

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

ANNÉE : 2023

N° : 196

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

Diplôme d'État

Mention : Gériatrie

PAR

VAN GUCHT Théo Félix

Né le 23 janvier 1996 à Strasbourg (67)

LE SYNDROME DE GLISSEMENT : QUAND TOUT BASCULE

Président de thèse : Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH

Directeur de thèse : Madame le Docteur Elise SCHMITT



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- président de l'université :
- doyen de la faculté :
- première vice doyen(ne) de la faculté :
- doyens honoraires : (1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- chargé de mission auprès du doyen :
- responsable administratif :

M. DENKEL MICHEL
M. BIBIJA JEAN
MME CHARLOUX ANNE
M. MANTZ JEAN-MARIE
M. VINCEHOON GUY
M. OERLINGER MARIE
M. LUDER BERTRAND
M. VISIETE GIBERT
M. STEEDMANN GERTFROY



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
directeur général : M. GILY MICHAËL

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL JEAN-LOUIS chaire poénétique humaine (à compter du 01.11.2003)

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

BAHRAM SEBASTAK immunologie biologique
DOLLEUX MARIE génétique clinique

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

NOM et Prénoms	Cl.	Services Hospitaliers au Institut / Localisations	Secteur(s) du Conseil National des Universités
ADAM ANTOINE	NRP0 CS	- pôle de l'appareil locomoteur - service d'hospitalisation des urgences de traumatologie / HP	32.02 chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADOU cherif	NRP0 CS	- pôle de gynécologie-obstétrique - service de gynécologie-obstétrique / HP	34.03 gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale option : gynécologie-obstétrique
ANDRES Emmanuel	NRP0 CS	- pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, diabétologie (MIRNEB) - service de médecine interne, diabète et maladies métaboliques	33.01 option : médecine interne
ANHEM Mathieu	NRP0 NCS	- pôle tête et cou-CETO - service de neurologie / Hôpital de Hautepierre	48.01 neurologie
MME ANTAI MARIE-CRISTINA	NRP0 CS	- pôle de biologie - service de pathologie / Hôpital de Hautepierre - institut d'histologie / faculté de médecine	42.02 histologie, embryologie et cytogénétique (option biologique)
MME ANTOU Delphine	NRP0	- pôle d'imagerie - service de radiothérapie / Icaea	47.02 oncologie ; radiothérapie
ARNAUD LAURIT	NRP0 NCS	- pôle MIAHEP - service de rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 rhumatologie
BACHELLER Philippe	NRP0 CS	- pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et transplantations/HP	33.02 chirurgie générale
BAHRAM SEBASTAK	NRP0 CS	- pôle de biologie - laboratoire d'immunologie biologique / nouvel hôpital civil - institut de rhumatologie et d'immunologie / Hôpital civil / faculté	47.03 immunologie (option biologique)
BAUMERT THOMAS	NRP0 CS	- pôle hépato-digestif de l'hôpital civil - institut de recherche sur les maladies virales et hépatiques/IRC	52.01 gastro-entérologie ; hépatologie option : hépatologie
MME BEAU-FALLER Michèle	NRP0 NCS	- pôle de biologie - laboratoire de biochimie et de biologie moléculaire / HP	44.03 biologie cellulaire (option biologique)
BEAUBIEN Béryl	NRP0 CS	- pôle d'imagerie - OMS / Activités transversales - unité de neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BEOMEUR FRANCOIS	NRP0 NCS	- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service de chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	34.02 chirurgie infantile
BERNA FRÉDÉRIC	NRP0 CS	- pôle de psychiatrie, santé mentale et addictologie - service de psychiatrie I / Hôpital civil	49.03 psychiatrie d'adultes ; addictologie option : psychiatrie d'adultes
BERTHOBY Gilles	NRP0 CS	- pôle de psychiatrie et de santé mentale - service de psychiatrie II / Hôpital civil	49.03 psychiatrie d'adultes
BIERRE Guillaume	NRP0 NCS	- pôle d'imagerie - service d'imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-pédiatrie/HP	43.02 radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	NRP0 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	NRP0 NCS	- pôle de gériatrie - service évaluation - gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 médecine interne ; addictologie option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN FREDERIC	NRP0 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 ; dermatologie
BOINEMANS LAURENT	NRP0 NCS	- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service de pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	34.01 pédiatrie
BOINDINET FRANCOIS	NRP0 CS	- pôle de l'appareil locomoteur - service d'orthopédie-traumatologie du membre inférieur / HP	32.02 chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURDES Tristan	NRP0 NCS	- pôle de spécialités médicales, ophtalmologie / ICAO - service d'ophtalmologie / nouvel hôpital civil	55.02 ophtalmologie

