

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 277

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : **DES de médecine générale**

PAR

ROUILHAC Charlène

Née le 27 novembre 1992 à Belfort (90)

**Étude descriptive des profils des patients résidant en unité
psychiatrique pour personnes âgées à l'EHPAD du Larmont depuis
son ouverture en décembre 2020.**

Président de thèse : Professeur KALTENBACH Georges

Directeur de thèse : Docteur MARINESCU Andreea

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 277

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : **DES de médecine générale**

PAR

ROUILHAC Charlène

Née le 27 novembre 1992 à Belfort (90)

**Étude descriptive des profils des patients résidant en unité
psychiatrique pour personnes âgées à l'EHPAD du Larmont depuis
son ouverture en décembre 2020.**

Président de thèse : Professeur KALTENBACH Georges

Directeur de thèse : Docteur MARINESCU Andreea



Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Président de l'Université M. DENEKEN Michel
Doyen de la Faculté M. SIBILIA Jean
Première Vice Doyenne de la Faculté Mme CHARLOUX Anne
Doyens honoraires :
 (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
 (1989-1994) M. VINCENDON Guy
 (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
 (2001-2011) M. LODES Bertrand
 • **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
 • **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

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 Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô 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	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	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	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)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPô CS	• 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	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	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)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique

Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô 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	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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	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
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie

LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HautePierre 	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil 	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de HautePierre 	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS 	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC 	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC 	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil 	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS 	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de HautePierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine 	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de HautePierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / HautePierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)

PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre 	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre 	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • 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	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP 	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP 	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP 	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre 	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC 	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP 	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• 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	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• 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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	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	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	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 WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
-------------------	------------	--	------------------

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an) CU : 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

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Iliès		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie- Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• 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 BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

DOLLÉ Pascal		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC 	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		<ul style="list-style-type: none"> • 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
FELTEN Renaud		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre 	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté 	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil 	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté 	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC 	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

GUERIN Eric		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC 	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS 	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC 	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC 	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau 	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		<ul style="list-style-type: none"> • 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		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre 	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil 	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre 	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil 	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC 	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim 	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre 	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		<ul style="list-style-type: none"> • 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)
PENCREAC'H Erwan		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS 	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC 	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre 	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre 	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil 	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS 	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC 	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre 	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC 	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina	<ul style="list-style-type: none"> • 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 SCHEIDECKER Sophie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166

Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique 72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLENGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
 Pr Ass. GRIES Jean-Luc
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)** BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
 - ROUL Gérald (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**

Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc

CNU-31

IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

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'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303

Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

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

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.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH

Je vous remercie pour la disponibilité dont avez fait preuve pour ce travail. Merci pour vos précieux conseils lors de l'organisation de cette soutenance.

Recevez, Monsieur le Professeur, l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bastien POIRSON

Un grand merci d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous souhaite bonne continuation dans votre carrière hospitalo-universitaire toute neuve, et j'espère que nous aurons par la suite l'occasion de collaborer au sein du réseau gériatrique du Doubs.

A Monsieur le Docteur Benoit SCHORR

Je vous remercie d'apporter votre expertise de médecin psychiatre dans ce jury, et de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Andreea, merci de t'être rendue disponible pour ce travail de thèse. J'apprécie notre collaboration au sein de l'UPPA, et nos discussions qui dépassent parfois le domaine de la médecine. Merci de m'accompagner dans ce beau projet, et de travailler avec moi et toute l'équipe de Saphir pour qu'on puisse offrir un lieu de vie serein à nos résidents.

Maman, Papa, rien n'aurait été possible sans votre bienveillance et votre soutien. Merci de toujours avoir cru en moi, et d'avoir supporté toutes ces années de révisions. Merci de toujours me suivre dans mes idées et passions parfois bizarres, pour les tupperwares, les rapatriements sanitaires depuis Besançon, votre aide dans tous les déménagements, et de toujours (trop) vous inquiétez pour nous.

Amélie, merci d'être la seule non-procrastinatrice de la maison et d'organiser quasiment tous les événements de la famille Rouilhac avec soin. Merci de m'avoir toujours accueillie, que ce soit à Paris ou à Strasbourg. Je vous souhaite pleins de bonnes choses avec Paul et bien-sûr avec Dodo.

Merci à **mes grands-parents**, qui j'en suis sûre, auraient été très fiers.

Jojo, merci de ton soutien que ce soit pour ce travail, lors d'un triathlon ou dans la vie de tous les jours. Merci pour les petites attentions dont tu fais toujours preuve, les petits plats réconfortants, les planchettes du jeudi soir, et pour tous les beaux projets que nous avons.

Laura, de l'entrée du Cousty vacillante sur des talons de 12 cm aux bancs du tutorat à Strasbourg, que de moments exceptionnels passés à tes côtés ! Tellement de fous rires, de verres renversés sur mon canapé et de saumon à l'oseille... Merci pour cette incroyable amitié qui m'est si précieuse. Je vous souhaite pleins de bonheurs avec Antonin (sans trop de niaiseries, pitié).

Alexia, merci pour ton éternelle bienveillance et ta gentillesse. Je suis très contente de te compter parmi mes amis les plus chères. Un coucou à ce cher arbre à Nice, dont on se souviendra toute notre vie. Je vous souhaite que le meilleur à toi et ta petite famille.

Alexis, merci d'avoir toujours été là, et pour tous ces délires qu'on a eu ensemble. Que ce soit Aix-les-bains ou la Laponie, je n'oublierai pas tous ces moments avec toi. Je suis très contente de te voir t'épanouir à Lyon, entouré d'Alex et de toutes tes coupes microscopiques !

Marie, merci d'être mon amie « YOLO », j'ai toujours une pensée pour toi quand il s'agit d'organiser des voyages pas raisonnables. Merci de m'avoir montré que même dans les moments les plus difficiles, il est toujours possible de faire ressortir du positif. Pas merci de notre prise de poids général lors du stage de gynéco, dont tu es en grande partie responsable !

Mollusque, Eleni, Romane, Caro, Pauline, Stéphane, Marine, Claire, Boris, merci pour toutes ces années à Besançon, et toutes ces soirées passées à perdre des neurones. De l'arrachage de peaux de pieds et des cures blondeurs à Nice ou en Croatie, en passant par les CRIT et les Week end d'intégration, merci pour tous ces moments mémorables !

Margaux, merci pour ta gentillesse et pour toutes les discussions que nous avons eu à Mulhouse et à Strasbourg, à refaire le monde ou tout simplement notre vie.

Clément, je n'aurais certainement pas survécu à l'internat sans toutes ces randonnées avec toi. Merci d'avoir sillonné les Vosges avec moi, en écoutant du System of a down dans la voiture en rentrant !

Chloé, Eddy, Mathilde, Coco merci pour ces petits week-ends, ces pique-niques au bord du lac, et surtout, pour les planches du jeudi soir ! Merci à **Rahma et Guillaume** pour votre hospitalité et pour m'avoir fait découvrir les refuges de montagne (et leurs toilettes !)

Merci à mes collègues de l'EHPAD de rendre chaque jour de travail un peu plus doux. **Esmâël**, merci de m'avoir réconcilié avec la médecine. Merci pour les debriefings sauvages, tes

conseils et ta grande sagesse. **Nadine et Patrick**, nos collègues aux gros cerveaux, merci pour la bienveillance dont vous faites preuves aussi bien avec nous qu'avec vos résidents.

Merci aux **personnes travaillant à l'EHPAD du Larmont** avec moi : merci à mes binômes cadres, à mes voisines de bureau d'en face, Anne Charlotte et Concetta, à l'équipe diet', et bien sur un grand merci à mes deux équipes SAPHIR et AGATE de m'accompagner chaque jour.

Merci à **mes co-internes des urgences d'Haguenau** : vous avez rendu ce stage difficile plus supportable. Je n'oublie pas ces journées et nuits surchargées, mais toujours à rigoler derrière les ordis !

Merci à **mes co-internes de gynéco à Colmar**, sans qui ce stage aurait été bien triste. Je n'ai jamais autant ri à en pleurer, que ce soit à l'hôpital ou lors de nos soirées déjantées. Merci pour vos kiwis, vos affiches débiles sur les casiers (j'en profite pour faire une dédicace au club des insuffisantes ovariennes) et pour ce super Week end dans les Vosges.

Merci à tous **mes co-internes de l'internat de Mulhouse**, d'avoir rendu ma première année beaucoup plus belle grâce à l'ambiance colonie de vacances qui y régnait.

Merci à mes **maîtres de stage**, dont certains m'ont appris bien plus que l'exercice de la médecine.

Merci à **Diego et Mina**, mes petits chats, de m'avoir accompagné toutes ces années durant les très longues journées de révision.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations.....	28
INTRODUCTION.....	30
Contexte	31
Les troubles psychiatriques en gériatrie	32
Création de l'unité de psychiatrie de la personne âgée (UPPA).....	37
I. Objectifs :	37
II. Conditions d'admission :	38
III. Parcours de la personne âgée	38
IV. Organisation architecturale	40
V. Organisation générale :	41
Objectif de l'étude	43
MATÉRIEL ET MÉTHODE	44
Type d'étude.....	45
Population étudiée	45
Méthode de recueil	45
Paramètres recueillis	47
I. Généraux :	47
II. Antécédents :	47
III. Evolution dans le service : à t0 (arrivée dans le service) et t1 (décembre 2022 ou dernière date possible de relevé)	48
Analyse des résultats.....	50
RÉSULTATS	51
Paramètres généraux recueillis à l'entrée du résident.....	52
I. Age	52
II. Sexe ratio.....	52
III. Statut marital et parentalité	53
IV. Profession antérieure.....	54
V. Protection juridique	54
VI. Lieu de vie et origine géographique avant transfert.....	55
Antécédents médicaux et chirurgicaux.....	56
I. Trouble psychiatrique principal	56
II. Antécédents médicaux et chirurgicaux	57
Evolution dans le service	58
I. Durée de séjour en UPPA en décembre 2022.....	58

II. Durée de séjour en service psychiatrie.....	58
III. Consommation de toxiques	59
IV. Indice de masse corporel (IMC).....	59
V. Mini mental test (MMS)	60
VI. Dépendance et fragilité	60
VII. Thérapeutiques.....	63
VIII. Fonction rénale à t1	66
IX. Réunion de soins palliatifs réalisée pour le résident.....	66
X. Sorties de l'UPPA et leur motif	66
DISCUSSION.....	68
Points forts et biais	69
I. Points forts	69
II. Biais lié à la taille de l'échantillon	69
III. Biais de mesure	70
Discussion des résultats	71
I. Paramètres généraux.....	71
II. Antécédents médicaux et chirurgicaux	74
III. Evolution dans le service	78
Axes d'amélioration	87
Perspectives du service	88
CONCLUSION	90
ANNEXES	94

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

	Pages
Tableau :	
1 : principaux troubles psychiatriques et leur évolution au fil des âges	32-35
Figures :	
1 : pourcentage de résidents féminin et masculin dans l'UPPA	52
2 : statut marital des résidents de l'UPPA	53
3 : pourcentage des résidents ayant un ou plusieurs enfant(s)	53
4 : professions antérieures exercées par les résidents	54
5 : protection juridique des résidents	54
6 : lieu de vie des résidents avant leur admission en UPPA	55
7 : origine géographique des résidents	55
8 : diagnostic psychiatrique principal des résidents	56
9 : ancienneté de la pose du diagnostic psychiatrique principal	56
10 : antécédents médicaux et chirurgicaux	57
11 : antécédent de violence subie	57
12 : durée de séjour en UPPA	58
13 : Consommation des toxiques à t0 et t1	59
14 : indice de masse corporelle à t0 et t1	59
15 : aide à la marche à t0 et t1	60
16 : aide à la toilette à t0 et t1	61
17 : incontinence urinaire et fécale à t1	61
18 : texture alimentaire à t0 et t1	62
19 : albumine en g/L à t0 et t1	62
20 : troubles sensoriels à t1	63
21 : évolution des traitements psychotropes	64
22 : clairance de créatinine en ml/min à t1	66
23 : arbre décisionnel définissant le thymorégulateur à choisir en fonction du terrain physiopathologique du patient	84

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ETP : équivalent temps-plein

AGGIR : autonomie gérontologie groupes iso-ressources

AMP : aide médico-psychologique

AVC : accident vasculaire cérébral

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CHI-HC : centre hospitaliser intercommunale de Haute-Comté

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMS : établissement médico-social

GIR : groupe iso-ressources

HAS : haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporel

MMS : mini mental test

OMS : organisation mondiale de la santé

PA : personne âgée

QI : quotient intellectuel

UPPA : unité psychiatrique pour personne âgée

USLD : unité de soins longue durée

INTRODUCTION

Contexte

L'accroissement du nombre de personnes âgées en France demande une réorganisation de la distribution des soins. Celle-ci a débuté officiellement en 2007, suite à la circulaire du Ministère de la Santé et des solidarités de mars 2007 sur les filières gériatriques (1). La sectorisation plus précise de la gériatrie et la reconsidération de l'offre de soin font apparaître la santé mentale comme étant un enjeu majeur au sein de cette population (2).

En parallèle, la santé mentale est aussi élevée au rang d'objectif prioritaire dans la population générale mondiale en 2019 grâce à l'initiative spéciale pour la santé mentale lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(3). Elle estime qu'au niveau mondial, 15% des personnes âgées de 60 ans et plus sont touchées par une pathologie psychiatrique, et que les personnes ayant un trouble psychiatrique grave meurent jusqu'à 20 ans plus tôt que le reste de la population (4).

En France, 1 personne sur 5, soit environ 12 millions de personnes présentent au moins un trouble psychiatrique, hissant les pathologies psychiatriques à la 3^{ème} place des maladies les plus fréquentes derrière les cancers et les maladies cardiovasculaires (5).

Devant cette prévalence importante, il convient alors de se demander comment ces pathologies sont prises en charge dans la population âgée. En effet, cette « double étiquette » de patient âgé et ayant des troubles psychiatriques peut entraîner des problèmes d'orientation au niveau des structures de soins.

Les troubles psychiatriques en gériatrie

La gérontopsychiatrie a pour objectif de dépister, traiter, évaluer et prévenir les troubles psychiatriques et leurs conséquences dans la population âgée (soit à partir de 65 ans). Ces troubles peuvent être scindés en deux grands types (5) :

- Les pathologies psychiatriques présentes chez le sujet plus jeune et évoluant avec l'âge
- Celles apparaissant plus tardivement

A noter qu'elle comporte aussi l'étude des symptômes psycho-comportementaux des démences, qui ne seront pas abordés dans ce travail de recherche.

