Netstal (Glaris)

Thèse n° 10354

Genève 2004

Thèse

Présentée à la Faculté de Médecine
De l'Université de Genève pour
Obtenir le grade de

Docteur en médecine

Université de Genève

2004

Vue et approuvée par Professeur Panteleimon Giannakopoulos
Directeur de thèse

Dr François Herrmann, privatdocent
Codirecteur de thèse

Spécialisation : Psychiatrie

Date : 10 février 2004

Université de Genève

Résumé

**DETECTION DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DE L'AGE
AVANCE A L'HOPITAL GENERAL: UN EXEMPLE
D'EVALUATION DE L'ACTIVITE DE LIAISON
PSYCHOGERIATRIQUE**

par François HENTSCH

Directeurs de thèse : Professeur Panteleimon Giannakopoulos

Service de Psychiatrie gériatrique

Codirecteur de thèse : Dr François Herrmann, privatdocent

Département de réhabilitation et gériatrie

Ce travail concerne tous les patients adressés à la consultation de liaison psychogériatrique à l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève pendant une période d'une année. L'étude regroupe 1106 patients et dresse un tableau détaillé de cette population et de l'activité de la consultation. La concordance entre le motif de la demande et le diagnostic final est très moyenne pour les troubles névrotiques, les troubles organiques et légèrement supérieure pour les troubles dépressifs. Les plus faibles concordances sont observées en chirurgie pour ces trois groupes diagnostiques, aux urgences pour les troubles névrotiques et dans les services de réadaptation pour les troubles dépressifs. Ces résultats suggèrent que le contexte dans lequel se déroulent les soins a une influence sur la reconnaissance des troubles et révèlent la nécessité d'actes de formation ciblés en fonction du profil de chaque service pour améliorer le dépistage des troubles psychiatriques de l'âge avancé.

REMERCIEMENTS

- L'auteur voudrait avant tout remercier son épouse pour son aide précieuse.
- Le professeur Panteleimon Giannakopoulos pour avoir accepté d'être responsable de cette thèse, pour le temps investi en moi et dans ce travail, pour son soutien constant.
- Le Dr François Herrmann, pour sa grande disponibilité, ses nombreux et judicieux conseils.
- La Drsse Alessandra Canuto qui m'a très utilement conseillé lors de la préparation de ce travail et lors de la correction.
- Le professeur François Ferrero pour m'avoir permis de réaliser cette thèse

Table des matières

Introduction	8
<i>Le concept de liaison : évolution historique</i>	8
<i>Evaluation de la liaison psychiatrique</i>	9
Objectifs	11
Patients et méthodes	12
<i>Historique et description des services</i>	12
<i>Méthode de recueil des informations</i>	13
<i>Le rapport d'intervention (contenu)</i>	14
Variables examinées	14
Données démographiques.....	14
Motif d'hospitalisation.....	14
Motif de consultation.....	14
Traitement en cours et intervention sur le traitement psychotrope.....	15
Diagnostic.....	15
Analyse statistique	16
<i>Mesure de l'accord entre motifs de consultation et diagnostics psychiatriques</i>	16
<i>Interprétation du Kappa</i>	17
Résultats	18
<i>Démographie</i>	18
<i>Motifs d'hospitalisation</i>	19
<i>Liste des services</i>	20
<i>Motifs de la demande de consultation</i>	20
<i>Répartition des motifs de consultation par service</i>	21
<i>Intervention psychiatrique et suivi</i>	22
<i>Diagnostic psychiatrique : répartition des diagnostics par service</i>	23
<i>Concordance entre motif de consultation et diagnostic final</i>	24
<i>Concordance par service</i>	25
<i>Concordance et âge</i>	26

<i>Concordance et présence ou absence d'un traitement psychotrope pouvant orienter le diagnostic</i>	26
Concordance et traitement antidépresseur.....	26
Concordance et traitement neuroleptique.....	27
<i>Identification des troubles psychiatriques par le médecin demandeur</i>	29
<i>Intervention sur le traitement psychotrope</i>	30
Etat de médication avant la consultation.....	30
Attitude de prescription.....	32
<i>Discussion</i>	34
<i>Répartition des demandes de consultation et des diagnostics.....</i>	<i>34</i>
<i>Influence de la pathologie psychiatrique sur la concordance</i>	<i>35</i>
<i>Influence du contexte de soins sur la concordance</i>	<i>38</i>
<i>La prescription des psychotropes à la liaison psychogériatrique</i>	<i>39</i>
<i>Conclusions.....</i>	41
<i>Références</i>	43
<i>Annexe</i>	47

Table des illustrations

<i>Tableau 1 : Degré d'accord et valeur de Kappa</i>	<i>17</i>
<i>Tableau 2 : répartition des âges</i>	<i>18</i>
<i>Tableau 3 : état civil des patients</i>	<i>18</i>
<i>Tableau 4: motif d'hospitalisation.....</i>	<i>19</i>
<i>Tableau 5 : liste des services</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 6 : motifs de demandes de consultation</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 7 : répartition des motifs de consultation par services.....</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 8 : suivi des patients.....</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 9 : répartition des diagnostics par services</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 10: concordance générale</i>	<i>24</i>
<i>Tableau 11 : concordance par service.....</i>	<i>25</i>
<i>Tableau 12: Concordance avec traitement antidépresseur</i>	<i>26</i>
<i>Tableau 13: Concordance sans traitement antidépresseur</i>	<i>26</i>
<i>Tableau 14: Concordance avec traitement neuroleptique.....</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 15: Concordance sans traitement neuroleptique</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 16: état de médication.....</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 17 : attitude de prescription.....</i>	<i>32</i>
 <i>Figure 1: Etat de médication avant la consultation si un psychotrope</i>	 <i>30</i>
<i>Figure 2: Etat de médication avant la consultation si deux psychotropes</i>	<i>30</i>
<i>Figure 3 : attitude de prescription.....</i>	<i>33</i>

Introduction

Le concept de liaison : évolution historique

La psychiatrie de liaison a été instaurée aux Etats-Unis aux débuts des années 30 comme faisant partie d'un mouvement visant à rapprocher la psychiatrie de la médecine générale après des décennies de séparation géographique et conceptuelle. En effet, au début du 20ème siècle, une parmi les critiques les plus persistantes par rapport à l'activité des psychiatres était que ceux-ci sont isolés du reste de la communauté médicale, ne se tiennent pas au courant de l'évolution de la médecine générale et agissent dans une certaine autosuffisance ⁽¹⁶⁾.

Dans les années 20 et 30 les unités psychiatriques ont commencé à s'implanter en nombre croissant dans les hôpitaux généraux permettant ainsi de resserrer les liens entre la psychiatrie et la médecine sur le plan des soins aux patients, de l'enseignement et des études cliniques. Evolution logique de ce développement, des efforts ont été faits pour offrir des consultations psychiatriques aux médecins travaillant dans les différentes divisions des hôpitaux généraux.

En 1929, George W. Henry a publié un article où il a énoncé les avantages et difficultés d'établir des relations professionnelles régulières entre le psychiatre consultant et les collègues médecins et chirurgiens ⁽³⁹⁾. Dans les années qui ont suivi, bon nombre d'hôpitaux universitaires ont commencé à développer ces liens de manière plus organisée avec parfois la mise en place de véritables structures de liaison travaillant sans unité de soins, au lit du malade, offrant des consultations psychiatriques et de l'enseignement.

Parallèlement à ces activités de consultation, les psychiatres se sont engagés dans des recherches à l'interface de la médecine et de la psychiatrie. L'émergence de la médecine psychosomatique dans les années 30 a stimulé l'intérêt pour ces recherches. Après 1945, les services de liaison ont commencé à se multiplier de même que la littérature sur les aspects conceptuels de cette psychiatrie extra-muros, la formulation de ses objectifs et ses modes d'action a commencé à se complexifier. Dans sa forme la plus simple, la consultation de liaison aboutissait à l'établissement d'un diagnostic et à des conseils thérapeutiques et impliquait peu de contacts avec l'équipe soignante et rarement de l'enseignement ⁽⁴⁰⁾.

Dans les années 50 et 60 l'approche s'est élargie vers un intérêt pour la personnalité du patient et son influence dans la réaction face à la maladie, vers les situations de crises et les psychothérapies au lit du patient. On s'est aussi intéressé aux médecins eux-mêmes et plus particulièrement aux problèmes relationnels qu'ils pouvaient rencontrer avec les patients, l'équipe soignante et l'entourage familial. Au cours des années 70 les consultations de liaison ont continué leur expansion dans de nombreux centres universitaires, l'enseignement de la psychiatrie de liaison devenant progressivement une partie intégrante de la formation du psychiatre. Parallèlement, de nouveaux problèmes cliniques à la frontière entre médecine et psychiatrie ont été identifiés et des nouvelles technologies médicales ont fait apparaître des problèmes éthiques liés aux droits des patients d'accepter ou refuser un traitement. A titre d'exemple, l'hémodialyse, la chirurgie cardiaque, les soins intensifs, la transplantation d'organe et la chirurgie de l'obésité ont poussé la psychiatrie de liaison à s'adapter aux avancées thérapeutiques de manière à pouvoir « parler la même langue » que le somaticien mais aussi à être en mesure d'offrir un conseil sur le diagnostic, la prise en charge et la prévention des problèmes psychiatriques associés à ce type de soins.

Evaluation de la liaison psychiatrique

Les troubles psychiatriques sont fréquents (très probablement plus de 12%) parmi les patients médicaux et chirurgicaux d'un hôpital général^(5 ; 8 ; 28). Les auteurs des travaux qui ont proposé cette prévalence^(5 ; 28) considéraient cette estimation de manière certaine comme trop faible puisque ne tenant pas compte des faux négatifs. Dans les mêmes études on a démontré une détection des troubles psychiatriques par l'équipe médicale entre 40% et 44%.