NOM et prénoms	CS*	services hospitaliers ou institut / Localisation	Sous-section du conseil national des universités
BOURDIN Patricia	NRP0 CS	- pôle tête et cou - CETO - service de neurologie - unité du sommeil / hôpital civil	48.01 neurologie
MME BRIBAUD SÉCILE	NRP0 NCS	- pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - service de chirurgie générale et digestive / HP	53.02 chirurgie générale
BRUMANT-RODIER CATHERINE	NRP0 CS	- pôle de l'appareil locomoteur - service de chirurgie plastique et maxillo-faciale / HP	50.04 option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MME CHAILLARD-DELMANN SOPHIE	NRP0 NCS	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / AMO - service de néphrologie - dialyse et transplantation / NHC	52.05 néphrologie
CASTELAIN VINCENT	NRP0 NCS	- pôle urgences - réanimations médicales / centre antipoison - service de réanimation médicale / hôpital de Hautepierre	48.02 réanimation
CHAFFE NGOL	NRP0 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	NRP0 NCS	- pôle de l'appareil locomoteur - service de chirurgie du rachis / chirurgie B / HC	50.02 chirurgie orthopédique et traumatologique
MME CHARLOUX ANNE	NRP0 NCS	- pôle de pathologie thoracique - service de physiologie et d'explorations fonctionnelles / NHC	44.02 physiologie (option biologique)
MME CHARRIOT ANNE	NRP0 NCS	- pôle tête et cou - CETO - serv. d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 oto-rhino-laryngologie
MME CHENARD-NEU MARIE-PIERRE	NRP0 CS	- pôle de biologie - service de pathologie / hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERET Philippe	NRP0 CS	- pôle de l'appareil locomoteur - service d'orthopédie-traumatologie du membre supérieur / HP	42.01 anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLAIVE Olivier	NRP0 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)
COLLONDES NICOLAS	NRP0 NCS	- pôle tête et cou - CETO - centre d'investigation clinique / NHC et HP	48.01 neurologie
CHIBEN Bernard	NRP0 CS	- pôle d'urologie, morphologie et dermatologie - service de dermatologie / hôpital civil	50.05 dermatovénérologie
DE BLAY DE DAIN Frédéric	NRP0 CS	- pôle de pathologie thoracique - service de pneumologie / nouvel hôpital civil	51.01 pneumologie
DE SEZE Jérôme	NRP0 CS	- pôle tête et cou - CETO - centre d'investigation clinique (CIC) - AX3 / hôpital de Hautepierre	48.01 neurologie
DEBRY Christian	NRP0 CS	- pôle tête et cou - CETO - serv. d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	NRP0 NCS	- pôle de gynécologie-obstétrique - service de gynécologie-obstétrique / hôpital de Hautepierre	54.03 gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale (option gynécologie-obstétrique)
Mme DELPUY-VAL THAMM HÉLÈNE	NRP0 CS	- pôle de biologie - service de génétique médicale / hôpital de Hautepierre	47.04 génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRP0 NCS	- pôle de l'appareil locomoteur - service d'orthopédie-traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 chirurgie orthopédique et traumatologique
MME ENZO-HERLE Natacha	NRP0 NCS	- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service de pédiatrie II / hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
MME FACCA Gyöbèle	NRP0 CS	- pôle de l'appareil locomoteur - service de chirurgie de la main - son main / hôpital de Hautepierre	50.02 chirurgie orthopédique et traumatologique
MME FARL-REMER Sabine	NRP0 CS	- pôle de biologie - Laboratoire institut de virologie / ICM H3A et faculté	45.01 bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière option bactériologie-virologie biologique