Tableau 1 : principaux troubles psychiatriques et leur évolution au fil des âges (2,5)

Troubles psychiatriques	Définition	Prévalence en France	Apparition et évolution avec l'âge
Schizophrénie	Trouble psychotique chronique empreint d'une altération du contact avec la réalité	1% 0.6% dans la population âgée	- accentuation des symptômes négatifs, entraînant un retrait, un apragmatisme parfois une apathie - taux de mortalité prématurée avant 65 ans
Trouble délirant persistant	Trouble psychotique chronique avec idées délirantes (trouble du contenu de la pensée entraînant une perte de contact avec la réalité)	0.2%	- apparition le plus souvent entre 40 et 50 ans - Accentuation des symptômes négatifs, entraînant un retrait, un apragmatisme parfois une apathie

			<ul style="list-style-type: none"> - accompagne fréquemment l'apparition d'une démence - lors de l'avancée en âge, les idées délirantes sont proportionnelles au déclin cognitif
Trouble dépressif	Trouble de l'humeur caractérisé par une diminution pathologique de l'humeur	10% 1 à 4 % chez la PA	<ul style="list-style-type: none"> - Tendance à la chronicisation chez la personne âgée (PA) - La sémiologie peut être différente chez la PA : clinique atypique, symptômes psychotiques fréquents, augmentation du risque suicidaire (2 fois plus élevé que dans la population générale) - Associé à plus de troubles cognitifs si le début est tardif chez la PA
Trouble bipolaire	Alternance d'augmentation et de diminution de l'humeur de façon chronique	1 à 4 %	<ul style="list-style-type: none"> - Dans 15 à 20%, le diagnostic est fait après 55 ans - Chez la PA, les épisodes maniaques s'atténuent, laissant plus de place aux épisodes dépressifs. Fréquence de troubles cognitifs avec confusion et désorientation

Trouble anxieux généralisé	Symptomatologie anxieuse chronique évoluant depuis plus de 6 mois	5%	<ul style="list-style-type: none"> - Apparaît le plus souvent vers 35-45 ans - Non spécifique chez la PA mais trouble psychiatrique le plus fréquent dans cette population
Trouble panique	Répétition d'attaques de panique	1 à 3%	- Apparaît que très rarement chez la PA
Trouble phobique	Peur très intense déclenchée devant une situation bien définie	10 à 12%	L'agoraphobie peut se présenter sous la forme d'une « peur de tomber » chez la PA, ayant pour conséquence un confinement progressif.
Trouble obsessionnel compulsif	Il associe des symptômes de type obsession et/ou compulsion	2%	<ul style="list-style-type: none"> - Débute généralement dans l'enfance ou chez le jeune adulte - Pas de spécificité sémiologique du TOC chez le sujet âgé
Trouble de stress post-traumatique	Survenue d'une symptomatologie caractéristique à la suite d'un évènement post traumatique	5 à 10%	Tout âge.
Trouble de l'adaptation	Les capacités d'adaptation sont dépassées devant une situation particulière, mais il n'existe pas assez de symptômes pour poser le diagnostic d'un trouble anxieux ou de l'humeur	10 à 20%	
Trouble de la personnalité	Les traits de la personnalité sont particulièrement	10%	- Evolution dépendante du type de la

	marqués, rigides avec une altération du fonctionnement social et une incapacité d'adaptation		personnalité et des troubles psychiatriques associés - Tendance à l'accentuation avec l'âge
Trouble à symptomatologie somatique et apparentés	Symptômes physiques importants entraînant une détresse significative avec une absence de cause organique retrouvée	5 à 10%	
Addiction	Comportement permettant une production de plaisir et une atténuation d'une sensation de malaise interne, avec l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance des ses conséquences négatives. - Peut être comportementale, ou liée à une substance	39 à 55% des 65 ans et plus consomment des benzodiazépines et apparentées	- Consommation d'alcool régulière importante chez les 65 ans et plus, le trouble de l'usage d'alcool est d'ailleurs le 3 ^{ème} trouble psychiatrique le plus fréquent chez la PA - Chez la PA : l'addiction médicamenteuse concerne surtout les psychotropes et les antalgiques
Trouble du spectre de l'autisme	Altération des capacités de communications, des interactions sociales, des comportements avec restriction des intérêts et/ou des activités, ayant un retentissement fonctionnel	1%	- Apparition dans l'enfance

Face à la prévalence des troubles psychiatriques et leur spécificité au sein de la population âgée, il est nécessaire de mettre en place des structures adaptées. Leur but serait d'accueillir les patients âgés ayant des troubles apparus tardivement mais aussi ceux dont la vie entière

a été émaillée par la maladie mentale. En effet, ces derniers sont souvent tributaires d'une perte d'autonomie plus précoce apparaissant alors qu'il existe déjà souvent des difficultés d'adaptation.

Ces patients âgés atteints d'un trouble psychiatrique ancien peuvent alors être en attente d'une admission en EHPAD, notamment suite (6) :

- Au défaut d'obtention d'un appartement accompagné ou résidence autonome
- À une baisse d'autonomie psychique et physique liée à l'âge
- À une errance médicale entraînant des décompensations et autres comportements à risque, mettant en détresse le patient et son entourage
- À l'atteinte de la limite d'âge imposée dans certaines structures sanitaires ou médico-sociales
- À de longues périodes d'hospitalisations en psychiatrie, lorsque le service n'est plus adapté à la perte d'autonomie.

Ils passent alors de patient à résident en EHPAD, et doivent retrouver l'équilibre qu'ils avaient acquis lors de leurs hospitalisations chroniques en psychiatrie ou en établissement médico-social (EMS). Leurs troubles du comportement freinent leur admission, et lorsque celle-ci est actée, il est parfois difficile de recréer un environnement aussi adapté qu'en psychiatrie dans les EHPAD, par manque de moyens et de formation du personnel. Ils peuvent, de plus, subir une certaine stigmatisation de la part des autres résidents, des familles ou encore des équipes. Enfin, la différence d'âge avec les autres résidents met aussi à mal cette intégration (souvent entre 20 et 30 ans d'écart).

Création de l'unité de psychiatrie de la personne âgée (UPPA)

C'est dans ce contexte que ce projet novateur voit le jour en 2020. Les professionnels de gériatrie de l'EHPAD du Larmont et ceux de psychiatrie du Grandvallier ont travaillé sur la création d'une unité de psychiatrie de la personne âgée (UPPA) au sein même de l'EHPAD. Cet EHPAD et le service de psychiatrie font partie du centre hospitalier intercommunal de Haute Comté (CHI-HC), même si elles sont géographiquement séparées de l'hôpital central et entre elles.

L'UPPA a été créée en décembre 2020 au sein du service SAPHIR, qui accueillait déjà quelques patients présentant des troubles psychiatriques.

I. Objectifs :

- Améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques du sujet âgé grâce à l'apport d'une expertise en psychiatrie ;
- Apporter une double expertise gériatrique et psychiatrique ;
- Améliorer la qualité de vie des résidents en intégrant la spécificité du soin psychique au projet de vie ;
- Limiter les séjours en secteur sanitaire et hospitalisations évitables ;
- Décloisonner les secteurs du sanitaire et du médicosocial pour ainsi fluidifier le parcours au sein de la filière gériatrique.
- Faciliter l'accès aux lits d'hospitalisation en psychiatrie en permettant l'accueil de patients stabilisé sur le plan psychique

II. Conditions d'admission :

- Avoir 60 ans ou plus avec des troubles psychiatriques
- Avoir bénéficié d'une prise en charge psychiatrique préalable en hospitalisation ou en ambulatoire
- Les troubles psychiatriques doivent être globalement stabilisés
- Nécessiter un suivi psychiatrique régulier
- Présenter des troubles du comportement qui ne sont pas adaptés à la vie en collectivité à l'EHPAD ou en milieu ordinaire

Sont exclues du dispositif :

- Les personnes présentant des profils cliniques associés à une **démence**

III. Parcours de la personne âgée

1. Durée de séjour :

- Transitoire : en attendant d'intégrer un service « conventionnel » d'EHPAD
- Illimitée

2. Modalités d'admission :

- Les patients ayant un profil psychiatrique et qui résidaient déjà à l'EHPAD ont été les premiers à intégrer l'unité.
- Au niveau administratif, il est nécessaire qu'un dossier sur « Via trajectoire » soit complété, accompagné d'un certificat médical contenant obligatoirement une rubrique remplie par un médecin psychiatre. Celui-ci sera contacté lorsque le patient sera susceptible d'être admis.

- Les dossiers sont examinés en commission d'admission de l'EHPAD en présence du médecin coordonnateur et sont classés par ordre de réception et degrés d'urgence.
- Une rencontre de préadmission est programmée lorsqu'une chambre est attribuée à un futur résident : il est souhaitable que ce dernier soit présent si possible, accompagné d'un proche. La rencontre se fait le plus souvent avec le médecin non-psychiatre de l'unité et le cadre de santé du service. Cette préadmission est la même que pour les futurs résidents des autres unités (informations diverses, remise du livret d'accueil et des contrats de séjour). Il arrive que celle-ci soit complétée par un goûter, permettant au futur résident de se familiariser avec les lieux et les résidents déjà présents, qu'il connaît d'ailleurs parfois de ses précédentes hospitalisations. Lorsque les résidents viennent d'autres services orientés dans le soin psychiatrique, d'autres intervenants peuvent intervenir lors de cette préadmission : aides médico-psychologiques (AMP), aide-soignante, assistante sociale....
- Une date d'entrée est alors fixée, le plus souvent la semaine après la préadmission.

3. Modalités de sortie :

- Recrudescence des symptômes psychiatriques rendant impossible le maintien dans l'unité et nécessitant une hospitalisation en unité psychiatrique
- Perte définitive d'autonomie : le résident sera alors accueilli dans une unité de l'EHPAD plus adaptée
- Apparition d'une démence

IV. Organisation architecturale

- Il s'agit d'une unité ouverte incluse directement dans le service Saphir de l'EHPAD situé au rez-de-chaussée gauche. Le service Saphir compte 42 résidents, distribués sur 3 ailes, soit 14 patients par aile. L'aile 3 constitue l'UPPA.
- Les 3 ailes se déploient autour d'un espace de vie commun, la salle à manger principale, donnant sur les espaces verts clos communs de l'EHPAD.
- Une salle à manger plus petite accolée à la principale est dédiée plus spécifiquement au repas de l'unité UPPA. Elle permet l'accès à la terrasse du service ainsi qu'aux jardins communs. Ces deux espaces communautaires sont accessibles à toute heure de la journée et sont le lieu des activités proposées par le service et les animateurs de l'EHPAD.
- Un salon d'apaisement vitré donnant sur le jardin est inclus dans l'aile 3
- Deux petits salons ouverts sur le couloir de l'aile 3 sont disponibles pour tous les patients qui souhaitent s'y reposer. Ils sont en cours d'aménagement : un canapé avec couverture lestée, projecteur de lumière et autres accessoires de relaxation y seront prochainement installés.
- Les chambres n'ont subi aucun aménagement, elles sont identiques à celles des autres unités.

Il n'existe pas de barrière physique entre l'UPPA, le reste du service Saphir et l'extérieur de l'EHPAD. Ainsi chaque résident est libre de circuler où il le souhaite. À la suite de l'évolution des besoins de certains résidents concernant l'aide au repas, ou la nécessité de surveillance lors de la prise alimentaire, les résidents UPPA et Saphir sont mélangés dans les deux salles à manger.

Le plan du service est présenté en annexe (Annexe n°1).

V. Organisation générale :

1. Vie au sein de l'EHPAD

Il s'agit d'une unité ouverte, où les règles de l'EHPAD s'appliquent : les résidents peuvent sortir du service et/ou de l'EHPAD quand ils le souhaitent la journée. Il en est de même pour les visites qui sont possibles à toute heure.

Ils peuvent participer aux activités dans le service ainsi que celles communes aux autres services dans la salle polyvalente de l'EHPAD, animées par les AMP ou les animateurs de l'EHPAD.

2. L'équipe

Il y a eu un ajout de 0.20 équivalent temps plein (ETP) de médecin psychiatre (soit 2 demi-journées) comprenant le temps consacré à l'UPPA mais aussi si nécessaire, des consultations dans le reste de l'EHPAD. Sa présence complète celle du médecin de l'unité (gériatre ou médecin généraliste) présent à hauteur de 0.50 ETP dans le service.

Il y a aussi eu création de 2 postes d'AMP pour 1.75 ETP ; elles sont présentes tous les jours à des horaires aménagés (8h30-16h00) afin d'accompagner les résidents, dans les soins quotidiens, médicaux, ou en encadrant des activités.

Le reste de l'équipe est en cours de formation, grâce à des cours de psychiatrie pluriannuels délivrés par le médecin psychiatre intervenant, s'ajoutant à la formation « souffrance psychique, troubles psychiatriques au cours du vieillissement » inscrite au plan de formation de l'EHPAD depuis 2020.

Les différents intervenants de l'EHPAD interviennent aussi dans cette unité : une psychologue, quatre animateurs, une référente hôtelière, une diététicienne, un kinésithérapeute, une aide à

la marche, ainsi qu'un professeur en activité physique adaptée. Une assistante sociale et une mandataire judiciaire permettent de faciliter les démarches administratives.

3. Temps de rencontre et échanges :

- Un projet individualisé sera mis en place avec le résident lors des deux premiers mois. Il comprendra un projet de soin, un projet d'activité et un projet d'accompagnement à la fin de vie. Son élaboration repose sur une discussion avec le résident concernant ses habitudes de vie, ses envies, ses besoins, et son intégration au sein de la structure.
- Une synthèse est réalisée dans les trois premiers mois. Elle permet de présenter au résident et à ses proches, l'équipe du service et les différents intervenants. Le but de celle-ci est d'établir le projet individualisé et des objectifs adaptés au résident, à réévaluer tous les ans.
- Une grande relève une fois par semaine, afin que l'équipe soignante, les différents intervenants et les médecins puissent échanger autour de tous les résidents et du fonctionnement du service en général.
- Une réunion médecin-cadre tous les mois.

4. Échanges avec le service de psychiatrie

Un échange privilégié entre les deux services permet d'avoir une expertise psychiatrique rapide même en dehors du temps de présence du psychiatre et de faciliter les hospitalisations en psychiatrie en cas de décompensation ou de recrudescence des troubles du comportement.

Cela permet aussi à certains résidents de pouvoir garder le contact avec cette structure dans laquelle ils avaient leurs habitudes, de préserver les liens créés avec d'autres patients et de continuer à participer à certaines activités, comme les

réunions hebdomadaires du Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel (CATTP).

De même, tout est fait pour favoriser la continuité des soins avec la structure précédente lorsque c'est le cas : infirmières, AMP, psychiatre ou tout autre membre de l'ancienne équipe de soins sont invités à venir échanger des informations sur le résident et ses habitudes de vie. Cet échange est d'autant plus important que cette période de transition pour le résident met parfois à mal sa capacité d'adaptation (souvent déjà restreinte par sa pathologie psychiatrique), entraînant des comportements inhabituels.

Objectif de l'étude

Évaluer l'efficience de cette unité grâce à l'étude descriptive des profils de ses résidents deux ans après son ouverture.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive longitudinale rétrospective.

Les données considérées s'étendent du 1^{er} décembre 2020 au 31 décembre 2022.

Population étudiée

Critère d'inclusion dans l'étude :

- Tout résident admis dans l'unité UPPA depuis son ouverture et jusqu'au 31 décembre 2022

Critères d'exclusion :

- Résident ayant séjourné temporairement dans l'aile UPPA pour des raisons de disponibilité de place uniquement

Méthode de recueil

Nous avons vérifié via un formulaire issu du site de département de médecine générale de Strasbourg que notre travail se situait hors loi Jardé, qu'il ne relevait pas de la loi « informatique et libertés », et enfin qu'il ne nécessitait pas de déclaration auprès de la CNIL ni de l'avis d'un comité d'éthique.

