

4. Troubles psychologiques et comportementaux

Congrès JASFGG 2014, Paris, France

© Lavoisier SAS 2014

P1.04-38

La iatrogénie ou maladie de Parkinson idiopathique, à propos d'une observation

S. Colas^{1,*}, E. Goguet², J.L. Novella¹

¹Service de gériatrie aiguë et médecine interne CHU Reims

²ORPEA, Reims, France

Introduction : Un syndrome dit parkinsonien est fréquemment retrouvé chez les personnes sous neuroleptique. Il faut savoir évoquer une maladie de parkinson débutante et l'éliminer.

Objectifs : Montrer à travers une observation la difficulté du diagnostic de maladie de parkinson idiopathique chez une personne âgée psychiatrique sous neuroleptique au long cours.

Méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente souffrant de psychose hallucinatoire chronique sous neuroleptique et présentant un syndrome parkinsonien d'aggravation lente.

Résultats : Patiente de 73 ans, se présentant en consultation chute dans les suites d'une hospitalisation pour le même motif et ayant retrouvée une hypotension orthostatique et un syndrome extrapyramidal.

Le syndrome extrapyramidal évolue depuis 5 ans pour les tremblements et 1 an pour l'hypertonie et s'aggrave entraînant une baisse de l'autonomie.

Elle souffre de psychose hallucinatoire chronique avec un état psychiatrique limite. Le neuroleptique pris depuis des décennies a été arrêté 15 jours avant la consultation par son psychiatre.

La marche est difficile, le tremblement bilatéral avec une prédominance à gauche et touche également la mâchoire. L'UPRDS moteur est à 29/56.

Au niveau cognitif, troubles modérés (MMS à 19) non explorables de façon plus approfondis.

Le scanner cérébral montre une atrophie et une leucoaraiose.

Deux diagnostics sont évoqués : un syndrome parkinsonien secondaire au neuroleptique ou une maladie de parkinson idiopathique de forme tardive. Il est décidé une réévaluation à distance en accord avec la patiente.

À trois mois de l'arrêt du neuroleptique, la situation clinique est inchangée.

Devant les risques d'une déstabilisation des troubles psychiatriques, il est décidé de ne pas faire de test à la dopathérapie et de demander une scintigraphie cérébrale au DAT-SCAN qui éliminera une atteinte des voies dopaminergiques.

À cinq mois, le syndrome extrapyramidal s'amenuise. La marche est quasi normale mais il existe une résurgence des troubles psychiatriques.

Conclusion : Les personnes âgées psychiatriques vieillies sous neuroleptiques présentent très souvent un syndrome parkinsonien qui peut perdurer plusieurs mois après l'arrêt. Il faut également évoquer une maladie de parkinson idiopathique à début tardif. Il faut donc dans ces cas difficiles s'aider de la scintigraphie cérébrale au DAT-SCAN.

Mots clés : Neuroleptique - Parkinson

P1.04-39

Exposition des soignants sur les troubles du comportement sexuel en milieu institutionnel gériatrique

G. Deschasse^{1,2,*}, N. Dietrich-Tochon Laruaz², P. Maneval², P. Couturier²

¹Hôpital des Trois Chênes, service de gériatrie, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

²Clinique universitaire de gériatrie, CHU de Grenoble, Grenoble, France

Introduction : Les Établissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont des lieux de vie où cohabitent des personnes âgées fragiles souvent poly pathologiques pouvant présenter des troubles du comportement liés à un état démentiel ou autre. La sexualité peut faire l'objet de troubles du comportement. Les résidents des EHPAD mais aussi le personnel soignant sont exposés à ces troubles et leur prise en charge peut être difficile.

Objectifs : L'objectif est de décrire l'exposition du personnel soignant aux troubles du comportement sexuel (TCS) en termes de taux d'exposition, de fréquence et de difficultés de prise en charge vécues par les soignants et les médecins traitants en EHPAD.