FAITOT François	NRP0 NCS	- pôle de pathologie digestive, hépatiques et de la transplantation - serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et transplantation / HP	53.02 chirurgie générale
FALCOZ PIETRE-EMMANUEL	NRP0 NCS	- pôle de pathologie thoracique - service de chirurgie thoracique / nouvel hôpital civil	51.03 chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORRECKER LUC-MATTHIEU	NRP0 NCS	- pôle d'onco-hématologie - service d'hématologie / ICMS	47.01 hématologie ; transfusion option : hématologie
SALLIX BENOÎT	NCS	- IHU - institut hôpitaux-universitaires - hôpital civil	43.02 radiologie et imagerie médicale
SAMBI AÛNIN	NRP0 CS	- pôle d'imagerie - service d'imagerie à interventionnelle / nouvel hôpital civil	43.02 radiologie et imagerie médicale (option clinique)
SARSON Julien	NRP0 NCS	- pôle d'imagerie - service d'imagerie à interventionnelle / nouvel hôpital civil	43.02 radiologie et imagerie médicale (option clinique)
SAUCHER DAVID	NRP0 NCS	- pôle des spécialités médicales - ophtalmologie / AMO - service d'ophtalmologie / nouvel hôpital civil	52.02 ophtalmologie
SENY Bernard	NRP0 CS	- pôle de pathologie thoracique - service de physiologie et d'explorations fonctionnelles / NHC	44.02 physiologie (option biologique)
SEORA YANNICK	NRP0 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
SIQUEL Philippe	NRP0 CS	- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service de chirurgie pédiatrique / hôpital de Hautepierre	54.02 chirurgie infantile
SICHOT Bernard	NRP0 CS	- pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, diabétologie (MAREO) - service de médecine interne et de nutrition / HP	54.04 endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MME SONCALET MARIE	NRP0 CS	- pôle de santé publique et santé au travail - service de pathologie professionnelle et médecine du travail/NHC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS*	Services hospitaliers au Institut / Localisation	sous-section du conseil national des universités
BOTTENBERG JACQUES-ERIC	NRPO CS	- pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, diabétologie (MNHES) - service de rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 rhumatologie
HANREDOUCHE THIÉRY	NRPO CS	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / OMO - service de néphrologie-dialyse et transplantation / NHC	52.03 néphrologie
HARDMANN YVES	NRPO NCS	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / OMO - service des maladies infectieuses et tropicales / NHC	43.03 option : Maladies infectieuses
MME HELME JULIE	NRPO NCS	- pôle urgences - réanimations médicales / centre antipaléon - service de réanimation médicale / nouvel hôpital civil	48.02 Médecine intensive-réanimation
HINSCH EDUARD	NRPO NCS	- pôle tête et cou - CETS - service de neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE ALESSIO	NRPO NCS	- pôle d'imagerie - service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ISAMS	43.01 biophysique et médecine nucléaire
ISHEI-HOROBETI NG'IBI-EVE	NRPO CS	- pôle de médecine physique et de réadaptation - institut universitaire de réadaptation / Démenceau	43.05 Médecine physique et réadaptation
JAILHAC BENOIT	NRPO CS	- pôle de biologie - institut (laboratoire) de bactériologie / IMH HUB et Faculté	45.01 option : bactériologie-virologie (biologique)
MME JEANDIERER NATHALIE	NRPO CS	- pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, diabétologie (MNHES) - service d'endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MME JESSEL-MOREL LAURENCE	NRPO NCS	- pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - service de cardiologie / nouvel hôpital civil	51.02 cardiologie