Les données ont été collectées par un seul investigateur, sur :

- Le logiciel OSIRIS propre à l'EHPAD, contenant les informations administratives du patient, ses antécédents, ses traitements, ses traitements précédents, les groupes iso-ressource (GIR), les feuilles de chute, le score mini mental test (MMS), les aides requises quotidiennement, les bilans biologiques.
- Le logiciel LOGON utilisé par le CHI-HC, regroupant les informations liées aux hospitalisations au centre hospitalier (incluant le service de psychiatrie). Nous avons pu recueillir sur ce logiciel les durées et fréquences des séjours en psychiatrie, les comptes rendus médicaux issus du CHI-HC, les anciens traitements et les réunions de soins palliatifs.
- Le dossier papier du résident.
- Et par recueil direct auprès de soignants afin de compléter les informations manquantes des certains dossiers. Parmi eux, la psychiatre intervenant dans le service, et des aides-soignantes appartenant à l'équipe SAPHIR.

Nous avons saisi les données dans un tableau EXCEL pour effectuer l'analyse statistique.

Certaines caractéristiques ont pu être comparées à celles des autres résidents du restant de l'EHPAD (hors temporaires et unité de soins longue durée (USLD)) grâce à des statistiques fournies par le secrétariat de l'EHPAD.

Paramètres recueillis

I. Généraux :

- Genre
- Age
- Statut marital : célibataire / marié(e) / veuf(ve)
- Enfants : oui/non
- Profession antérieure
- Protection juridique : aucune mesure de protection/ curatelle/ curatelle renforcée/ tutelle
- Lieu avant transfert (domicile seul (e) / domicile avec conjoint et/ou enfant/service psychiatrique/ foyer / autre service de l'EHPAD
- Origine géographique avant l'entrée en EHPAD : moins de 20 km de l'EHPAD / entre 20 km et 50 km/ plus de 50 km

II. Antécédents :

- Psychiatriques :
 - o Nom du trouble principal
 - o Ancienneté du diagnostic du trouble psychiatrique principal : plus de 20 ans / entre 10 et 20 ans / entre 5 et 10 ans / moins de 5 ans
- Comorbidités :
 - o Cardio-vasculaire : oui/non avec la présence détaillée d'une hypertension artérielle ou d'un diabète
 - o Pulmonaire : oui/non
 - o Endocrinienne : oui/non

- Uro-digestive : oui/non
- Neurologique : oui / non
- Présence ou non d'un déficit intellectuel
- Autres : oui /non
- Violence physique, morale ou sexuelle subie : oui /non
- Habitudes toxiques à l'admission :
 - Consommation d'alcool : oui /non
 - Consommation de tabac : oui / non
 - Consommation d'autres toxiques : oui/non

III. Évolution dans le service : à t0 (arrivée dans le service) et t1 (décembre 2022 ou dernière date possible de relevé)

T0 correspond à l'arrivée dans le service. Si celle-ci n'est pas précise, nous prenons la date du 01 décembre 2020, date de l'ouverture de l'unité.

T1 correspond à décembre 2022 ou à la date de relevée la plus proche. Si celle-ci n'est pas retrouvée dans la période de deux mois suivants ou précédents cette date, elle est marquée comme manquante.

- Durée de séjour (au 31 décembre 2022 si non sorti de l'unité)
- Durée des séjours en psychiatrie avant l'entrée en UPPA et après. La moyenne est faite sur les 5 dernières années avant intégration de l'UPPA. Lorsqu'ils sont entrés en EHPAD avant la date d'ouverture de l'UPPA, la date d'admission par défaut choisie est le 1^{er} décembre 2020.
- Evolution de la prise de toxique
- MMS (Annexe 2)
- Indice de masse corporelle (IMC)
- GIR calculé sur la grille autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources (AGGIR) (Annexe 3)

- Aide à la marche : sans aide / canne ou déambulateur / fauteuil roulant / aide humaine/ grabataire
- Nombre de chutes depuis l'entrée en UPPA
- Aide à la toilette : aucune/ partielle / totale
- Incontinence à t1 uniquement : il est impossible d'évaluer correctement la continence urinaire et fécale à t0 pour la plupart des patients avec les informations recueillies.
- Aide au repas (nécessité d'avoir un soignant détaché pour la prise alimentaire) : oui/non
- Texture de l'alimentation : normal / tendre / haché/ mixée
- Albumine : même si ce critère a disparu pour le diagnostic de la dénutrition chez la personne de plus de 70 ans, elle reste utile dans le diagnostic de la dénutrition sévère (7) et reste prise en compte par les diététiciennes de l'EHPAD.
- Thérapeutiques :
 - o Nombre de médicaments sur l'ordonnance complète
 - o Les principales thérapeutiques étudiées seront celles inhérentes au traitement des troubles psychiatriques et à la douleur. Les variations du nombre et de la dose seront étudiées et notées : stable / changement de molécule/ diminution ou augmentation de la dose ou du nombre de médicaments dans la classe. Les traitements étudiés sont les :
 - Antalgiques
 - Hypnotiques
 - Anxiolytiques
 - Antihistaminiques
 - Neuroleptiques
 - Thymorégulateurs et antiépileptiques
 - Antidépresseurs
 - Psychostimulants
 - Anti- parkinsoniens

- Clairance de la créatinine : celle-ci étant à prendre en compte pour la posologie des traitements, le choix des molécules, et pouvant être modifiée par ces dernières, la clairance est relevée à t1.
- Sismothérapie en cours
- Réunion soins palliatifs réalisée pour le résident
- Sortie de l'UPPA définitive : décès / transfert dans une autre unité de l'EHPAD / transfert dans un autre établissement

Analyse des résultats

L'exploitation des données quantitatives et qualitatives a été réalisée grâce au logiciel Excel, directement sur le tableau de recueil de données. Les données qualitatives relevées ont à chaque fois été classées grâce à un nombre de choix réduits pour chaque paramètre, permettant une harmonisation des réponses et une analyse plus aisée.

RÉSULTATS

Au total, les 18 patients ayant séjournés en UPPA ont pu être inclus dans l'étude.

Paramètres généraux recueillis à l'entrée du résident

I. Age

L'âge moyen est de 72 ans, avec une médiane à 72.5 ans.

II. Sexe ratio



Figure 1 : pourcentage de résidents féminin et masculin dans l'UPPA

III. Statut marital et parentalité



Figure 2 : statut marital des résidents de l'UPPA

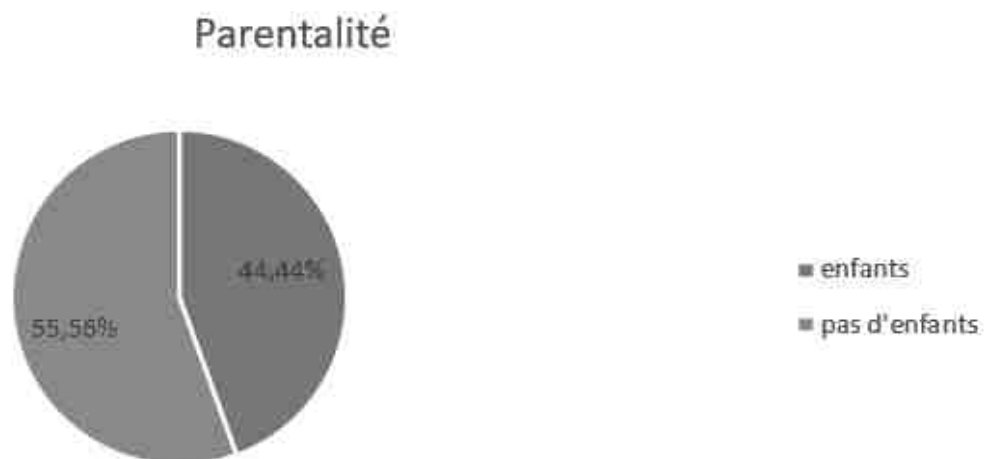


Figure 3 : pourcentage des résidents ayant un ou plusieurs enfant(s)

IV. Profession antérieure

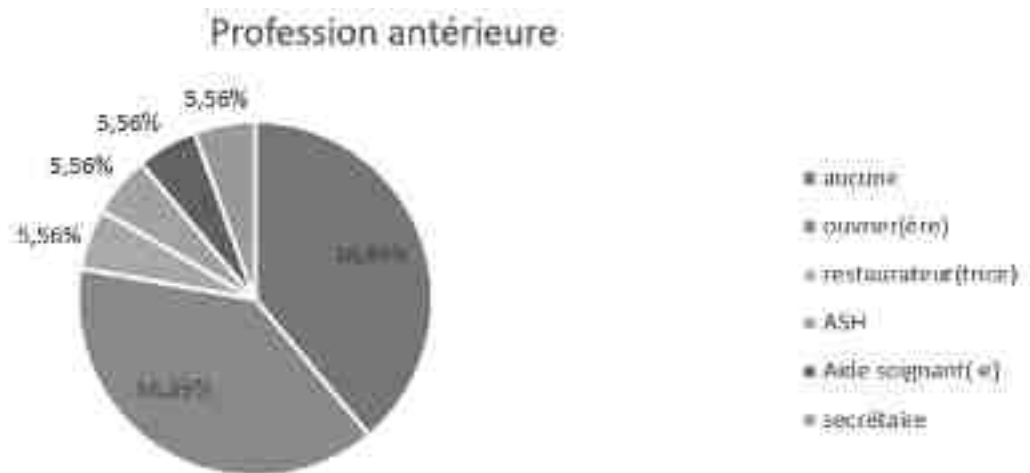


Figure 4 : professions antérieures exercées par les résidents

V. Protection juridique

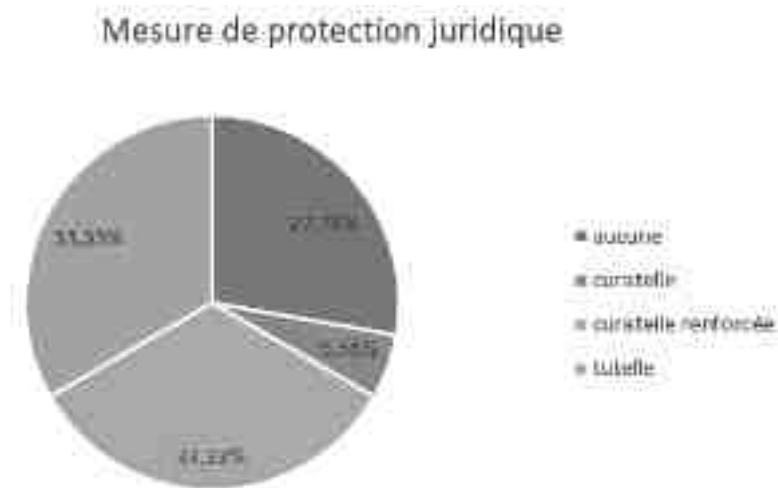


Figure 5 : protection juridique des résidents

VI. Lieu de vie et origine géographique avant transfert

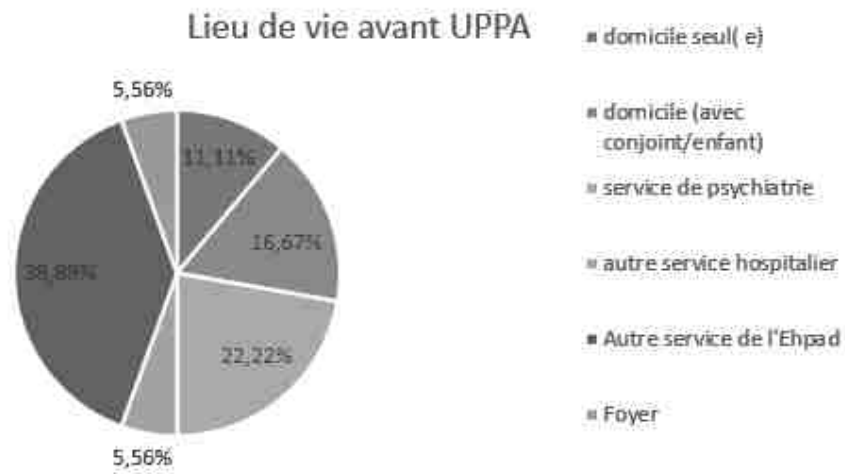


Figure 6 : lieu de vie des résidents avant leur admission en UPPA



Figure 7 : origine géographique des résidents

Antécédents médicaux et chirurgicaux

I. Trouble psychiatrique principal

1. Diagnostic



Figure 8 : diagnostic psychiatrique principal des résidents

2. Ancienneté du diagnostic



Figure 9 : ancienneté de la pose du diagnostic psychiatrique principal

II. Antécédents médicaux et chirurgicaux

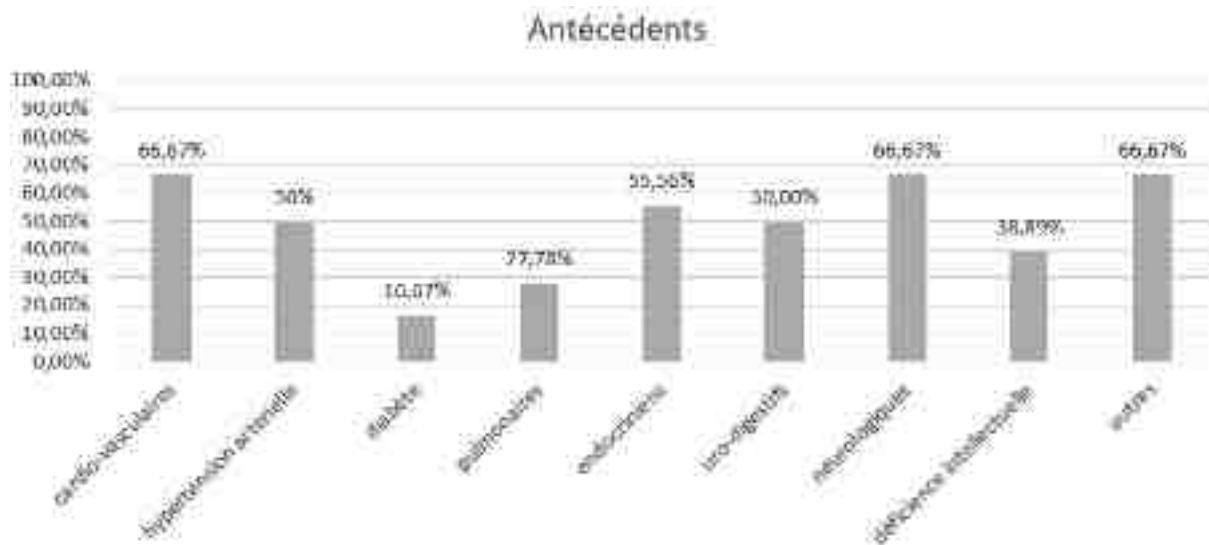


Figure 10 : antécédents médicaux et chirurgicaux

Les antécédents retrouvés dans la catégorie « autres » sont gynécologiques, ophtalmologiques, orthopédiques, auto-immuns et dermatologiques.



Figure 11 : antécédent de violence subie

Evolution dans le service

t0 représente l'entrée du résident en UPPA.

t1 représente décembre 2022 ou la date qui s'en rapproche le plus si le recueil de données en décembre 2022 n'était pas possible.

