

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2018

N° 110

**THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

Par

Clarisse PARENT

Née le 20/08/1990 à Lille

PRISE EN CHARGE DE LA CRISE COMPORTEMENTALE EN GERIATRIE :
ETUDE COMPARATIVE DES UNITES COGNITIVO COMPORTEMENTALES ET DES
SERVICES DE GERONTO PSYCHIATRIE EN ALSACE.

Président de thèse : Professeur Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Docteur Patrick KARCHER

« Cela semble toujours impossible jusqu'à ce qu'on le fasse »

Nelson Mandela



FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- Président de l'Université M. DENEKEN Michel
- Doyen de la Faculté M. SIBILIA Jean
- Asseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11) M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUCES Bertrand
- Chargé de mission auprès du Doyen M. VICENTE Gilbert
- Responsable Administratif M. LE REST François

Edition MARS 2018
Année universitaire 2017-2018

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	- Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe MD013 / P0172	NRPô NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRPô CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameledine P0173	NRPô CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRPô CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation - Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	- Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb Cons	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Issu	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	- Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	- Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RPô CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	- Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHO Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPPERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale - option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0150	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0198	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie; Hépatologie; Addictologie Option: Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option: Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option: Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac. de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option: Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option: Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Diapo 31.07.2019)	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique : Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option: Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier)

Cspt : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CJ : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(2)

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(3) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
----------------------	----	---	-------	--------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud MO001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina MO003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine MO109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier MO112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy MO110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi MO005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie MO008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille MO091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent MO099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier MO092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël MO113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERLINE Jocelyn MO012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe MO014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas MO019		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim MO017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie MO018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel MO100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier MO019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal MO021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina MO024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis MO025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack MO027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric MO032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie MO114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice MO033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey MO034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé

JEGU Jérémie M0101	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089	• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0038	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103	• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0060	• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0048	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0063	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER M0049	CS • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physiologie biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0080	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)

ROMAIN Benoît M0061	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0066	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073	• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0062	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0095	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0096	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP0 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP0 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP0 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP0 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP0 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BIENZT Michel (Hygiène) / 01.09.2004
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTESS Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
 BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99
 BURGARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87
 KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KIRN André (Virologie) / 01.09.99
 KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VALTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Esau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.03.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

A Monsieur le Professeur VOGEL,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous remercie pour votre dynamisme et votre implication dans ce travail, ainsi que pour la transmission de votre savoir durant ces années d'apprentissage de la gériatrie.

A Monsieur le Docteur KARCHER,

Je vous remercie de m'avoir accompagnée dans ce travail avec l'expérience, l'humanité et la bienveillance qui vous distinguent tant. Vous m'avez confortée dans cette voie dès mon arrivée en Alsace, merci pour votre partage, votre écoute et vos précieux conseils durant ces dernières années ; c'est un honneur d'apprendre à vos côtés.

A Monsieur le Professeur KALTENBACH,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail, je vous en suis très reconnaissante et vous prie d'accepter mes respectueuses salutations.

A Monsieur le Professeur BERNA,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et d'y apporter votre connaissance, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Aux Docteurs MICHEL, OBERLIN, WENDLING, IONITA, LEGAL, LEJEUNE, BAEUMLE
pour leur collaboration à ce travail.

A mes parents, grandes sœurs et beau-frère pour votre soutien sans faille, vos mots justes, votre fierté, votre confiance malgré les changements d'avis et quel que soit les choix. La liste serait bien longue alors mille mercis.

A Gabi et Jo, mes petits rayons de soleil.

A ma force tranquille, pour ta patience, ta vision de la vie et les belles choses qui nous attendent.

A mes oncles, tantes, grand-mère, marraine, filleule adorée, cousins et cousines, merci d'avoir suivi mon parcours depuis le début et d'oser le déplacement pour fêter la fin.

Aux copines de toujours et notre acolyte, pour votre fidélité, vos attentions, votre enthousiasme et votre soutien dans toutes les étapes de ma vie.

A ma bande de lycée, pour votre présence, votre sincérité et vos conseils précieux. Alors ne changeons pas !

Aux copains de fac qui, depuis les premiers schémas d'anatomie jusqu'aux fêtes lilloises et longues journées de révision ont rendu ces années si riches en émotions et en souvenirs.

A mes deux Galienaises pour la complicité qui nous a menées à cette belle amitié, bien au-delà des nombreuses copies corrigées, merci d'être toujours présentes.

Aux copines rencontrées dès les premiers pas strasbourgeois, merci d'avoir rendu l'Alsace si familiale.

Aux co internes devenus copains, pour votre accueil et le soutien durant ces innombrables staffs, pauses café, nuits de garde et montées de côte savernoise.

Aux copains gériatres pour ces jeudis à « La Rob' ».

Aux colocs, pour les bonnes idées dans le support informatique et ces chouettes années de cohabitation.

TABLE DES MATIERES

1	GENERALITES	22
1.1	EPIDEMIOLOGIE	22
1.1.1	Définitions.....	22
1.1.2	Quelques chiffres	23
1.2	PRESENTATION DU PLAN ALZHEIMER 2008-2012.....	25
1.2.1	Description.....	25
1.2.2	Financement.....	26
1.3	UNITES COGNITIVO COMPORTEMENTALES.....	27
1.3.1	Missions et cahier des charges	27
1.3.2	Etat des lieux.....	27
1.3.3	UCC de Strasbourg	29
1.3.4	UCC de Colmar.....	30
1.4	GERONTOPSYCHIATRIE	31
1.4.1	Historique.....	31
1.4.2	Missions	32
1.4.3	Sectorisation en Alsace	33
1.4.4	L'EPSAN de Brumath	34
1.4.5	Centre Hospitalier de Rouffach.....	34
1.5	SYMPTOMES PSYCHO COMPORTEMENTAUX	35
1.5.1	Epidémiologie	35

1.5.2 Facteurs de risque et étiologies	37
1.5.3 Evaluation	39
1.6 PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DES SPCD	40
1.6.1 Traitements médicamenteux	40
1.6.2 Prise en charge non médicamenteuse.....	42
1.7 LIEN ENTRE TROUBLES COGNITIFS, TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIE	44
2 ETUDE	45
2.1 OBJECTIF	45
2.2 MATERIEL ET METHODES	45
2.2.1 Type d'étude	45
2.2.2 Population	45
2.2.3 Lieu	46
2.2.4 Date	46
2.2.5 Grille de recueil de données.....	46
2.3 RESULTATS.....	47
2.3.1 Caractéristiques à l'admission	47
2.3.2 Profil cognitif	49
2.3.3 Profil psychiatrique	52
2.3.4 Co morbidités.....	53
2.3.5 Symptômes comportementaux	54
2.3.6 Traitements	55

2.3.7	Prise en charge diagnostique spécifique	57
2.3.8	Durées moyennes de séjour	59
2.3.9	Autonomie fonctionnelle.....	60
2.3.10	Protection juridique.....	60
2.3.11	Devenir.....	61
2.3.12	Mise en œuvre de thérapies cognitivo- comportementales	62
2.4	DISCUSSION.....	64
2.4.1	Des différences démographiques entre le Bas Rhin et le Haut Rhin	64
2.4.2	De faibles liens entre les deux types de structure	65
2.4.3	Répartition dans les structures en fonction des antécédents	65
2.4.4	Des troubles cognitifs probablement sous diagnostiqués	66
2.4.5	Un temps de psychiatrie peu important en UCC	66
2.4.6	Variation de prescription des traitements médicamenteux	67
2.4.7	Une autonomie fonctionnelle moindre dans les UCC.....	68
2.4.8	Une provenance des patients différente des conclusions nationales.....	68
2.4.9	Importance des structures extra hospitalières	69
2.5	LIMITES ET POINTS FORTS	70
3	CONCLUSION.....	71
4	BIBLIOGRAPHIE.....	73
5	LISTE DES ABREVIATIONS.....	79
6	ANNEXES.....	81

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	47
TABLEAU 2 : LIEU DE VIE INITIAL.....	48
TABLEAU 3 : MODE D'ENTREE DANS LES STRUCTURES.....	48
TABLEAU 4 : HOSPITALISATIONS ANTERIEURES	49
TABLEAU 5 : MMS A L'ENTREE.....	51
TABLEAU 6 : IMAGERIE CEREBRALE.....	51
TABLEAU 7 : MODALITES D'HOSPITALISATION	53
TABLEAU 8 : CO MORBIDITES.	53
TABLEAU 9 : OUTILS UTILISES.	59
TABLEAU 10 : DUREES MOYENNES DE SEJOUR.	59
TABLEAU 12 : AUTONOMIE DES PATIENTS A L'ADMISSION.....	60
TABLEAU 13 : PRESENCE D'UNE PROTECTION JURIDIQUE.....	61
TABLEAU 14 : DEVENIR DES PATIENTS.	62

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : FREQUENCE DES SPCD.....	36
FIGURE 2 : RECOMMANDATIONS HAS.....	38
FIGURE 3 : PROPOSITIONS DE TRAITEMENTS PAR LA HAS.	42
FIGURE 4 : PATHOLOGIES DEMENTIELLES PRE EXISTANTES.....	50
FIGURE 5: ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES.....	52
FIGURE 6: SYMPTOMES PSYCHO - COMPORTEMENTAUX.....	54
FIGURE 7: TRAITEMENTS A L'ENTREE.....	55
FIGURE 8: TRAITEMENTS A LA SORTIE.....	56
FIGURE 9 : DIAGNOSTIC DES TROUBLES COGNITIFS EN PSYCHIATRIE.....	58

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : SECTORISATION EN ALSACE81

1 GENERALITES

1.1 EPIDEMIOLOGIE

1.1.1 Définitions

Face au vieillissement de la population, la prise en charge et la connaissance des désordres psycho pathologiques du sujet âgé deviennent une priorité de santé publique. Néanmoins, il persiste des difficultés de reconnaissance, de compréhension et de prise en charge de ces troubles qui confèrent au domaine neuro psychologique de la personne vieillissante toute sa richesse et sa spécificité. Le vieillissement est pourvoyeur de stress médico- psycho- social par le changement de statut, la diminution des facultés physiques et cognitives, et la raréfaction des interactions sociales qu'il occasionne souvent.

Les déficits cognitifs sont variés et hétérogènes. Selon le DSM-V, le trouble neuro cognitif majeur (ancien syndrome démentiel) se définit par une altération de la mémoire et d'au moins une autre des fonctions cognitives (phasie, praxie, gnosie, fonctions exécutives) ayant une interférence significative avec le fonctionnement antérieur et ce, depuis plus de 6 mois. Ce syndrome démentiel peut avoir diverses étiologies : la maladie d'Alzheimer, la maladie cérébro- vasculaire, la maladie à Corps de Lewy, la maladie de Parkinson, la dégénérescence fronto- temporale...

Les troubles mentaux regroupent de nombreuses pathologies et symptômes en lien avec les émotions et comportements amenant à une souffrance de l'individu. On y retrouve le syndrome dépressif, les troubles anxieux, les psychoses, les conduites addictives, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité.

La crise psycho comportementale marque une rupture dans le fonctionnement antérieur et amène alors à des adaptations dans la vie du patient et de son entourage, nécessitant un accompagnement et une prise en charge diagnostique et thérapeutique spécifique (1). Cela représente la troisième cause d'hospitalisation de la personne âgée.

1.1.2 Quelques chiffres

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) estime le nombre de patients atteints de maladie d'Alzheimer et Apparentées à 1 200 000 en France en 2014 (2). La maladie d'Alzheimer est la première cause de pathologie neuro dégénérative en France avec 70% de l'ensemble des démences. Malgré le peu d'études de cohorte concernant l'incidence et la prévalence, l'estimation des patients concernés serait de 850 000 à 900 000 personnes en France. On compte 225 000 nouveaux cas chaque année avec une projection en 2020 de 1 200 000. Cependant, en France comme dans les autres pays, la maladie d'Alzheimer reste sous diagnostiquée et ce phénomène s'accroît avec l'avancée en âge : 50% des plus de 80 ans seraient non diagnostiqués (3). Nous pouvons également relier à ce phénomène un retard diagnostique ; en effet, 54% des patients sont diagnostiqués à un stade modéré à sévère, échappant fréquemment au diagnostic jusqu'à la crise comportementale (4). La maladie de Parkinson est la deuxième cause de maladie neuro dégénérative : la survenue d'une démence chez le patient parkinsonien est estimée à 25 à 30% des patients (5). La démence à Corps de Lewy représente 10% des causes de démences, tout comme les causes vasculaires. Les démences fronto- temporales sont estimées à 5 à 10% (6).

Une étude de prévalence réalisée en France en 2010 montre que 7,8% des 15-75 ans présentent un syndrome dépressif (7) contre 11, 3% des 75 ans et plus ; cette différence est associée à une majoration du risque suicidaire avec l'âge. Cependant, de façon générale pour les autres

troubles d'ordre psychiatrique (anxiété, psychose, addictions) la prévalence des troubles est sensiblement inférieure dans le grand âge que chez les moins de 65 ans (8). Ces troubles restent très présents dans les unités d'hébergement, faisant partie intégrante de la prise en charge globale des patients. Selon un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques (DREES) , plus de 8 personnes sur 10 présentent une affection neuropsychiatrique ; tout établissement d'hébergement confondu, 34% des patients présentent un syndrome dépressif, 27% des troubles anxieux et 15% un syndrome délirant (9).

1.2 PRESENTATION DU PLAN ALZHEIMER 2008-2012

1.2.1 Description

Face à une population vieillissante et de plus en plus confrontée à la maladie d'Alzheimer et apparentées, le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 – 2012 apporte une dimension de promotion de recherche aux axes sanitaires et médico sociaux présents dans les plans précédents. En référence à l'axe n°1 « Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants », incluant l'objectif 5 « Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer » et la mesure 17 « Création ou identification d'unités, au sein des services de Soins de Suite et Réadaptation, pour malades atteints d'Alzheimer», le plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait la création de 120 Unités Cognitivo Comportementales au sein des établissements polyvalents ou gériatriques en France. Il s'agissait d'une mesure destinée à expérimenter de nouvelles formes de prise en soins des symptômes psycho- comportementaux liés aux démences.

Le plan Alzheimer a également prévu un renforcement des structures adaptées au sein des établissements médico-sociaux :

- Des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) pouvant accueillir les patients avec des troubles du comportement sévères jour et nuit en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Adultes Dépendantes (EHPAD) et en Soins Médico Techniques Importants (SMTI).
- Des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) permettant un accueil de jour pour des patients présentant des troubles modérés en EHPAD.

Nous pouvons remarquer que le plan Alzheimer ne mentionne pas les troubles psychiatriques et leur prise en charge.

1.2.2 Financement

Ce projet s'est accompagné d'un investissement de 2 400 000 Euros en mesures nouvelles reconductibles sur la durée du plan pour le renforcement en personnel et de 2 400 000 Euros en investissement pour l'aménagement des locaux en 2008 (10) . A partir de 2009, une majoration des sommes allouées aux structures a été assurée par le Fond pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) s'élevant à 100 000 euros par unité ainsi que le financement de la création de 24 unités à hauteur de 200 000 euros par unité. La part de cet investissement total en Alsace s'élevait à 100 000 euros en 2009 (11). Au total en 2012, 66 millions d'euros ont été financés pour le fonctionnement des UCC et 24 millions d'euros pour l'aménagement des locaux.