Si l'on ne considère que la population gériatrique, qui constitue une portion croissante des admissions dans les hôpitaux généraux et en conséquence une portion croissante des demandes d'intervention de liaison, la prévalence des troubles psychiatriques monte probablement entre 40% et 50%^(15 ; 18 ; 31). Cependant le nombre de patients qui sont adressés à une consultation de psychiatrie gériatrique de liaison n'est pas très élevé^(9 ; 11 ; 19). Dans une étude récente réalisée dans un hôpital proche géographiquement (CHUV)⁽¹⁹⁾ on a démontré que seuls 3% des patients d'âge gériatrique admis dans cet hôpital

étaient adressés au psychogériatre alors que la prévalence des troubles psychiatriques chez le patient âgé est bien plus élevée (5-10% démence ; 4-10% troubles de l'humeur ; 10-50% delirium ^(33 ; 34)).

Les raisons proposées pour expliquer cette constatation est que l'on tolère chez le patient hospitalisé des changements de comportement qu'on attribue à une réaction normale à la situation comme une certaine tristesse ou de l'anxiété ⁽¹⁰⁾ . Chez le sujet âgé, on tolère même un certain degré de confusion ainsi que des troubles de mémoire souvent considérés comme un événement inéluctable lié au processus de vieillissement.

Si l'on compare les demandes faites pour les patients jeunes, les patients âgés sont adressés plus souvent pour des problèmes d'agitation et d'évaluation des capacités de discernement ⁽²⁵⁾. Les autres demandes habituelles concernent la dépression, l'anxiété, ainsi que les perturbations liées aux troubles mentaux organiques qui interfèrent avec la prise en charge médicale (altération de la mémoire, de l'idéation, du jugement, de la compréhension, du langage, désorientation, détérioration du contrôle du comportement social et émotionnel) ou des demandes d'aide dans la gestion du traitement psychotrope ou encore de la compliance. ⁽¹⁴⁾

Plusieurs études ^(20 ; 21 ; 24 ; 31) ont démontré l'utilité de telles consultations, en particulier pour les patients gériatriques, en termes d'amélioration du rapport coût-efficacité. Un raccourcissement du séjour hospitalier, une diminution des réhospitalisations, une diminution des transferts en maison de retraite et une amélioration du fonctionnement global ont été objectivés lorsqu'il y avait une concordance entre les recommandations du consultant et ce dont bénéficie effectivement le patient ^(1 ; 20). D'autres études ne parviennent pas à démontrer d'influence sur la durée du séjour ou sur le coût, mais il faut observer que ces études ont été effectuées sur des populations plus jeunes et évaluent l'effet d'une visite unique du psychiatre ou comparent des petits groupes de patients dont l'inhomogénéité influence de manière décisive les résultats ^(4 ; 5).

Objectifs

La présente étude s'est intéressée aux patients chez qui l'équipe médicale responsable a détecté un problème psychiatrique. Nous avons ensuite comparé le motif de la demande de consultation avec le diagnostic du psychiatre et cherché à savoir si l'activité du service, l'âge du patient, la présence ou l'absence de médicament psychotrope avant la consultation pouvait avoir une influence sur cette concordance.

Les objectifs de cette étude sont :

- I. de dresser un tableau détaillé de l'activité de liaison psychogériatrique à Genève
- II. de mettre en évidence les sites hospitaliers où des actes de formation seraient nécessaires pour améliorer le dépistage des troubles psychiatriques à l'âge avancé
- III. de rechercher des facteurs liés aux patients ou aux médecins pouvant avoir une influence sur la concordance diagnostique

Il s'agit de la première étude d'évaluation de l'activité de liaison psychogériatrique à Genève.

Patients et méthodes

Historique et description des services

La présente étude a été effectuée dans l'unité de psychiatrie gériatrique de liaison de l'hôpital cantonal de Genève (COPSYGER) qui collabore avec toutes les spécialités non-psychiatriques. Il s'agit d'un service de consultation qui répond à une demande d'avis spécialisé provenant d'un médecin non psychiatre.

La structure hospitalière dans laquelle a été effectuée cette étude inclut l'activité de liaison psychogériatrique sur trois grands sites hospitaliers du canton de Genève.

- I. L'hôpital cantonal de Genève qui est un centre hospitalo-universitaire de soins aigus. Il comprend un département de médecine interne avec un centre d'accueil et d'urgence (CAU) qui est une structure commune à tout l'hôpital, des soins intensif de médecine (SIM), des services médicaux de soins aigus, un département regroupant les cliniques de neurologie, oto-rhino-laryngologie et dermatologie, un département de chirurgie regroupant un service d'urgence (CAU), de soins intensifs de chirurgie (SIC) et les différentes spécialités chirurgicales. (777 lits)
- II. Le service de médecine interne et de réhabilitation de Beau-Séjour (SMIR) est directement rattaché à l'hôpital cantonal, et assure la suite des soins aigus et la réadaptation des différents départements de l'hôpital cantonal. (205 lits)
- III. Le centre de soins continus (CESCO) assure les suites de soins gériatriques et comprend une unité de soins palliatifs. (104 lits)

L'ensemble étudié dispose de 1086 lits, fait partie des Hôpitaux Universitaires de Genève et accueille près de 3500 admissions par année ⁽⁴⁴⁾.

La structure de consultation de liaison de psychogériatrie a été créée en 1965. Elle dépendait initialement du département de réhabilitation et gériatrie dont elle était une antenne dans l'hôpital général mais fonctionnait uniquement avec des médecins psychiatres. Elle avait été créée à la demande des services médicaux et avait pour but d'évaluer les patients gériatriques hospitalisés pour un motif somatique mais présentant également un problème psychiatrique pour lequel il

s'agissait d'établir un diagnostic psychiatrique et proposer une attitude (examen complémentaire, traitement).

En 1990, ce service s'est appelé Bilan de gériatrie et employait une équipe médicale composée à la fois de gériatres et de psychiatres.

Dès 1998 le service a été scindé en deux. Le Bilan de gériatrie continue les évaluations des patients gériatriques sur un plan somatique uniquement. Une consultation spécifiquement psychiatrique, la COPSYGER a été créée. Elle dépend depuis du département de psychiatrie. Au moment de l'étude, cette antenne était composée d'un médecin psychiatre chef de clinique et de deux médecins internes effectuant leur formation en psychiatrie.

Le service répond aux demandes les jours ouvrables et aux heures de bureaux. En dehors de ces heures, les demandes urgentes sont traitées par un psychiatre affilié au service d'urgence. Ces interventions ne font pas partie de cette étude.

Méthode de recueil des informations

Nous avons choisi d'effectuer une étude rétrospective sur une période d'observation qui s'est portée sur l'année universitaire 1999 - 2000, et concerne tous les patients d'âge gériatrique (âge limite inférieur : 62 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes) pour lesquelles une demande a été adressée au secrétariat de la consultation.

La secrétaire du service relève le nom du médecin qui effectue la demande, le service dans lequel il travaille, le nom du patient, sa date de naissance, le motif de la consultation et le degré d'urgence.

Selon le degré d'urgence, les patients sont examinés dans les heures qui suivent la demande jusqu'à 48 h au plus.

Chaque demande d'intervention fait l'objet d'une transmission orale ou d'une note manuscrite qui est laissée dans le dossier du patient, résumant l'essentiel du problème et formulant des propositions. Un rapport complet est ensuite rédigé par le psychiatre-consultant et est adressé au médecin demandeur. Un double de chaque rapport est conservé dans les archives du service.

Les rapports sont classés par ordre alphabétique et ont été revus (n=1106) avec une recherche systématique des éléments déterminant le protocole.

Le rapport d'intervention (contenu)

Les rapports d'intervention durant la période d'observation font état :

- du motif de la demande de consultation
- du motif d'hospitalisation
- des éléments anamnestiques significatifs
- du traitement du patient en cours
- du status psychiatrique
- du diagnostic psychiatrique
- d'une discussion avec des propositions

Variables examinées

Le protocole utilisé (annexe) a permis de collecter 22 données pour chaque patient.

Données démographiques

Si certaines informations ont été relevées systématiquement par le psychiatre consultant (age 100%, sexe 100%, état civil 87%, lieu de vie avant l'hospitalisation 91%) d'autres informations le sont moins (niveau de scolarité 30%, enfants 70%).

Motif d'hospitalisation

Le motif d'hospitalisation est donné par le médecin demandeur. Le plus souvent formulé sous la forme d'un diagnostic médical, ils ont été regroupés dans la liste des catégories (à trois caractères) de la classification internationale des maladies CIM 10 ⁽³⁶⁾.

Motif de consultation

Durant la phase de préparation de ce travail, une partie des dossiers de l'année 1998-1999 ont été analysés pour tester le protocole (env. 500). L'observation de la formulation des demandes de consultation nous a amenés à choisir les dix motifs de demandes suivants : évaluation du discernement et refus de soins, évaluation psychiatrique et/ou du traitement médicamenteux, trouble du comportement (agitation, agressivité), confusion, anxiété, état dépressif, tentative

de suicide, trouble de sommeil, alcool et toxicomanie, et une rubrique "autre" incluant des motifs de consultations, aussi divers qu'évaluation du placement, trouble somatoforme et syndrome douloureux chronique.

Traitement en cours et intervention sur le traitement psychotrope

Seuls les traitements psychotropes ont été relevés et ont été regroupés en plusieurs catégories : les neuroleptiques typiques et atypiques, les antidépresseurs sérotoninergiques (serotonine selective reuptake inhibitors : SSRI), tricycliques (tricyclic antidepressant : TCA), inhibiteurs de la monoamine oxydase (reversible inhibitor of monoamine oxydase A : RIMA's), mixtes (serotonine and norepinephrine reuptake inhibitors : SNRI), autres antidépresseurs (serotonine 2 antagonist/reuptake inhibitor : SARI, noradrenergic and specific serotonergic antidepressant : NaSSA), les hypnotiques (benzodiazepines en très grande majorité, Zolpidem, Zopiclone, Buspirone, Hydrate de Chloral, Clométhiazole). Dans la catégorie "autre" figure les médications anticholinergiques parfois associées aux traitements neuroleptiques.