I. Durée de séjour en UPPA en décembre 2022

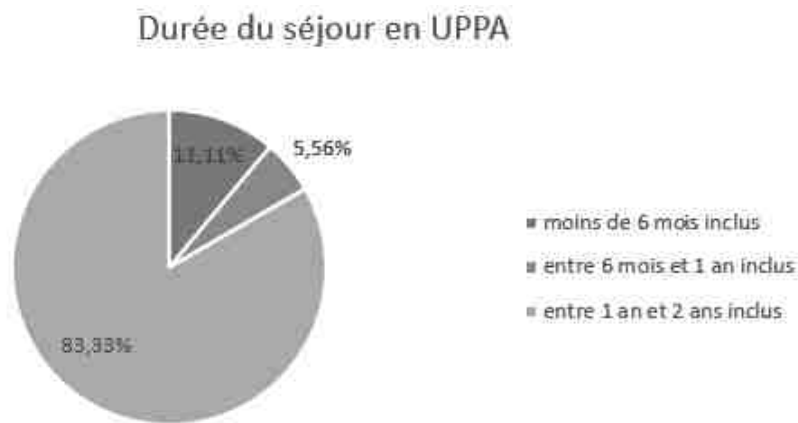


Figure 12 : durée de séjour en UPPA

II. Durée de séjour en service psychiatrie

Durant les 5 ans précédents l'entrée en UPPA, les résidents sont en moyenne hospitalisés en psychiatrie 89,6 jours par an, avec une durée médiane de 12,1 jours. Après leur admission dans notre service, ils sont hospitalisés en psychiatrie en moyenne 5,2 jours, avec une durée de médiane de 0 jour.

III. Consommation de toxiques

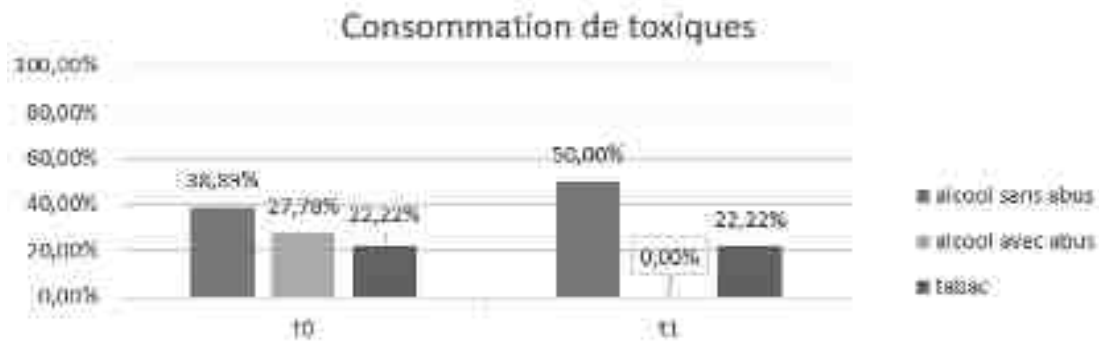


Figure 13 : Consommation des toxiques à t0 et t1

À notre connaissance, aucun autre toxique n'était consommé à l'entrée ou n'a été consommé durant l'hospitalisation.

IV. Indice de masse corporel (IMC)

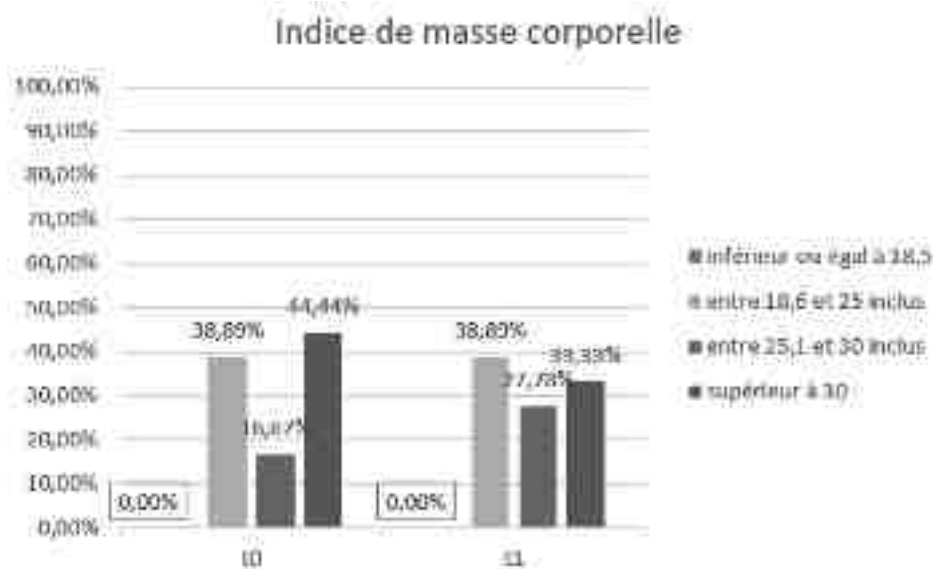


Figure 14 : indice de masse corporelle à t0 et t1

V. Mini mental test (MMS)

A t0, la moyenne des résultats du test MMS est de 14,9. Elle diffère peu de celle retrouvée à t1 qui est de 14,8, tout en sachant que ce dernier calcul est amputé de 3 valeurs, les MMS n'ayant pas été réalisés chez 3 résidents à t1. La médiane est de 16 à t0 et t1.

VI. Dépendance et fragilité

1. Groupe iso-ressources (GIR)

La moyenne des GIR à l'admission est de 2,2 contre 1,8 à t1. Le GIR médian est de 2 à t0 et t1.

2. Aide à la marche



Figure 15 : aide à la marche à t0 et t1

3. Nombre de chute durant le séjour en UPPA

Un résident en UPPA chute en moyenne 7,3 fois lors de son séjour. La médiane est de 6.

4. Aide à la toilette

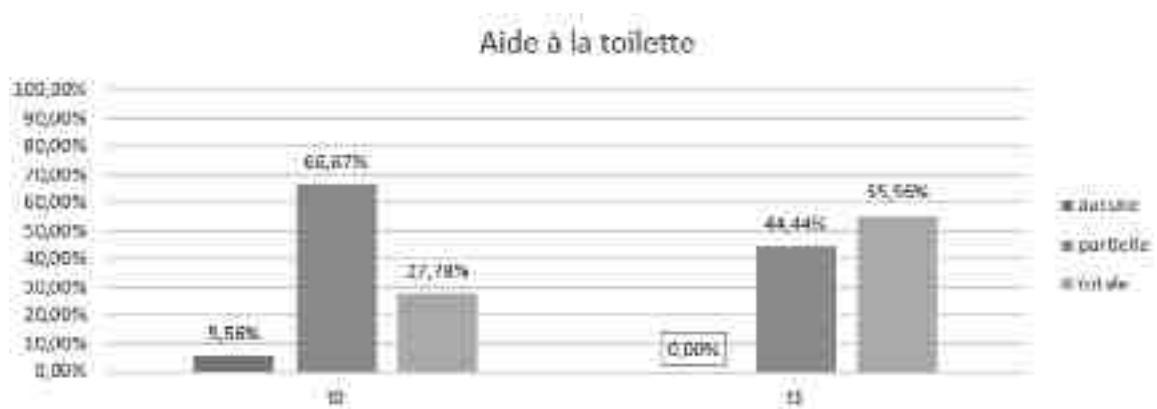


Figure 16 : aide à la toilette à t0 et t1

5. Incontinence urinaire et fécale à t1

Incontinence urinaire et fécale



Figure 17 : incontinence urinaire et fécale à t1

6. Aide au repas

En moyenne, 11,1% des résidents nécessitent une aide au repas à t0, contre 5,56% à t1.

7. Alimentation

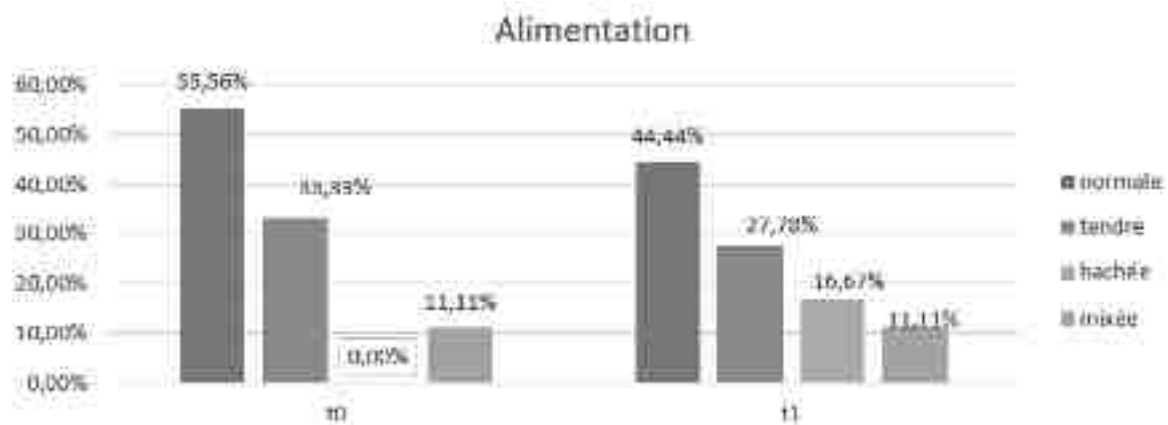


Figure 18 : texture alimentaire à t0 et t1

8. Albumine

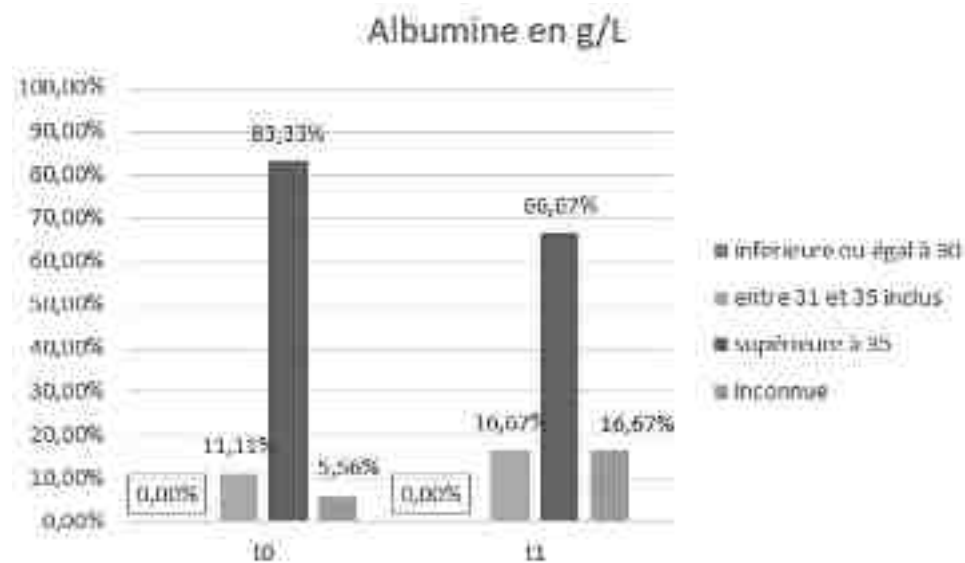


Figure 19 : albumine en g/L à t0 et t1

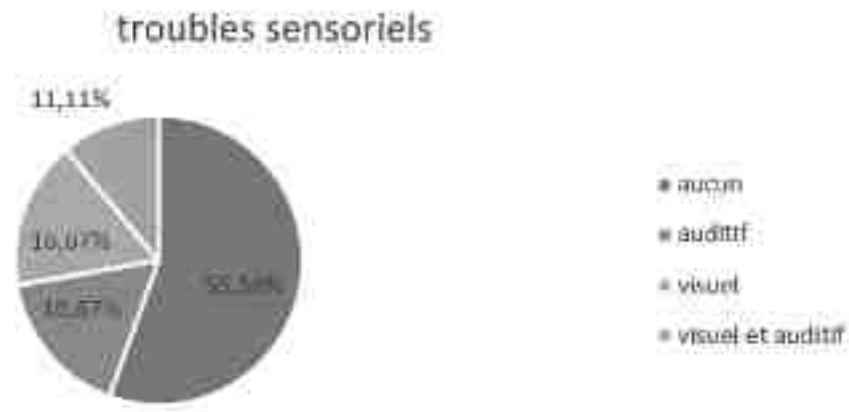
9. Troubles sensoriels à t1

Figure 20 : troubles sensoriels à t1

VII. Thérapeutiques

En moyenne, il y a 11,8 médicaments sur l'ordonnance d'un résident. La médiane est de 12,5.