Méthodes : Cette étude épidémiologique transversale multicentrique s'est déroulée dans les institutions gériatriques d'Isère et de Haute Savoie entre mars et juillet 2013, par des auto-questionnaires et des entretiens semi dirigés inspirés des critères de Blandford et de l'EdFED-Q auprès du personnel soignant choisi au hasard.

Résultats : Sur 17 établissements étudiés pour 1 334 résidents, 118 soignants (infirmières et aide soignantes) ont été interrogés. Cent six (89,83 %) soignants sont exposés aux TCS des résidents. Les soignants interrogés travaillent en moyenne depuis 6,74 (+/- 7,27) ans en milieu gériatrique. Les TCS sont rapportés comme étant difficiles à gérer pour 63 (59,43 %) soignants, avec une EVA de difficulté cotée en moyenne à 4,87 (+/- 2,20).

Quarante (38,10 %) soignants estiment être confrontés aux TCS plus d'une fois par semaine, 34 (32,38 %) estiment y être confrontés une fois par mois et 31 (29,52 %) une fois par an ou moins. Les trois TCS les plus fréquents par rapport au ressenti des soignants sont le fait de se promener dévêtu pour 61 (57,55 %) soignants, le langage grossier pour 58 (54,72 %) soignants et l'attouchement d'un membre

du personnel pour 38 (35,85 %) soignants. Les trois TCS les plus difficiles à gérer sont la masturbation en public pour 47 (44,34 %) soignants, l'attouchement d'un résident pour 39 (36,79 %) soignants et à égalité le langage grossier et l'attouchement d'un membre du personnel pour 32 (30,19 %) soignants. Le vécu des soignants concernant ces TCS est assez hétérogène. Les sentiments les plus fréquemment retrouvés sont la gêne (72 (67,92 %)), suivi par l'ambiguïté de la situation (50 (47,17 %)), l'impression d'intrusion (47 (44,34 %)) et le sentiment de maladresse (45 (42,45 %)). Quarante-quatre (41,51 %) soignants s'estiment mal formés à la prise en charge des TCS des résidents. Il a également été noté une impression de manque de partage en équipe pour 31 (29,25 %) soignants, un défaut d'écoute de la part du médecin traitant (18 (16,98 %)) et un manque d'écoute entre collègues (17 (16,04 %)). Sur les 46 médecins traitants contactés, 18 avaient au moins un patient résident en EHPAD présentant un TCS et 7 (38,89 %) étaient déjà informés du TCS. Trente-quatre (73,91 %) estiment que la prise en charge des troubles du comportement des patients âgés en institution est difficile, 28(60,87 %) s'estiment insuffisamment formés.

Conclusion : Les troubles du comportement sexuel en EHPAD sont fréquents et polymorphes, parfois mal vécus par les soignants souvent en raison de leur ambiguïté, de leurs portés symboliques et du manque de prise en charge. Ces troubles manquent de définition consensuelle et il existe un réel manque de formation des équipes soignantes et des médecins traitants. Ces derniers ne sont pas systématiquement informés de la présence du trouble.

Mots clés : Démence - EHPAD - Sexualité

Liens d'intérêt : aucun déclaré

P1.04-40

Exposition des soignants sur les troubles du comportement alimentaire en milieu institutionnel gériatrique

G. Deschasse^{1,2,*}, P. Maneval¹, N. Dietrich-Tochon Laruaz¹, P. Couturier¹

¹Clinique Universitaire de Gériatrie, CHU de Grenoble, Grenoble, France

²Hôpital des Trois Chênes, service de gériatrie, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

Introduction : Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont des lieux de vie où cohabitent des personnes âgées fragiles souvent poly pathologiques pouvant présenter des troubles du comportement liés à un état démentiel ou autre. L'alimentation peut faire l'objet de troubles du comportement. Le personnel soignant est exposé à ces troubles et leur prise en charge peut être difficile.