KALTENBACH GEORGES	NRPO CS	- pôle de gériatrie - service de médecine interne - gériatrie / hôpital de la Robertsau - secteur évaluation - gériatrie / hôpital de la Robertsau	53.01 option : gériatrie et biologie du vieillissement
MME KESSELER LAURENCE	NRPO NCS	- pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, diabétologie (MNHES) - service d'endocrinologie, diabète, nutrition et addictologie / Méd. a / HC	54.04 endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER ROMAIN	NRPO NCS	- pôle de pathologie thoracique - service de pneumologie / nouvel hôpital civil	51.01 pneumologie
KINDO MICHEL	NRPO NCS	- pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - service de chirurgie cardio-vasculaire / nouvel hôpital civil	51.03 chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MME KORDANOW ANNE-SOPHIE	NRPO CS	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / OMO - service de médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 immunologie (option clinique)
KRIBNER STEPHANE	NRPO CS	- pôle d'imagerie - service imagerie II - neuroradio ostéoarticulaire - pédiatrie / HP	43.02 radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHLI PIERRE	NRPO CS	- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service de néonatalogie et réanimation néonatale (pédiatrie a)/HP	54.01 pédiatrie
KURTZ JEAN-EMMANUEL	NRPO NCS	- pôle d'onco-hématologie - service d'hématologie / ICAMS	47.02 option : cancérologie (clinique)
MME LALAMME LAURENCE	NRPO CS	- pôle de psychiatrie, santé mentale et addictologie - service d'addictologie / hôpital civil	49.03 psychiatrie d'adultes ; Addictologie (option : addictologie)
LANG RENÉ	NRPO NCS	- pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - service de chirurgie urologique / nouvel hôpital civil	52.04 Urologie
LAUREL VINCENT	NRPO CS	- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service de pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 pédiatrie
MME LEJAY ANNE	NRPO 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	NRPO NCS	- pôle d'imagerie - institut d'anatomie normale / faculté de médecine - service de neuroradiologie, d'imagerie ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LEIBINGER JEAN-MICHEL	NRPO CS	- pôle de biologie - laboratoire de biochimie générale et spécialisée / Uass / NHC - laboratoire de biochimie et de biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 sciences biologiques de pharmacie
LIPKES DAN	NRPO NCS	- pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - service de dermatologie / Hôpital civil	50.03 dermato-vénérologie
LIVERNEAUX PHILIPPE	NRPO NCS	- pôle de l'appareil locomoteur - service de chirurgie de la main - dos main / Hôpital de Hautepierre	50.02 chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL	NRPO NCS	- pôle d'onco-hématologie - service d'oncologie médicale / ICAMS	47.02 cancérologie ; radiothérapie ; option : cancérologie
MAKÉ MAMMEL	NRPO NCS	- pôle de biologie - département génomique fonctionnelle et cancer / ISAMS	54.05 biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN THIÉRY	NRPO NCS	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / OMO - service de médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 immunologie (option clinique)
MME MAUCAUX CÉCILE	NRPO NCS	- pôle de pathologie thoracique - service de pneumologie / nouvel hôpital civil	51.01 pneumologie ; addictologie
MME MATHELIUS CAROL	NRPO CS	- pôle de gynécologie-obstétrique - unité de sénologie / ICAMS	54.01 gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MAUVIEUX LAURENT	NRPO CS	- pôle d'onco-hématologie - laboratoire d'hématologie biologique - Hôpital de Hautepierre - institut d'hématologie / Faculté de médecine	47.01 hématologie ; transfusion ; option hématologie biologique