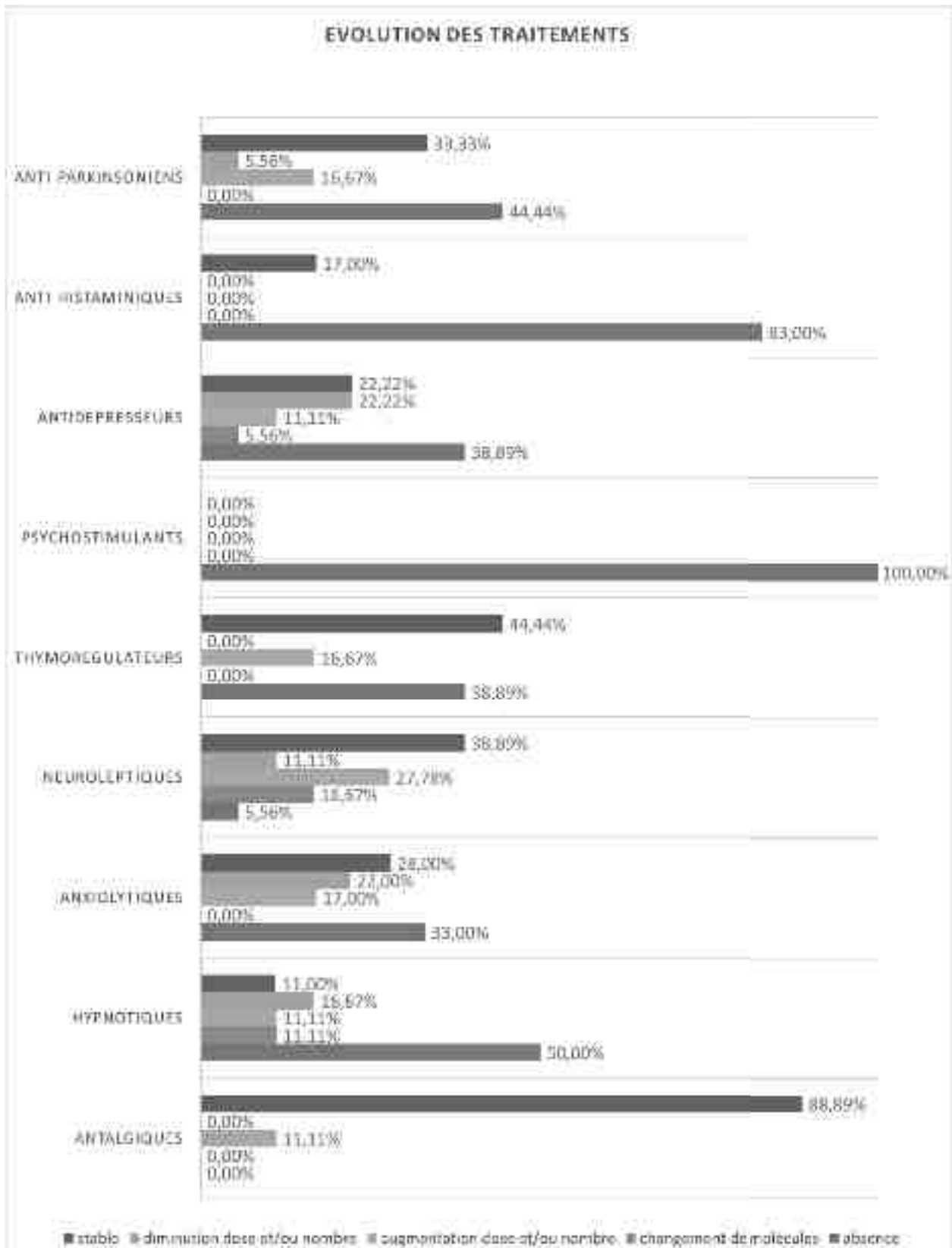


Figure 21 : évolution des traitements psychotropes

- **Antalgiques** : la prise d'antalgique est plutôt stable avec utilisation des antalgiques de palier 1 et 3 uniquement.
- **Hypnotiques** : présents chez 50% des résidents. Parmi ces 50%, seuls 16,67% des résidents ont subi une diminution, et 11,11% ont eu une augmentation de la dose.
Par ordre de fréquence à t1 sont le LORMETAZEPAM et le ZOPICLONE (les autres étant le LOPRAZOLAM et le ZOLPIDEM).
- **Anxiolytiques** : 77% en consomment. La dose a été augmentée dans 17% des cas, diminuée dans 22% des cas et restée stable dans 28% des cas.
Par ordre de fréquence à t1 : OXAZEPAM, LORAZEPAM, puis ALPRAZOLAM et PRAZEPAM
- **Neuroleptiques** : quasiment 95% des résidents sont sous neuroleptiques. Le traitement est stable pour 38,89%, il augmente pour 27,78%, et diminue pour 11,11%.
Par ordre de fréquence à t1 : LOXAPINE et CYAMEMAZINE, puis le LEVOMEPRMAZINE et RISPERDONE, HALOPERIDOL, TIAPRIDE, QUETIAPINE, OLANZAPINE, et enfin le ZUCLOPENTHIXOL.
- **Thymorégulateurs et antiépileptiques** : consommés par 61,11%. Il n'y a eu aucune diminution du traitement au cours du séjour, soit il est resté stable soit il a été augmenté.
Par ordre de fréquence à t1 : PREGABALINE et VALPROATE DE SODIUM, VALPROMIDE, LAMOTRIGINE et CARBONATE DE LITHIUM, puis CLONAZEPAM.
- **Psychostimulants** : aucun
- **Antidépresseurs** : présents chez 61,11% des résidents. Ils sont restés stables pour 22,22% des résidents, et ont été diminués pour le même pourcentage de résidents. Ils ont été augmentés dans 11,11% des cas.
Par ordre de fréquence à t1 : MIANSERINE, MIRTAZAPINE et DULOXETINE, SERTRALINE, FLUOXETINE et VENLAFAXINE
- **Antihistaminiques** : consommés par 17%, à visée anxiolytique. Seule l'ALIMEMAZINE est utilisée.

- **Antiparkinsoniens** : présents chez 55,56% des résidents. Ils sont restés stable chez 33,33% et ont été augmentés dans 16,67%.

Par ordre de fréquence à t1 : TROPATEPINE puis le TRIHEXYPHENIDYLE CHLORHYDRATE.

VIII. Fonction rénale à t1



Figure 22 : clairance de créatinine en ml/min à t1

IX. Réunion de soins palliatifs réalisée pour le résident

50% des résidents ont eu une réunion de soins palliatifs. La plupart ont été réalisées durant l'épidémie de COVID 19, en prévention d'une possible contamination avec dégradation de l'état respiratoire.

X. Sorties de l'UPPA et leur motif

Nous avons dénombré quatre décès. Trois d'entre eux sont liés à une pneumopathie d'inhalation sur troubles de la déglutition d'origine probablement iatrogène. Le quatrième découlait des conséquences d'une chute ayant entraîné une fracture du col fémoral et un pneumothorax.

Une résidente a été transférée hors de l'unité car elle présentait une démence de type Alzheimer.

DISCUSSION

Points forts et biais

I. Points forts

1. L'échantillon

Aucun patient n'a été exclu de l'étude, ce qui a permis d'avoir un échantillon représentatif de la population accueillie dans cette unité.

2. Le recueil de données

Un seul enquêteur a recueilli les informations, ce qui permet un relevé de données et une analyse uniforme.

Les deux logiciels informatiques de l'établissement sont fréquemment utilisés par l'investigateur, ce qui a permis de les exploiter pleinement. Les informations à recueillir sur les patients étant très protocolisées dans les différents services de l'EHPAD, les dossiers informatiques étaient relativement complets.

II. Biais lié à la taille de l'échantillon

L'unité étant ouverte que depuis un an, seulement 18 personnes ont été incluses. Il est donc possible que l'échantillon ne soit pas représentatif des patients vieillissants avec des troubles psychiatriques dans la population générale.

III. Biais de mesure

Le recueil de données s'est fait au maximum sur les dossiers informatisés sur 2 logiciels : Logon et Osiris. Celui-ci a été complété par le dossier papier quand cela était nécessaire. Cependant, des informations restaient parfois quand même manquantes. Si elle concernait une donnée précise dans le temps (une valeur biologique par exemple), elle est marquée dans l'étude comme manquante.

D'autres données ont été recueillies auprès des soignants qui ont pris en charge le patient (aide à la toilette nécessaire ou non, texture alimentaire ...). La justesse de ces informations a pu être endommagée par le temps ou la subjectivité de l'agent, ce qui donne lieu à un biais déclaratif. Pour diminuer au maximum ce biais, les informations manquantes ont été demandées à deux agents différents systématiquement, voire trois si les deux précédents n'avaient pas la même réponse. Ceci n'a pas pu être appliqué aux réponses de la psychiatre du service qui était souvent la seule à connaître les informations médicales demandées.

Pour certains résidents ayant été à l'EHPAD avant de venir spécifiquement dans l'unité, certaines données n'ont pu être relevées précisément à leur arrivée dans l'unité. Nous avons alors choisi la donnée relevée le jour de l'ouverture de l'unité, soit le 01 décembre 2020. Cela a aussi été le cas lorsque l'information n'était pas disponible pour décembre 2022, nous avons pris celle qui avait été relevée à la date la plus proche. Si celle-ci était distante de plus de 2 mois, elle était marquée comme manquante.

Il existe aussi un biais lié à la subjectivité de l'agent ayant rentré l'information dans le dossier informatisé. Par exemple, le MMS a été réalisé par plusieurs soignants, ce qui peut donner lieu à un écart de résultat. De même, l'enquêteur connaissant la plupart des résidents a pu faire part de subjectivité lors du recueil d'information.

Pour les traitements, les médicaments lors de l'entrée et en décembre 2022 ont été recueillis.

Ils peuvent parfois ne pas être représentatifs du traitement qu'ils ont eu entre ces deux dates. En ce sens, pour les résidents décédés à l'UPPA, le traitement à t1 ne prend pas en compte les derniers jours de traitements ou seuls les thérapeutiques de confort étaient maintenues.

Il existe aussi un biais de mesure lié au temps, car tous les résidents n'ont pas la même durée de séjour, et ont donc des t0 et t1 différents.

Au niveau de la bibliographie, très peu d'articles existent sur ce genre d'unité en France. Les documents retrouvés concernaient quasi-exclusivement des services de gérontopsychiatrie accueillant surtout des patients atteints de démence. La démence étant un critère d'exclusion, la comparaison avec notre unité n'était pas aisée.

Discussion des résultats

I. Paramètres généraux

1. Âge

L'âge moyen des résidents à l'EHPAD du Larmont (hors service SAPHIR et résidents temporaires) est de 85 ans contre 72 ans en UPPA. Dans le service SAPHIR, cohabitent des résidents qui ont 10, 20, ou parfois même plus de 30 ans d'écart, avec des idées et des besoins différents, ce qui peut rendre l'adaptation difficile.

L'augmentation précoce de leur âge physiologique (environ 10 ans) rend compliqué les admissions en EHPAD, qui sont pour la plupart dédiées à des patients de plus de 60 ans. Or, l'espérance de vie d'une personne psychotique est de 67 ans (6) contre 79 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes (8).

Leur « jeune âge » peut compliquer les décisions de prise en charge médicale. Même si la valeur d'une vie ne se mesure pas en années, il reste culturellement difficile pour le résident, ses proches et les soignants de s'engager sur la voie du palliatif lorsqu'on parle d'un résident d'à peine 62 ans.

Il existe un écart d'environ 10 ans concernant la moyenne d'âge entre notre unité et l'unité de psycho-gériatrie du centre hospitalier régional universitaire de Lille étudiée en 2005 (9). Cette différence s'explique en grande partie par le fait que cette unité accueille surtout des patients ayant des troubles psychiatriques liés à une démence. En effet, si la gérontopsychiatrie est centrée sur le trouble mental de la personne âgée, la psychogériatrie, elle, a pour vocation d'apporter une vision gériatrique sur des troubles psychiques (2). Cette dernière va donc inclure de façon plus importante les pathologies démentielles, ce qui constitue un biais par rapport à notre étude.

2. Le sexe ratio

Concernant le sexe ratio, il est moins équilibré en UPPA que sur le restant de l'EHPAD, avec 16.67% d'hommes (et 83.33% de femmes) contre 27% d'hommes (et 73% de femmes) en EHPAD. Cette importante surreprésentation féminine peut sembler déroutante étant donné que le sexe ratio est équilibré dans les troubles bipolaires et schizophréniques (voire même en faveur des hommes dans ces derniers). Mais la dépression est nettement plus fréquente chez les femmes, et il semblerait que la représentation homme/femme chez les patients psychotiques s'inverse après 60 ans (6). Cette dernière donnée doit être remise dans son contexte : les patients atteints de troubles psychiatriques résidant en institution passeraient d'environ 30 000 à moins de 1500 après 60 ans, avec visiblement une surmortalité masculine. Mais comment expliquer cette surmortalité chez les hommes atteints de troubles psychotiques ?

Tout d'abord, une revue de la littérature canadienne datant de 2019 (10) retrouve plusieurs caractéristiques féminines qui expliqueraient une meilleure réponse aux antipsychotiques. Entre autres, que l'absorption, la distribution, la dégradation des antipsychotiques diffèrent entre les deux sexes, ce qui peut expliquer cette différence d'efficacité. Ils mettent aussi en évidence que les femmes se voient plus souvent prescrire des antidépresseurs ou des thymorégulateurs et sont plus adeptes des médecines alternatives. Elles seraient aussi moins addictes au tabac et à l'alcool. Enfin, ils avancent l'hypothèse que la schizophrénie étant diagnostiquée souvent plus jeune chez les hommes, il y aurait un effet d'accoutumance au traitement nécessitant une augmentation des doses. Nous pouvons supposer qu'il pourrait ainsi avoir plus d'effets indésirables responsables notamment de fragilités cardiovasculaires.

L'étude « Esprit » réalisée en population générale après 65 ans, retrouvait chez le groupe des participants ayant eu des troubles psychiatriques au cours de la vie une large prédominance féminine avec une prévalence près de 2 fois supérieure chez la femme (11).

3. Le statut marital

Le statut marital le plus représenté en UPPA est le statut « célibataire ». En effet, nous avons dans l'ordre du plus au moins représenté : célibataire, veuf(ve), divorcé(e) puis marié(e). Dans le reste de l'EHPAD : veuf(ve), marié(e), célibataire puis divorcé. Cette différence peut s'expliquer en partie par la différence d'âge (augmentation des divorces au fil des années avec une acceptation sociétale qui s'installe), institutionnalisation à long terme de beaucoup des résidents de l'UPPA, immaturité émotionnelle de certains résidents avec des troubles psychiatriques. Quasiment la moitié des résidents de l'unité (44.4%) ont au moins un enfant.

4. Profession avant retraite

38.89% des résidents de l'UPPA n'avaient pas d'emploi. Les autres, tous retraités, travaillaient comme ouvrier(ère), dans la restauration, dans les milieux du soin (ASH, aide-

soignante) et dans le secrétariat. La surreprésentation des emplois ouvriers est liée au fait que les foyers d'accueils proposaient majoritairement des travaux dans cette catégorie.

5. Protection juridique

Pour la mesure de protection juridique, environ 72% des résidents de l'unité sont protégés. La plupart sont sous curatelle renforcée ou tutelle. Dans le reste de l'EHPAD, seuls 28% des résidents bénéficient d'une protection juridique, représentée majoritairement par une mise sous tutelle. Les curateurs et tuteurs sont en majorité des professionnels dédiés.

6. Origine avant admission

Enfin, 27.78% des résidents de l'unité viennent du domicile, contre 36% pour le reste de l'EHPAD, la plupart étant institutionnalisés en foyers ou en hôpital psychiatrique avant leur admission. Pour environ 38% des résidents, leur admission dans l'unité s'est faite après avoir vécu à l'EHPAD du Larmont dans un autre service, ou dans le service Saphir avant que l'UPPA ne soit créée. 22% des résidents ont, quant à eux, été transférés depuis l'hôpital psychiatrique du Grandvallier. La plupart (72%) sont originaires des villes alentours. La sectorisation de la filière psychiatrique et le peu de places disponibles comparées au nombre de demandes font que les patients du secteur sont prioritaires lors des admissions. Il est très fréquent que les résidents admis retrouvent des connaissances, des amis, qu'ils avaient rencontrés dans les foyers alentours ou dans l'hôpital psychiatrique du secteur.

II. Antécédents médicaux et chirurgicaux

Les trois troubles psychiatriques les plus représentés sont par ordre de fréquence :

- Les troubles psychotiques
- Le trouble bipolaire
- Le trouble dépressif

À noter que seul le trouble principal motivant l'admission a été recensé, ainsi il est possible que les pourcentages augmentent si l'on prend en compte la totalité des symptômes psychiatriques pour chaque patient. La fréquence de ces trois troubles dans l'UPPA est inversement proportionnelle à celle retrouvée en population générale, puisqu'on y retrouve du plus fréquent au moins fréquent : le trouble dépressif, le trouble bipolaire et enfin les troubles psychotiques (5). Les autres indications d'admission en UPPA sont représentées par un trouble du spectre autistique et un trouble neurocognitif lié à un accident de la route sur fond d'exogénose. Pour environ 55% du service, le diagnostic avait été fait il y a plus de 20 ans.

Les antécédents médicaux et chirurgicaux les plus fréquents sont les antécédents cardiovasculaires et neurologiques.

Nous dénombrons 66% de résidents ayant une fragilité cardiovasculaire, dont 50% ayant de l'hypertension artérielle et 16 % un diabète de type 1 ou 2. Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés pour les autres services de l'EHPAD, avec 70% de fragilités cardiovasculaires et 18% de diabète, alors que la population de l'UPPA est nettement plus jeune. Le nombre d'hypertendus est inférieur à celui retrouvé en population générale après 65 ans (65%) (12), ce qui n'est pas étonnant car sa prévalence augmente avec l'âge.

Les autres antécédents cardiovasculaires sont surtout les troubles du rythme, l'insuffisance cardiaque et les évènements thromboemboliques.

Dans la population générale, les patients atteints de troubles psychotiques ont malheureusement plus fréquemment un suivi médical somatique bancal, ce qui entraîne un sous-diagnostic de comorbidités pouvant expliquer, avec le fort taux de suicide dans cette population, la diminution d'espérance de vie (13).

Cette forte prévalence des maladies cardiovasculaires peut être expliquée par :

- La consommation d'alcool et de tabac très présentes.