Objectifs : L'objectif est de décrire l'exposition du personnel soignant aux troubles du comportement liés à l'alimentation (TCA) en terme de taux d'exposition de fréquence ainsi que de difficulté de prise en charge vécues par les soignants et les médecins traitants en EHPAD

Méthodes : Cette étude épidémiologique transversale multicentrique s'est déroulée dans les institutions gériatriques d'Isère et de Haute Savoie entre mars et juillet 2013, par des autos questionnaires et des entretiens semi dirigés inspirés des critères de Zeiss auprès du personnel soignant choisi au hasard.

Résultats : Sur 17 établissements étudiés pour 1 334 résidents, 118 soignants (infirmières et aide soignantes) ont été interrogés. Le taux d'exposition des soignants aux TCA est de 100 %. Les soignants inter-

rogés travaillent en moyenne depuis 6,74 (+/- 7,27) ans en milieu gériatrique.

Les TCA sont rapportés comme étant difficiles à gérer pour 87 (74,35 %) des soignants, avec une EVA de difficulté en moyenne cotée à 5,14 (+/- 1,63). Soixante-douze soignants (61,02 %) estiment être confrontés aux TCA tous les jours et 37 soignants (31,36 %) plus d'une fois par semaine. L'analyse des questionnaires montre que les trois TCA les plus fréquemment rencontrés sont le refus de manger (n=91 (77,12 %)), le refus d'ouvrir la bouche (n=78 (66,10 %)), le fait de recracher ou laisser couler la nourriture (n=57(48,31 %)). Les trois TCA les plus difficiles à gérer sont le refus d'ouvrir la bouche (n=77 (65,25 %)), le refus de manger (n=75 (63,56 %)), le refus d'avaler (n=67 (56,78 %)).

Quarante-huit (44,85 %) soignants expriment une lassitude, 44 (40,74 %) une sensation d'échec et chez 33 (30,56 %) une impression de maltraitance.

La majorité des soignants déclarent manquer de temps (104 (95,41 %) pour prendre en charge les troubles du comportement liés à l'alimentation.

Un peu moins de la moitié des soignants s'estiment mal formés (35 (42,68 %)) et 42 (47,72 %) notent un manque de partage en équipe. Pour 29 (33,33 %) soignants, il existe un manque d'écoute entre collègues et 25 (33,78 %) de la part du médecin traitant.

Sur les 46 médecins traitants contactés, 28 avaient au moins un patient résident en EHPAD présentant un TCA et 16 (57,14 %) étaient déjà informés de son existence.

Trente-quatre (73,91 %) estiment que la prise en charge des troubles du comportement des patients âgés en institution est difficile, 28(60,87 %) s'estiment insuffisamment formés.

Conclusion : Les TCA en EHPAD sont fréquents et polymorphes. La majorité des soignants estime manquer de temps pour prendre en charge ces troubles et près de la moitié exprime de la lassitude, un échec ou de la maltraitance. Ces troubles manquent de définition consensuelle et il existe un réel manque de formation des équipes soignantes et des médecins traitants. Ces derniers ne sont pas systématiquement informés de la présence du trouble.

Mots clés : Comportements - Démence - EHPAD - Nutrition

P1.04-41

Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement

D. Dupre-Leveque^{1,*}, L. Pinard¹

¹93, ANESM, Saint-Denis, France

Introduction : En France, en 2010, 28 % des suicides ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus. L'épidémiologie montre que près de 90 % des suicides de personnes âgées sont en lien avec un trouble psychiatrique, essentiellement la dépression. L'amélioration du repérage de la souffrance psychique ou de la dépression constitue donc un enjeu majeur de santé publique.

Objectifs : La recommandation élaborée par l'Anesm donne des éléments de réflexion et d'action sur les pratiques aux professionnels dans la prévention, la connaissance et le repérage des risques de souffrance psychique ; la nécessité du partage d'informations et la mise en place d'un accompagnement interdisciplinaire.