Les recommandations thérapeutiques ont été classées en : "introduction", "augmentation", "diminution", "suppression", "continuation sans changement", "pas de proposition".

Diagnostic

Dans le rapport d'intervention, le médecin consultant pose un diagnostic psychiatrique selon les critères de la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM 10). Les diagnostics ont ensuite été regroupés en grandes classes :

F00-F09 : Troubles mentaux organiques (y compris les états confusionnels (delirium))

F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

F20-F29 : Schizophrénie, troubles schizotypique et troubles délirants

F30-F39 : Troubles de l'humeur

F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à un facteur de stress et troubles somatoformes

F50-F59 : Syndrome comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (*par exemple : trouble de l'alimentation, trouble du sommeil, dysfonctionnement sexuel*)

F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F70-F79 : Retard mental

Parfois, le rapport fait état d'un second diagnostic (10%) représentant une comorbidité psychiatrique au problème ou diagnostic principal du patient. Nous n'en avons pas tenu compte dans cette étude.

Analyse statistique

Les données ont été saisies dans des feuilles de calcul, puis traitées au moyen du logiciel statistique Stata[®] version 7, essentiellement sous forme de statistiques descriptives en particulier de listes de fréquences⁽³⁵⁾.

Les intervalles de confiance à 95% des statistiques Kappa ont été calculées au moyen du test exact proposé par le logiciel StatXact version 4.01 développé par Cytel Software Corp. 1999.

Mesure de l'accord entre motifs de consultation et diagnostics psychiatriques

L'accord, appelé aussi concordance ou encore agrément, entre des jugements est défini "comme la conformité de deux ou plusieurs informations qui se rapportent au même objet. Cette notion implique l'existence d'une liaison entre les variables, exige des variables de même nature et un appariement des jugements"⁽³⁶⁾. Ici, les motifs et les diagnostics sont exprimés par des variables dichotomiques (0 exprimant l'absence et 1 la présence de la caractéristique).

Le taux de concordance s'évalue via le coefficient de Kappa proposé par Cohen en 1960⁽³⁷⁾. Le Kappa représente en fait le pourcentage d'accord parfait ajusté pour l'effet du hasard.

Interprétation du Kappa

"Le coefficient Kappa est un nombre réel, sans dimension, compris entre -1 et 1. L'accord sera d'autant plus élevé que la valeur de Kappa s'approche de 1 et l'accord maximal est atteint ($K = 1$) lorsque la probabilité observée (P_o) vaut 1.0 et la Probabilité attendue (P_a) 0,5."

En cas d'indépendance des jugements, le coefficient Kappa vaut zéro ($P_o = P_e$), et dans le cas d'un désaccord absolu entre les juges, le coefficient prend la valeur -1 avec $P_o = 0$ et $P_e = 0,5$.

Le Tableau 1 présente une interprétation des valeurs Kappa préconisée par Landis et Koch ⁽³⁸⁾.

Tableau 1 : Degré d'accord et valeur de Kappa

Accord	Kappa
Excellent	$\geq 0,81$
Bon	0,80 - 0,61
Modéré	0,60 - 0,41
Médiocre	0,40 - 0,21
Mauvais	0,20 - 0,0
Très mauvais	$< 0,0$

Les valeurs seuils de cette classification sont "arbitraires et peuvent varier selon l'étude réalisée ; par exemple en psychiatrie où la part d'incertitude est grande, un accord modéré dans l'échelle proposée ci-dessus pourrait être considéré comme excellent. Dans tous les cas, le classement devra être défini avec des experts avant la réalisation de l'étude" ⁽³⁶⁾.

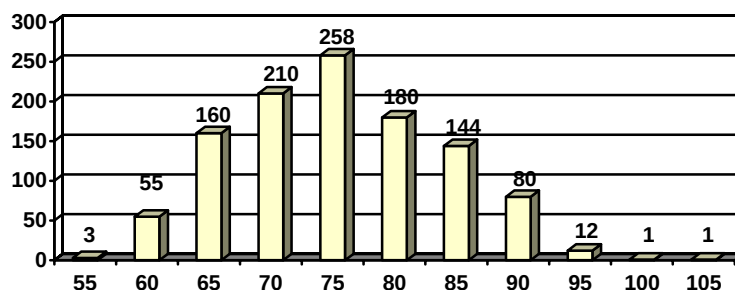
Résultats

Démographie

Le tableau 2. résume la répartition des patients en fonction des classes d'âge. La classe d'âge la plus représentée est celle des 75-80 ans avec 23% de cas, 86% des patients se trouvant entre 65 et 90. A noter que la médiane est à 77.9 ans.

La population observée est constituée en majorité de femmes avec 65.7 %, et il n'y a pas de différence entre l'âge moyen des hommes et des femmes.

Tableau 2 : répartition des âges



Le Tableau 3 se réfère à l'état civil des patients. On constate que plus de la moitié des patients vivent seuls et la très grande majorité à leur domicile.

Tableau 3 : état civil des patients

	%	N		%	N
Patient vivant seul	54.4	577	Enfant(s)	54.2	599
Veuf	33.9	366	Sans enfant	16.2	179
Célibataire	10.2	97			
Divorcé	8.5	94			
Séparé	1.8	20			
Marié	31.8	352			
Concubinage	2.4	26			
Données manquantes	13.7	151		29.7	328
Total	100.0	1106		100.0	1106

Motifs d'hospitalisation

Le tableau 4 résume les motifs d'hospitalisation à l'admission des patients référés par la suite à la consultation de psychiatrie gériatrique (COPSYGER) .

Le motif le plus fréquent concerne les troubles mentaux et du comportement, ce qui reflète l'incidence élevée des troubles psychiatriques dans cette sous-population. Ensuite viennent les affections non définies qui recouvrent en partie les situations médico-sociales de soins impossibles à domicile, les affections cardiovasculaires, les affections neurologiques, puis digestives. Plus loin les affections tumorales, respiratoires, ostéo-articulaires. Il faut relever la présence de plus de 10% de lésions auto infligées.

Tableau 4: motif d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation	N	%
Troubles mentaux et troubles du comportement	152	13.7
Affections non définies	150	13.6
Maladies du système nerveux	130	11.8
Maladies de l'appareil circulatoire	127	11.5
Lésions traumatiques, empoisonnement et certains autres conséquences de causes externes	115	10.4
Maladies de l'appareil digestif	92	8.3
Tumeurs	70	6.3
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	62	5.6
Maladies de l'appareil respiratoire	65	5.9
Maladies infectieuses et parasitaires	53	4.8
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	25	2.3
Maladies de la peau et des tissus sous-cutanés	21	1.9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	18	1.6
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	9	0.8
Maladies de l'œil et ses annexes	2	0.2
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1	0.1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de labo	1	0.1
Données manquantes	13	1.2
Total	1106	100.0

Liste des services

Le tableau 5 montre la liste des services qui ont référé les patients à la consultation de liaison. Le volume de consultation le plus important est effectué en médecine interne, dans le service d'admission et dans le service de soins palliatifs.

Tableau 5 : liste des services

Service	N	%
Médecine	274	24.8
CAU (Centre d'Accueil et d'Urgences)	188	17.0
CESCO (Centre de Soins Continus)	191	17.3
Chirurgie	165	15.0
Médecine réadaptation (SMIR)	140	12.7
SIM et SIC (Soins Intensifs de Médecine et Chirurgie)	37	3.4
Réadaptation (ortho, neuro, para)	35	3.2
Neurologie	33	3.0
Autre	29	2.6
Rhumatologie	10	0.9
Données manquantes	4	0.4
Total	1106	100.0

Motifs de la demande de consultation

Le tableau 6 montre les motifs de consultation qui ont généré les demandes d'intervention.

Tableau 6 : motifs de demandes de consultation

Motif de consultation	N	%
Etat dépressif	407	37.0
Evaluation psychiatrique et/ou du traitement médicamenteux	255	23.2
Trouble du comportement (agitation agressivité)	152	13.7
Evaluation discernement et refus de soins	98	8.9
Anxiété	89	8.0
Confusion	44	4.0
Tentative de suicide	36	3.3
Trouble de sommeil	8	0.7
OH et toxicomanie	7	0.6
Autre : évaluation placement et trouble somatoforme	5	0.5
Données manquantes	4	0.4
Total	1106	100.0

Répartition des motifs de consultation par service

Le Tableau 7 présente les mêmes données que le tableau précédent et détaille l'importance de chaque type de demande par service.

Les points marquants de ce tableau sont qu'en médecine interne, médecine de réadaptation, soins palliatifs et chirurgie, l'état dépressif est le premier motif de consultation.

Dans le service d'urgence (CAU) la demande la plus fréquente est une demande peu spécifique : la demande d'évaluation. Les demandes d'évaluation des capacités de discernement y sont fréquentes avec le plus grand nombre de demandes de ce type en nombre absolu ce qui n'est pas étonnant dans un milieu où des décisions thérapeutiques parfois décisives doivent se prendre rapidement. Il est à noter que 80 % de toutes les demandes pour tentative de suicide proviennent des urgences.

La médecine de réadaptation fait également beaucoup de demandes d'évaluation psychiatrique et un grand nombre de demandes d'évaluation des capacités de discernement.

La chirurgie fait beaucoup plus de demandes pour "troubles de comportement" que les autres services et également en nombre absolu.

Enfin, il est important de relever que tous les services font très peu de demandes pour "état confusionnel" avec seulement 4% du nombre total de demandes.