Dans notre étude, 22% des résidents sont consommateurs de tabac. Leur consommation est régulée par les soignants (pour des raisons financières surtout). Ce chiffre est en dessous de ceux retrouvés dans une étude de 2019 dans un service de psychiatrie à Saint Etienne (14), où trois quarts des patients schizophrènes fumaient. Pour la consommation d'alcool, avant d'entrée en institution, 27% d'entre eux en consommait de façon abusive. Actuellement, 50% en consomment dans le service sans abus. La quantité de vin consommé par jour est limitée à 1 verre le midi et le soir (quantité limite définie comme universelle après discussion en comité d'éthique avec les soignants des EHPAD alentours). En revanche aucun des résidents n'étaient connus pour prendre d'autres toxiques, mais il est probable que cette donnée évolue dans les années à venir.

- Le surpoids et l'obésité plus fréquents (13) (14)

C'est une réalité retrouvée aussi à l'UPPA. En se basant sur les IMC, on retrouve à t0 44% de résidents obèses et environ 16 % de résidents en surpoids. Le taux d'obésité diminue à 33% à t1 (avec une augmentation du taux de surpoids à 27%), probablement lié à l'équilibrage alimentaire et thérapeutique.

En plus du manque d'hygiène de vie fréquent, les neuroleptiques (surtout de seconde génération) sont très pourvoyeurs de surpoids et d'obésité. La CLOZAPINE, l'OLANZAPINE et la RISPERIDONE sont les plus à risque (13).

- Le diabète

Le diabète de type 2 est plus fréquent chez les patients prenant des neuroleptiques qu'en population générale, en lien probablement avec la prise de poids.

- Les dyslipidémies (13)

Lorsqu'un nouveau résident est traité par statine, la nécessité de celle-ci est réévaluée systématiquement puis retirée si elle est jugée inutile. Elles ne sont qu'exceptionnellement instaurées par l'équipe médicale de l'EHPAD. Les taux de cholestérol ne sont jamais dosés (sauf si un rendez-vous chez le cardiologue est programmé). Les effets bénéfiques des statines après 75 ans n'étant pas prouvés, et les effets secondaires dans cette population étant très importants, la politique de l'établissement va plutôt dans le sens d'un retrait ou d'une non-instaurer. Cependant, vu l'âge des résidents de l'UPPA et leur niveau de risque cardiovasculaire initial (surpoids, diabète, sédentarité, tabac, alcool, prise de neuroleptiques), nous pourrions réfléchir à initier plus fréquemment un traitement par statines et à surveiller les taux de cholestérol plus régulièrement.

- Allongement du QT

De ce fait, les patients psychotiques ont 2 à 3 fois plus de risque de décéder d'une cause cardiovasculaire que la population générale (14).

Dans les antécédents neurologiques, on retrouve surtout les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'épilepsie, ainsi que des cas d'infirmités cérébrales entraînant une déficience intellectuelle (38%). Pour tous les résidents ayant eu un AVC, la maladie psychiatrique s'est à chaque fois déclarée avant cet épisode aigu.

La barrière entre le handicap mental et le handicap psychique est mince. Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), le terme handicapé désigne « toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales » (15). Le handicap psychique reposerait sur l'altération des fonctions psychoaffectives et cognitives entraînant une réduction des capacités d'adaptation et des aptitudes relationnelles, sans diminution du quotient intellectuel (QI). Le handicap mental,

quant à lui, englobe la déficience intellectuelle et le handicap psychique (16). Les troubles psychiatriques seraient 3 à 4 fois plus présents parmi les patients de handicap mental qu'en population générale (16).

Après les antécédents cardiovasculaires et neurologiques, les plus retrouvés sont par ordre de fréquence les antécédents endocriniens, uro-digestifs et pulmonaires. Les antécédents autres font partie des catégories gynécologique, ophtalmologique, orthopédique, auto-immun et dermatologique.

En apprenant lors de synthèses les histoires de vie des résidents de l'unité, nous nous sommes aussi intéressés aux antécédents de violences subies, qu'elles soient physiques, sexuelles ou psychiques. Nous avons ainsi mis en évidence qu'environ 66% des résidents en ont été victimes. Cependant ces données sont peut-être sous estimées à cause d'un biais de mesure. Il est vrai que cette information repose en grande partie sur les dossiers de psychiatrie qui ont été mis à notre disposition et sur les dires de la psychiatre les connaissant.

Les chiffres retrouvés par la Haute autorité de santé (HAS) mettent aussi en évidence cette recrudescence de violence subie chez les personnes souffrant de troubles mentaux : elles seraient 7 à 17 fois plus nombreuses qu'en population générale, mais là encore, certainement sous estimées (17).

III. Evolution dans le service

1. Hospitalisation en psychiatrie

Certains des résidents vivaient à l'année dans un des deux services de psychiatrie où étaient regroupés les « patients chroniques ». En accueillant les patients atteints de troubles psychiatriques fréquemment hospitalisés, l'UPPA a permis de fluidifier la filière psychiatrique du Haut Doubs. Un lit en service de psychiatrie est mis à disposition de l'EHPAD en cas de

nécessité d'hospitalisation urgente, par exemple pour une décompensation ou des troubles du comportement ne permettant pas de le garder dans notre service. Car si tout est fait pour accueillir au mieux ces patients, les locaux restent des locaux d'EHPAD, ouverts sur l'extérieur, et les soignants ne sont pas autant formés que des soignants de psychiatrie. De plus, l'unité est située dans un service d'EHPAD « conventionnel », avec des résidents vieillissants, souvent fragilisés. En cas de crise, le résident est donc rapidement transféré quand cela est possible. Par ailleurs, des séjours de rupture sont aussi organisés, afin de renforcer la prise en charge psychiatrique de certains résidents ou parfois de soulager quelques jours les équipes en cas de prise en charge très difficile. Il existe donc une collaboration étroite entre l'UPPA et les équipes de psychiatrie.

2. Caractéristiques des résidents de l'UPPA dans le service au quotidien

Le **MMS** à t1 est probablement surestimé vu qu'il n'a pas pu être fait chez 3 résidents, il n'est donc certainement pas stable par rapport à t0 mais plutôt en diminution. Il est, en plus, évaluateur dépendant : les trois infirmières sur service participent au relevé.

Le **GIR moyen** est légèrement au-dessus de celui des autres résidents de l'EHPAD lors du début de séjour, avec un GIR moyen de 2.2 contre 1.9 dans le restant de l'EHPAD.

Il diminue à 1.8 à t1 et s'aligne donc avec celui des autres résidents, alors qu'ils ont environ 10 ans de moins.

Il n'y a aucun patient grabataire à t0 et t1 : afin d'être admissible à l'UPPA le patient doit être capable de participer aux activités pour que cela lui soit bénéfique. A défaut, il sera réorienté vers un autre service de l'EHPAD. La moitié des résidents marchent sans aides à t0 et t1, puis par ordre de fréquence, se déplacent : en fauteuil roulant, ou en déambulateur. Cet ordre reste le même à t0 et t1.

Concernant les soins quotidiens, quasiment tous les résidents nécessitent au minimum une aide partielle pour la toilette. A t0, 66.67 % ont besoin d'une aide partielle et 27.78% d'une aide complète. A t1, 55.56% ont besoin d'une aide totale, 44.44% d'une aide partielle. Le maintien de l'autonomie lors de la toilette fait partie du projet thérapeutique du résident.

Les informations étant trop incomplètes à t0, l'incontinence a uniquement été étudiée à t1. Environ 77% des résidents ont une incontinence urinaire et/ou fécale.

Etonnamment, il y a plus d'aides au repas à t0 qu'à t1. Cela s'explique soit par un biais de mesure, soit par le fait que les soignants favorisent l'autonomie pour tous les gestes quotidiens. La plupart des résidents de l'UPPA mangent donc sans aide. Ils prennent tous leur repas en commun dans la salle à manger.

Un bilan de déglutition est réalisé à l'entrée et sur demande par la diététicienne du service. L'alimentation change en fonction de l'avancée du séjour, si plus de la moitié ont une alimentation normale à t0, les résidents en tendre et en haché augmentent au fil du temps. Une vigilance particulière est portée sur le risque de fausse route et de pneumopathie d'inhalation qui en découle.

Les fausses routes iatrogènes sont fréquentes, la plupart du temps en lien avec les neuroleptiques. Ceux-ci induisent des troubles de la déglutition en créant un effet sédatif, un syndrome extrapyramidal, une sécheresse de la bouche ou encore une hypersalivation (18). Tous les patients traités sont à risques : qu'ils le soient depuis longtemps, que le traitement vienne d'être initié ou que les doses viennent d'être augmentées.

Concernant le risque de dénutrition, 83,33% des résidents à t0 ont une albumine supérieure à 35 g/L, 66,67% à t1. Ils sont donc moins à risque de dénutrition ou dénutris par rapport au restant de l'EHPAD ou 64% des résidents ont une albumine inférieure à 35g/L. Cela peut être en rapport avec leur âge, leur traitement qui encouragent souvent la prise alimentaire ou encore l'autonomie lors des repas.

Le nombre moyen de chutes lors du séjour en UPPA est de 7, et le nombre médian de 6. Cela est supérieur à la moyenne de l'EHPAD qui se situe entre 0 et 5 chutes. Cette augmentation du nombre de chutes pourrait être d'origine iatrogène. Une étude réalisée à Strasbourg en 2015 (19) met en évidence que dans la littérature, les médicaments les plus mis en causes sont ceux utilisés dans le domaine cardiovasculaire (anti hypertenseurs notamment), les psychotropes, les antalgiques et les médicaments de l'appareil digestif comme les laxatifs. Ils retrouvent aussi que dans les médicaments du système nerveux central, les plus à risque de chutes sont les benzodiazépines, les antidépresseurs, les neuroleptiques et les antiépileptiques. La diminution ou le retrait des benzodiazépines, hypnotiques ou anxiolytiques n'est pas aussi strict que dans les autres services de l'EHPAD. Les thérapeutiques de ces classes sont poursuivis à l'arrivée et subissent des modifications uniquement si les effets secondaires apparaissent. En revanche si l'introduction est nécessaire en cours d'hospitalisation, celle-ci est adaptée aux risques liés à l'âge (benzodiazépines de demi-vie courte par exemple).

De plus, la moitié marchant sans aide, ils se déplacent beaucoup, parfois loin et peuvent se mettre plus en danger que d'autres résidents.

Les troubles sensoriels n'expliquent pas cette recrudescence des chutes en UPPA, car si 74% des résidents des autres services de l'EHPAD ont des troubles visuels, seulement 27.78% des résidents en UPPA en souffrent. Il en est de même pour les troubles auditifs : ils sont présents chez 27.78% en UPPA contre 51 % dans le restant de l'EHPAD.

Au niveau des thérapeutiques :

Les hypnotiques sont tous prescrits au long terme malgré le risque de chutes et l'indication d'arrêt chez la personne âgée (20). Les hypnotiques benzodiazépiniques sont normalement à privilégier chez les personnes âgées (21), afin de diminuer les effets secondaires type chutes et somnolence résiduelle diurne. Il serait donc intéressant de voir si le LORMETAZEPAM ne pourrait pas être remplacé par du ZOLPIDEM ou du ZOPICLONE chez ces patients. La

nécessité d'un hypnotique peut être difficile à évaluer, à cause notamment des difficultés rencontrées par les équipes de nuit (sous-effectif, manque de moyen). Il est donc possible qu'on surtraite les résidents parce que des thérapeutiques non médicamenteuses ou une surveillance accrue ne sont pas possibles la nuit (deux aides-soignantes pour tout le service dont une qui va aider dans les étages).

Pour ce qui est des anxiolytiques, les benzodiazépines avec une demi-vie courte sont les plus utilisées (OXAZEPAM et LORAZEPAM). Ils sont pris en systématique mais aussi prescrits en « si-besoin ». Les équipes sont sensibilisées à l'importance d'essayer les techniques non médicamenteuses en première intention : rassurer, être présent, amener l'attention du résident sur autre chose, en encadrant une activité par exemple. Une salle Snoezelen est mise à disposition au sein de l'EHPAD, même si très peu de soignants sont formés. Un chariot Snoezelen permet aussi cette approche de façon plus simple. Un projet en cours est de créer un petit salon détente avec une atmosphère douce propice à la relaxation. Les AMP jouent donc un rôle très important au sein du service.

Les neuroleptiques sont prescrits chez 95% des résidents de l'UPPA, il est donc primordial d'être vigilant sur leur risque iatrogène : entre autres le syndrome parkinsonien, les troubles de la déglutition, la constipation, les chutes, et le plus grave : le syndrome malin des neuroleptiques. Un ECG est réalisé dès l'entrée et reproduit dès que cela est nécessaire afin de rechercher un allongement du QT. Une surveillance hydrique est faite lors des fortes chaleurs, la déshydratation augmentant nettement les effets secondaires de ces traitements. La prescription de neuroleptiques de première et deuxième génération est équilibrée dans le service. Il est cependant conseillé d'utiliser en première intention les neuroleptiques de deuxième génération, moins inducteurs d'effets secondaires (5) (21). L'OLANZAPINE, la QUETIAPINE, l'HALOPERIDOL et la RISPERIDONE favorisant le plus un syndrome métabolique (22), il est nécessaire de les utiliser avec précautions et de rechercher des signes de pathologies cardiovasculaires.