Méthodes : La recommandation est élaborée sur la base d'une analyse de la littérature centrée sur la souffrance psychique et le suicide des personnes âgées, d'un appel à contribution adressé à l'ensemble des établissements et services à domicile (une trentaine de structures

(SAAD, SSIAD, Ehpad...) a répondu à ce questionnaire), d'une enquête qualitative et observations de terrain auprès de structures, de personnes âgées accompagnées et de leurs aidants.

L'élaboration s'appuie aussi sur un groupe de travail, composé de professionnels et de représentants d'usagers. Ce groupe a suivi l'ensemble du processus d'élaboration du document, en y apportant une pluralité de points de vue. Le projet est ensuite soumis à un groupe de lecture puis aux instances de l'Anesm dont son conseil scientifique.

Résultats : Les professionnels contribuent, par la qualité des prestations et la personnalisation de l'accompagnement, à atténuer les effets de la souffrance psychique. La démarche est préventive, tout au long de l'accompagnement. La pluralité des causes de souffrance psychique explique les éventuelles difficultés de repérage des professionnels. Au-delà d'une écoute attentive, l'observation de la personne dans son environnement et l'attention portée à ce qui s'est modifié sont les fondements du repérage fait par les professionnels. Cette recommandation a pour but d'aider les professionnels intervenants au quotidien auprès de personnes âgées (AMP, auxiliaires de vie sociales, aides-soignantes...) à repérer les signes afférant à la souffrance psychique et à disposer d'éléments pour pouvoir organiser son accompagnement. Cette recommandation est un outil pédagogique qui peut être utilisé par tous les responsables de structures, directeurs d'Ehpad, pour animer des sessions de formations sur cette thématique particulière. La recommandation propose dans le 5^{ème} chapitre des études de cas qui peuvent être travaillées en équipe. Enfin, tous les organismes de formation peuvent s'appuyer sur ce travail.

Conclusion : Les difficultés d'adaptation et le ressenti de mal-être pouvant se développer avec l'avancée en âge touchent à l'intimité des personnes et sont en ce sens difficiles à anticiper. En revanche, les professionnels des établissements et services peuvent contribuer à limiter l'installation durable de la souffrance psychique grâce à une meilleure connaissance des signes et à une prise en charge coordonnée (médecin traitant, famille, réseau social, intervenants professionnels, ...). La prévention de l'aggravation et du risque suicidaire passe par une meilleure reconnaissance des signes et une sensibilisation massive des acteurs de terrain à cette thématique.

Mots clés : Dépression - Formation - Prévention - Suicide

P1.04-42

Médiation animale et troubles du comportement en EHPAD : quels bénéfices pour le résident et pour les soignants ?

C. Eudo^{1,*}, J. Breton², S. Gaudron³

¹Médecine interne, CHRU de Tours, Tours

²EHPAD, CH de Loches

³EHPAD, CH Loches, Loches, France

Introduction : La prise en charge des troubles psychocomportementaux liés à la démence repose sur l'association d'une prise en charge pharmacologique et d'une prise en charge non médicamenteuse. Cette prise en charge non médicamenteuse tend à se développer dans les EHPAD et notamment dans les unités spécialisées dans l'accueil de résidents atteints de démence. La médiation animale a pour but d'améliorer le fonctionnement émotionnel et affectif du sujet par l'intervention d'un animal spécifiquement éduqué et d'un intervenant qualifié. Elle peut être utilisée chez le sujet âgé atteint de démence pour favoriser la communication verbale et non verbale, provoquer des réminiscences, apaiser une anxiété ou canaliser une hyperactivité motrice.

Objectifs : L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact sur les troubles du comportement de l'intervention d'un canithérapeute et de son chien.

Méthodes : 24 séances de canithérapie individuelle de 20 minutes ont été proposées à 20 résidents atteints de démence et présentant des troubles psychocomportementaux. Une évaluation de ces troubles a été réalisée en début et fin de prise en charge par l'échelle NPI-ES et une évaluation des réactions (intérêt, communication, humeur et réminiscences) a été réalisée par le thérapeute lors de chaque séance.