Tableau 7 : répartition des motifs de consultation par services

Motif de consultation	Médecine %	SMIR %	Chirurgie %	CAU %	CESCO %	Autres %	Total %
Etat dépressif	42.7	40.7	39.6	13.8	50.0	32.6	37.0
Evaluation psychiatrique	18.6	29.3	15.2	36.7	18.4	23.6	23.2
Trouble de comportement	12.8	7.1	25.6	11.2	9.5	17.4	13.7
Evaluation discernement	8.8	11.4	8.5	10.6	3.2	12.5	8.9
Anxiété	7.7	5.7	6.1	7.5	14.2	5.6	8.0
Confusion	5.8	3.6	3.6	2.1	2.6	5.6	4.0
Tentative de suicide	1.8	0.0	0.0	14.9	0.5	1.4	3.3
Trouble de sommeil	1.1	0.7	0.6	0.0	1.1	0.7	0.7
OH et toxicomanie	0.0	1.4	0.0	2.7	0.0	0.0	0.6
Autres	0.4	0.0	0.6	0.5	0.5	0.7	0.5
Données manquantes	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Parmi les demandes pour évaluation de capacité de discernement, dans 29% des cas le consultant la trouvait présente et dans 45 % absente. Pour les cas restant, le psychiatre ne s'est pas prononcé et ceci le plus souvent en raison d'une impossibilité d'évaluer le patient

Intervention psychiatrique et suivi

A l'issue de la consultation, le psychiatre pouvait décider d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, soit en entrée non volontaire, soit en entrée volontaire. Il pouvait encore proposer de suivre le patient en milieu somatique durant son séjour, ou que son intervention reste ponctuelle.

Le Tableau 8 montre l'issue de la consultation du point de vue de l'orientation.

Tableau 8 : suivi des patients

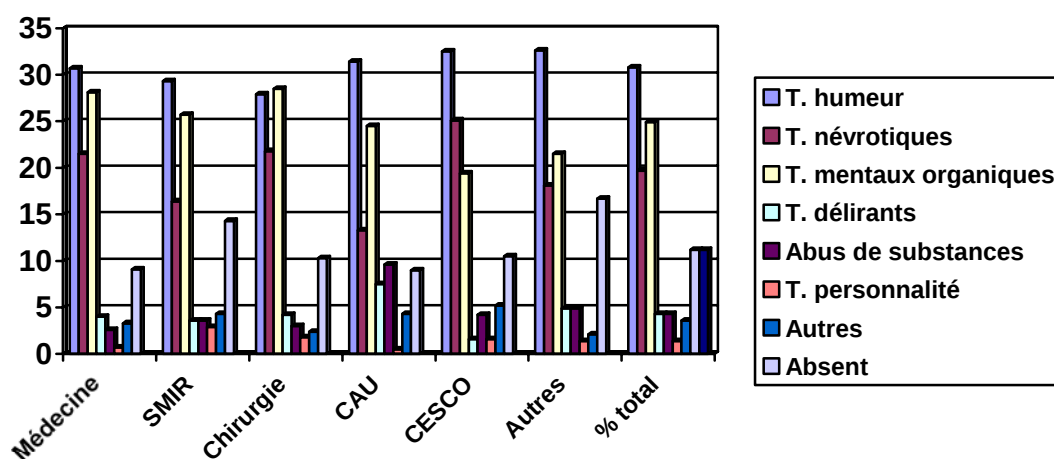
Type de suivi	N	%
Transfert volontaire en unité psychiatrique	37	3.4
Transfert non-volontaire en unité psychiatrique	74	6.7
Suivi par le psychiatre-consultant durant le séjour	235	21.3
Consultation unique, pas de suivi	764	60.9
Autre (p.ex: généraliste, psy privé)	82	7.4
Données manquantes	4	0.4
Total	1106	100.0

Dans 60% des cas la consultation est ponctuelle, dans 21% le patient est suivi durant son séjour par le consultant. Moins de 10% des patients consultés sont transférés en milieu psychiatrique dont les deux tiers en entrée non volontaire.

Diagnostic psychiatrique : répartition des diagnostics par service

Le Tableau 9 présente les diagnostics posés par l'équipe de la consultation de liaison. Ils sont présentés dans la globalité et répartis par service.

Tableau 9 : répartition des diagnostics par services



Les diagnostics les plus fréquents sont en premier lieu les troubles de l'humeur, puis les troubles mentaux organiques (y compris les delirium), puis les troubles névrotiques.

Il est important de relever qu'il n'existe pas de différences significatives de profil diagnostique entre les différents services.

On note une proportion plus importante de troubles de l'humeur et de troubles névrotiques que de troubles mentaux organiques au centre de soins continus (CESCO). Ceci s'explique probablement par le profil d'activité particulier de ce service s'occupant de patients en soins palliatifs. Les réactions dépressives et anxieuses sont liées aux pathologies graves et à la proximité de la mort. Les patients déments ont une accessibilité réduite dans ce service.

Finalement il faut noter une moyenne de 11% des consultations où le psychiatre n'a pas retenu de diagnostic.

Concordance entre motif de consultation et diagnostic final

Une concordance peut être recherchée lorsque le motif de consultation sous-entend une grande classe diagnostique

Nous avons tout d'abord recherché des concordances (évaluées par le coefficient de Kappa) entre :

- I. le motif de consultation « état dépressif et les patients diagnostiqués comme faisant partie de la classe diagnostique « trouble de l'humeur F30→ F39»
- II. le motif de consultation « anxiété » et les patients diagnostiqués comme faisant partie de la classe diagnostique « trouble névrotique F40 → F48.9 »
- III. le motif de consultation « confusion » et les patients diagnostiqués comme faisant partie de la classe diagnostic « Delirium, non induit par l'alcool ou par d'autres substances psycho-actives (état confusionnel aigu) F05.0→F05.9»

Tableau 10: concordance générale

Diagnostic	Cohen's Kappa	CI
Troubles de l'humeur	0.37	0.32 – 0.43
Troubles névrotiques	0.22	

Troubles mentaux organiques, confusion	0.30
--	------

On constate que d'une manière générale, la concordance reste très passable, les troubles les mieux reconnus étant ceux de l'humeur.

Concordance par service

La concordance a été détaillée par service pour rechercher si le profil de pathologie qui y sont traités (soins aigus ou chroniques, type de spécialité) a une influence sur la concordance

Tableau 11 : concordance par service

Service	Kappa tr. humeur	Kappa tr. névrotique	Kappa confusion
Médecine	0.39	0.18	0.43
Chirurgie	0.26	0.09	0.10
CAU	0.58 (0.34)*	0.12	0.35
Médecine réadapt.	0.26	0.40	0.40
CESCO	0.35	0.30	0.37
autres	0.38	0.22	0.15

*concordance après exclusion des tentatives de suicide

Le tableau ci dessus montre que malgré le fait que les troubles de l'humeur sont les mieux reconnus, la concordance reste passable dans tous les services. On constate une tendance vers la baisse de la concordance dans les services de soins chroniques par rapport aux services de soins aigus ainsi qu'en chirurgie.

Les troubles névrotiques sont par contre un peu mieux reconnus dans les services de réadaptation et le sont beaucoup moins, voire pas du tout dans les autres services.

A la CAU, la tentative de suicide oriente de manière évidente le diagnostic vers l'état dépressif puisque si l'on ne tient plus compte des tentatives de suicide, la concordance qui était moyenne redevient passable.

Les états confusionnels ne sont pas identifiés en chirurgie, ils le sont un peu mieux en médecine interne, à la fois dans la partie soins aigus et soins chroniques.

Concordance et âge

Nous n'avons pas mis en évidence de variation de la concordance en fonction de l'âge des patients, et ceci pour les trois diagnostics examinés, autrement dit l'âge n'influence pas la concordance.

Concordance et présence ou absence d'un traitement psychotrope pouvant orienter le diagnostic

Concordance et traitement antidépresseur

Tableau 12: Concordance avec traitement antidépresseur

Motif de consultation		Diagnostic trouble de l'humeur		Total
		Absent	Présent	
Absent	N	71	35	106
Présent	N	51	68	119
Total	N	122	103	225

Le tableau ci dessus montre que dans le collectif de patients examinés on retrouve 225 patients recevant un traitement antidépresseur avant la consultation.

La demande de consultation pour une suspicion d'état dépressif concerne 119 patients.

Le consultant retiendra pour 68 d'entre eux un diagnostic d'état dépressif (pour lesquels la demande concorde avec le diagnostic).

Ceci correspond à un Kappa passable calculé à 0.24

Tableau 13: Concordance sans traitement antidépresseur

Motif de consultation		Diagnostic trouble de l'humeur		Total
		Absent	Présent	
Absent	N	483	74	557
Présent	N	160	164	324
Total	N	643	238	881

Parmi les patients ne recevant pas de traitement antidépresseur (881) avant le passage du consultant, la demande de consultation pour état dépressif concerne 324 patients.

Le consultant trouve un diagnostic d'état dépressif chez 164 de ces patients (pour lesquels la demande concorde avec le diagnostic).

Ceci correspond à un Kappa passable calculé à 0.40.

On constate que l'association est plus forte en l'absence de traitement antidépresseur au préalable.

Concordance et traitement neuroleptique.

Tableau 14: Concordance avec traitement neuroleptique

Motif de consultation		Diagnostic Delirium		Total
		Absent	Présent	
Absent	N	143	34	177
Présent	N	5	15	20
Total	N	148	49	197

Parmi les patients de cette étude recevant un traitement neuroleptique (N=197) avant le passage du consultant, la demande de consultation pour delirium concerne 20 patients.

Le consultant trouve un delirium chez 15 de ces patients.

Ceci correspond à un Kappa passable calculé 0.34

Tableau 15: Concordance sans traitement neuroleptique

Motif de consultation		Diagnostic Delirium		Total
		Absent	Présent	
Absent	N	837	48	885
Présent	N	13	11	24
Total	N	850	59	909

Parmi les patients de cette étude ne recevant pas de traitement neuroleptique (N=909), la demande de consultation pour delirium concerne 24 patients.

Le consultant trouve un delirium chez 11 de ces patients.

Ceci correspond à un Kappa passable calculé à 0.24.

L'association est donc plus forte en présence de traitement neuroleptique.

Identification des troubles psychiatriques par le médecin demandeur

A la fois pour s'intéresser à l'utilité de la visite du psychiatre et pour avoir une image plus fine de ces résultats nous avons observé dans combien de cas le psychiatre pose un diagnostic ignoré.