1.3 UNITES COGNITIVO COMPORTEMENTALES

1.3.1 Missions et cahier des charges

Les UCC sont donc des structures dédiées à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, en situation de crise, présentant des symptômes psycho-comportementaux liés à la démence indiquant une hospitalisation. L'objectif principal de cette hospitalisation est d'identifier la nature et la sévérité des troubles du comportement, d'en apprécier le degré d'urgence ainsi que les causes et les répercussions sur la qualité de vie du patient et de ses aidants. Elles répondent au cahier des charges ministériel du 15 septembre 2008 (12). Les critères d'admission sont donc la présence d'une démence pour des patients autonomes à la marche présentant des troubles du comportement dits « perturbateurs ». La taille de ces unités est limitée à 10 à 12 lits en respectant une architecture adaptée dans le but de favoriser un environnement sécurisant et rassurant. Ainsi, selon le cahier des charges, sont obligatoires un plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante, aux activités thérapeutiques et à la réhabilitation cognitive, la présence de chambres individuelles uniquement, d'un espace de déambulation et d'un lieu commun d'activités et de vie sociale.

1.3.2 Etat des lieux

Une étude réalisée en 2011 recense les caractéristiques de 43 UCC sur le territoire français (13). Il n'y a pas de modèle unique mais la très grande majorité répond au cahier des charges concernant les critères d'admission, c'est-à-dire la présence d'une démence, une autonomie à la marche et un comportement perturbateur. Les objectifs sont la gestion de la crise et l'amélioration du comportement en intervenant dès les premiers signes pour permettre tant que possible le maintien du patient dans son environnement habituel. La porte d'entrée principale

en UCC était le secteur sanitaire pour la moitié des patients, un tiers provenait du domicile et 11% d'EHPAD. Elles présentaient une durée moyenne de séjour de 36 jours ; 81 % des établissements évoquaient des difficultés de sortie. 24% des admissions relevaient d'une affection psychiatrique. L'approche non médicamenteuse est privilégiée avec pour objectifs le maintien de l'autonomie et des capacités préservées ainsi que le bien être du patient.

Une étude réalisée à Lyon en 2011 montre une diminution significative de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) entre l'entrée et la sortie de l'UCC notamment sur les items suivants : idées délirantes, agitation, dépression, anxiété, désinhibition, irritabilité et comportements moteurs aberrants (14). Une des principales limites de la prise en charge en UCC réside en la difficulté de pérenniser les bénéfices apportés par la structure. En effet, une étude réalisée à Poitiers en 2012 montre un taux de réadmission précoce (< 3 mois) à hauteur de 10%. Les principaux facteurs de risque de cette ré hospitalisation sont une durée de séjour initiale courte, une association anti dépresseur et neuroleptique et des symptômes productifs et bruyants (15).

Un rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 a été rédigé en 2013 (16) et montre une opinion des professionnels de santé globalement positive des UCC malgré quelques limites. En effet, en 2012, 78 établissements sur 120 initialement prévus étaient ouverts. Selon cette étude qualitative, l'objectif premier qui était d'avoir un accueil rapide des patients n'était pas atteint et la porte d'entrée principale restait le court séjour gériatrique. Le manque de temps de présence d'un psychiatre, jugé insuffisant, était déploré par les praticiens avec 0,2 Equivalent Temps Plein (ETP) normalement prévu par le plan. Les médecins adresseurs étaient satisfaits de cette possibilité d'aval, offrant pour eux une alternative à la psychiatrie alors jugée encore plus difficile d'accès. Néanmoins, aucune étude d'évaluation quantitative d'impact sur le fonctionnement et l'efficacité de cette prise en charge spécialisée n'est à noter dans la littérature. Cette absence d'évaluation touche d'une façon plus générale l'ensemble des structures mises en place par le plan Alzheimer. Dans un premier temps de notre travail, nous

avons envisagé une évaluation du fonctionnement des Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) en Alsace. Ce travail n'avait pu aboutir en raison des difficultés organisationnelles des établissements, d'un manque de données objectives d'évaluation des patients et des modalités de leur prise en charge dans les structures.

Le plan « Maladies Neurodégénératives 2014-2019 » propose néanmoins avec sa Mesure 17 la poursuite des efforts engagés ; les objectifs résident en une meilleure intégration dans le parcours de soins, la réalisation d'enquêtes plus précises sur l'activité des UCC et la création de 20 à 30 établissements supplémentaires.

1.3.3 UCC de Strasbourg

L'UCC de Strasbourg fait partie du pôle de gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg qui comporte 373 lits et places répartis entre le court séjour gériatrique, l'hôpital de jour, les soins de suite et réadaptation et les unités d'hébergement : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Adultes Dépendantes (EHPAD), Soins Médico-Techniques Importants (SMTI) et Unité d'Hospitalisation Renforcée (UHR). Elle se trouve au sein du Pavillon Schutzenberger, est ouverte depuis le 15 décembre 2010 et comporte 12 lits à ce jour. Elle s'intègre dans la filière Alzheimer avec l'Hôpital de Jour gériatrique et l'Equipe Mobile qui permettent une évaluation diagnostique et un suivi spécialisé. Le temps de présence du psychiatre est de 0,05 ETP, celui du gériatre qui est aussi neurologue à 0,25 ETP, pour un effectif budgété de 0,5 ETP gériatre et 0,2 ETP psychiatre.

1.3.4 UCC de Colmar

L'UCC de Colmar fait partie du pôle de gérontologie clinique des Hôpitaux Civils de Colmar et se trouve au sein du Centre pour Personnes Agées qui comporte 367 lits répartis entre une unité de médecine gériatrique, des soins de suite et un EHPAD. Elle est ouverte depuis le 1^{er} août 2010 et comporte 9 lits à ce jour. Elle s'intègre également dans la filière Alzheimer avec l'Hôpital de Jour gériatrique et l'Equipe Mobile. Le temps de présence du psychiatre est 0,1 ETP, celui du gériatre à 0,4 ETP et celui du neurologue à 0,1 ETP pour un effectif budgété de 0,2 ETP gériatre, 0,2 ETP psychiatre et 0,2 ETP neurologue.

1.4 GERONTOPSYCHIATRIE

1.4.1 Historique

Longuement occultée et peu débattue en France, la psychiatrie du sujet âgé est une discipline jeune dans sa pratique, ayant connu un essor dans les années 1970. En effet, le développement des connaissances neuro anatomiques durant le XXème siècle a permis une amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies démentielles. L'apparition des outils comme le Mini Mental State Examination (MMSE) ou le test de Dubois, des imageries cérébrales, des connaissances anatomopathologiques, histologiques, biologiques et thérapeutiques ont modifié les perspectives des pathologies neuro psychiatriques au milieu du XXème siècle (17). La World Psychiatric Association (WPA) crée une section de psychiatrie du sujet âgé à la fin des années 1970, l'International Psychogeriatric Association (IPA) voit le jour en 1981 (18).

Malgré la réticence de certains psychiatres à la naissance de la discipline, la réduisant à la psychiatrie des seuls états démentiels, la communauté médicale reconnaît désormais la singularité des besoins spécifiques du sujet âgé. En effet, au même titre que la pédopsychiatrie au début des années 1920 prenait en compte les particularités de la psychopathologie de l'enfant, aujourd'hui c'est le vieillissement qui est au centre de la réflexion dans ce domaine (19). Cette psychiatrie tenant compte de l'âge devait permettre de prendre en soin les pathologies mentales de façon dynamique et adaptée dans une perspective de constant perfectionnement. Une amélioration de l'accès à la formation permettant l'acquisition des connaissances théoriques et des attitudes professionnelles adéquates paraissait indispensable.

Malheureusement, force est de constater à ce jour une difficulté persistante d'accès aux soins spécifiques, tant par la méconnaissance de la spécialité que par l'hétérogénéité de la répartition

géographique des équipes dédiées (20). N'étant, jusque-là, pas reconnue comme une surspécialisation en France comme dans la plupart des pays d'Europe, la rareté de l'accès aux diplômes et à la formation spécifique est un facteur limitant à la diffusion de cette pratique.

1.4.2 Missions

Spécialité complexe, elle est à la frontière entre de multiples domaines tels que la neurologie, la psychologie du vieillissement et la gériatrie. Historiquement, nous pouvons repérer deux approches qui sont in fine intriquées : la gérontopsychiatrie et la psychogériatrie. En effet, la gérontopsychiatrie s'attacherait à la clinique psychiatrique avec une pratique proche de celle utilisée pour les adultes plus jeunes alors que la psychogériatrie aborderait la clinique avec un point de vue gériatrique. Une scission entre les disciplines reste impossible par le fait qu'un recueil clinique n'est possible que si les particularités liées à l'âge sont prises en compte et que le contexte socio-médical est bien circonscrit. Aucune prise en soins adaptée des personnes âgées n'est envisageable sans la prise en compte de la dimension psychopathologique ; la connexion des abords psychologiques et les modalités de soins en aval restent un gage de qualité et de respect de l'autonomie de la personne lorsque cela est possible (21). Une conférence de consensus de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1996 a tenté d'établir un vocabulaire commun autour de cette spécialité et d'en définir les objectifs (22). En effet, en raison de la cohabitation des troubles psychiatriques et somatiques ainsi que de la combinaison des besoins médicaux, sociaux et psychologiques, l'OMS a défini la gérontopsychiatrie comme une « approche commune et multidisciplinaire de l'évaluation, du diagnostic, du traitement et des conséquences des problèmes de santé mentale de la personne âgée. » Les principaux objectifs établis sont le repérage précoce des troubles, l'amélioration de la qualité de vie, le maintien de l'autonomie, l'évaluation des capacités d'adaptation, de la vulnérabilité, de la personnalité et l'affectivité ainsi que l'utilisation adéquate des psychotropes dans la population

gériatrique. Le consensus préconise également la prise en compte des besoins des aidants en associant un soutien psychologique, social, juridique et la présence d'une gamme de structures différentes pour accompagner le patient : unités d'hospitalisation, séjour de répit, hôpital de jour... Dans ce domaine, l'interdisciplinarité entre gériatrie et psychiatrie est un pré requis à la qualité de l'enquête étiologique et de la prise en charge globale (23) (24). L'enjeu de la discipline consiste à éviter l'écueil de transposer la psychiatrie de l'adulte au sujet âgé sans prendre en compte sa complexité spécifique, le vieillissement pouvant modifier des troubles mentaux chroniques et anciens.

Les situations principalement retrouvées sont les troubles psychiatriques existants, décompensés ou vieillis, un équilibre perturbé dans un contexte de crise psychique de la vieillesse ou des troubles démentiels entraînant des troubles psychiatriques : les angoisses, raptus agressifs ou suicidaires sont alors les préoccupations (25).

Cependant, malgré le contexte démographique actuel et la spécificité du domaine, la gérontopsychiatrie publique souffre d'un retard certain au niveau de l'ensemble de ses missions, notamment concernant l'offre de soin, des structures proposées, de l'enseignement, de la recherche et de la prévention (26).

1.4.3 Sectorisation en Alsace

En France, depuis la loi du 31 décembre 1970, la prise en charge psychiatrique est découpée en secteurs géographiques afin d'avoir une offre de soins proche du domicile et de pouvoir proposer un suivi hospitalier et ambulatoire le plus adapté possible. Le Bas Rhin compte 12 secteurs de psychiatrie adulte rattachés au Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, à l'EPSAN de Brumath et le Centre Hospitalier d'Erstein (27). Le Haut Rhin compte 10 secteurs rattachés

aux Centres Hospitaliers de Rouffach, Colmar, Mulhouse et Altkirch (28). La carte géographique des secteurs se trouve en annexe 1.

1.4.4 L'EPSAN de Brumath

L'Etablissement Public de Santé Alsace Nord de Brumath gère au total 8 secteurs de psychiatrie générale avec une file active totale de 13 795 patients adultes en 2015. L'EPSAN comporte également une Unité de Soins de Longue Durée de 72 lits, une activité de psychiatrie infanto – juvénile et une activité médico-sociale (Foyer d'Accueil Médicalisé et Maison d'Accueil Spécialisée). Le service de gérontopsychiatrie du Pavillon Avicenne B comporte à ce jour 22 lits et prend en charge les secteurs G04, G06, G07, G08. Le temps de présence du psychiatre est de 0,7 ETP et celui du gériatre est de 0,6 ETP.

1.4.5 Centre Hospitalier de Rouffach

Le Centre Hospitalier de Rouffach comporte 3 pôles de psychiatrie adulte, un pôle enfant et adolescent, une Maison d'Accueil Spécialisée, un Foyer d'Accueil spécialisé, un EHPAD et d'une Unité Veille Sommeil. Il est composé de 312 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie et la file active comporte 16 000 patients. Ce nombre important de patients en file active montre la volonté de l'hôpital de diminuer l'hospitalocentrisme et de proposer des soins ambulatoires.

Le service de gérontopsychiatrie du pôle Lauch-Thur-Doller se trouve au Pavillon 9/1, comporte à ce jour 21 lits et prend en charge les secteurs G04 et G05. Le temps de présence du psychiatre est de 0,4 ETP et celui du gériatre est de 0,8 ETP.

1.5 SYMPTOMES PSYCHO COMPORTEMENTAUX

1.5.1 Epidémiologie

Souvent moins pris en compte que les déficits cognitifs, les Symptômes Psycho Comportementaux liés à la Démence (SPCD) font tout autant partie intégrante des pathologies démentielles. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le terme « troubles du comportement » suppose une réaction inadaptée à une stimulation mais le terme « symptômes psycho comportementaux » englobent les comportements spontanés inhérents à la pathologie. Ils sont définis par l'International Psychogeriatric Association depuis 1996 comme des symptômes de distorsion de la perception et du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement proprement dit. Nous retrouvons alors les symptômes productifs tels que l'anxiété, l'agressivité, l'agitation, l'euphorie, la désinhibition, les comportements moteurs aberrants, les idées délirantes et hallucinations, puis les troubles déficitaires tels que l'apathie, la dépression et la dysphorie et enfin les troubles du sommeil. Ils recouvrent donc l'ensemble des symptômes identifiés par observation du patient ou interrogatoire de l'entourage. Ils peuvent être présents à tous les stades de la pathologie et contribuent à la mortalité globale et à la diminution de la qualité de vie des patients et des aidants (29). Ils correspondent donc à l'altération des mécanismes sensoriels, affectifs et cognitifs amenant à une désadaptation de l'individu à son environnement. Plus de 80% des patients déments présentent des symptômes comportementaux. Selon le résultats de trois études européennes (MAASBED : Maastricht study of behaviour in dementia ; REAL : réseaux Alzheimer français (30) ; EADC : European Alzheimer Disease) les symptômes les plus fréquemment observés au stade léger à modéré de la maladie sont : l'apathie (55 % des patients), les symptômes dépressifs (44,9 %), l'agitation (35%) et l'anxiété (42%) (31). Les symptômes les plus précoces sont les signes dépressifs (32) alors qu'au stade sévère, les troubles psychotiques (délires et hallucinations), la dysphorie et

les comportements moteurs aberrants prédominant (33). A noter que ces derniers troubles sont accentués par les difficultés de communication qui se majorent également avec l'évolution de la maladie. Selon une étude de D. J Hart et al, le délai d'apparition moyenne des symptômes psychologiques est de 47 mois et de 48 mois pour les troubles comportementaux à partir de l'apparition des signes de déclin cognitif (34).

Les études divergent quant à l'évolution des SPCD. Une revue de la littérature comprenant 59 articles rapporte une grande variabilité interindividuelle des SPCD au cours de l'évolution de la démence. Cependant, il est constaté une augmentation de la prévalence des troubles avec le déclin cognitif dans les stades modérés et une stabilité de l'aggravation dans les stades plus sévères avec une tendance à la stabilité des symptômes affectifs (35). Le résumé des résultats concernant la fréquence des SPCD dans les 3 études européennes suscitées se trouve dans la figure 1 ci-dessous.