Résultats : Concernant l'analyse des NPI-ES avant et après les séances, on retrouve une diminution significative des scores pour les items « dépression » et « anxiété ». Concernant l'évaluation des réactions à chaque séance, il n'a pas pu être réalisé d'étude statistique du fait du faible effectif. Le graphique ci-contre présente l'évolution des différents items évalué entre le début et la fin des séances.

Conclusion : Le faible effectif de notre population et les difficultés relatives à l'évaluation des troubles du comportement doivent nous faire interpréter ces résultats avec prudence. Cependant, il semble que le recours à la médiation animale soit bénéfique dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la démence, notamment l'anxiété et la dépression. Il serait intéressant de conforter ces résultats par une étude prospective sur une population plus importante et plus homogène. En effet, étant donné l'engouement actuel pour les différentes prises en charge psycho-comportementales des troubles du comportement et le coût qu'elles peuvent représenter pour les institutions, il nous semble nécessaire que des études évaluent au mieux leur efficacité et leur intérêt pour le résident.

Mots clés : Démence - Zoothérapie

P1.04-43

Le toucher relationnel, approche multisensorielle « Snoezelen »

D. Guibaud-Dressaire^{1,*}, M. Lapierre¹, D. Strubel¹, B. Garritano¹, B. Gourdoux¹, H. Finiels¹

¹30, centre de gérontologie Raymond Ruffi, Nîmes, France

Introduction : Selon Baltès (1997), l'avancée dans le 4^{ème} âge amène les individus à des situations de plus en plus extrêmes, voire même à la « limite de la résilience psychologique ». Il devient de plus en plus difficile pour les personnes de mettre en œuvre les fonctions cognitives nécessaires au bon ajustement quant à leur environnement, à leurs objectifs de vie, à la poursuite de leur développement. Bianchi (1999) ajoute que vieillir devient en ce sens un sujet d'inquiétude qui continue à aggraver « le sentiment d'insécurité ». Ce qui induit une majoration des plaintes et un sentiment de vulnérabilité plus marqué. En d'autres termes, et selon ses constats, il semblerait que la vieillesse agisse comme un amplificateur des troubles thymiques (anxiété et/ou dépression) et puisse également favoriser leur émergence.

Qui plus est, les symptômes induits par les troubles thymiques sont souvent générateurs d'une majoration de la plainte mnésique chez l'âge, qui n'est autre qu'un reflet subjectif quant à une perte de performances dans la vie quotidienne.

Objectifs : Aussi il nous est apparu primordial de considérer au sein de l'hôpital de jour SSR, la prise en soin des troubles de l'humeur, afin de maintenir optimale la réserve cognitive, et repousser les stades cliniques d'une affection neurodégénérative ou neurovasculaire encore asymptomatique. C'est en ce sens qu'un atelier de stimulation multisensorielle a été proposé. Cet atelier présentait des objectifs centrés sur le versant psychologique (humeur, estime de soi, perception de la qualité de vie).

Méthodes : L'atelier proposé à des groupes de 6 personnes se déroulait sur 4 séances d'1h30, à raison d'une séance par semaine. Les participants devaient compléter des auto-questionnaires (GDS ; Questionnaire de l'inquiétude de Penn State ; Questionnaire de plainte mnésique de MacNair) avant la première séance et à l'issue de la dernière. Au cours des séances, les participants étaient soumis à des stimulations multiples (visuelles : kaléidoscopes, olfactives : diffuseur ; auditives : musique Snoezelen ; toucher relationnel : contact cutané direct ou non, toucher massage, effleurement).