La suspicion d'état dépressif représente 407 demandes de consultation, 49% ont reçu un diagnostic autre que celui de dépression par le consultant. Le plus souvent, le diagnostic finalement posé était celui de trouble de l'adaptation 24%. Malgré une symptomatologie de base similaire, ce dernier est caractérisé par une durée et une sévérité moindre des symptômes ainsi que par la présence d'un lien évident avec une situation stressante.

A l'inverse, si l'on s'intéresse aux demandes de consultation qui aboutissent à un diagnostic de trouble de l'humeur, 71.6% des demandes concernaient un état dépressif, 17% concernaient une demande d'évaluation, 4.1% l'anxiété.

Parmi les 89 demandes de consultations pour anxiété, 58% ont reçu un autre diagnostic. Il s'agissait de démences dans une proportion de 15% et d'état dépressif dans 13% des cas.

A l'inverse, parmi les diagnostics finaux de trouble névrotique, on retrouve 34% de demandes adéquates, des demandes fréquentes (27.4%) pour un état dépressif, 15.5% de demandes d'évaluation et 10% de troubles de comportements.

Parmi les 44 demandes de consultations pour confusion, 41% ont reçu un autre diagnostic. Il s'agissait de démences avant tout et de quelques cas de troubles délirants.

A l'inverse, lorsqu'un diagnostic de delirium était posé, la demande n'était ciblée que dans 24,3% des cas. Les demandes pour trouble de comportement étaient les plus fréquentes avec 39,3%. On retrouve ensuite 16,8% de demandes d'évaluation, 7,5% de demandes pour état dépressif.

Si l'on observe la concordance diagnostique sous cet angle, on garde en premier lieu le sentiment que la symptomatologie dépressive est mieux reconnue que ne le laisse supposer la concordance diagnostique.

Concernant les troubles névrotiques et le delirium, la situation reflète une difficulté pour reconnaître précisément une symptomatologie clinique.

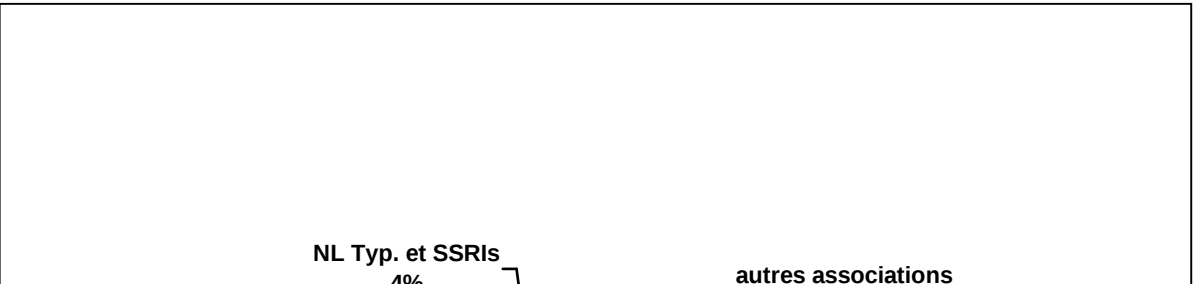
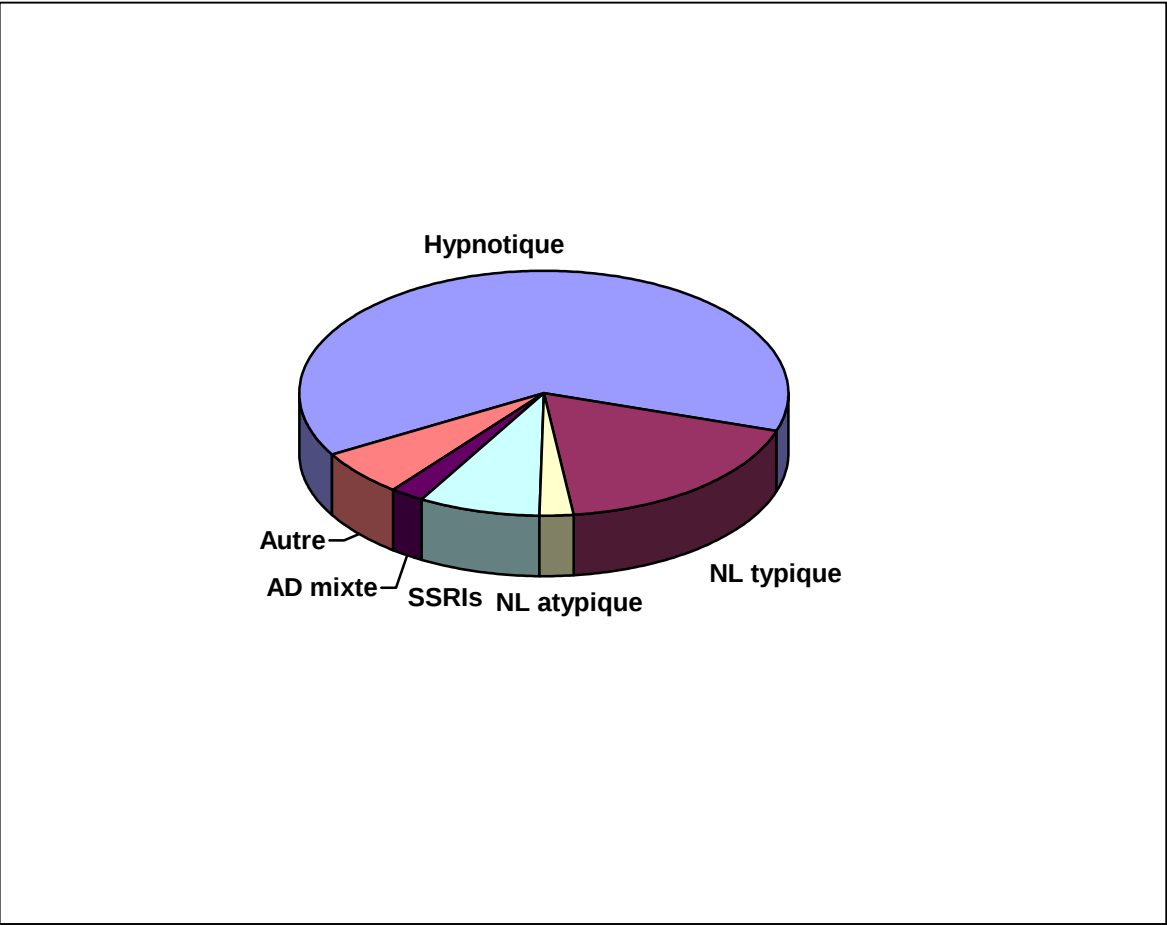
Intervention sur le traitement psychotrope

Etat de médication avant la consultation

Tableau 16: état de médication

Médication psychotrope	N	%
Aucune médication psychotrope	307	27.7
1 psychotrope	459	41.5
2 psychotropes	285	25.8
3 psychotropes	55	5.0
	1106	100.0

Figure 1: Etat de médication avant la consultation si un psychotrope



L'association entre hypnotiques et antidépresseurs sérotoninergiques est la plus fréquente chez les sujets avec double médication.

Il faut noter qu'au total, les hypnotiques sont présents chez 45.6% des patients de notre collectif ou 63.2% des patients du collectif qui ont un médicament.

Les neuroleptiques typiques sont présents chez 15.2% (n=168) des patients du collectif ou 21.0 % des patients du collectif qui ont un médicament.

Les antidépresseurs sérotoninergiques sont présents chez 15.8% (n=175) des patients du collectif ou 21.9 % des patients du collectif qui ont un médicament.

Attitude de prescription

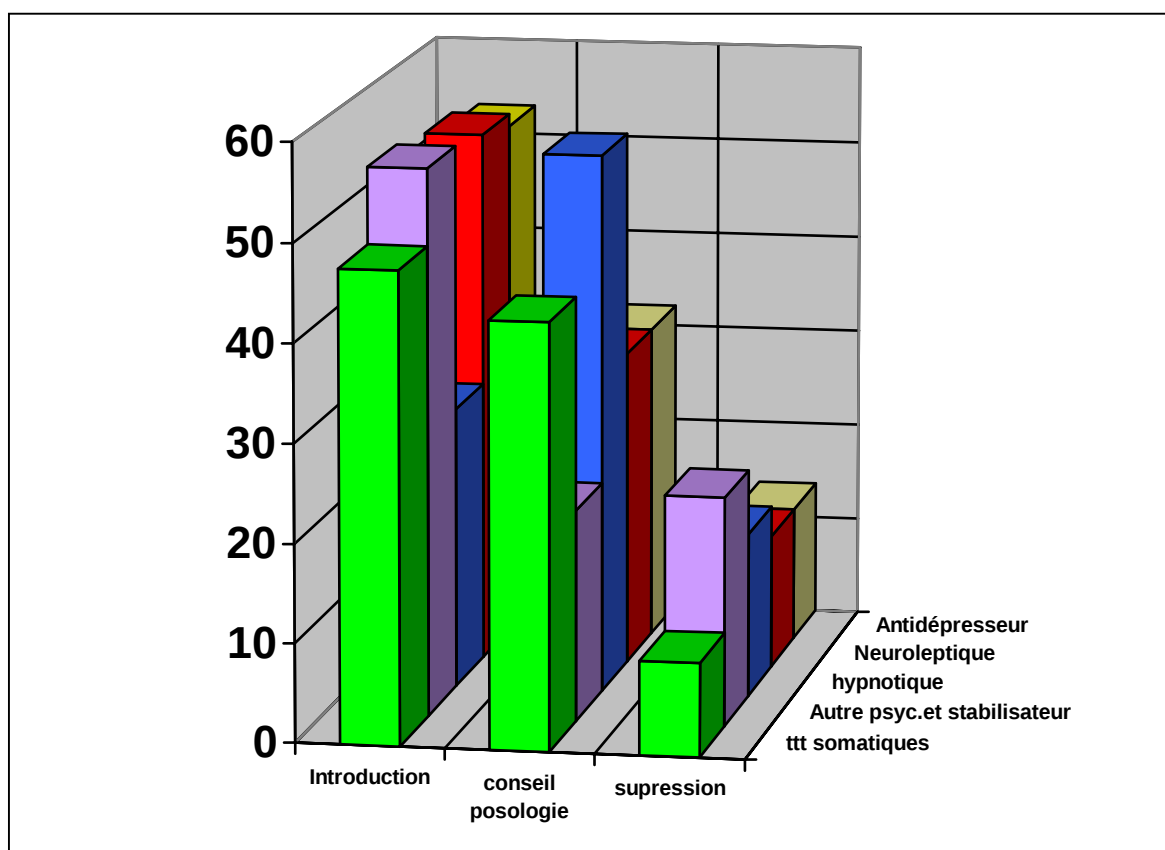
La consultation par le psychiatre consultant aboutit à une proposition concernant le traitement médicamenteux du patient dans 61.0 % (n=678) et concerne le plus souvent un seul médicament. Chez 211 patients on retrouve une double proposition. Dans notre collectif, la consultation de liaison a effectué 889 propositions ou recommandations médicamenteuses.