Figure 1 : Fréquence des SPCD

Tableau 9.I Fréquence (%) des SPCD évaluée avec l'Inventaire neuropsychiatrique (NPI) dans la maladie d'Alzheimer ; résultats de plusieurs études européennes

Études	MAA SB ED Verhey et coll., 2003 ↓	Real-FR Benoit et coll., 2003 ↓	Real-FR Benoit et coll., 2005 ↓	EADC Byrne, 2003 ↓	Total
	MMSE ⁽¹⁾ 15-28 n=199 (%)	MMSE 11-20 n=235 (%)	MMSE 21-26 n=244 (%)	MMSE 4-28 n=138 (%)	N=836 (%)
Apathie	59,3	63,5	47,9	48,9	55,5
Dépression	57,3	42,7	36,9	45,3	44,9
Anxiété	39,2	46,3	44,3	33,8	42,0
Agitation	28,6	44,3	32,8	30,9	35,0
Irritabilité	39,7	25,0	28,3	31,7	30,6
Comportement moteur aberrant	34,7	29,8	14,7	18,7	24,7
Délire	34,7	24,7	10,2	19,4	22,0
Appétit	24,6	24,3	20,5	12,9	21,4
Sommeil	18,1	12,9	13,5	12,9	14,3
Désinhibition	12,6	13,3	10,2	14,4	12,4
Hallucinations	13,1	7,8	5,7	7,9	8,5
Euphorie	7,0	9,8	4,5	5,0	6,8

¹ MMSE : Mini Mental State Examination score

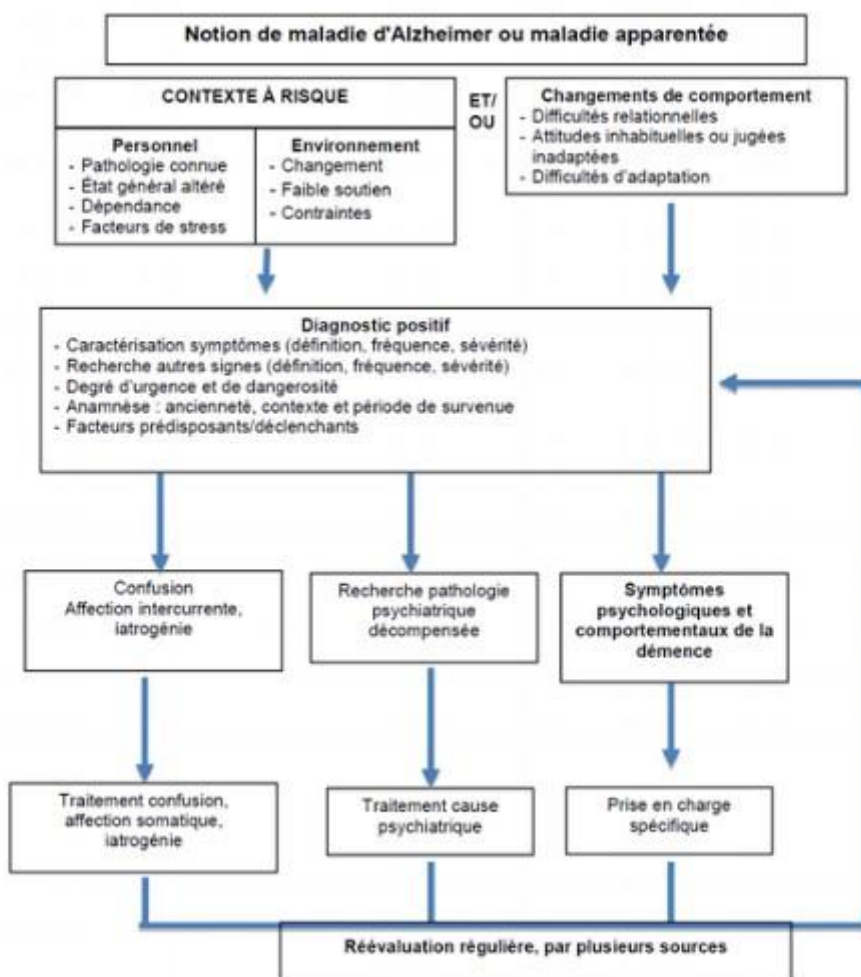
1.5.2 Facteurs de risque et étiologies

Les SPCD sont liés aux atteintes neurobiologiques de la maladie en raison des conséquences directes des lésions cérébrales, de l'étendue et de la localisation de celles-ci mais aussi en raison des perturbations biochimiques des systèmes de neurotransmission (déficit cholinergique, dopaminergique, sérotoninergique) (36). Cependant, elles peuvent surtout répondre à de multiples étiologies associées, somatiques, iatrogènes, psychologiques, sociales et environnementales, notamment liées à la réaction du patient et de l'entourage face aux déficits (37). Une des difficultés de la prise en charge réside donc en la complexité multidimensionnelle et en l'association de symptômes opposés. En effet, il est impossible de déterminer avec précision une unique cause mais il est nécessaire de prendre en compte tous les facteurs plausibles et leurs interactions (38) (39).

Les SPCD sont, avec les troubles cognitifs, une composante clinique majeure de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées. Leur repérage et leur connaissance sont essentiels pour la compréhension des mécanismes physiopathologiques de ces affections, pour l'évaluation de leurs conséquences fonctionnelles sur le patient et les aidants, ainsi que pour l'adaptation des différentes prises en charge. Un groupe de gériatres, neurologues et psychiatres français spécialisés dans ce domaine (THEMA 2) ont élaboré une mise au point épidémiologique, diagnostique et thérapeutique sur les SPCD. La base de travail était la Conférence de Consensus publiée par l'International Psychogeriatric Association en 2000. Ces recommandations ont fait l'objet d'une mise à jour à partir de la littérature et d'une adaptation à l'environnement français pour élaborer cette synthèse validée par l'ensemble du groupe de consensus (23). Ainsi, sur un terrain fragilisé par les troubles cognitifs et les comorbidités souvent nombreuses, les facteurs psychologiques, environnementaux et somatiques (infections, douleur, déshydratation, rétention d'urine, fécalome...) deviennent des facteurs précipitant la décompensation et doivent être reconnus en tant que signes d'alerte. Il est alors nécessaire de

faire une évaluation structurée et personnalisée en mesurant premièrement le degré d'urgence et de dangerosité pour le patient et autrui puis en recherchant une cause somatique aigue réversible et une iatrogénie. Lorsque cela est possible, la multiplication des sources d'information permet de mieux préciser les troubles en complément d'une observation du patient (40). La synthèse des recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des troubles psycho- comportementaux est présentée ci-dessous.

Figure 2 : Recommandations HAS.



1.5.3 Evaluation

Selon les recommandations, les SPCD peuvent être mesurés objectivement par un questionnaire spécifique appelé l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) qui évalue 12 symptômes parmi les plus courants dans la maladie d'Alzheimer et apparentées. Cette échelle évalue la fréquence et la sévérité des troubles ainsi que leur retentissement sur l'aidant ou professionnel soignant ; cela permet donc de quantifier la charge liée aux SPCD et d'évaluer les actions de prise en charge (41). Le NPI peut être complétée par la Geriatric Depression Scale pour la dépression et l'échelle d'agitation de Cohen Mansfield. Cependant, en raison de la labilité dans le temps et de l'évolution des troubles avec la maladie, il est difficile d'utiliser des outils statiques d'évaluation à un instant donné ; il est nécessaire d'avoir une approche dynamique. Une approche structurée et personnalisée est de toute façon préconisée.

1.6 PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DES SPCD

Un des enjeux majeurs de la prise en charge des SPCD consiste en sa spécificité et en la nécessité d'une adaptation individuelle pour éviter les prescriptions inappropriées. Les objectifs de cette prise en charge sont l'amélioration de la cognition, le retard des déficits cognitifs et l'évolution des SPCD ainsi que l'amélioration de la qualité de vie du patient et ses aidants. De nombreuses approches thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses sont intriquées dans la prise en charge.

1.6.1 Traitements médicamenteux

Sur le plan médicamenteux, la commission de transparence de la HAS a conclu en 2011 à un service médical rendu faible des traitements spécifiques symptomatiques de la maladie d'Alzheimer, à savoir les inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase et les antagonistes des récepteurs NMDA ou les anti glutamate (42) (43). Selon une étude pilote, ces recommandations ont mené à deux arrêts sur trois chez les patients institutionnalisés (44). Ils sont déremboursés en France depuis le 1^{er} août 2018. Le choix du traitement médicamenteux des SPCD reste difficile et doit prendre en compte de façon globale le type de trouble et les recommandations internationales. Les principales molécules utilisées sont les neuroleptiques, les benzodiazépines, les antidépresseurs type IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) et les anti épileptiques à visée thymorégulatrice (45). Ces molécules sont très présentes dans le traitement des patients déments et surtout dans les institutions (46) ; on estime à ce jour qu'une personne de plus de 70 ans sur deux recevraient un psychotrope. Une étude de cohorte de 34 696 patients montre que l'exposition des patients déments aux psychotropes est de 47% pour les anti dépresseurs, 45,3% pour les anxiolytiques et 26,9% pour les neuroleptiques (47). L'efficacité des neuroleptiques (notamment Risperidone et Olanzapine) a été significativement démontrée sur l'agressivité,

l'agitation et la psychose (48) avec une nette tendance à la prescription de neuroleptiques atypiques (49). Cependant, aucune amélioration du déclin cognitif n'a pu être démontrée (50). De plus, les personnes âgées sont exposées à un important risque iatrogène avec une majoration significative du risque d'évènement indésirable avec l'âge (51).

Dans un contexte de polymédication de la personne âgée, la lutte contre la iatrogénie est donc un enjeu de santé publique. Un audit clinique réalisé auprès des personnes âgées dans un hôpital psychiatrique montre une tendance à la diminution de prescription globale de psychotropes dans le temps (deux évaluations à 2 ans d'intervalle en 2009 et 2011), à l'évitement de prescription de deux molécules de même classe mais à une consommation accrue de benzodiazépines (52). Concernant les effets indésirables, les traitements du système nerveux central tels que les benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs et antiépileptiques sont les plus fréquemment ciblés comme médicaments pourvoyeurs de chutes (53) (54), d'autant plus qu'ils rentrent dans un contexte de polymédication, de nombreuses comorbidités et de variations pharmacocinétiques inhérentes au vieillissement. Outre les chutes, les effets indésirables les plus fréquents sont l'hypotension orthostatique et le syndrome confusionnel, souvent liés à une déshydratation et/ou une insuffisance rénale (55). Cela impose donc dans le grand âge une prescription prudente, réfléchie et réévaluée régulièrement ; c'est pourquoi la HAS a mis au point en 2007 le programme Psycho SA pour une meilleure prescription des psychotropes (56) (57). Les propositions de traitement des principaux troubles psychiatriques du sujet âgé par la HAS sont illustrées dans la figure 3 ci-dessous.

Figure 3 : Propositions de traitements par la HAS.

Tableau 1.

Propositions de traitements de première intention pour les principales indications des troubles psychiatriques de l'âgé.

Indications	Traitement en 1 ^{re} intention	Alternative en 1 ^{re} intention	Cas particuliers
Trouble anxieux aigu	Oxazépam 10 mg/j ou Lorazépam 1 mg/j ^(a)	Buspirone 15 mg/j ^(b)	Étífoxine 100 mg/j dans le trouble de l'adaptation avec anxiété ^(b)
Trouble anxieux chronique	Citalopram 10 mg/j ou Sertraline 25 mg/j ^(d)	Tianeptine 25 mg/j ^(b)	
Épisode dépressif majeur	Citalopram 10 mg/j ou Sertraline 25 mg/j ^(c,d)	Mirtazapine 15 mg/j ^(b)	Sélégiline en association à donépézil dans la démence ^(b)
Dépression résistante	Venlafaxine 37,5 mg/j Supplémentation en vitamine D ^(b)	En association à un antidépresseur : Lithium 400 mg LP/j ^(b) (lithémie 0,4-0,7 mEq/l) Aripiprazole 10 mg/j ^(b)	Méthylphénítdate 2,5 mg/j dans l'apathie et/ou en soins palliatifs ^(d)
Trouble du comportement, agitation, confusion	Tiapride 100 mg/j ^(g)	Risperidone 0,5 mg/j si agitation sévère ^(b,i,g)	Oxazépam 10 mg/j ou Lorazépam 1 mg/j si agitation anxieuse ^(b,i,g)
Trouble délirant, schizophrénie tardive et trouble psychotique de la démence	Risperidone 0,5 mg/j ^(e)	Aripiprazole 10 mg/j ^(b) Amisulpride 100 mg/j ^(b)	Clozapine dans la maladie de Parkinson ^(b)
Trouble bipolaire	Acide valproïque 500 mg/j ^(b)	Lithium 400 mg LP/j ^(b) (lithémie 0,4-0,7 mEq/l) Lamotrigine 25 mg/j ^(b)	

^(a) Recommandation HAS [158] ; ^(b) Recommandation HAS [159] ; ^(c) Recommandation HAS [160] ; ^(d) Selon le consensus d'experts [160] ; ^(e) Selon le consensus d'experts [119] ; ^(f) Selon le consensus d'experts [161] ; ^(g) Selon le consensus d'experts [162] ; ^(h) Données de la littérature ne faisant pas l'objet d'un consensus d'experts.

1.6.2 Prise en charge non médicamenteuse

Les recommandations actuelles vont donc dans le sens d'une diminution de prescription de ces médicaments psychotropes au profit des approches non médicamenteuses (cognitives, psychosociales, environnementales, sensorielles, motrices, aides aux aidants...) (58). Ces interventions visent la cognition, l'affect, l'environnement et les aidants. Selon une enquête DGOS – SFGG de 2012 (57), les plus utilisées sont les activités motrices (gymnastique, psychomotricité, ergothérapie), la stimulation sensorielle (relaxation, Snoezelen, luminothérapie) puis la stimulation cognitive et les activités manuelles.

De forts potentiels sont supposés à ces interventions malgré des études de faible puissance (59) et de rares mesures de l'efficacité à long terme. Une revue de littérature montre un effet significatif des compétences spécifiques en communication et de la capacité à réaliser un projet de soins personnalisé et ce, notamment sur l'agitation et la réduction des coûts de santé (60).

Les approches ayant démontré le plus de bénéfices malgré les limites sus citées sont la réhabilitation cognitive, les thérapies de réminiscence et l'approche environnementale (61).

La formation spécifique des professionnels et des aidants est un autre point clé de la prise en charge avec pour objectifs l'encouragement des attitudes positives, l'augmentation du sentiment d'efficacité, le bien être, la diminution du sentiment de fardeau. Ce savoir-faire si singulier vise à conférer aux soignants les principes de résolution des situations difficiles et de bienveillance (62).