Plus de la moitié (61.11%) des résidents prennent des thymorégulateurs. Nous prenons en compte dans cette classe les antiépileptiques, car chez certains patients il est impossible de dissocier leur rôle antiépileptique de leur rôle sur la thymie, voire aussi de leur rôle sur les douleurs neuropathiques (comme pour la PREGABALINE). Ils nécessitent quasiment tous une surveillance biologique régulière (surveillance rénale, hépatique, hématologique), ce qui peut poser soucis chez les personnes âgées difficiles à prélever ou ayant de nombreux soins pénibles quotidiennement. Ils sont très à risque de iatrogénie grave : insuffisance rénale ou déshydratation entraînant une toxicité du médicament avec défaillance multiviscérale, toxicité hématologique et hépatologique, insuffisance rénale aiguë iatrogène, entraînant toutes une hospitalisation, voire un décès. Là encore, une vigilance particulière est portée sur l'hydratation des résidents, lors des canicules, des épisodes de vomissements/diarrhées ou lors de l'ajout de diurétiques. Un centre de santé mentale à Angers (23) a réalisé une fiche sur l'adaptation de la prescription des thymorégulateurs chez le sujet âgé dans leur établissement figure 23 (annexe n°4). On y retrouve, entre autres, un arbre décisionnel permettant de choisir au mieux le thymorégulateur en fonction du terrain physiopathologique. Les axes d'améliorations qu'ils retrouvent lors de leur étude sont la surveillance hebdomadaire étendue à tous les thymorégulateurs, la diffusion aux prescripteurs de leur logigramme et la sensibilisation à la surveillance lors de la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

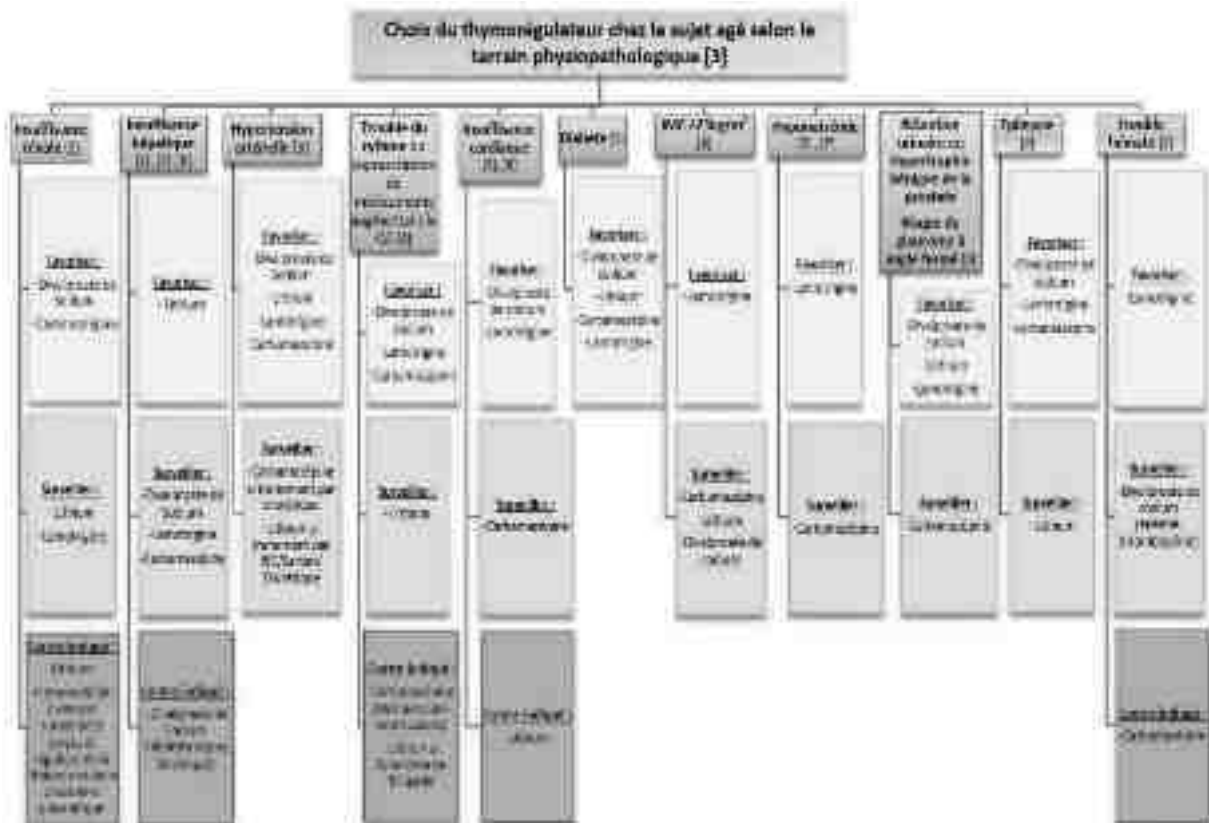


Figure 23 : arbre décisionnel définissant le thymorégulateur à choisir en fonction du terrain physiopathologique du patient. En vert : à favoriser, en orange : à surveiller, en rouge : contre-indiquées. Création du service de santé mentale Angevin (CESAME), Sainte-Gemme-Sur - Loire (23).

Dans notre unité, un traitement par thymorégulateur n'est jamais initié sans l'avis de la psychiatre du service, formée en gérontopsychiatrie. En dehors des thymorégulateurs nécessitant une vigilance précise sur la toxicité comme le lithium, les bilans biologiques ne sont pas systématiquement réalisés pour tous les thymorégulateurs, et encore moins de façon hebdomadaire. Cela semble incompatible avec le fonctionnement du service, n'ayant qu'une seule infirmière pour 42 patients au total, avec un laboratoire qui n'est pas sur place (transfert jusqu'à l'hôpital). Il serait tout de même possible de réaliser des bilans biologiques plus régulièrement pour tous les consommateurs de thymorégulateurs, et de sensibiliser les soignants des autres services de l'EHPAD qui en utilisent moins fréquemment.

Pour les antidépresseurs, il est recommandé chez la personne âgée d'utiliser en priorité les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, mieux supportés, ou ceux faisant partie des « autres antidépresseurs » comme la MIANSERINE et la MIRTAZAPINE (21,24,25). Les antidépresseurs imipraminiques sont contre indiqués dans de nombreuses pathologies retrouvées chez le sujet âgé : glaucome à angle fermé, adénome de prostate, infarctus récent et coronaropathie non stable, insuffisance cardiaque décompensée, ou encore troubles du rythme cardiaque (5). Ces derniers favorisent aussi le risque d'hypotension orthostatique, la constipation ou allongement du QT. Les prescriptions d'antidépresseurs du service sont donc conformes aux recommandations au niveau des molécules choisies, et ils sont toujours initiés à la dose minimale. Aucun bilan biologique n'est réalisé systématiquement lors de l'initiation ou de l'augmentation de la posologie. Or, il existe un risque important d'hyponatrémie favorisée par des interactions avec des médicaments très fréquents chez les personnes âgées (21). Cela doit constituer un axe d'amélioration dans la surveillance des traitements psychotropes.

La moitié des résidents ayant séjournés dans l'unité ont eu recours à des médicaments antiparkinsoniens afin de corriger le syndrome parkinsonien lié à la prise de neuroleptiques. Celui-ci peut entraîner des conséquences gravissimes chez les personnes âgées : chutes, perte d'autonomie, difficulté pour s'alimenter (et donc risque de dénutrition). Dans certains cas ils ont été instaurés avec un neuroleptique de première génération, sans tenter de passer à un neuroleptique de deuxième génération comme cela est recommandé (5). Nos prescriptions pourraient être améliorée en ce sens, car les antiparkinsoniens peuvent aussi être iatrogènes : hypertonie oculaire, dysurie, constipation ou encore confusion.

Il est primordial de surveiller la clairance de la créatinine et d'adapter les prescriptions, afin d'éviter des surdosages qui peuvent être mortels.

L'étude de la clairance de la créatinine a été réalisée uniquement à t1. Tous les résidents de l'unité ont une clairance de la créatinine au-dessus de 30 ml/min, et 66.67% sont même au-dessus de 60 ml/min, ce qui est supérieur aux résultats retrouvés dans le reste de l'EHPAD

(91 % au-dessus de 30 ml/min et 40% au-dessus de 60 ml/min). Cela s'explique en partie par la différence d'âge et biais causé par le service USLD qui n'accueille que des résidents avec des pathologies chroniques lourdes.

La moitié des résidents de l'UPPA ont eu une **réunion de soins palliatifs**. Celles-ci ont été réalisées soit dans le service de psychiatrie avant leur arrivée, soit dans notre service, pour statuer le niveau de soins, peser le bénéfice-risque de certains examens, et surtout lors de l'épidémie de COVID-19. Dans le restant de l'EHPAD, seulement 16% des patients ont eu une réunion de soins palliatifs.

Une résidente a été transférée car elle souffrait de démence type Alzheimer. La plupart des unités en France de géro-psycho-geriatrie citées dans les articles lus lors de la réalisation de la bibliographie accueillent aussi des patients atteints de démence. Leurs populations étudiées étaient donc différentes de la nôtre, et se rapprochaient plutôt des résidents de l'EHPAD « classique ». Inclure des résidents atteints de démence dans notre unité ne fait pas sens étant donné qu'une unité « fermée » nommée AMBRE accueillent la plupart d'entre eux lorsqu'ils sont déambulants.

Quatre résidents sont décédés, dont trois d'une pneumopathie d'inhalation succédant à des troubles de la déglutition. Est-il possible de prévenir les troubles de déglutition, et donc les pneumopathies d'inhalation afin de diminuer le nombre de décès liés à cette cause ? L'équipe est formée au repérage des fausses routes même minimales, et la diététicienne vient de façon hebdomadaire observer les résidents lors des repas afin d'adapter les textures alimentaires. Les aides-soignantes, les AMP, le kinésithérapeute et les infirmières surveillent les signes de surdosage en psychotropes et l'apparition de syndrome parkinsonien. Les psychotropes sont augmentés lorsque l'état psychiatrique est instable, mais ne sont pas systématiquement diminués lorsque le résident est équilibré. Le corps du résident évolue avec l'âge, tout comme

sa maladie psychiatrique, qui peut s'éteindre avec le temps. Faudrait-il essayer systématiquement de diminuer les traitements, au moins neuroleptiques, lorsque le résident est équilibré, afin de trouver la dose efficace la plus faible, au risque de provoquer une décompensation ? Faudrait-il diminuer les traitements neuroleptiques systématiquement lors de chaque épisode somatique aiguë (comme une infection), ou lorsque l'été arrive ? Initier ce travail sur la iatrogénie des psychotropes semble cavalier actuellement, ayant un psychiatre uniquement une fois par semaine et une pénurie de lit en psychiatrie. Cependant, certains projets de service envisagés laissent la perspective d'un temps de psychiatre plus élevé, ce qui permettrait d'effectuer des changements thérapeutiques plus sereinement.

Il est donc fondamental pour ses résidents d'allier une prise en charge psychiatrique à une prise en charge somatique adaptée à la personne vieillissante.

Axes d'amélioration

Quelques axes d'amélioration se dégagent de cette étude couplée à la précédente recherche bibliographique :

- **Une surveillance accrue des facteurs de risque cardiovasculaire** : la politique de l'établissement étant de ne pas restreindre les résidents au niveau alimentaire (aucun régime sans sucre ou sans sel), il serait possible de renforcer le suivi par la diététicienne afin d'éviter au maximum la prise de poids (augmentation des légumes, moins se resservir en dessert ...). Nous pourrions aussi essayer d'augmenter l'activité physique grâce à l'aide à la marche proposée à l'EHPAD (le professeur d'activité physique adapté n'étant présent qu'un jour par semaine pour tout l'EHPAD). Les dyslipidémies devraient être plus recherchées et traitées. Un suivi chez le cardiologue devrait aussi être systématiquement mis en place.

- **Un travail sur le développement des thérapeutiques non médicamenteuses** pour soulager l'anxiété des résidents, très fréquente dans le service. Une formation proposant des pistes pour gérer l'anxiété pourrait être proposée de façon plus large aux soignants, tout comme une formation Snoezelen. Nous attendons aussi ce qui nous permettra de réaliser un salon de relaxation. Les résidents étant aussi très réceptifs à la zoothérapie, un projet d'adoption de chat est en cours.

- Initier et peut-être aussi remplacer les traitements par des **molécules plus adaptées aux personnes âgées**, avec des surveillances biologiques plus régulières.

- Détecter précocement l'apparition **d'effets secondaires liés aux psychotropes**.

- Essayer de **diminuer les psychotropes** lorsque cela est possible, afin de trouver la dose minimale efficace.

- **Fluidifier la communication entre l'unité UPPA**, la psychiatrie et les autres services de l'hôpital. Des lieux de rencontre entre les différents professionnels autour de la psychiatrie pourraient être mis en place. Il est aussi prévu que le personnel soignant de l'unité aille en binôme rendre visite aux résidents hospitalisés, afin de maintenir le lien et surtout pour répondre aux questions du service hospitalier si cela est nécessaire pour faciliter la prise en soin.

Perspectives du service

Malheureusement il y a beaucoup trop de demandes par rapport aux places disponibles dans l'unité. Si l'agrandissement de celle-ci n'est pour le moment pas possible, un projet concernant

l'accueil de personnes atteintes de handicap, venant surtout de foyers, dans le même service, est en cours d'analyse.

Une équipe de gérontopsychiatrie mobile est aussi en cours de création sur Pontarlier et ses alentours.

Au fil des années, nous nous attendons à avoir de plus en plus de demandes pour des personnes ayant des addictions. Nous n'avons actuellement pas la possibilité d'accueillir ces patients par manque de moyens (manque de personnel et de formation) et parce que la cohabitation peut être difficile avec des personnes âgées vieillissantes. Cela nécessiterait aussi d'avoir un psychiatre présent plus souvent dans le service. De plus, l'établissement étant voisin d'un hypermarché, cela pourrait être compliqué de contrôler par exemple la prise d'alcool.

CONCLUSION

L'UPPA de l'EHPAD du Larmont est un lieu de vie qui permet d'accueillir, au sein d'un service d'EHPAD conventionnel, des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques lorsque les structures habituelles (services de psychiatrie, foyers) ne le peuvent plus. C'est un projet novateur : très peu de structures équivalentes existent en France pour permettre d'accueillir ces patients, trop âgés pour les services de psychiatrie et trop jeunes pour les EHPAD.

Nous avons réalisé une étude descriptive des profils des dix-huit patients qui y ont séjourné depuis son ouverture il y a deux ans afin d'en évaluer l'efficience.

Il apparaît que leur âge moyen est de 72 ans et qu'ils sont majoritairement de sexe féminin. Les troubles psychiatriques principaux sont les troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs.

Ils ont d'importantes comorbidités, responsables en partie d'une nette diminution de leur espérance de vie. On retrouve principalement les maladies cardiovasculaires en lien avec des conduites addictives ou d'origine iatrogène et les antécédents neurologiques.

Nous avons étudié leur évolution dans le service entre leur admission et décembre 2022 ou la date de leur sortie du service. Ce sont des patients dont les MMS et le GIR restent constants lors de leur séjour : ils sont respectivement aux alentours de 14.8 et de 2. Les troubles de la marche s'aggravent peu : 50 % ne nécessitent d'ailleurs pas d'aide à la marche. Nous constatons que les chutes sont plus nombreuses que dans le restant de l'EHPAD, alors que les troubles sensoriels y sont moins fréquents.

Ils sont peu dénutris lors de leur séjour. En revanche, ils sont très à risque de fausses routes et donc de pneumopathies d'inhalation iatrogènes. Cela constitue d'ailleurs la première cause de décès dans cette unité.

Les traitements psychotropes causent de nombreuses comorbidités et pathologies aiguës responsables d'hospitalisation et pouvant aller parfois jusqu'au décès. D'autant plus que l'avancée en âge des résidents favorise la iatrogénie par plusieurs mécanismes : sénescence

naturelle des organes, insuffisance rénale chronique, dénutrition, déshydratation, nombreuses comorbidités et polymédication.

Il est alors indispensable d'articuler la prise en charge autour de deux axes, à la fois non miscibles et pourtant indissociables : la somatologie gériatrique, et la gestion du trouble psychiatrique émaillé par l'âge. Cette étude laisse penser que notre unité peut être un support approprié à ce type d'approche.

Différents axes d'amélioration se dégagent de cette étude : la surveillance accrue des facteurs de risque cardiovasculaire, le développement de thérapeutiques non médicamenteuses, le choix des molécules plus adaptées à l'âge, la détection précoce des effets secondaires et la diminution des psychotropes.

Par ailleurs, grâce aux passages hebdomadaires de l'équipe de psychiatrie, les résidents sont très peu réhospitalisés en psychiatrie. Cela a permis de fluidifier la filière psychiatrique du secteur en libérant des lits occupés parfois à l'année par ces patients chroniques et dont les places restent rares.

Notre étude démontre que cette unité donne la possibilité de prendre en charge ces résidents dans toute leur globalité, toute leur complexité. Les structures de gérontopsychiatrie, peu nombreuses, accueillent beaucoup de patients atteints de troubles cognitifs dans le cadre d'une démence, mais peu d'établissements réservent leurs lits à des patients avec des troubles psychiatriques vieillissants qui ont toujours vécu en institution. L'émergence d'UPPA dans les EHPAD ou d'unités réservées aux personnes âgées dans les

structures psychiatriques permettrait de créer des lieux de vie et de soins adaptés afin d'améliorer leur qualité de vie.