Le tableau ci-dessous rassemble toutes ces propositions.

Tableau 17 : attitude de prescription

	Introduction psychotrope	Conseil posologie	Suppression psychotrope	Total N (%) %
Neuroleptique	152 (54.3)	90 (32.1)	38 (13.6)	280 (100)
Antidépresseur	161 (53.0)	105 (34.5)	38 (12.5)	304 (100)
Hypnotique	65 (28.5)	125 (54.8)	38 (16.7)	228 (100)
Autres psyc et stabilisateurs	31 (55.4)	12 (21.4)	13 (23.4)	56 (100)
Ttt somatique	10 (47.6)	9 (42.9)	2 (9.5)	21 (100)
Total	419	341	129	889

Figure 3 : attitude de prescription



Discussion

A notre connaissance, cette étude est la première en Suisse à s'intéresser à l'évaluation de la liaison psychogériatrique. Parmi ses points forts, on peut retenir le grand nombre de cas étudiés et la comparaison entre différents services en fonction de leur profil. Toutefois, nos résultats ne représentent pas un reflet précis de l'ensemble de l'activité de liaison psychogériatrique à l'hôpital général. Tout d'abord, la formulation de la demande n'ayant pas été dirigée, il n'a pas été possible de rechercher une concordance pour tous les diagnostics psychiatriques posés. De plus, les concordances ont été calculées uniquement pour trois grandes classes diagnostiques en raison d'un nombre de cas limité pour les autres.

Comme mentionné au début de ce travail, cette étude s'est intéressée au regard que porte le médecin d'un hôpital général sur les patients gériatriques pour lesquels il sollicite une consultation psychogériatrique. L'étude ne tient donc pas compte des autres patients hospitalisés et qui pourraient peut-être bénéficier d'une évaluation, mais dont la pathologie psychiatrique est passée inaperçue. Cependant, une concordance excellente pouvait à priori nous faire supposer qu'il existait peu de patients ayant un problème psychiatrique non détecté ou sous estimé et au moins que leur prise en charge devait être adéquate dans la mesure où leur pathologie était reconnue. Une concordance médiocre devait nous faire supposer qu'un nombre important de patients ne se voit pas proposer une prise en charge adaptée à leur situation, leur pathologie étant mal reconnue et que la consultation de psychiatrie gériatrique de liaison pouvait trouver un nouvel objectif de formation auprès des équipes. D'une manière générale, nos résultats clairement soutiennent ce deuxième scénario. La discussion qui suit se focalise d'abord sur les aspects descriptifs de l'étude avant d'aborder les comparaisons de concordance entre services.

Répartition des demandes de consultation et des diagnostics

Les sites de consultations présentent dans notre étude une répartition très proche de celle observée dans d'autres travaux ^(19; 18) avec en premier lieu la médecine

interne, puis le service des urgences et ensuite la chirurgie et les services de réadaptation de médecine. On remarque d'emblée que la classe diagnostique la plus importante est celle des troubles de l'humeur. Il est intéressant de noter que le profil diagnostique de la psychiatrie de liaison de l'âge adulte dans le même hôpital où a été effectué notre étude montre également une nette prédominance des troubles thymiques, puis suivent les troubles de personnalité et les troubles mentaux organiques ⁽⁴¹⁾. Nos résultats contrastent avec ceux de deux études précédentes concernant la liaison psychogériatrique, le diagnostic posé le plus fréquemment dans des cohortes du même âge étant celui des troubles mentaux organiques ^(19; 27). L'explication la plus probable de cette différence est la présence dans notre étude d'une proportion importante de consultations effectuées dans un service de soins palliatifs (CESCO) où les pathologies dépressives étaient très fréquentes. Parmi les troubles mentaux organiques, deuxième classe diagnostique par ordre de fréquence dans notre étude, le diagnostic le plus fréquent était celui de "Démence sans précision". Le choix de ce diagnostic flou reflète probablement la difficulté de poser un diagnostic précis de démence sans pouvoir s'appuyer au moment de l'évaluation sur une histoire d'évolution bien établie et sur un bilan complémentaire (bilan neuropsychologique, imagerie cérébrale). Sans surprise compte tenu de la difficulté liée à leur identification précise dans une situation de stress comme celle d'une hospitalisation, les troubles névrotiques ne représentent que 20% de la présente cohorte. A l'intérieur de cette classe les deux groupes principaux sont les troubles de l'adaptation (56%) et les troubles anxieux (40%).

Influence de la pathologie psychiatrique sur la concordance

Un résultat majeur de cette étude est que la concordance générale entre l'observation du médecin demandeur et le diagnostic posé par le consultant psychogériatre est très moyenne et ceci indépendamment du type de la psychopathologie sous-jacente. Ceci souligne l'importance de l'activité de liaison psychogériatrique qui permet d'une part l'identification de nombreux cas avec troubles psychiatriques ignorés par le médecin somaticien et d'autre part rectifie des diagnostics déjà posés en re-orientant la prise en soins.

Ils existent toutefois des différences significatives parmi les trois classes diagnostiques étudiées. La meilleure concordance est observée pour le diagnostic de dépression. D'ailleurs, si l'on considère qu'une bonne proportion des patients qui ont été adressés pour une évaluation d'un état dépressif présentait finalement un trouble de l'adaptation, sous forme d'épisodes dysphoriques de brève durée, on renforce encore l'impression que la dépressivité est le trouble psychique le mieux reconnu. Ceci n'est pas étonnant puisque la baisse de l'humeur lors d'un échec ou d'une perte est une expérience commune ce qui permet plus facilement son identification chez les personnes qui présentent une forme plus sévère de la maladie. La concordance reste moyenne en raison d'une incertitude du médecin non spécialiste, à évaluer la gravité de la symptomatologie dépressive et surtout à établir un lien suffisant avec des facteurs de stress évidents tels que l'hospitalisation ou l'annonce d'une maladie grave. La surestimation de l'intensité de l'affect dépressif considéré comme non corrélé avec l'hospitalisation et ses avatars par les médecins demandeurs se reflète au nombre élevé de demandes de consultation pour état dépressif (24%) aboutissant à un diagnostic final de trouble de l'adaptation. Le nombre relativement élevé de demandes pour « évaluation psychiatrique » (17%) parmi les demandes d'intervention ayant abouti à un diagnostic de dépression va également dans le même sens.

Les particularités sémiologiques de la dépression du sujet âgé peuvent également rendre plus difficile sa détection par le non-spécialiste et donner ainsi une autre explication à la concordance moyenne observée. Par rapport au sujet plus jeune, la dépression du sujet âgé se manifeste moins par l'expression d'un sentiment de tristesse et plus par une anxiété, une irritabilité, une perte de plaisir et par des somatisations. La pauvreté du discours, le ralentissement moteur, l'émoussement des affects, la diminution de l'intérêt, des activités sociales et personnelles, qui chez le sujet jeune évoquent un état dépressif, peuvent suggérer chez le sujet âgé un diagnostic différentiel avec une démence débutante ou encore être faussement considérés comme des conséquences inévitables du vieillissement normal ^(42 ; 43).

L'étude de David M. Clarke et Dean P. McKenzie ⁽¹²⁾ qui portait sur une population de 987 patients d'un hôpital général, sans limite d'âge, montrait une concordance diagnostics pour l'état dépressif correspondant à un Kappa de 0.45 et

donc à un résultat un peu supérieur à celui de notre travail (0.37, l'intervalle de confiance à 95% étant identique au travail de D.M.Clarke). Il montrait en outre une baisse significative de la concordance pour les patients les plus âgés. Notre travail montre que l'âge n'influence pas la concordance dans la tranche d'âge gériatrique. Par contre il confirme le résultat de l'étude de D.M.Clarke en montrant une concordance diagnostique pour l'état dépressif effectivement très moyenne dans la population âgée.

Ce résultat démontre la nécessité d'améliorer la reconnaissance des pathologies psychiatriques du patient âgé.

Un autre résultat important et préoccupant de cette étude est la concordance insatisfaisante pour la confusion mentale, une condition par excellence présente et traitée en milieu somatique. Il est remarquable de constater la pauvreté des demandes pour confusion dans la présente cohorte (4%). D'autres publications (12 ; 21) relèvent également des pourcentages de demandes faibles allant de 8% à 14%. Ce résultat est très en dessous de ce à quoi on pourrait s'attendre si l'on considère que 30 à 50% des patients âgés d'un hôpital général présenteront à un moment ou à un autre de leur hospitalisation un état confusionnel (delirium) dans des contextes variés tels qu'infections, effets secondaires médicamenteux, hypoxie etc. (15 ; 29 ; 30). Une explication optimiste serait que la grande majorité de ces épisodes sont pris en charge par l'équipe soignante sans qu'il soit jugé nécessaire de faire appel au psychiatre. Toutefois, notre travail démontre que la reconnaissance de ces épisodes par l'équipe médicale est très partielle et qu'en réalité ces épisodes ne sont pas diagnostiqués ou le sont de façon très imprécise. Non seulement un nombre important des patients perçus en état confusionnel sont ensuite diagnostiqués par le psychiatre comme déments ou délirants, mais environ 2/3 de diagnostics finaux de confusion sont ignorés. Malgré le fait que les raisons de ce phénomène sont peu claires, nos résultats soulignent l'importance d'un travail de formation spécifique pour la détection de cette entité nosographique dont l'impact au niveau de la mortalité et de la morbidité chez le sujet âgé est bien établie (15 ; 29 ; 30).