1.7 LIEN ENTRE TROUBLES COGNITIFS, TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIE

L'intérêt pour les troubles psychologiques de la démence est actuellement croissant et l'approche psychopathologique des maladies démentielles de plus en plus décrite malgré la complexité des mécanismes qui pourrait décourager toute tentative de compréhension (63). La prise en charge globale inhérente au patient âgé dément nous amène donc à nous intéresser au profil psychologique de la personne, à la psychogénèse de la démence, à la structure de la personnalité sous-jacente et à retrouver les éventuels événements marquants. En effet, il a été démontré que la présence de certains traits de personnalités pré morbides pouvait être un facteur de risque à l'apparition de symptômes psycho comportementaux dans la pathologie démentielle (64). En effet, plusieurs auteurs ont travaillé sur le lien entre dépression, traumatisme psychique et démence (65) ; l'hypothèse principale étant que la dérégulation de l'axe corticotrope favoriserait les lésions caractéristiques. Il n'est pas rare de voir décompenser un trouble psychiatrique vieilli à l'apparition de troubles cognitifs, les mécanismes de défense élaborés par la personne tout au long de la vie se retrouvant mis à mal par le déclin cognitif. Celui-ci peut également être source d'angoisse, de symptômes dépressifs, de perte d'élan vital et d'estime de soi à l'origine d'une réelle souffrance psychique.

Nous pouvons aisément admettre que la limite entre troubles cognitifs et troubles psychiatriques chez le sujet âgé est mince et que leur retentissement commun amène à une prise en charge adaptée aux besoins. Cependant, on remarque une réticence de la personne âgée à consulter un psychiatre tant la connotation reste péjorative et anxiogène. Le moment de la crise comportementale pose donc le problème de l'interdisciplinarité et de la frontière entre neurologie, psychiatrie et gériatrie.

2 ETUDE

2.1 OBJECTIF

L'objectif de cette étude est de déterminer le profil et les modalités de prise en charge des patients en état de crise comportementale, admis respectivement en UCC et en services de gérontopsychiatrie.

2.2 MATERIEL ET METHODES

2.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique multicentrique, rétrospective observationnelle.

2.2.2 Population

Cette étude a inclus 200 patients admis dans les 4 structures étudiées à partir du 1^{er} janvier 2016, soit 50 patients par unité.

Il est à noter que dans les services de gérontopsychiatrie, des patients de tout âge ont été admis sur la période étudiée ; seuls les patients de plus de 70 ans ont été inclus, ce qui représente une exclusion de 23 patients pour Brumath et 12 patients pour Rouffach.

2.2.3 Lieu

UCC de La Robertsau (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg).

UCC du Centre Hospitalier de Colmar.

Unité de Gérontopsychiatrie Intersectorielle de l'EPSAN de Brumath au Pavillon Avicenne B (Secteurs G04, G06, G07, G08).

Service de gérontopsychiatrie du Centre Hospitalier de Rouffach au Pavillon 9/1 ; Pole Lauch-Thur-Doller (Secteurs G04 et G05).

2.2.4 Date

Date des inclusions : Du 4 janvier au 6 décembre 2016.

2.2.5 Grille de recueil de données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers informatisés des patients : observations cliniques, notes d'évolution, transmissions, lettres de transfert, courriers de sortie. Nous avons sélectionné les données les plus pertinentes afin de décrire de façon la plus complète possible le profil des patients admis et leur prise en charge.

Nous avons classé les informations dans un tableur Excel et analysé les données quantitatives avec les fonctions statistiques habituelles (moyennes, sommes, médianes).

Lorsqu'un patient était hospitalisé une seconde fois pendant la période d'étude, il n'était comptabilisé qu'une fois car l'objectif était de recueillir 200 profils.

2.3 RESULTATS

2.3.1 *Caractéristiques à l'admission*

Au total, 200 patients ont été inclus : les femmes représentaient 58% de l'effectif total et les hommes 42%. La répartition en population générale concernant cette classe d'âge (80 ans), est également de 58% de femmes pour 42% d'hommes (66). Le sexe et l'âge moyen des patients à l'admission sont représentés dans le Tableau 1. On remarque une répartition des données anthropologiques similaires entre les deux types de structures.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques

	Femmes (n)	Hommes (n)	Age moyen (années)
Strasbourg	34	16	82,82
Colmar	26	24	76,78
TOTAL UCC	60	40	79,80
Brumath	32	18	78,2
Rouffach	24	26	81,04
TOTAL PSYCHIATRIE	56	44	79,62

L'âge médian des UCC était de 81 ans, celui des unités de psychiatrie était de 78 ans.

Le lieu de vie initial et le mode d'entrée sont retrouvés dans les tableaux 2 et 3. En UCC comme en psychiatrie, 72% des patients inclus vivaient à domicile.

Tableau 2 : Lieu de vie initial.

	Domicile (n)	EHPAD (n)
Strasbourg	33	17
Colmar	39	11
TOTAL UCC	72	28
Brumath	34	16
Rouffach	38	12
TOTAL PSYCHIATRIE	72	28

Concernant le mode d'entrée, au regard du tableau 3, la porte d'entrée principale pour accéder à l'hospitalisation passe par le médecin traitant, 34% sont des admissions directes pour les UCC et 31% pour la psychiatrie pour les patients à domicile et respectivement 22 et 26% pour les patients en institution.

Tableau 3 : Mode d'entrée dans les structures.

	Urgences (n)	Domicile (n)	Institution (n)	UCC (n)	Psychiatrie (n)	SSR (n)	Médecine (n)
Strasbourg	6	13	14	-	0	6	11
Colmar	5	21	8	-	2	2	12
TOTAL UCC	11	34	22	-	2	8	23
Brumath	15	16	15	0	-	0	4
Rouffach	12	15	11	0	-	4	8
TOTAL PSYCHIATRIE	27	31	26	0	-	4	12

On remarque aisément que les UCC sont difficilement et rarement accessibles depuis les urgences, porte d'entrée principale des personnes âgées au système hospitalier. Les transferts entre UCC et services de psychiatrie sont quasiment inexistants.

Tableau 4 : Hospitalisations antérieures

	Services hospitaliers conventionnels (n)	Suivi ambulatoire spécialisé (n)	UCC (n)	Psychiatrie (n)
Strasbourg	31	17	8	4
Colmar	42	23	6	10
TOTAL UCC	73	40	14	14
Brumath	36	9	1	22
Rouffach	23	18	0	22
TOTAL	59	27	1	44
PSYCHIATRIE				

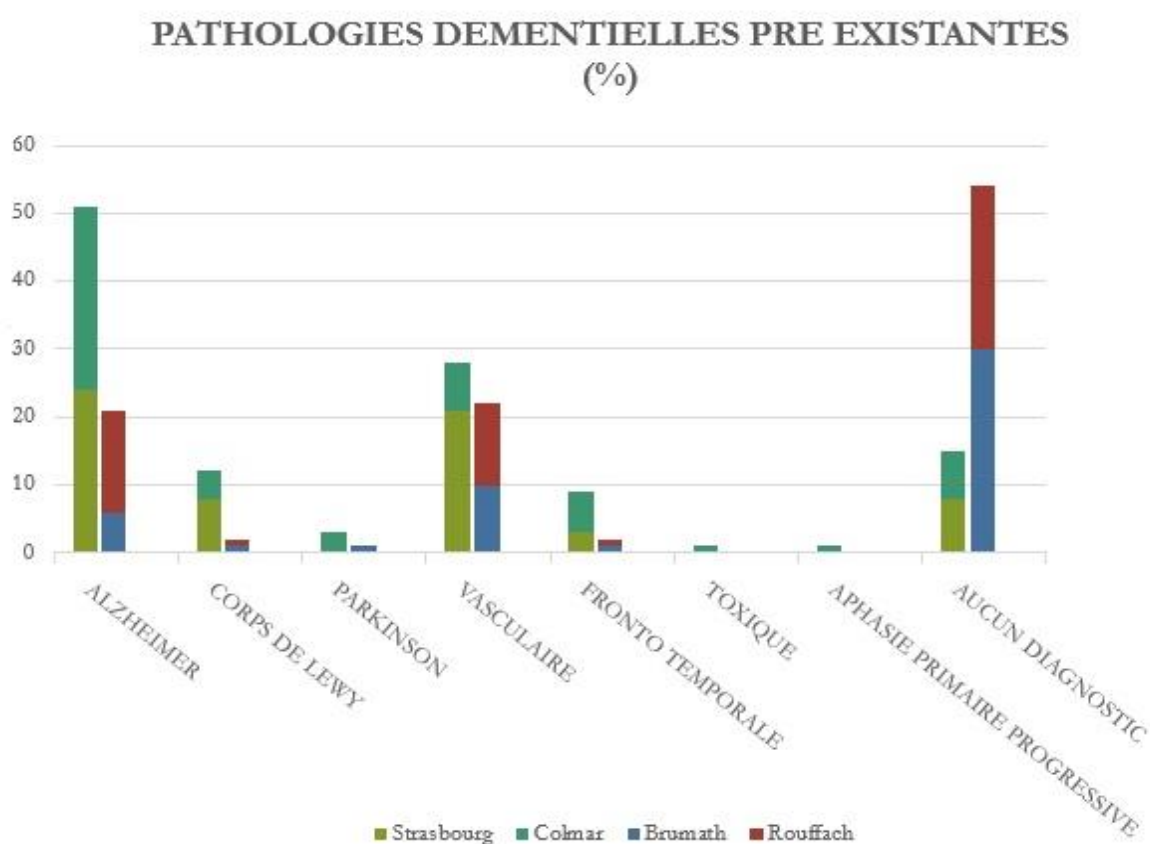
Pour la nette majorité des patients, le moment de la crise comportementale n'est pas le premier contact hospitalier, 66% des patients avaient déjà séjourné dans un service conventionnel hospitalier (médecine, chirurgie, réanimation) et 33% étaient suivis par une structure extra hospitalière spécialisée (hôpital de jour, consultation mémoire, équipe mobile). 86 % des admissions en UCC étaient des primo admissions dans l'unité contre 56% en psychiatrie.

2.3.2 Profil cognitif

On note une nette prédominance de la maladie d'Alzheimer (MA) au sein des UCC avec 51% des patients atteints. 28 % présentaient une étiologie vasculaire, 12% une démence à Corps de Levy (DCL), 9% une démence fronto temporale (DFT). 15% n'avaient pas de diagnostic cognitif.

Quant aux services de psychiatrie, la majorité des patients (54%) n'avaient pas de diagnostic de troubles cognitifs à l'admission, et ceux qui en avaient, présentaient majoritairement un profil vasculaire (22%).

Figure 4 : Pathologies démentielles pré existantes



Les chiffres représentés ici représentent les pourcentages totaux des différentes pathologies. A Strasbourg, 50% des MA et 57% des démences vasculaires sont des démences mixtes soit 6% des démences totales. A Colmar, 22% des MA et 85% des démences vasculaires sont mixtes, soit 12% des démences totales. A Brumath, 50% des MA et 33% des démences vasculaires sont mixtes, soit 3% des démences totales. Enfin à Rouffach, 20% des MA et 25 % des démences

vasculaires sont mixtes, soit 3% des démences totales. Au total en UCC, 18% des patients présentent une démence dégénérative avec une part vasculaire contre 6% en psychiatrie.

Concernant la sévérité de la démence, le MMS à l'entrée est irréalisable pour la majorité des patients en UCC ; s'il est réalisable, le profil correspond à des démences modérées à sévères. Nous constatons davantage de démences à des stades légers dans les services de psychiatrie. La plupart des admis en gérontopsychiatrie n'ont jamais eu de MMS auparavant.

Tableau 5 : MMS à l'entrée

	MMS>20	10<MMS<20	MMS<10	Irréalisable	Non fait
Strasbourg	4	15	5	26	0
Colmar	6	20	10	14	0
TOTAL UCC	10	35	15	40	0
Brumath	7	6	0	6	31
Rouffach	18	10	2	7	13
TOTAL	25	16	2	13	44
PSYCHIATRIE					

Le tableau 6 expose les imageries cérébrales retrouvées dans les dossiers analysés. Nous remarquons une plus grande tendance à la réalisation d'examens en UCC et notamment de examens plus spécifiques comme le Dat Scan.

Tableau 6 : Imagerie cérébrale

	Scanner cérébral	DaT- SCAN	IRM cérébrale
Strasbourg	27	5	16
Colmar	10	5	17
TOTAL UCC	37	10	33
Brumath	11	0	9
Rouffach	17	1	12
TOTAL	28	1	21
PSYCHIATRIE			

2.3.3 Profil psychiatrique

Les antécédents psychiatriques des patients inclus sont présentés dans la Figure 5. En UCC, chez 63% des patients aucun diagnostic psychiatrique n'est établi contre 33% en psychiatrie. Le syndrome anxiodépressif était le diagnostic psychiatrique le plus fréquent avec 25% de la population totale étudiée, 13% avaient déjà présenté des idées suicidaires, 13% des addictions, 8,5% un syndrome psychotique, 8,5% des troubles bipolaires et 3,5% des troubles de la personnalité.

Figure 5: Antécédents psychiatriques

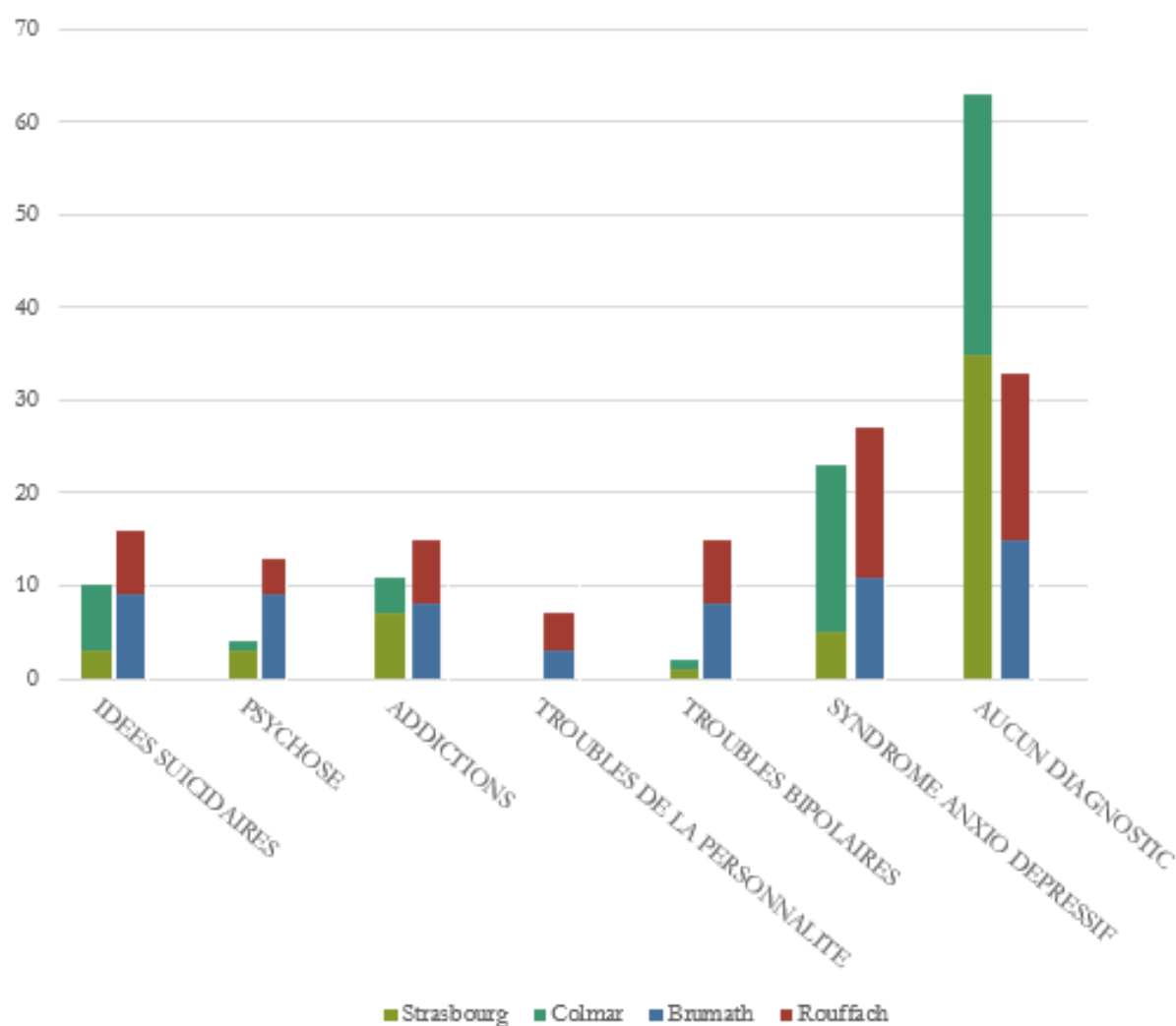


Tableau 7 : Modalités d'hospitalisation

	Soins libres (%)	Hospitalisation à la demande d'un tiers (%)
Brumath	45	5
Rouffach	43	7
TOTAL	88	12

2.3.4 Comorbidités

L'âge avancé de notre population entraîne inexorablement un contexte polypathologique et des comorbidités qui sont des facteurs de risque de pathologies démentielles, psychiatriques et de décompensations comportementales. Le détail de celles-ci se trouve dans le Tableau 8.