Résultats : Les participants ayant participé à cet atelier de toucher relationnel ont présenté une légère amélioration de leur performances cognitives au MMSE (Moyenne : Avant : 21, sd 3.74 ; Après : 22, sd 4.50), diminution de troubles de l'humeur (Moyenne GDS avant : 6.52, sd 3.73 ; après : 4.47, sd 3.07), ainsi qu'une diminution des inquiétudes (moyenne Penn State, avant : 51.42, sd 10.17 ; après : 44.36, sd 11.90). Par ailleurs, les participants au groupe ont fait état de réminiscences positives, d'une diminution de leurs angoisses, d'une qualité de sommeil améliorée, d'une meilleure concentration ainsi que d'une meilleure fluidité verbale. Les soignants ont pour leur part constaté lors des ateliers de groupes une plus grande prise d'initiative et une meilleure communication.

Conclusion : Cet atelier a permis aux différents patients non seulement d'être dans un lâcher prise, mais aussi de donner libre cours aux diverses réminiscences permises par cette approche multisensorielle. Par ailleurs, au-delà des bénéfices observés pour le patient, cette approche a permis de renforcer la relation soignant-soigné, et d'apporter au soignant une meilleure connaissance de soi.

Mots clés : Troubles thymiques - Vulnérabilité - Plainte - Snoezelen

P1.04-44

L'Échelle d'évaluation des personnes âgées difficiles qui épuisent

J.-C. Monfort^{1,*}, A.-M. Lezy², S. Tezenas du Montcel³

¹75, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

²92, AP-HP (Corentin Celton), Issy Les Moulineaux

³75, AP-HP (Salpêtrière), Paris, France

Introduction : L'ouverture en 2003 au CHSA d'une unité pour les personnes âgées difficiles qui épuisent, qu'elles aient ou non un état démentiel, nous a conduits à faire le constat de l'inadéquation des échelles existantes, inadaptées à notre population de patients. Nous avons alors entrepris la construction d'une échelle destinée à évaluer la capacité d'une personne âgée à épuiser les professionnels et les aidants. Ce travail a permis la création d'une échelle conçue à partir du terrain, pour le terrain : elle a été rédigée en utilisant des mots immédiatement compréhensibles pour les aides-soignants. L'échelle EPADE est composée de 16 symptômes présentés sous forme de 4 syndromes. Chacune des quatre sous échelles est constituée de quatre items cotés de 0 à 4 avec un sous total maximum de 16 et un score total de 64. Cette feuille A4 est pliable en 4 et tient dans la paume de la main. Elle est facile à mémoriser, rapide à faire passer et permettant de discuter en équipe des raisons pour lesquelles une personne âgée est épuisante.

Objectifs : L'objectif a été la validation de notre instrument.

Méthodes : Plusieurs étapes se sont succédé de 2003 à 2014 pour construire puis valider cette échelle. La construction a eu lieu dans l'unité expérimentale de psychogériatrie du CHSA. Une vidéo d'entraînement à la cotation mettant en scène des acteurs a permis de travailler le libellé de chacun des 16 items. Les étapes de mesure de la

validité interne, externe, de la fidélité test-retest puis de la fidélité inter-juges a été multicentrique impliquant plus de trente centres en France.

Résultats : L'analyse factorielle montre quatre dimensions chez les personnes âgées de plus de 75 ans. La fidélité test-retest montre un coefficient intraclass de 0,77 supérieur à celui de la NPI (0,55). La fidélité interjuge, comparée à la NPI, sera disponible en juin 2014. Le score du cut-off comparable à celui du seuil utilisé pour la NPI est un score supérieur à 17.

Conclusion : Cette nouvelle échelle a des critères de validité et de fidélité équivalents ou supérieurs à la NPI. Sa simplicité et la rapidité d'une passation amènent à discuter l'opportunité de son utilisation pour définir l'accès aux UCC et aux PASA.