La présente étude révèle également un problème majeur à l'identification des troubles névrotiques avec la plus faible concordance parmi les trois classes diagnostiques. Ceci nous semble refléter essentiellement le caractère non spécifique de la symptomatologie anxieuse qui peut en soi être associée à des multiples diagnostics psychiatriques. Dans le contexte d'une demande de consultation, le médecin adresse son patient surtout en fonction de ce symptôme sans approfondir l'investigation sémiologique. Cependant, même lorsque la symptomatologie anxieuse est nettement prédominante comme dans les cas avec diagnostic définitif de trouble anxieux, elle est souvent attribuée par le médecin à un état dépressif.

Influence du contexte de soins sur la concordance

Un autre volet de nos résultats concerne la variabilité de la concordance en fonction du profil du service demandeur. Une première observation intéressante réside à la différence significative des concordances observées pour la dépression entre les trois services du Département de médecine interne inclus dans cette étude, à savoir le service des urgences, le service de médecine interne et le service de réhabilitation. La concordance est clairement moins bonne à ce troisième service. Une possible explication se réfère à la chronicité des cas accueillis dans le service de réhabilitation. Le médecin qui y travaille est confronté à des situations qui prendront plus de temps pour s'améliorer ou qui ne s'amélioreront pas du tout. Le sentiment d'impuissance peut conduire le médecin à une vision déprimante de la situation de ses patients chez lesquels il tolère probablement plus facilement les manifestations dépressives pouvant lui paraître normales dans le contexte.

L'influence du contexte de soins est également perceptible en ce qui concerne l'identification des troubles névrotiques, où prédomine la symptomatologie anxieuse, et de la confusion par le médecin demandeur. La première est particulièrement mauvaise dans tous les services à l'exception de celui de réhabilitation. Une possible explication se réfère à l'interprétation de l'anxiété en fonction de la mission des soins aigus ou chroniques. En effet, la chirurgie et le service d'urgence sont des environnements hospitaliers où l'on s'attend à voir des patients anxieux en raison de la situation dans laquelle ils se trouvent. Par contre

dans un service de réadaptation, les réactions anxieuses contrastent avec les attentes des médecins qui deviennent plus sensibles à l'expression du symptôme. Alternativement, l'intérêt spécifique du responsable du service de réhabilitation pour l'expression de l'anxiété peut avoir un impact sur la formation et la sensibilisation des médecins demandeurs de ce service. L'identification rare de la confusion dans les services de chirurgie où pourtant cette pathologie est particulièrement fréquente pourrait refléter un problème de disponibilité limitée à l'observation clinique d'un tableau complexe et mérite une réflexion plus approfondie en termes de formation spécifique.

La prescription des psychotropes à la liaison psychogériatrique

Dans une étude effectuée dans un hôpital général proche géographiquement (hôpital régional de Sion), visant à répertorier les psychotropes chez tous les patients de l'hôpital ⁽¹³⁾, on montrait qu'environ 40 % des patients (d'une classe d'âge comparable à la nôtre) avait un psychotrope lors de l'admission. Un autre travail qui s'est intéressé à la prescription de psychotropes dans une population gériatrique de patient institutionnalisés a montré que plus de 50% de ces patients ont un traitement psychotrope. Un quart d'entre eux avait un neuroleptique, un quart un sédatif-hypnotique et 40 % un antidépresseur ⁽³²⁾.

Notre étude met en évidence que la population observée est une population qui reçoit une médication psychotrope importante. Ainsi, la majorité des patients arrive à la consultation avec un traitement préalable (72.3 %). Parmi cette médication on doit constater que les neuroleptiques sont très largement utilisés. Vingt et un pour cent de nos patients reçoivent un tel médicament avant la consultation et il s'agit le plus souvent de neuroleptique typiques (84%). C'est également un médicament qui est prescrit par le consultant (17% de toutes les propositions médicamenteuses). A noter que le psychiatre consultant prescrit en grande majorité les neuroleptiques typiques (80%) et parmi ceux-ci surtout l'halopéridol en raison de son profil d'effets secondaires favorable (moins de problèmes cardiaques et moins d'effets anticholinergiques centraux) et par sa rapidité d'action. L'utilisation d'association de psychotrope est également très fréquente puisqu'un quart des patients ont deux psychotropes.

Le psychiatre consultant prescrit et adapte les traitements plus qu'il n'en supprime et ceci en référence à l'importance d'instaurer des traitements à des posologies suffisantes. Ceci n'est guère surprenant étant donné les faibles concordances observées et reflète en grande partie l'identification de pathologies psychiatriques ignorées.

Nous nous sommes encore intéressés à l'influence que peut avoir la présence ou bien l'absence d'un traitement médicamenteux déjà prescrit au patient avant son entrée à l'hôpital sur la concordance diagnostique et ceci en particulier pour l'état dépressif et la confusion.

La présence de traitement antidépresseur ne semble pas influencer de manière décisive le médecin demandeur qui semble plus orienté par l'observation clinique. L'hypothèse qui peut être avancée est qu'en l'absence de traitement, la symptomatologie dépressive est plus présente et plus visible, ce qui améliore la détection clinique de la pathologie.

Concernant les diagnostics de confusion, on montre que la concordance est meilleure si le patient est déjà traité avec un neuroleptique avant la consultation psychiatrique. Il faut prendre en considération que, dans notre étude, la concordance a été calculée sur un nombre limité de cas et que la portée de ce résultat est donc limitée. Que la présence d'un neuroleptique oriente l'hypothèse diagnostique du médecin demandeur semble peu probable, la confusion étant une affection aiguë et le neuroleptique un traitement symptomatique introduit au moment où cette symptomatologie apparaît. Le traitement neuroleptique présent avant la consultation psychiatrique a de fortes chances d'avoir été introduit par le médecin qui s'occupe du patient. Les résultats font donc référence plus probablement aux demandes de consultations effectuées dans des contextes d'une confusion traitée où l'évolution de la symptomatologie est défavorable malgré l'administration de neuroleptique et pour lequel le médecin demande une confirmation du diagnostic et un avis thérapeutique.

Conclusions

Le but de cette thèse a été celui de réfléchir autour de la concordance du diagnostic entre service somatique et psychiatrique dans l'idée de trouver une clé de lecture qui permet une amélioration de la qualité des soins et un meilleur confort de travail pour les équipes.

Notre travail montre que la concordance diagnostique est très moyenne pour les patients adressés à la consultation de liaison psychogériatrique. Ceci laisse supposer qu'une bonne proportion de patients n'est pas détectée ou n'est pas pris en charge de manière optimale. Dans ce contexte, le psychiatre de liaison peut poser des diagnostics ignorés et corriger des diagnostics erronés. Au-delà de l'évidente nécessité de disposer d'un diagnostic précis pour administrer un traitement adéquat, ceci nous semble encore plus important dans la démarche d'une prise en soins de qualité. L'amélioration de la détection par les équipes soignantes des troubles psychiatriques de la personne âgée et de leurs spécificités implique une augmentation de la présence du psychiatre de liaison auprès des infirmières et des médecins pour effectuer des actes de formation.

La concordance diagnostique n'est pas superposable entre services et semble influencée par l'activité qui s'y déroule. L'équipe médicale se fait une représentation de ce que son activité peut avoir comme répercussion psychologique pour le malade qui y est confronté en terme de charge de stress aigu, de nécessité d'adaptation et de potentiel confusiogène. La symptomatologie prédominante du patient peut contraster plus ou moins avec cette représentation contribuant à faire paraître sa réaction comme normale sans susciter le besoin de médicalisation supplémentaire. Les services où la concordance est la plus faible sont la chirurgie pour les trois pathologies observées, les urgences pour les troubles névrotiques et les services de réadaptation pour les troubles dépressifs. Ce sont donc ces services qui pourraient bénéficier le plus d'un effort de formation ciblée sur ces pathologies.

D'une manière plus générale l'activité de psychiatrie de liaison sous sa forme de soins directs au patient et de formation auprès des équipes, peut offrir un espace

de réflexion autour des représentations et des attentes que les professionnels ont face à la maladie psychiatrique. Une meilleure reconnaissance de ces facteurs facilitera les prises en soins en permettant aux équipes de dépasser des situations complexes diminuant l'apparition de phénomènes de contre-attitude en ouvrant la possibilité d'une vision plus globale du patient.