Tableau 8 : Comorbidités

	Epilepsie (n)	Hypertension artérielle (n)	Accident vasculaire cérébral (n)	Pathologie tumorale (n)
Strasbourg	3	42	14	0
Colmar	3	31	5	6
TOTAL UCC	6	73	19	6
Brumath	3	30	7	1
Rouffach	1	33	4	0
TOTAL	4	63	11	1
PSYCHIATRIE				

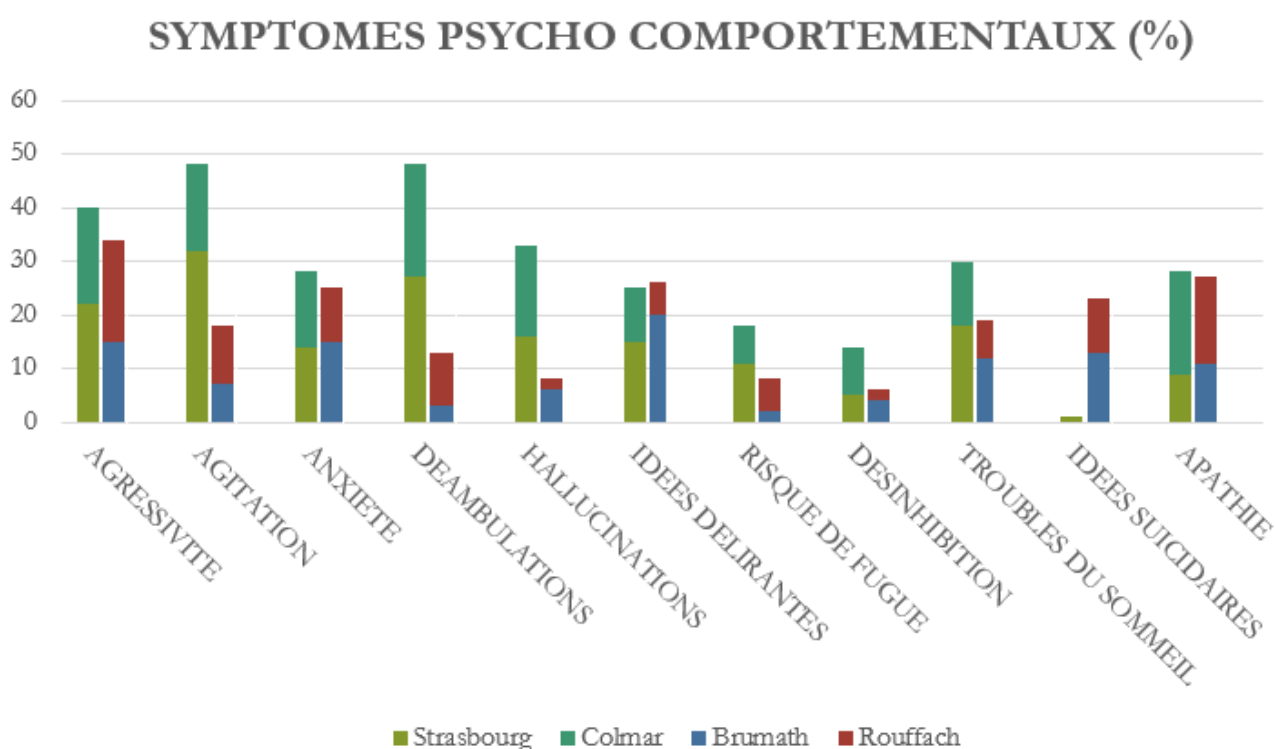
2.3.5 Symptômes comportementaux

Sur la totalité de la population étudiée, 37% présentaient une agressivité, 33% une agitation, 30,5% des comportements moteurs aberrants, 27,5 % une apathie, 26,5% une anxiété, 25,5% des idées délirantes, 24,5% des troubles du sommeil, 20,5% des hallucinations, 13% un risque de fugue, 13% des idées suicidaires et 10 % une désinhibition.

Nous pouvons observer une proportion plus importante de troubles psycho- comportementaux décrits chez les patients en UCC, notamment concernant l'agitation et les déambulations (48%), l'agressivité (40%) et les hallucinations (33%). En psychiatrie, les principaux symptômes sont l'agressivité (34%), l'apathie (27%), les idées délirantes (26%), les idées suicidaires et l'anxiété (25%).

Les symptômes psycho- comportementaux à l'origine de l'admission des patients étudiés sont présentés dans la Figure 6.

Figure 6: Symptômes psycho- comportementaux



2.3.6 Traitements

Les neuroleptiques sont la classe médicamenteuse la plus représentée dans notre population à l'entrée avec 51,5% des patients, juste devant les benzodiazépines présentes chez 41% des patients et les anti-dépresseurs chez 36% des patients. De façon générale, la présence de traitements psychotropes à l'admission était plus importante chez les patients en UCC qu'en psychiatrie, sauf pour la classe des anti-dépresseurs et le lithium, plus fréquemment prescrits en gériopsychiatrie. Cela s'explique par la fréquence plus importante de troubles bipolaires et dépressifs en psychiatrie.

Figure 7: Traitements à l'entrée

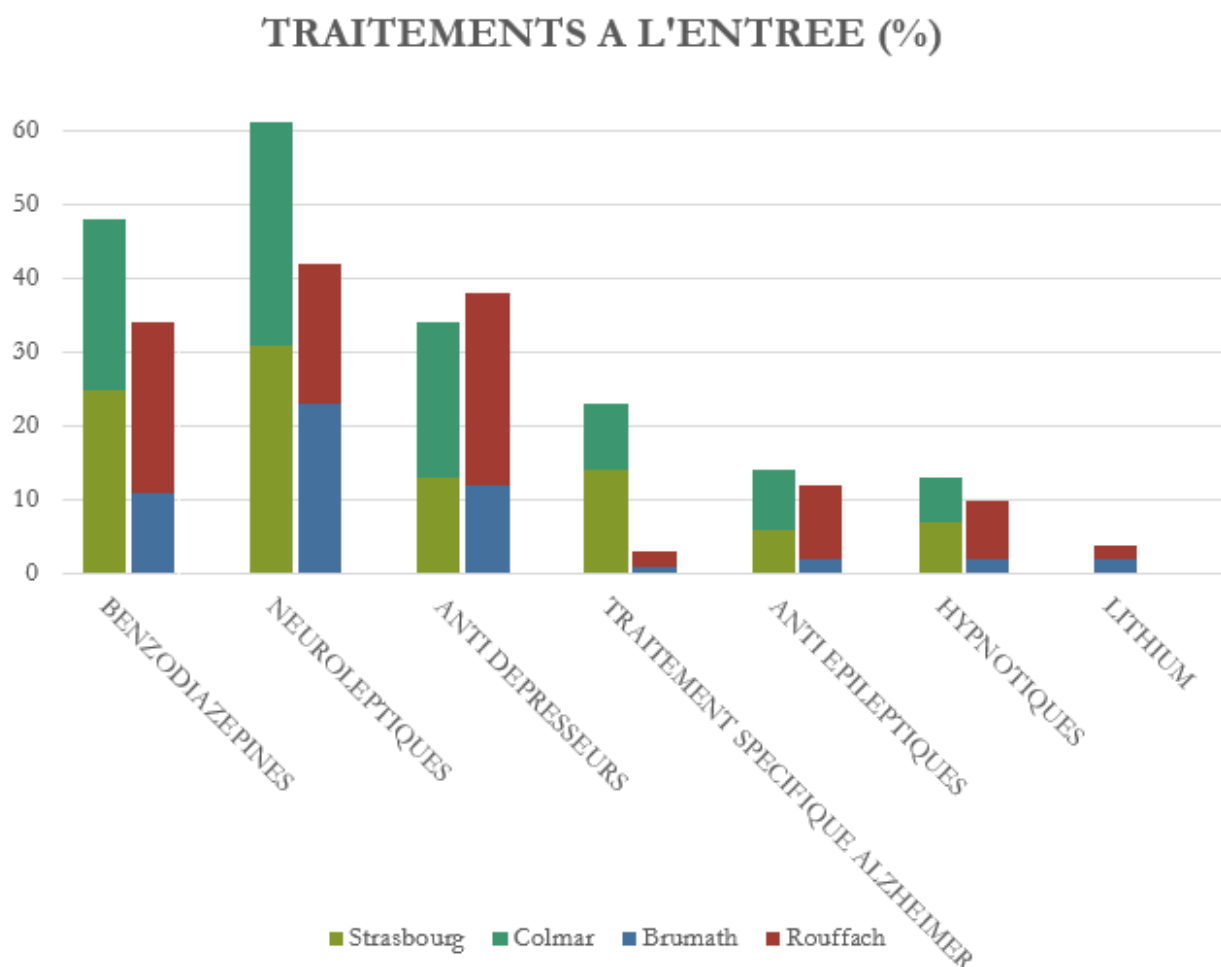
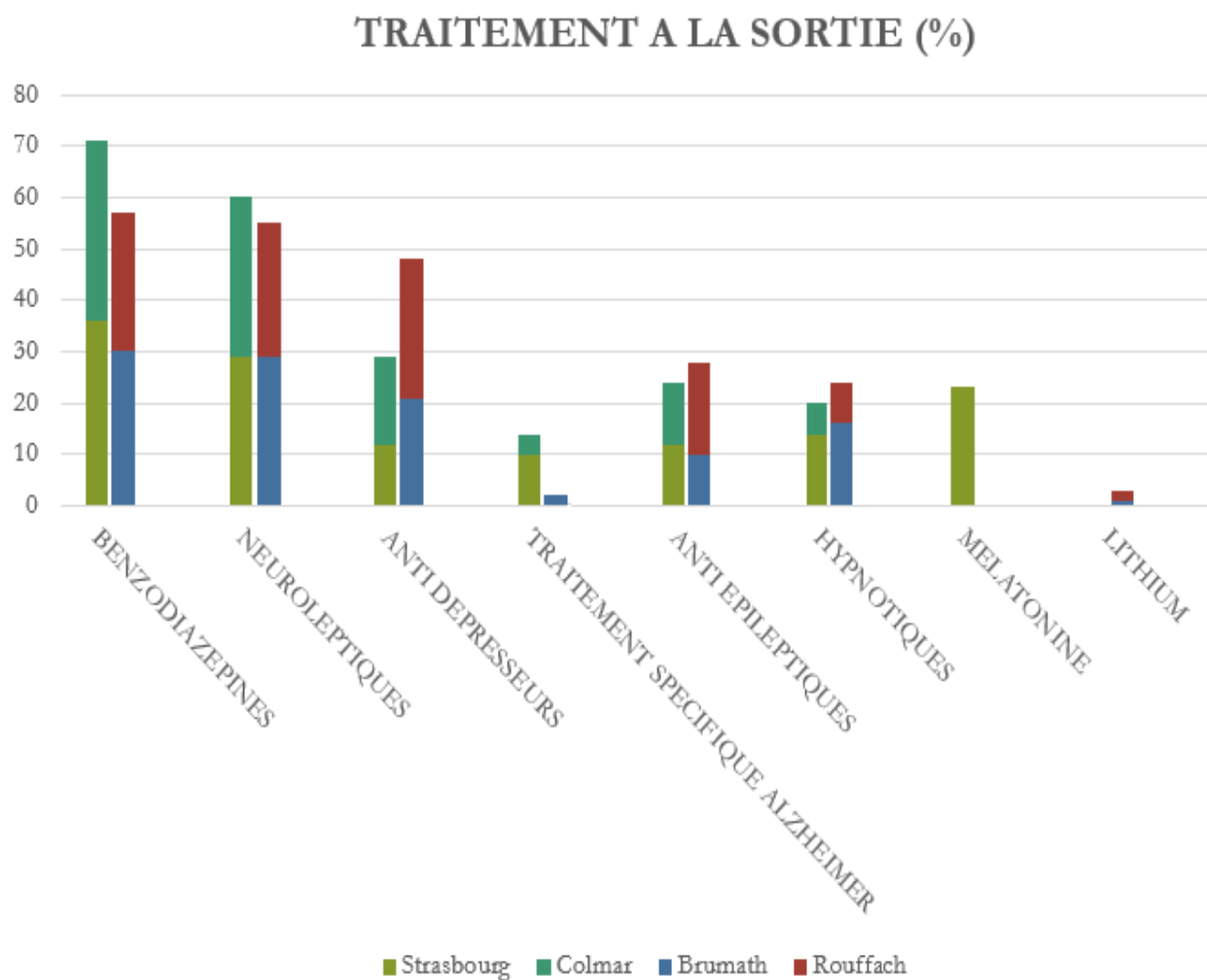


Figure 8: Traitements à la sortie



L'objectif initial des structures adaptées est de réduire les prescriptions médicamenteuses inadaptées. On remarque cependant une majoration de la présence de benzodiazépines, de neuroleptiques, d'hypnotiques et d'anti épiléptiques à la sortie d'hospitalisation. Sur l'ensemble de la population étudiée, 103 personnes étaient sous neuroleptiques à l'entrée contre 115 à la sortie, 82 sous benzodiazépines à l'entrée contre 128 à la sortie, 72 sous antidépresseurs contre 77 à la sortie, 23 sous hypnotiques contre 44 à la sortie, 26 sous anti épiléptiques contre 52 à la sortie.

Quant aux variations selon le type de prise en charge, en UCC comme en psychiatrie, nous avons recensé 23 prescriptions supplémentaires d'au moins une benzodiazépine, 1 prescription en moins de neuroleptiques à la sortie d'UCC contre 13 supplémentaires à la sortie de psychiatrie, 5 prescriptions en moins d'anti-dépresseurs en UCC contre 10 supplémentaires en psychiatrie, 7 prescriptions supplémentaires d'hypnotiques en UCC contre 14 en psychiatrie et 10 prescriptions d'anti-épileptiques supplémentaires en UCC contre 16 en psychiatrie.

Concernant les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer, 22 prescriptions ont été arrêtées sur les 4 centres, en accord avec les recommandations indiquant le service médical rendu faible.

Enfin, il y avait un effet centre fort concernant la mélatonine, uniquement prescrite à l'UCC de la Robertsau.