Mots clés : Comportements - Échelle - Évaluation - Psychogériatrie

P1.04-45

Causes et déclencheurs de Sd confusionnel aigu communautaire chez le sujet âgé

L. Valembois^{1,*}, D. Boumbar¹

¹94200, Hôpital Charles Foix, Ivry sur Seine, France

Introduction : Le syndrome confusionnel est un état aigu constaté chez environ 10 % des patients âgés admis à l'hôpital. Dans la population âgée ambulatoire, la prévalence de la confusion et des facteurs déclenchant amenant à une hospitalisation est à ce jour moins connue.

Objectifs : L'étude s'est intéressée aux étiologies du syndrome confusionnel survenant en ville et nécessitant une hospitalisation. L'objectif était de déterminer la prévalence des différents facteurs déclenchant du syndrome confusionnel. L'objectif secondaire était d'évaluer la pertinence du scanner cérébral dans l'apport diagnostique du syndrome confusionnel.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective d'une cohorte de patients hospitalisés en unité de court séjour gériatrique sur une durée de 3 mois. Les critères d'inclusion étaient des patients de plus de 65 ans, vivant à domicile, hospitalisé pour syndrome confusionnel. Les exclusions ont concernées les syndromes confusionnels au cours du séjour hospitalier. Les données recueillies comprenaient l'ensemble de ses antécédents.

L'ensemble des facteurs déclenchant ont été notifiés à l'arrivée du patient et à la sortie. Il a été notifié la réalisation de scanners cérébraux. Le diagnostic du syndrome confusionnel a été posé avec l'échelle «confusion assesment method». Un test de Student pour série appariée a été réalisé.

Résultats : La population étudiée comprend 30 patients. La moyenne d'âge est de 86 ans. 83 % de la population était à domicile. 17 % étaient en Établissement Hospitalier pour personne dépendante. 23 % présentaient une démence de type Alzheimer ou apparentées. Il existait 86 % de patients présentant des troubles cognitifs non diagnostiqués. À l'entrée le nombre moyen de facteur déclenchant était de 0.93+/-0.53 dans la population générale contre 0.87+/-0.48 dans la population démente. À la sortie de l'hospitalisation on note un nombre moyen de facteur déclenchant dans la population générale de n=1.53+/-0.74. Chez les patients déments le nombre moyen de facteur déclenchant est n=1.28+/-0.5. On note une différence significative (p=0.002) concernant le nombre moyen de facteurs déclenchant à l'entrée et à la sortie dans la population générale. Il est noté une faible prévalence de facteur déclenchant chez les patients déments avec une différence non significative entre l'entrée et la sortie (p=0.07). Dans le bilan étiologique la réalisation d'un scanner cérébral est faite dans 86 % des cas et a contribué dans 11 % des cas au diagnostic.

Tableau 1

Facteurs déclenchants :	Entrée N (%)	Sortie N (%)
Infections au total	9 (30 %)	13 (43,3 %)
Iatrogénie	4 (13 %)	5 (16,6 %)
Trouble hydro électrolytique	5 (16,6 %)	7 (23,3 %)
Accident vasculaire aigu	0 (0 %)	0 (0 %)
�pilepsie	0 (0 %)	3 (10 %)
Hématome sous-dural	1 (3,3 %)	2 (6,6 %)
Globe vésical	3 (10 %)	5 (16,6 %)
Hypo-/hyperglycémie	2 (6,6 %)	2 (6,6 %)
Nombre moyen de facteurs déclenchants par patient	0,93	1,53

Conclusion : La survenue d'un syndrome confusionnel est une observation fréquente en service de gériatrie. Il est nécessaire d'identifier le facteur déclenchant à celui-ci. Les examens para cliniques systématiques sont à pondérer devant le faible apport du scanner cérébral fait de façon quasi systématique dans cette étude. La démence reste un facteur prédisposant

au syndrome confusionnel avec un plus faible taux de facteur déclenchant un syndrome confusionnel. Les facteurs étiologiques les plus fréquentes restent les infections et les troubles hydro-électrolytiques.

Mots clés : Confusion - Delirium