Références

1. Souche A, Campus Souche D, Monney C. Influence de la consultation psychogériatrique sur la consommation des psychotropes dans 3 établissements médico-sociaux. Arch Suisse de Neurologie et de Psychiatrie 1996; 147:49-53.
2. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. Am J Psychiatry 1992; 149:631-637.
3. Schuster JM. A cost-effective model of consultation-liaison psychiatry. Hosp Community Psychiatry 1992; 43:330-332.
4. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. Gen Hosp Psychiatry 1992; 14:p86-98
5. Gater RA, Goldberg DP, Evanson JM, et al. Detection and treatment of psychiatric illness in a general medical ward: a modified cost-benefit analysis. J Psychosom Res 1998; 45:437-448.
6. Clarke DM, Smith GC: liaison psychiatry in général médical units. Aust NZ J Psychiatry 1995, 29:424-432.
7. Creed F. Developments in liaison psychiatry. Curr Opin in Psychiatry 1996; 9:433-438.
8. Clarke DM, Minas IH, Stuart GW, The prevalence of psychiatric morbidity in general inpatients. Aust NZ J Psychiatry 1991; 25: 322-329.
9. Clarke DM, Minas IH, Mckenzie DP, Illness behaviour as a determinant of referral to a psychiatric consultation/liaison service. Aust NZ J Psychiatry 1991; 25: 330-337.
10. Goldberg D. The recognition of psychiatric illness by non-psychiatrist. Aust NZ J Psychiatry 1984; 18: 128-133
11. Moffic HS, Paykel ES. Depression in médical in-patient. Br J Psychiatry 1975; 126: 346-353.
12. Clarke DM, McKenzie DP, Smith GC; The recognition of depression in patients referred to a consultation-liaison service. J of Psychosomatic Research, vol 3, 327-334 1995.
13. Savoy, P.-A Fauchère et F.Ferrero, La prescription des psychotrope dans un hôpital général Med et hygiène 24 sept 1997 (1704-1709)

14. Geriatric Consultation-Liaison Psychiatry section IV p.942-943)
15. Lipowski ZJ. The need to integrate liaison psychiatry and geropsychiatry. *Am J Psychiatry* 1983; 140:1003-1005.
16. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8:305-315.
17. Lipowski ZJ. Currents trends in consultation liaison psychiatry. *Can. J. Psychiatry* 1983; 28:329-338.
18. Swanwick GRJ, Lee H. Consultation-Liaison Psychiatry : a comparison of two service models for geriatric patients. *Int J of Geriatric Psychiatry* 1994; 9:495-499.
19. Camus V, De Mendonca Lima CA, Simeone I, Wertheimer J. Geriatric psychiatry liaison-consultation: the need for specific units in general hospitals. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994; 9:933-935.
20. Slaets JP, Kauffmann RH, Duivenvoorden HJ, Pelemans W, Schudel WJ. A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. *Psychosom Med* 1997; 59:585-591.
21. Baheerathan M, Shah A. The impact of two changes in service delivery on a geriatric psychiatry liaison service. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:767-775.
22. H.Rittmannberger, U. Meise, K. Schauflinger, E. Horvath, H. Donat, H. Hinterhuber. Polypharmacy in psychiatric treatment. Pattern of psychotropic drug use in Austrian psychiatric clinics. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 33-40.
23. Oxman TE. Geriatric psychiatry at the interface of consultation-liaison psychiatry and primary care. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26:p145-53.
24. Hall RC, Frankel BL. The value of consultation-liaison interventions to the general hospital. *Psychiatr Serv* 1996; 47:p418-20.
25. Levitte SS, Thornby JJ: Geriatric and nongeriatric psychiatry consultation: a comparison study. *Gen Hosp Psychiatry* 11: 339-344, 1989
26. Ormont MA, Weisman HW, Heller SS, Najara JE, Shindledecker RD. The timing of psychiatric consultation requests. Utilization, liaison, and diagnostic considerations. *Psychosomatics* 1997; 38:38-44.
27. Swanwick G.R.J., Lee H., Clare A. W., Lawlor B.A. Consultation-liaison psychiatry: A comparison of two service models for Geriatric patients. *Int.J. of geriatric psychiatry*, vol 9: 495-499 (1994)

28. Feldmann E, Mayou R, Hawton K, Arden M, Smith EBO. Psychiatric disorder in medical in-patients. *Q J Med* 1987; 63:405-412
29. Ghisholm SE, Deniston OL, Igrisan RM et al: Prévalence of confusion in elderly hospitalized patients. *Journal of Gerontological Nursing* 8:87-96, 1982
30. Warshaw GA, Moor JT, Friedmann SW, et al: functional disability in hospitalized elderly. *JAMA* 248:847-850, 1982
31. Z.J. Lipowski, M.D. : Current trends in Consultation-liaison Psychiatry. *Can. J. Psychiatry* Vol 28, August 1983
32. Stoudemire A, Smith D. OBRA Regulation and use of psychotropic drugs in long term facilities. *General Hospital Psychiatry* 18, 77-94, 1996
33. Lebowitz, B.D. and Cohen, G.D. (1992) Older Americans and their Illnesses. In *Clinical Geriatric Psychopharmacology* 2nd edn (C. Salzmann, Ed.) Williams and Wilkins, Baltimore.
34. Williams-Russo P, Urquhart BL, Sharrock NE et al: Post-operative delirium: predictors and prognosis in elderly orthopedics patients. *J Am Geriatric Soc* 40: 759-767, 1992
35. Stata Statistical Software: Release 7.0 [program]. College Station, Texas, USA: Stata Corporation, 2000.
36. cf. <http://kappa.chez.tiscali.fr/>
37. ref: Cohen J. : A coefficient of agreement for nominal scales, *Educ. Psychol. Meas.*, 1960, 20, 37-46)
38. (Ref: Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33(1):159-74.)
39. Henry G W. Some modern aspects of psychiatry in a general hospital practice *AM J psychiatry* 1929; 481-99
40. Lipowsky ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medecine. I. General principles. *Psychosom Med* 1967; 29: 133-71
41. Liliane Wieland Estade. Etude rétrospective et longitudinale de l'activité de la division de psychiatrie et psychologie médicale auprès de patients hospitalisés entre 1965 et 1985. 1992
42. Katon et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA*. 1995 Apr 5;273(13):1026-31

43. Lyness et al. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients : prevalence and associated fonctionnal disability. J Am Geriatr Soc. 1999 Jun; 47(6):647-52
44. cf <http://cih-dm45.hcuge/cgi-bin/HUG/LIT/visualiserLit.perl?jd=1&jf=1&md=1&mf=1&ad=2003&af=2003>

Annexe

Le protocole

A. Nom

B. date de naissance: jour /mois/année

C. Sexe M = 1 ;F = 2

D. plus haut niveau de scolarité atteint:

Aucune = 1

Obligatoire = 2

Apprentissage = 3

Ecole professionnelle = 4

Ecole secondaire = 5

Haute école professionnelle ou spécialisée = 6

Université = 7

Inconnu = 999

E. état civil:

Marié = 1

Célibataire = 2

Concubin = 3

Séparé = 4

Divorcé = 5

Veuf = 6

Inconnu = 999

F. enfants:

Oui = 1

Non = 2

Inconnu = 999

G. lieu de vie:

Domicile = 1

Appartement protégé = 2

Home non médicalisé = 3

Home médicalisé = 4

Inconnu = 999

H. Motif d'hospitalisation:

Maladies infectieuses et parasitaires = 1
 Tumeurs = 2
 Maladies du sang et des organes hématopoïétique et certains troubles du système immunitaire = 3
 Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique = 4
 Troubles mentaux et troubles du comportement = 5
 Maladie du système nerveux = 6
 Maladie de l'œil et ses annexes = 7
 Maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde = 8
 Maladie de l'appareil circulatoire = 9
 Maladie de l'appareil respiratoire = 10
 Maladie de l'appareil digestif = 11
 Maladie de la peau et des tissus sous-cutanés = 12
 Maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu Conjonctif = 13
 Maladie de l'appareil génito-urinaire = 14
 Grossesse et accouchements = 15
 Affection périnatale = 16
 Malformation congénitale = 17
 Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de labo = 18
 Lésions traumatiques, empoisonnements et certains autres conséquences de causes externes = 19
 Cause externe de mortalité et morbidité = 20
 Facteurs influant l'état de santé et motifs de recours aux services de santé = 21
 Affection non définie = 22
 Affection inconnue = 999

I.J.K. traitement en cours:

Neuroleptique typique = 1
 Neuroleptique atypique = 2
 Antidépresseur sérotoninergique = 3
 Antidépresseur tricyclique = 4
 Antidépresseur IMAO = 5
 Antidépresseur mixte = 6
 Autre antidépresseur = 7
 Hypnotique: BZD = 8
 Stabilisateur de l'humeur = 9
 Traitements somatiques = 10
 Autres = 11

L. Motif de consultation:

Evaluation discernement et refus de soins = 1
 Evaluation psychiatrique et/ou du traitement médicamenteux = 2
 Trouble du comportement (agitation agressivité) = 3
 Confusion = 4
 Anxiété = 5
 Etat dépressifs = 6

Tentamen = 7
 Trouble de sommeil = 8
 OH et toxicomanie = 9
 Autre: évaluation placement et trouble somatoforme = 10

M. service faisant la demande:

Hôpital cantonal

5 FL

6 AL-BL-CL-DL-EL-FL

7 AL-BL-CL-DL-EL-FL médecine = 1

8 AL-BL-CL-EL-FL

2 EL-FL

neurologie =2

0 AL-FL-DL

1 DL-FL-CL

2 AL-DL

3 AL-CL-DL-EL-FL

chirurgie = 3

4 BL-CL

5 AL

8 DL

9 AL-CL-FL

4 AL-DL-FL

5 CL

autre = 4

SIM

SIC

= 5

DUMC

= 6

Beau séjour, réadaptation

1AK-1CK

ortho réadaptation = 7

1EK

neurologie réadaptation = 8

2DK

centre paraplégique = 9

2CK

Rhumatologie = 10

2AK-2BK

3AK-3DK-3CK-3EK

médecine réadaptation = 11

CESCO

= 12

N.O. diagnostic:

Code CIM 10 sans lettre
Pas de diagnostique = 999

P.R. prop tt:

Introduction d'un nouveau médicament = 1
Augmentation d'un médicament = 2
Diminution d'un médicament = 3
Suppression d'un médicament = 4
Continuer un médicament = 5
Pas de proposition = 999

Q.S. Proposition médicamenteuse:

Neuroleptique typique = 1
Neuroleptique atypique = 2
Antidépresseur sérotoninergique = 3
Antidépresseur tricyclique = 4
Antidépresseur IMAO = 5
Antidépresseur mixte = 6
Autres antidépresseurs = 7
Hypnotique : BZD = 8
Stabilisateur de l'humeur = 9
Traitement somatique = 10
Autre = 11
Pas de proposition = 999

T. prop exa:

Examens complémentaires ; biologique = 1
Radiologique = 2
Bilan démence (radiol, biol, EEG, exa clin, consultation spécialisée, neuropsych, bilan mémoire...) = 3
Pas de proposition = 999

U. prop suivit:

Hospitalisation en milieu psychiatrique en volontaire = 1
Hosp en non volontaire = 2
Suivit par Copsyger durant l'hospitalisation = 3
Pas de suivit = 4
Autre = 5

V.remarque