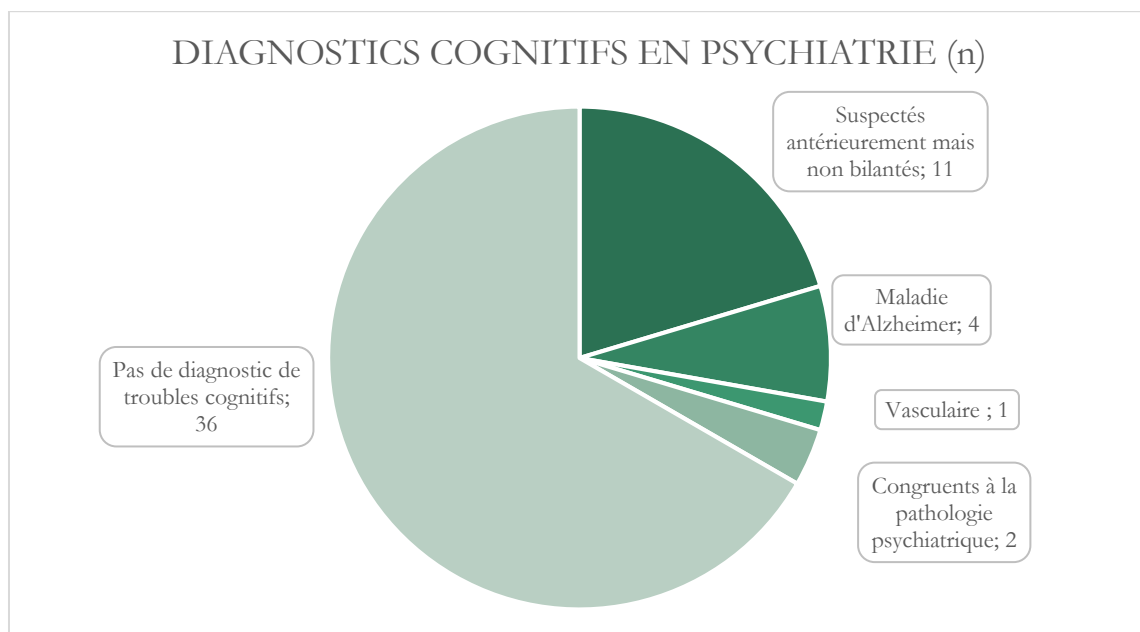
Concernant la contention physique, 14% des patients ont nécessité sa mise en place en UCC contre 19% en psychiatrie. Cependant ce chiffre peut être sous-estimé car la prescription ne se trouve pas toujours dans le dossier.

2.3.7 Prise en charge diagnostique spécifique

Une des missions initiales des UCC réside en la prise en charge diagnostique d'une crise comportementale ; on remarque néanmoins que c'est parfois l'occasion d'un diagnostic de démence. En effet, pour les deux UCC étudiés, 15 patients sont arrivés sans diagnostic cognitif établi. Sur ces 15 patients, 11 diagnostics de démence ont été réalisés : 5 maladies d'Alzheimer, 2 démences cérébro-vasculaires, 1 démence à Corps de Lewy, 2 démences fronto-temporales et 1 démence vasculaire. Une psychose hallucinatoire chronique a été également diagnostiquée parmi ces 15 patients. A noter que 30 % des patients étudiés en UCC ont reçu un avis psychiatrique au cours de l'hospitalisation.

En psychiatrie, sur les 54 patients qui ne présentaient aucun diagnostic de troubles cognitifs au départ, 5 ont pu être établis avec bilan neuropsychologique, réalisation d'un MMS plus ou moins d'une imagerie : 4 maladies d'Alzheimer et 1 origine vasculaire. 11 étaient suspectés antérieurement mais jamais bilantés, 2 étaient jugés congruents à la pathologie dépressive actuelle et 36 n'ont pas montré de troubles cognitifs : absence de troubles, dépistage jugé non nécessaire ou irréalisable en raison de la crise comportementale.

Figure 9 : Diagnostic des troubles cognitifs en psychiatrie



Différents outils et échelles existent pour évaluer des troubles cognitivo-comportementaux ; le tableau 9 présente leurs utilisations dans les centres étudiés au cours de l'hospitalisation.

Tableau 9 : Outils utilisés

	MMS (n)	NPI (n)
Strasbourg	10	19
Colmar	31	35
TOTAL UCC	41	54
Brumath	2	0
Rouffach	16	0
TOTAL PSYCHIATRIE	18	0

L'usage du NPI en UCC est en partie liée au cahier des charges de ces structures qui prévoient l'utilisation d'une échelle d'évaluation des SPCD.

2.3.8 *Durées moyennes de séjour*

Les durées moyennes de séjour sont retrouvées dans le Tableau 10. Les durées de séjour dans les deux types de structure sont sensiblement identiques malgré de nettes différences entre départements.

Tableau 10 : Durées moyennes de séjour

	DMS (jours)
Strasbourg	33,52
Colmar	57,27
MOYENNE UCC	45,39
Brumath	55,2
Rouffach	42,42
MOYENNE PSYCHIATRIE	48,81

2.3.9 Autonomie fonctionnelle

L'autonomie fonctionnelle des patients en crise comportementale est inévitablement altérée : seuls 31% des patients étaient autonomes pour les soins d'hygiène, 52% pour l'élimination, 64% pour les repas, 76% pour les transferts. 84% étaient autonomes pour les déplacements, que cela soit en fauteuil roulant ou avec une canne.

Tableau 12 : Autonomie des patients à l'admission

	Déplacements (n)	Contenance (n)	Repas (n)	Transferts (n)	Hygiène (n)
Strasbourg	35	17	23	33	6
Colmar	43	29	31	38	11
TOTAL UCC	78	46	54	71	17
Brumath	43	33	37	40	23
Rouffach	47	25	37	41	22
TOTAL	90	58	74	81	45

PSYCHIATRIE

Globalement, nous remarquons que davantage de patients ont une autonomie réduite dans les UCC, de façon plus marquée pour les soins d'hygiène avec 17% de personnes autonomes pour la toilette et l'habillement. Concernant les déplacements, 22% des patients en UCC n'étaient pas autonomes, ce qui est pourtant un des critères d'admission du cahier des charges

2.3.10 Protection juridique

Au total, 16,5% des patients inclus étaient sous protection juridique initialement ou en cours au moment de l'hospitalisation.

Tableau 13 : Présence d'une protection juridique

	Présence d'une protection juridique initiale ou en cours au moment de l'hospitalisation (n)
Strasbourg	3
Colmar	11
TOTAL UCC	14
Brumath	11
Rouffach	8
TOTAL PSYCHIATRIE	19

2.3.11 Devenir

La question de la prise en charge de la crise comportementale et des changements qu'elle entraîne pose naturellement la question du devenir des patients hospitalisés. En UCC comme en psychiatrie, la majorité des patients retournent à domicile (55,5%). Néanmoins, ces structures restent une porte d'entrée vers l'institutionnalisation avec 22% des patients qui entrent en hébergement suite à la crise comportementale. Le transfert vers un autre service était secondaire à un évènement somatique intercurrent nécessitant une prise en charge en service de médecine aigue ou chirurgie. En UCC, 4 personnes ont été transférées en psychiatrie devant une hétéro agressivité trop importante.

Tableau 14 : Devenir des patients.

	Lieu de vie initial (n)	Institution (n)	SSR (n)	UCC (n)	Psychiatrie (n)	Autre service (n)	Décès (n)
Strasbourg	28	11	4	-	1	5	1
Colmar	20	15	4	-	3	7	1
TOTAL UCC	48	26	8	-	4	12	2
Brumath	35	10	1	0	-	4	0
Rouffach	29	8	2	0	-	11	0
TOTAL	64	18	3	0	-	15	0
PSYCHIATRIE							

Le retour à domicile est moins fréquent depuis les UCC que depuis la psychiatrie, probablement en lien avec le niveau d'autonomie moindre des patients admis. Quant aux transferts vers d'autres services (SSR ou médecine), ils sont équivalents dans les deux types de structure ; on peut alors imaginer que la prise en charge médicale des événements intercurrents est équivalente.

2.3.12 Mise en œuvre de thérapies cognitivo- comportementales

Lors de la création des UCC, un des objectifs principaux était de promouvoir les thérapies non médicamenteuses : cognitives, psychosociales, corporelles et environnementales. Or, nous avons remarqué qu'elles apparaissaient peu dans les dossiers et jamais dans les courriers médicaux. De façon aléatoire apparaissait le détail des activités thérapeutiques réalisées par les animatrices, psychologues ou neuro psychologues. Dans les courriers médicaux, principale source utilisée pour cette étude, aucune mention n'était faite à ces thérapies dans les deux types

de structures. Nous pouvons donc penser que ces méthodes ne sont pas encore intégrées dans le projet de soins des médecins.

Cependant, après interrogatoire des équipes, de nombreuses activités sont mises en place dans les UCC. A Strasbourg, des groupes de thérapies non médicamenteuses sont organisés quotidiennement par l'ensemble de l'équipe paramédicale, notamment lecture, activités manuelles, chant, cuisine, stimulation cognitive et stimulation à la réalisation de gestes du quotidien comme la préparation de la table avant les repas. A Colmar, l'équipe dédiée est composée d'un soignant, ce qui permet de réaliser des activités deux à trois fois par semaine.

Dans les services de psychiatrie sont également proposées deux à trois fois par semaine des activités. A Rouffach, elles sont réalisées par l'Unité d'Activités Thérapeutiques composée de soignants, ergothérapeutes et animatrices permettant la stimulation cognitive, le maintien de l'autonomie et le partage de temps entre patients (cuisine, pâtisserie, jeux de mémoire, sorties, jardinage, gymnastique, parcours de marche...). A Brumath, sont développées des activités sensorielles telles que le toucher massage, la balnéothérapie, le concept du Snoezelen, l'acupressure ainsi que la médiation animale. Cela amène la question de l'hétérogénéité des groupes de patients hospitalisés, notamment remarquée en psychiatrie lors de la rencontre entre des patients déments pouvant présenter des symptômes comportementaux dits « perturbateurs » et des patients plus jeunes avec des troubles dépressifs, de l'humeur ou une personnalité névrotique pouvant rendre la prise en charge davantage complexe.

2.4 DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des profils des patients présentant une crise comportementale ainsi que des modalités de leur prise en charge en UCC et en services de gérontopsychiatrie en Alsace.

2.4.1 Des différences démographiques entre le Bas Rhin et le Haut Rhin

Nous remarquons que la moyenne d'âge est équivalente (79,8 ans pour les UCC et 79,2 ans pour la psychiatrie) ainsi que la répartition des sexes avec une majorité de femmes dans les deux types de structure (rapport de 1,5 en UCC et 1,2 pour la psychiatrie). Dans la mesure où, en raison de la conjoncture et de l'organisation de certains hôpitaux psychiatriques (absence de places, nécessité d'une chambre d'isolement etc...), des patients jeunes ont été hospitalisés dans les deux unités de psychiatrie du sujet âgé, exclure les patients de moins de 70 ans apparaît comme un biais sur le calcul de la moyenne d'âge constatée.

Néanmoins, une différence entre les départements du Bas Rhin (67) et du Haut Rhin (68) est notable : la moyenne d'âge des UCC du Bas Rhin est supérieure à celle de ceux du Haut Rhin, contrairement aux services de psychiatrie au sein desquelles la population est plus âgée dans le Haut Rhin. Concernant la répartition du sexe, elle est strictement équivalente dans le Haut Rhin (50% d'hommes et 50% de femmes) alors que dans le Bas Rhin, nous retrouvons un tiers d'hommes pour deux tiers de femmes.

2.4.2 De faibles liens entre les deux types de structure

On remarque un faible lien entre les deux types de structure : peu de patients hospitalisés dans une structure avaient déjà été hospitalisés dans l'autre structure et ceci est d'autant plus vrai dans le sens UCC vers psychiatrie. En effet, seul un patient de l'effectif admis en psychiatrie avait déjà été hospitalisé en UCC. Nous remarquons le même phénomène concernant les transferts entre structures au cours des hospitalisations, les seuls transferts ayant eu lieu entre UCC et psychiatrie étant pour des raisons de sécurité.

Cependant, il apparaît primordial que se développe une coopération entre les structures, tant les pathologies prises en charge semblent proches. Ainsi, les équipes de psychiatrie du Haut Rhin élaborent des outils de communication destinés aux médecins traitants, UCC, EHPAD afin d'explicitier les missions de la gérontopsychiatrie.

2.4.3 Répartition dans les structures en fonction des antécédents

Les patients présentant des antécédents psychiatriques sont davantage admis et suivis en psychiatrie tandis que les déments connus sont davantage présents en UCC. Ceci peut s'expliquer par la présence d'un suivi ambulatoire. En effet, les patients admis sont déjà le plus souvent dans les filières gériatriques (hôpitaux de jour, consultations mémoires, équipes mobiles...) et cette voie permet un recrutement pour les services hospitaliers gérant la crise. Le filtre de la spécialité est également probablement à l'origine de cette séparation, ce qui nous ramène de nouveau à la nécessité du croisement des connaissances entre spécialités et de la sensibilisation des praticiens à la collaboration.

Cependant, il semble que presque la moitié des patients admis en psychiatrie présentent des troubles cognitifs connus. En parallèle, nous remarquons que la psychiatrie admet davantage de patients provenant des urgences. Ainsi, on peut imaginer que des patients déments qui se

présentent aux urgences en situation de crise soient adressés dans les services de psychiatrie par manque de lits en UCC, la capacité d'accueil étant deux fois moins importante.

2.4.4 Des troubles cognitifs probablement sous diagnostiqués

Relativement peu de diagnostics cognitifs sont réalisés dans les services de psychiatrie, notamment dans les services d'hospitalisation. Or, dans la définition de la gérontopsychiatrie de l'OMS, il est question de prise en charge de « problème de santé mentale » sans distinction étiologique, ne réduisant pas ces dits problèmes à des troubles purement psychiatriques.

Les difficultés d'établissement de diagnostics de troubles cognitifs au décours d'un séjour en psychiatrie sont nombreuses : en effet, le moment de la crise comportementale est très peu propice à la réalisation de tests précis permettant une évaluation cognitive précise et exhaustive. Le MMS reste réalisable lorsque la crise est stabilisée, afin de dépister les troubles mais cela ne permet pas d'établir un diagnostic.

Ainsi, il apparaît primordial de développer des structures extra hospitalières permettant de proposer un suivi neuropsychologique au long cours, d'affiner les diagnostics cognitifs, de permettre des séjours de répit et des thérapies non médicamenteuses régulières. Dans cette prise en charge collaborative, il est impératif d'avoir un gériatre formé dans le domaine des troubles neuropsychiatriques.

2.4.5 Un temps de psychiatrie peu important en UCC

Le besoin de croisement des compétences est également présent en UCC. Nous avons montré que seuls 30% des patients en UCC avaient reçu un avis psychiatrique. Or, il paraît pertinent d'explorer l'éprouvé psychique des patients déments, tant les pathologies neuro cognitives

peuvent être source d'angoisses et de remaniement psychique. En effet, la fragilité, le déclin et le bouleversement de l'environnement méritent de pouvoir être mis en mots. Cette approche psychothérapeutique du patient dément peut naturellement trouver ses limites inhérentes aux troubles cognitifs mais elle n'a pas une ambition curative. Néanmoins, l'objectif est d'accompagner le patient à trouver les moyens de réagir face aux angoisses et changements afin de trouver le meilleur fonctionnement possible. De plus, la présence d'un psychiatre dans les structures spécialisées peut également permettre des entretiens avec la famille et être un enjeu du soutien aux aidants.