Vu et approuvé
Strasbourg, le 22 NOV. 2023
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maternité et Sciences de la santé
Professeur Jean SIBILLA

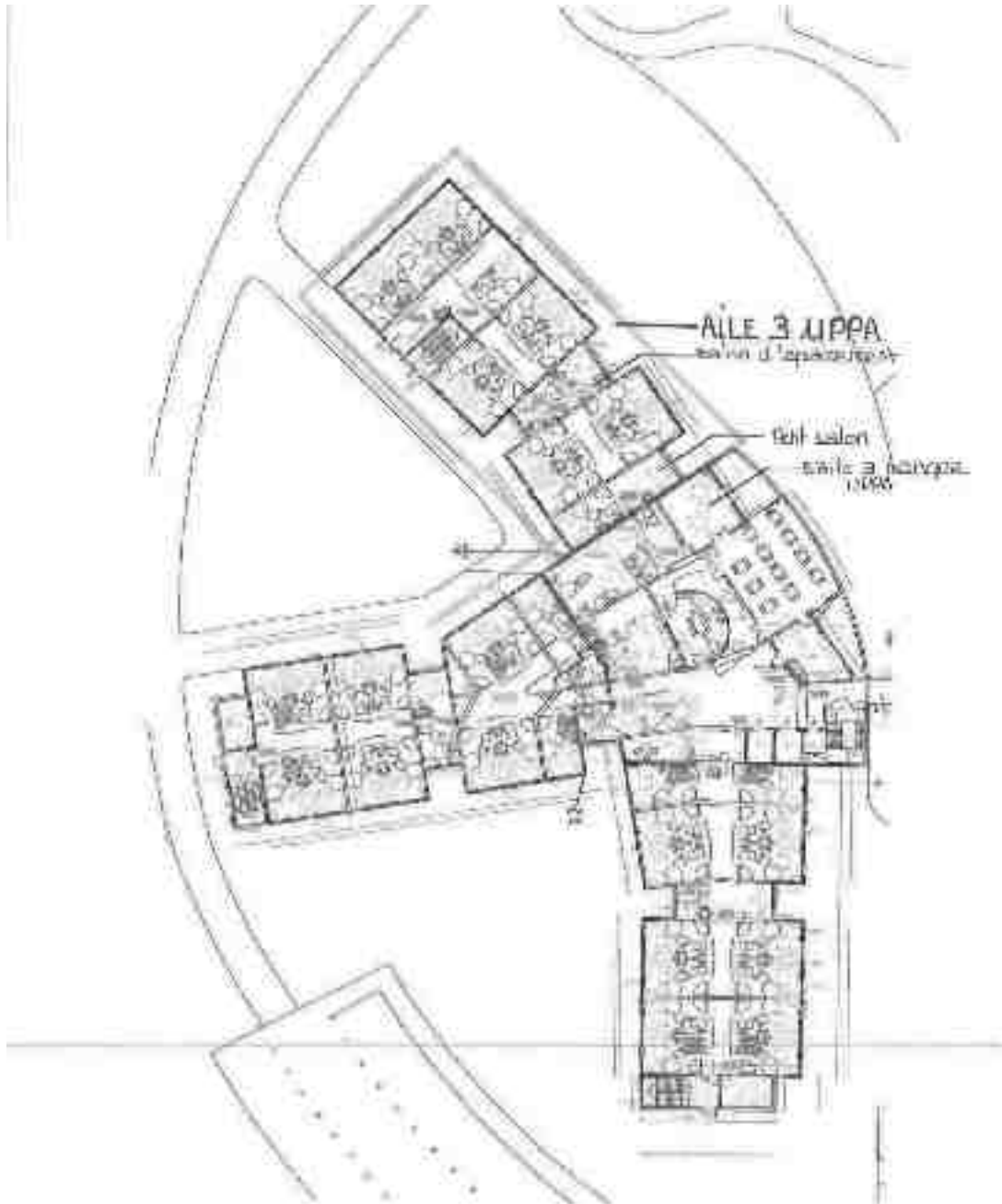




Vu
Strasbourg le 13 novembre 2023
Le président du jury de thèse

Professeur
Dr. Jean-Claude
Professeur

ANNEXES

Annexe n°1 : Plan du service Saphir, incluant l'UPPA



	Mourel	CH haute
	Designation: <u>ALLE SAPHIR</u>	
	A2 Portrait	

Annexe n°2 : Mini mental test

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- (si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

- "Fermez les yeux" et dire au sujet : Faites ce qui est écrit**
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
"Voulez-vous recopier ce dessin ?"

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Derouesné C, Poitreneau J, Hugnot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-5.


Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003 ;13(2) :209-36.

Annexe n°3 : signification du GIR

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants
Gir 2	-Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. - Ou demandeur dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Demandeur ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Demandeur n'assurant pas seul ses transferts mais qui, une fois levé, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement - Ou demandeur n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidé pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Demandeur ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Demandeur encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante


Service public. Apa : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ? [Internet]. 2021 [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

Annexe n°4 : choix d'un thymorégulateur chez le sujet âgé en fonction du terrain physiopathologique




Thymorégulateurs chez le sujet âgé dans un établissement public de santé mentale : Une prescription adaptée au terrain physiopathologique?

Léila A., Féliksen M., Doucet B., Anquetil-Boisger S.
*Membre Honoraire, Centre de Santé Mentale Karolinska (CSMM), Sainte-Justine-Sainte-Justine




CONTEXTE :



MATÉRIEL ET MÉTHODES : Etude observationnelle rétrospective (janv-31 décembre 2020)

1. Identification d'un arbre médicamenteux après recherche bibliographique



2. Recueil des prescriptions

- Sujet(s) > 65 ans
- État(s) de santé complexe
- > 1 thymorégulateur(s)

Molécules appartenant à 5 catégories selon le terrain physiopathologique : Antipsychotiques, Antidépresseurs, Lithium, Carbamazépine, Clozapine

3. Détermination du terrain physiopathologique

Donnée Patient (Informatic) (DPI)

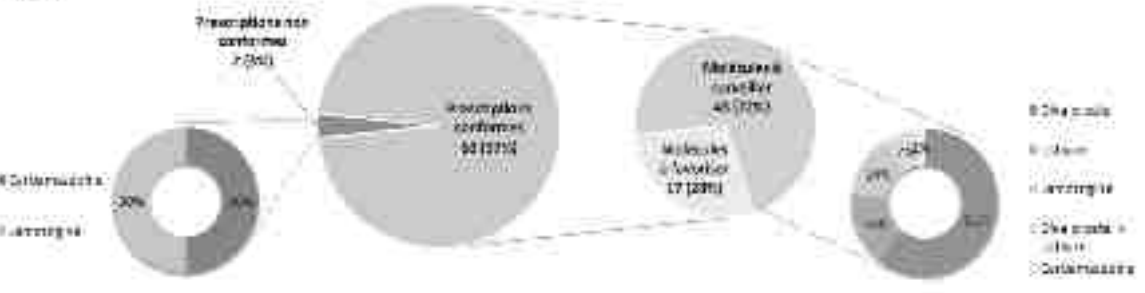
- 4-6000000 molécules
- 200000000 diagnostics

4. Détermination de la conformité des prescriptions

Conformes	Non conformes
<ul style="list-style-type: none"> • Molécules à privilégier • Molécules à éviter • Molécules à surveiller 	<ul style="list-style-type: none"> • Molécules à surveiller SAIS surveillance accrue • Molécules contre-indiquées • Terrain(s) physiopathologique(s) non définissable(s) par les données de la DPI

RÉSULTATS : Conformité des prescriptions de thymorégulateurs chez le sujet âgé dans notre établissement

n = 68



Molécules prescrites non conformes		Terrains physiopathologiques concernés par la non-conformité	
Terrain(s) physiopathologique(s) concernés (absence de données dans le DPI)	7 (100%)	Suicide	30 (18%)
		Troubles hématologiques	10 (14%)
		Insuffisance rénale	5 (12%)
		Hypertension artérielle	1 (1%)

CONCLUSION :

Majorité des prescriptions adaptée au terrain physiopathologique du sujet âgé dans notre établissement

Utilisation de Divalproexate	Lithiémie et Carbamazépine
<p>Mackennam A (sans flag) (MMA-B)</p> <p>Guidé heuristique par le pharmacien</p> <p>Totalité des prescriptions conformes</p>	<p>NON MMA-B</p> <p>Pas de suivi heuristique par le pharmacien</p> <p>Prescriptions non conformes</p>

Axes d'amélioration

1. Etat heuristique accordé à TOUT les thymorégulateurs
2. Diffusion du programme d'aide à la prescription en établissement de soins des psychotiques chez SA
3. Sensibilisation des prescripteurs sur les surveillance des thymorégulateurs selon les terrains physiopathologiques en CONCORDANCE

BIBLIOGRAPHIE

1. SANTÉ - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58 [Internet]. [cité 27 déc 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
2. Hanon C. La psychiatrie du sujet âgé : mythe ou réalité ? *Carnet PSY*. 2014;180(4):31-5.
3. Santé mentale [Internet]. [cité 28 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>
4. Santé mentale et vieillissement [Internet]. [cité 28 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
5. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
6. Jovelet G. Quelle place en Ehpad pour les personnes âgées dites « psychotiques » ? *Rhizome*. 2019;74(4):10-10.
7. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
8. Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>
9. Petit N. Analyse du fonctionnement d'une unité de géronto-psychiatrie un an après sa création [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2005.
10. Seeman MV. Men and women respond differently to antipsychotic drugs. *Neuropharmacology*. 1 févr 2020;163:107631.
11. Ancelin ML, Artero S, Beluche I, Besset A, Boulenger JP, Carrière I, et al. Le projet Esprit: une étude longitudinale en population générale des troubles psychiatriques en France chez des sujets de plus de 65 ans. *L'Encéphale*. août 2006;32(4):615-21.
12. Inserm [Internet]. [cité 23 août 2023]. Hypertension artérielle (HTA) · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/hypertension-arterielle-hta/>
13. Lefebvre N, Chéreau I, Schmitt A, Llorca PM. Comorbidités somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie traitée. *Recommandations actuelles. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mars 2006;164(2):159-64.
14. Abidi O, Vercherin P, Massoubre C, Bois C. Le risque cardiovasculaire global des patients atteints de schizophrénie hospitalisés en psychiatrie au CHU de Saint-Étienne. *L'Encéphale*. 1 juin 2019;45(3):200-6.

15. Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies. Déclaration des droits des personnes handicapées. 9 déc 1975 [cité 24 août 2023]; Disponible sur: <https://www.cfhe.org/wp-content/uploads/2021/12/droits-personnes-handicapees.pdf>
16. Grasset F, Favrod J, Giuliani F, Pernier S, Navarro Chafloque M, Besson J. Handicap mental et psychiatrie. *Rev Med Suisse*. 17 sept 2008;171(33):1976-81.
17. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 26 août 2023]. Dangerosité psychiatrique : repérer les signes d'alerte pour prévenir les actes de violence. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069484/fr/dangerosite-psychiatrique-reperer-les-signes-d-alerte-pour-prevenir-les-actes-de-violence
18. Neuroleptiques : troubles de la déglutition [Internet]. [cité 27 août 2023]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/46571/0/NewsDetails.aspx>
19. Minary A, Lambert-Kuhn E, Gourieux B, Bonnomet F, Vogel T, Lang PO. Médicaments majorant le risque de chute : étude prospective au CHRU de Strasbourg. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. août 2016;16(94):217-25.
20. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. déc 2015;15(90):323-36.
21. Pancrazi MP. Le sujet âgé et les psychotropes. *Inf Psychiatr*. 2010;86(1):91-7.
22. Rollini M, Schulz P. Antipsychotiques atypiques à l'âge avancé : à prescrire ou à proscrire ? *Rev Med Suisse*. 16 avr 2008;153(15):979-84.
23. Service de pharmacie, centre de santé mentale Angevin. Thymorégulateurs chez le sujet âgé dans un établissement public de santé mentale : Une prescription adaptée au terrain physiopathologique? [Internet]. Disponible sur: https://www.reseau-pic.info/meetings/2021_Aix/Posters/poster_07.pdf
24. Massoubre C, Gay A, Sigaud T. Psychotropes et personnes âgées. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences_2015/donnees/pdf/035.pdf
25. Haute Autorité de Santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

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

Nom : ROUILLAC Prénom : Chauvène

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 L.335-1 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 Rouillac, le 23/10/2023

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

RÉSUMÉ

Introduction : L'OMS estime que 15% des personnes âgées de 60 ans et plus sont touchées par une pathologie psychiatrique. Si l'accroissement du nombre de personnes âgées en France a entraîné une réorganisation de la distribution des soins, l'orientation des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques reste problématique. C'est dans ce contexte que les professionnels de gériatrie et de psychiatrie de l'hôpital de Pontarlier ont créé une unité de psychiatrie pour la personne âgée (UPPA) en décembre 2020, au sein même d'un service d'EHPAD conventionnel. **Notre objectif** est d'évaluer l'efficacité de cette unité grâce à l'étude descriptive des profils des patients qui y ont résidé depuis son ouverture.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude descriptive longitudinale rétrospective qui inclut des données s'étendant du 1^{er} décembre 2020 au 31 décembre 2022. Ces dernières ont été recueillies par un unique investigateur, sur le logiciel propre à l'EHPAD, le logiciel du centre hospitalier dont dépend l'EHPAD, le dossier papier résident et enfin par recueil direct auprès des soignants. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel EXCEL.

Résultats : 18 résidents ont été inclus. Leur âge moyen est de 72 ans et sont majoritairement de sexe féminin. Nous constatons des comorbidités principalement cardiovasculaires d'origine iatrogène ou liées à des conduites addictives. Le GIR et le MMS moyens sont respectivement de 2 et 14.8. Les chutes sont plus nombreuses que dans le reste de l'EHPAD, alors que les troubles de la marche et les troubles sensoriels y sont moins fréquents. Le risque de fausse route est très élevé : la pneumopathie d'inhalation (d'origine iatrogène) constitue la première cause de décès dans cette unité. De nombreuses comorbidités et pathologies aiguës découlent des traitements psychotropes, particulièrement pourvoyeurs d'effets secondaires au sein des populations vieillissantes. Nous dégageons plusieurs axes d'amélioration dans la prise en soin de ces résidents : une surveillance accrue des facteurs de risque cardiovasculaire, le développement de thérapies non médicamenteuses, des molécules et une posologie plus adaptées à l'âge, et enfin une détection précoce des effets secondaires liés aux psychotropes.

Conclusion : En prenant en charge les patients vieillissants atteints de troubles psychiatriques dans toute leur globalité et leur complexité, cette unité nous donne la possibilité de leur offrir un lieu de vie adapté. Sa création a aussi permis de fluidifier la filière psychiatrique de secteur.

Rubrique de classement : médecine générale

Mots-clés : Gériatrie, Psychiatrie, Gérontopsychiatrie, EHPAD, Unité de psychiatrie pour personnes âgées, Population vieillissante, Troubles psychiatriques, Psychotropes

Président : Professeur Kaltenbach Georges (PU-PH)

Asseseurs : Docteurs Marinescu Andreea (PH), Poirson Bastien (CCU-AH) et Schorr Benoit (PH)

Adresse de l'auteur : charlene.rouilhac@gmail.com