Concernant le domaine de la gérontopsychiatrie, son enseignement et sa formation spécifique sont aujourd'hui en train de se développer notamment grâce à la possibilité récente de le choisir comme spécialité au sein du Diplôme d'Etudes Spécialisées de psychiatrie, à l'existence de diplômes universitaires, à l'Association pour le Développement et la Formation en Psychogériatrie (ADFP) et la Société Française de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Agée (SF3PA). Les domaines de recherche à investir sont nombreux, concernant notamment la répercussion du vieillissement sur le mental et vice versa, la psychopathologie des troubles du comportement, leurs aspects éthiques, la culture de la pluridisciplinarité dans le domaine etc.

2.4.6 Variation de prescription des traitements médicamenteux

Nous avons constaté une tendance à la majoration des traitements psychotropes pendant l'hospitalisation dans les deux types de structure. Ceci s'oppose au but initial décrit par le cahier des charges des UCC. Les traitements médicamenteux semblent être davantage ajoutés en psychiatrie. Nous pouvons alors nous demander si cela est lié à un effet de spécialité (le

psychiatre prescrivant naturellement davantage de psychotropes) ou si cela est le reflet de pathologies et de troubles plus sévères en psychiatrie.

2.4.7 Une autonomie fonctionnelle moindre dans les UCC

Il semble y avoir davantage de patients dépendants pour les actes de la vie quotidienne en UCC. Nous pouvons alors penser que ce sont des patients plus gériatriques et polypathologiques. Ceci peut donc expliquer le taux d'entrée en EHPAD plus important depuis les UCC que depuis la psychiatrie.

L'autonomie pour les déplacements figure dans le cahier des charges de création des UCC comme un des critères d'admission mais nous avons montré ici que la dépendance à ce niveau n'était pas un empêchement absolu à une admission en UCC.

2.4.8 Une provenance des patients différente des conclusions nationales

Lors de l'évaluation de 2012 concernant les UCC, la majorité des patients admis venaient des courts séjours gériatriques. Or, nous remarquons ici que le domicile est la principale porte d'entrée en UCC, les patients étant alors adressés par le médecin traitant. Nous pouvons de là imaginer une collaboration ville hôpital localement plus importante permettant aux patients d'accéder aux structures spécialisées, malgré un délai d'attente souvent important. Nous pouvons alors nous interroger sur les solutions et dispositifs pouvant permettre la prise en charge précoce des patients à domicile afin d'éviter les hospitalisations le plus souvent tardives et en urgence.

2.4.9 Importance des structures extra hospitalières

La filière intra hospitalière a besoin d'appui et de soutien de la part des praticiens ambulatoires. En effet, nous remarquons une demande importante de prise en charge de ces patients ; les UCC présentant des délais considérables par manque de lits et les services de gérontopsychiatrie étant de même saturés. Ainsi, il existe des structures extra hospitalières permettant de fluidifier la filière : les centres médico psychologiques, les équipes de visites à domicile, les centres d'activité thérapeutique à temps partiel, les équipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé, les équipes mobiles de gériatrie, les Centres Mémoire Ressources et Recherche. Toutes ces structures pourraient permettre de prendre en charge la crise de manière anticipée, de suivre les patients et de diminuer le taux d'hospitalisation, notamment en urgence, dans un contexte de crise dépassée.

Il est alors important que ces filières aient une meilleure visibilité et une meilleure lisibilité pour leurs partenaires : le domaine des symptômes psycho-comportementaux de la personne âgée et les missions des professionnels spécialisés restent obscurs pour les médecins de ville, principaux concernés par les situations dépassées à domicile.

L'utilisation des nouvelles technologies est également une piste de réflexion ; en effet, le pôle de gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg travaille actuellement sur un projet de télésurveillance des patients et de leurs aidants à domicile. Les objectifs sont le repérage précoce des changements comportementaux et donc l'anticipation des décompensations comportementales. La télémédecine et la téléconsultation sont des enjeux futurs dans l'optimisation du parcours de soin de ces pathologies.

En EHPAD, nous pouvons également imaginer que la présence de psychiatrie de liaison permettrait de réduire le taux d'hospitalisation des résidents alors pris en charge par un spécialiste des troubles psycho-comportementaux.

2.5 LIMITES ET POINTS FORTS

La principale limite de cette étude est l'absence de réelle comparaison possible entre les deux structures en raison de la méthodologie descriptive ; en effet, aucune différence significative ne peut être montrée. Nous avons également été limités par le recueil d'informations, parfois incomplet ; chaque centre ayant ses habitudes de rédaction des dossiers et de prescriptions. Ainsi, dans certains centres, la prescription de contention était clairement décrite, dans d'autres, elle était stipulée dans le dossier. Certains dossiers étaient également composés de tous les examens antérieurs déjà réalisés sous forme numérisée, d'autres dossiers ne faisaient pas état d'imageries ou consultations antérieures.

Le principal point fort est l'aspect multicentrique de l'étude, permettant alors d'approcher une réalité en faisant un état des lieux du profil des patients admis et des prises en charge respectives des centres. De plus, cela permet d'avoir une vue d'ensemble des patients et des prises en charge dans les deux départements alsaciens.

3 CONCLUSION

La survenue de symptômes psycho-comportementaux représente une étape décisive dans l'évolution des maladies neurodégénératives du fait de leur retentissement sur l'autonomie fonctionnelle, la qualité de vie du patient et de ses aidants. Leur prise en charge est donc à ce jour une priorité de santé publique.

Nous avons voulu connaître le profil et le mode de prise en charge des patients présentant une crise comportementale admis dans les UCC et les services de gérontopsychiatrie en Alsace. Nous avons retrouvé un âge moyen et un sexe ratio comparable dans les deux types de structure. Le mode d'entrée principal est le domicile, avec un passage préalable par les urgences plus important lors d'une admission en psychiatrie. Les patients admis en UCC présentent davantage de symptômes psycho-comportementaux, notamment l'agitation, l'agressivité, la déambulation et les hallucinations. Concernant les antécédents, nous retrouvons davantage de patients ayant des antécédents psychiatriques en psychiatrie malgré une part non négligeable de patients présentant des troubles cognitifs dans ces services. La prescription de psychotropes est majorée à la sortie des deux types de structures. L'autonomie fonctionnelle des patients est davantage dégradée chez les patients admis en UCC, raison supposée pour laquelle le taux d'institutionnalisation est plus important à la sortie de ces unités. A propos des thérapies non médicamenteuses, leur place est encore ambiguë. Elles sont certes réalisées dans les unités mais ne semblent pas au cœur de la prise en charge. Nous remarquons de manière générale peu de contacts entre les deux types de structures.

A la suite de ce travail, nous soulignons l'importance d'une démarche personnalisée avec une stratégie diagnostique et thérapeutique adaptée et raisonnée. Pour ce faire, il est essentiel que les spécialités actrices de la prise en charge d'une personne âgée en crise comportementale collaborent de manière étroite : ainsi, la priorité dans ces soins si spécifiques est la création de liens entre psychiatres, gériatres et neurologues. De plus, l'existence de structures différentes (hospitalisation, hôpitaux de jour, unités mobiles...) permet de proposer une offre de soins adaptée à chaque moment de la pathologie, un suivi régulier, et un diagnostic précis dans ce contexte où les troubles cognitifs, psychiatriques et les comorbidités sont intimement liés.

Le besoin de lits d'accueil de patients en crise comportementale ira croissant et la réflexion autour des besoins spécifiques de la question des pathologies neuropsychiatriques de la personne âgée est essentielle. Il apparaît primordial dans les années à venir de favoriser les coopérations et de clarifier les rôles de chacun dans cette difficile prise en charge.

VU
Strasbourg, le... 21/06/2018
Le président du Jury de Thèse
Professeur... T. VOGEL

T. Vogel

VU et approuvé
Strasbourg, le... 27 JUN 2018
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean SIBILIA



[Tapez ici]

Professeur Thomas VOGEL
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Hôpital de la Robertsau
POLE DE GERIATRIE
67091 STRASBOURG Cedex

4 BIBLIOGRAPHIE

1. Dubois B, Michon A. Démences. Doin - John Libbey Eurotext; 2015. 562 p.
2. La maladie d'Alzheimer et les autres démences / Maladies neurodégénératives / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques [Internet]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences>. Consulté le 5 mai 2018.
3. Etude des 3 cités [Internet]. Disponible sur : <http://www.three-city-study.com/1-etude-des-trois-cites-3c-historique.php>. Consulté le 19 avril 2018
4. Bond J., Stave C., Sganga A., Vincenzino O., O'connell B., Stanley R. L. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *Int J Clin Pract*. 2005 Feb 16;59(s146):8–14.
5. Geny C. Démence parkinsonienne et démence à corps de Lewy. *Neurologie.com*. 2009 Sep 1;1(5):149–53.
6. Maladie d'Alzheimer – Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux [Internet]. Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/?sequence=22>. Consulté le 5 mai 2018.
7. La santé de l'homme - n° 421 - Septembre-Octobre 2012 - SH-depression.pdf [Internet]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>. Consulté le 5 mai 2018.
8. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/264483/resultatrecherche/2>. Consulté le 2 février 2018.
9. Les personnes âgées en institution - dossier201122.pdf [Internet]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf>. Consulté le 3 avril 2018.
10. Plan Alzheimer 2008-2012-2.pdf [Internet]. Disponible sur : http://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf. Consulté le 8 octobre 2017.
11. Circulaire DHOS/O1/F2 n° 2009-118 du 28 avril 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) des unités cognitivocomportementales (UCC) en SSR identifiées dans le cadre du plan Alzheimer - APHP DAJ [Internet]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso1f2-n-2009-118-du-28-avril-2009-relative-au-financement-par-le-fonds-pour-la-modernisation-des-etablissements-de-sante-publics-et-privés-fmespp-des-unites-cognitivocomporteme/>. Consulté le 15 décembre 2017.
12. Modèle de circulaire [Internet]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/05/cir_25591.pdf. Consulté le 8 octobre 2017.

13. John Libbey Eurotext - Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement - État des lieux des unités cognitivo-comportementales (UCC) : résultats d'une enquête nationale [Internet]. Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/etat_des_lieux_des_unites_cognitivo_comportementales_ucc_resultats_dune_enquete_nationale_297053/article.phtml. Consulté le 8 octobre 2017.
14. Delphin-Combe F, Roubaud C, Martin-Gaujard G, Fortin M-E, Rouch I, Krolak-Salmon P. Efficacité d'une unité cognitivo-comportementale sur les symptômes psychologiques et comportementaux des démences. *Rev Neurol (Paris)*. 2013 Jun 1;169(6):490–4.
15. Baudemont C, Merlet I, Boisgueheneuc F du, Liuu É, Tartarin F, Ragot S, et al. Unité cognitivo-comportementale : facteurs prédictifs de réadmission à 3 mois. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 Sep 1;10(3):277–83.
16. Rapport d'évaluation Alzheimer [Internet]. Disponible sur : http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/14/0/rapport_d_evaluation_Alz_259140.pdf. Consulté le 5 mai 2018.
17. Albou P. Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2006 Apr 1;6(32):45–50.
18. Hanon C, Camus V. Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ?, *Psychiatric training in the elderly: what are the issues?* *Inf Psychiatr*. 2012 Nov 15;me 86(1):15–20.
19. Richard J. *Psychiatrie gériatrique: esquisse d'une histoire médicale par l'élaboration de son langage*. Editions Mardaga; 2001. 196 p.
20. La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/showarticlefile/938504/main.pdf>. Consulté le 29 novembre 2017.
21. Massé G, Veber A. Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé : quel rôle pour la psychiatrie ? *Pluriels*. Mai 2006. (66).
22. Lausanne Technical Consensus Statements [Internet]. Disponible sur : http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Old_Age_Psychiatry/lausanne.pdf. Consulté le 5 mai 2018.
23. Lecture de la clinique psychiatrique du sujet vieillissant âgé lors d'un exercice en pratique libérale [Internet] Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483008001013>. Consulté le 15 novembre 2017.
24. Barbe P, Gallice I, Guyot P. L'interdisciplinarité en gérontopsychiatrie: le point de vue des gériatres. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2006 Apr 1;6(32):9–14.
25. Monfort JC. *Que sais - je ? La psychogériatrie*. Paris : PUF 2014. 128p
26. Charazac P. Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard, *Reflections on French geriatric psychiatry and why it has fallen behind*. *Inf Psychiatr*. 2014 Feb 19;me 82(5):383–7.

27. EPSAN - La sectorisation [Internet]. Disponible sur : <http://www.ch-epsan.fr/epsan/sectorisation-pg.html>. Consulté le 2 février 2018.
28. La sectorisation [Internet]. Disponible sur : <https://www.ch-rouffach.fr/index.php/2014-06-06-12-43-51/la-sectorisation>. Consulté le 2 février 2018.
29. Delphin-Combe F, Martin-Gaujard G, Roubaud C, Fortin M-E, Husson F, Rouch I, et al. Expérience d'un parcours de soins des symptômes psychologiques et comportementaux des démences. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013 Dec 1;11(4):416–22.
30. Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, et al. Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer : résultats de l'étude REAL.FR. *Rev Médecine Interne*. 2003 Oct 1;24:319s – 324s.
31. Robert P-H, Darcourt G, Benoit M, Clairet S, Koulibaly P-M. L'apathie dans la maladie d'Alzheimer. Résultats de trois études françaises. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2004 Jun 1;2(2):87–92.
32. Chen P, Ganguli M, Mulsant BH, DeKosky ST. The Temporal Relationship Between Depressive Symptoms and Dementia: A Community-Based Prospective Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Mar 1;56(3):261–6.
33. Youn JC, Lee DY, Jhoo JH, Kim KW, Choo IH, Woo JI. Prevalence of neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease (AD). *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Jun;52(3):258–63.
34. Hart DJ, Craig D, Compton SA, Critchlow S, Kerrigan BM, McIlroy SP, et al. A retrospective study of the behavioural and psychological symptoms of mid and late phase Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Nov;18(11):1037–42.
35. Van der Linde RM, Denning T, Stephan BCM, Prina AM, Evans E, Brayne C. Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2016 Nov;209(5):366–77.
36. Derouesné C. Les troubles du comportement dans les démences sévères. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2005 Mar 1;3(1):5–13.
37. Pancrazi M-P, Metais P. Maladie d'Alzheimer, diagnostic des troubles psychologiques et comportementaux. *Presse Médicale*. 2005 mai;34(9):661–6.
38. Benoit M, Arbus C, Blanchard F, Camus V, Cerase V, Clément J, et al. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. *Rev Gériatrie*. 2006 Jan 1;31:689–96.
39. Benoit M, Brocker P, Clement J-P, Cnockaert X, Hinault P, Nourashemi F, et al. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. *Rev Neurol (Paris)*. 2005 Mar 1;161(3):357–66.
40. Recommandations HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées-troubles du comportement perturbateurs [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf. Consulté le 19 octobre 2018.

41. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, et al. Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000 May 1;12(2):233–9.
42. Petit A-E, Mangeard H, Chazard E, Puisieux F. Évolution de la prise en charge médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer en EHPAD : impact de la campagne médiatique contre les médicaments spécifiques de la maladie d'Alzheimer. [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxu-ustrasbg.fr/article/1042799/resultatrecherche/8>. Consulté le 29 novembre 2017.
43. Recommandations HAS. Maladie d' Alzheimer et maladies apparentées. Diagnostic et prise en charge [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201112/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf. Consulté le 1 décembre 2017.
44. Saint-Paul LP, Martin J, Gaillard C, Garnier A, Mosquet B, Guillamo J-S, et al. Arrêt soudain des médicaments spécifiques de la démence au stade modéré à sévère de la maladie d'Alzheimer en institution : étude pilote longitudinale descriptive [Internet]. Disponible sur : <http://www.empremium.com.scd-rproxu-ustrasbg.fr/article/1067393/resultatrecherche/126> . Consulté le 29 novembre 2018.
45. Vandel P, Haffen E, Sechter D. Traitements pharmacologiques des troubles psychocomportementaux dans la maladie d'Alzheimer. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2009 Apr 1;167(3):219–23.
46. Jacquin A, Sacco G, Tavassoli N, Rouaud O, Vellas B, Robert P, et al. Prescription de psychotropes chez les patients institutionnalisés ayant une maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxu-ustrasbg.fr/article/878996/resultatrecherche/58>. Consulté le 29 novembre 2017
47. Bonin-Guillaume S, Martin G, Zafack J, Gentile G, Allaria-Lapierre V, Sciortino V, et al. Consommation d'antipsychotiques chez les sujets atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées de la cohorte PACA-Alz 2010 [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxu-ustrasbg.fr/article/1067237/resultatrecherche/19>. Consulté le 29 novembre 2017.
48. Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD003476.
49. Guenegou A-L, Nino C, Perrier-Cornet E, Leglise P, Mobarak W, Ballanger É, et al. Thérapeutique: Prescription des neuroleptiques chez le sujet âgé : analyse comparative des prescriptions entre 2000 et 2010 dans un hôpital gériatrique. *Antipsychotics Prescr Elder Var Prescr Geriatr Hosp 2000 2010 Engl*. 2014 Feb 1;14:32–7.
50. Livingston G, Walker AE, Katona CLE, Cooper C. Antipsychotics and cognitive decline in Alzheimer's disease: the LASER-Alzheimer's disease longitudinal study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007 Jan 1;78(1):25–9.
51. Bégaud B, Martin K, Fourrier A, Haramburu F. Does age increase the risk of adverse drug reactions? *Br J Clin Pharmacol*. 2002 Nov;54(5):550–2.

52. Humaraut C, Caron J, Bayonne L, Moalic Y. Psychogériatrie: Audit clinique ciblé sur la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé hospitalisé en psychiatrie. *Clin Audit Drug Prescr Elder Patients Hosp Unit Psychiatry Engl*. 2016 Feb 1;42:14–23.
53. Minary A, Lambert-Kuhn E, Gourieux B, Bonnomet F, Vogel T, Lang P-O. Médicaments majorant le risque de chute : étude prospective au CHRU de Strasbourg [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.ustrasbg.fr/article/1032187/resultatrecherche/157>. Consulté le 29 novembre 2017.
54. Kanagaratnam L, Dramé M, Trenque T, Novella J-L, Joachim C, Nazeyrollas P, et al. Effets indésirables médicamenteux chez des sujets âgés hospitalisés dans une unité spécialisée dans la prise en charge des patients atteints de syndrome démentiel. [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.ustrasbg.fr/article/954754/resultatrecherche/79>. Consulté le 29 novembre 2017.
55. Khammassi N, Mansour AB, Abdelhedi H, Cherif O. Les effets indésirables des psychotropes chez le sujet âgé : étude rétrospective de 35 cas [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.ustrasbg.fr/article/724378/resultatrecherche/8>. Consulté le 29 novembre 2017.
56. Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.ustrasbg.fr/article/282140/resultatrecherche/2>. Consulté le 1er janvier 2018.
57. HAS - Bilan psychotropes [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/qr_psychotropes2008_bilan_has_dgs_131008.pdf. Consulté le 1^{er} Janvier 2018.
58. Pahin A, Haffen E, Sechter D, Vandiel P. Stratégies thérapeutiques des troubles psychocomportementaux dans la démence [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.ustrasbg.fr/article/287668/resultatrecherche/104>. Consulté le 29 novembre 2018.
59. What do Cochrane systematic reviews say about non-pharmacological interventions for treating cognitive decline and dementia? - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2874666>. Consulté le 8 octobre 2017.
60. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4781145/>. Consulté le 28 novembre 2017.
61. Gueyraud C, Anaut M, Sanchez S, Denormandie P, Bathsavanis A, Krolak-Salmon P. Démence et thérapeutique non médicamenteuse, efficacité du cadre ludique [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.ustrasbg.fr/article/1122436/resultatrecherche/73>. Consulté le 29 novembre 2017.

62. CMRR Nice [Internet]. Disponible sur : https://www.cmrr-nice.fr/doc/TNM_toutes_situations.pdf. Consulté le 6 mai 2018.
63. Griner-Abraham V, Walter M. À propos d'une psychopathologie de la démence [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/188687/resultatrecherche/210>. Consulté le 29 novembre 2017.
64. Sevinçer GM, İpekçioğlu DY, Konuk N, Ertan T. The relationship between the premorbid personality traits and the behavioral and psychological symptoms of Alzheimer disease. *Neurol Psychiatry Brain Res.* 2017 Jun 1;24(Supplement C):20–5.
65. Coreau-Guillier S, Villerbu L-M. Facteurs psychoaffectifs de la démence; d'une hypothétique psychogénèse de la démence : Revue des théories actuelles [Internet]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/1161995/resultatrecherche/80>. Consulté le 29 novembre 2017.
66. Insee. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2018, France – Bilan démographique 2017 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>. Consulté le 27 mai 2018.

5 LISTE DES ABREVIATIONS

DSM V : Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

UCC : Unités Cognitivo- Comportementales

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

SMTI : Soins Médicaux Techniques Importants

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

ETP : Equivalent Temps Plein

SPCD : Symptômes Psycho- Comportementaux de la Démence

FMESPP : Fond pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

NPI : Neuro Psychiatric Index

MMS : Mini Mental State

WPA : World Psychiatric Association

IPA : International Psycho-Geriatric Association

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EPSAN : Etablissement Public de Santé Alsace Nord

HAS : Haute Autorité de Santé

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

MA : Maladie d'Alzheimer

NDMA : N- Méthyl-D-Aspartate

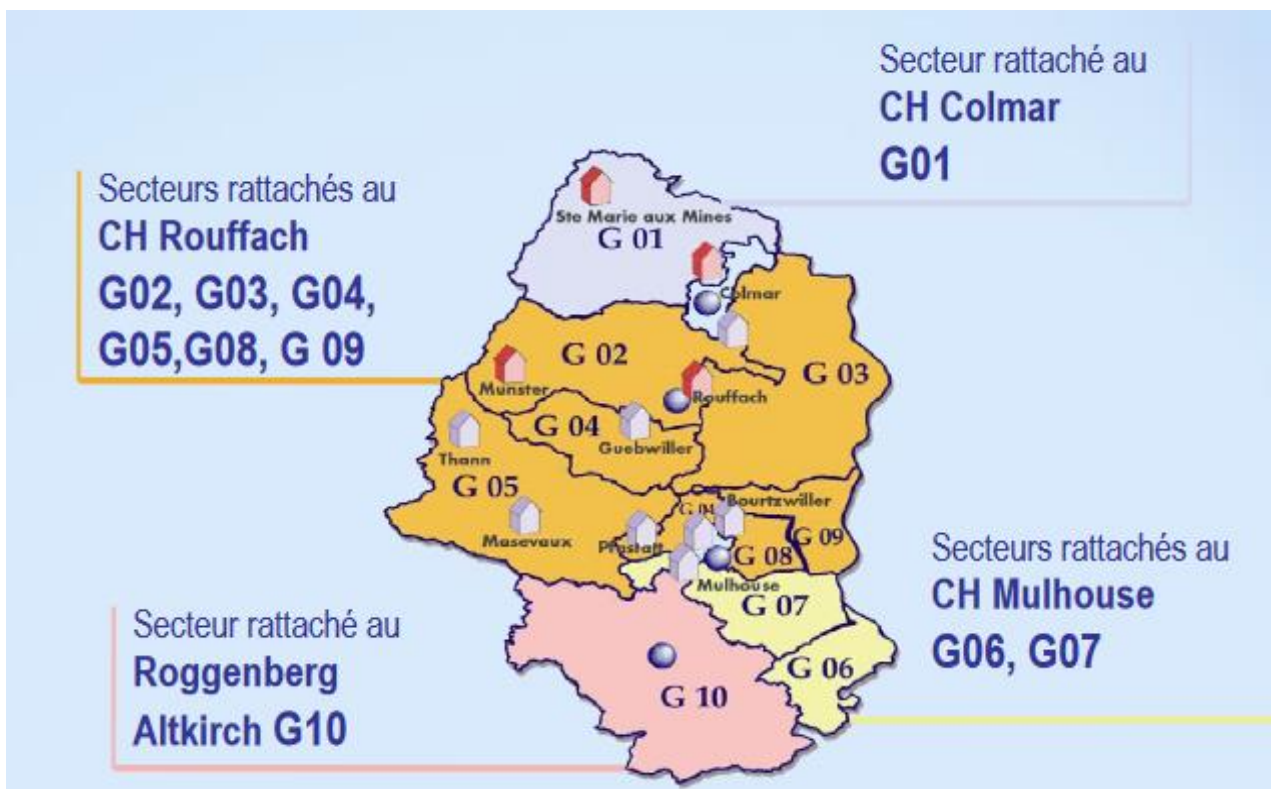
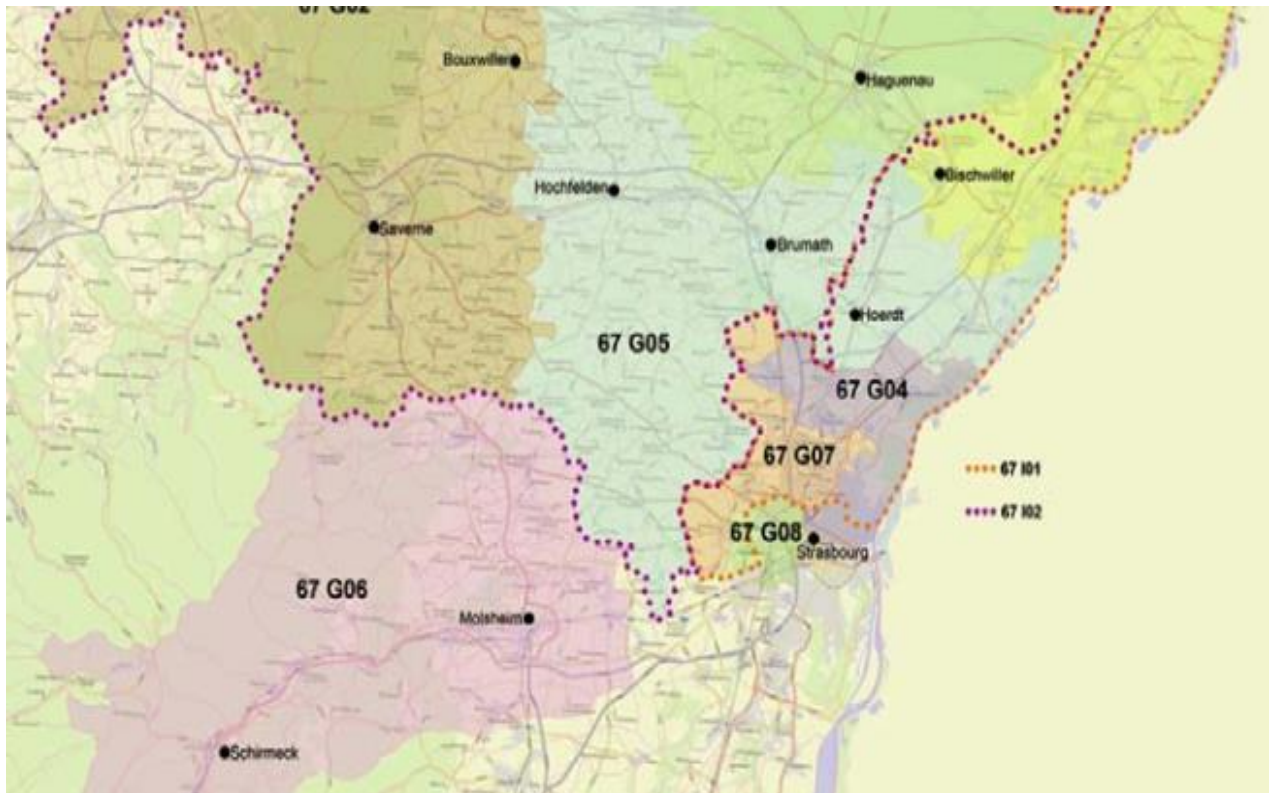
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ADFP : Association pour le Développement et la Formation en Psychogériatrie

SF3PA : Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Agée

6 ANNEXES

Annexe 1 : Sectorisation en Alsace.



Université
de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : PARELF Prénom : Clauise

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A Spaschany, le 27/17/17

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

INTRODUCTION : Les pathologies neuropsychiatriques sont prépondérantes dans la population gériatrique. A celles-ci sont très souvent associées des symptômes psycho-comportementaux qui nécessitent une prise en charge spécialisée tant leur présence influe le pronostic fonctionnel et la qualité de vie des patients et des aidants.

OBJECTIF : Evaluer les profils de patients présentant une crise comportementale ainsi que leur prise en charge dans les Unités Cognitivo- Comportementales et les services de gérontopsychiatrie en Alsace.

METHODE : Etude observationnelle descriptive rétrospective multicentrique de 200 patients hospitalisés dans les UCC de Colmar et Strasbourg, et dans les services de gérontopsychiatrie de Brumath et Rouffach entre le 4 janvier et le 6 décembre 2016 (50 patients dans chaque centre).

RESULTATS : Sur l'effectif total, nous retrouvons 58% de femmes et 42% d'hommes, une moyenne d'âge de 79,7 ans pour les deux types de structure. 72% vivaient à domicile lors de l'admission. Le mode d'accès principal est l'admission directe par le médecin traitant. 51% des patients en UCC présentaient une maladie d'Alzheimer diagnostiquée contre 21% en psychiatrie. En UCC, 63% des patients ne présentaient aucun diagnostic psychiatrique pré existant contre 33% en psychiatrie. Une proportion plus importante de SPCD semble être retrouvée dans les UCC, notamment concernant l'agitation, la déambulation (48%), l'agressivité (40%) et les hallucinations (33%). En psychiatrie, les principaux symptômes sont l'agressivité (34%), l'apathie (27%), les idées délirantes (26%), les idées suicidaires et l'anxiété (25%). La prescription de benzodiazépines, de neuroleptiques, d'hypnotiques et d'anti épileptiques était majorées à la sortie des deux types de structures. Le retour à domicile semble moins fréquent depuis les UCC (48%) que depuis la psychiatrie (63%) mais reste cependant le mode de sortie majoritaire des deux types de structures.

CONCLUSION : La prise en charge de la crise comportementale du sujet âgé est un enjeu majeur dans le contexte du vieillissement de la population. Le filtre de la spécialité reste bien présent dans la prise en charge diagnostique de ces troubles. La coopération entre gériatres, psychiatres et neurologues est primordiale ainsi que le développement de structures adaptées au suivi régulier de ces patients fragiles.

Rubrique de classement :

Mention médecine générale

Mots-clés :

Unité cognitivo-comportementale, gérontopsychiatrie, symptômes psycho-comportementaux, étude épidémiologique

Président:

Professeur Thomas VOGEL

Assesseurs:

Professeur Georges KALTENBACH

Professeur Fabrice BERNA

Docteur Patrick KARCHER

Adresse de l'auteur :

Clarisse PARENT
15 rue du Faubourg de Saverne
67000 STRASBOURG