NOM et prénoms	CS*	services hospitaliers ou institut / Localisation	spes-section du conseil national des universités
MAZUCOTELLI JEAN-Philippe	NRPO 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	NRPO NCS	- pôle de biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/IRM HUS	43.02 parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES PAUL-Michel	NRPO CS	- pôle d'anesthésiologie / réanimations chirurgicales / SAMU-ORLUS - service d'anesthésiologie-réanimation chirurgicale / HHC	48.01 option : Anesthésiologie-réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPO NCS	- institut de physiologie / faculté de médecine - pôle de pathologie thoracique - service de physiologie et d'explorations fonctionnelles / HHC	44.02 physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPO NCS	- pôle de santé publique et santé au travail - Laboratoire de épiostatistiques / hôpital civil - épiostatistiques et informatique / faculté de médecine / hôpital civil	46.04 épiostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (option biologiques)
MICHAU FÉLIX	NRPO CS	- pôle urgences - réanimations médicales / centre antigonisme - service de réanimation médicale / nouvel hôpital civil	48.02 réanimation
MONABIEU LAURENT	NRPO CS	- pôle de pharmacie-pharmacologie - Labo. de neurobiologie et pharmacologie cardio-vasculaires- EA7294/ FAC	48.03 option : pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPO NCS	- pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - service de cardiologie / nouvel hôpital civil	51.02 cardiologie
MOURIN BRUNO	NRPO CS	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / OMO - service de néphrologie-dialyse et transplantation / HHC	52.03 néphrologie
MUTTER DIDIER	NRPO NCS	- pôle hépato-digestif de l'hôpital civil - service de chirurgie viscérale et digestive / HHC	52.02 chirurgie digestive
NAMEN Cécile Jacques	NRPO CS	- pôle d'imagerie - service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPO NCS	- pôle d'imagerie - service de radiothérapie / ICANS	47.02 cancérologie ; radiothérapie (option radiothérapie biologique)
NOLL Eric	NRPO NCS	- pôle d'anesthésie réanimation chirurgicale SAMU-ORLUS - service anesthésiologie et de réanimation chirurgicale - HP	48.01 anesthésiologie-réanimation
OHANA Mickael	NRPO NCS	- pôle d'imagerie - service d'imagerie a - imagerie viscérale et cardio-vasculaire / HHC	43.02 radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN PATRICK	NRPO CS	- pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - service de cardiologie / nouvel hôpital civil	51.02 cardiologie
MIRE OLLAND ANNE	NRPO NCS	- pôle de pathologie thoracique - service de chirurgie thoracique / nouvel hôpital civil	51.03 chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MIRE PAILLARD Catherine	NRPO CS	- pôle médico-chirurgicale de pédiatrie - service de pédiatrie vi / hôpital de Hautepierre	54.01 pédiatrie
PELACCIA THIÉRY	NRPO NCS	- pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-ORLUS - centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / faculté	48.06 réanimation ; médecine d'urgence (option : médecine d'urgences)
MIRE PERRETTA SIVANA	NRPO NCS	- pôle hépato-digestif de l'hôpital civil - service de chirurgie viscérale et digestive / nouvel hôpital civil	52.02 chirurgie digestive
PESSAUX PATRICK	NRPO CS	- pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - service de chirurgie viscérale et digestive / nouvel hôpital civil	52.02 chirurgie digestive
PETIT THIÉRY	CCP	- ICANS - département de médecine oncologique	47.02 cancérologie ; radiothérapie (option : cancérologie clinique)
PIVOT XAVIER	NRPO NCS	- ICANS - département de médecine oncologique	47.02 cancérologie ; radiothérapie (option : cancérologie clinique)
POTTESCHER Julien	NRPO CS	- pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-ORLUS - service d'anesthésie et de réanimation chirurgicale / Hautepierre	48.01 anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (option clinique)
PRADONAD ABIN	NRPO NCS	- pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, diabétologie (MARNES) - service de médecine interne et nutrition / hôpital de Hautepierre	44.04 nutrition
PROUST FABIENNE	NRPO CS	- pôle tête et cou - service de neurochirurgie / hôpital de Hautepierre	49.02 neurochirurgie
DR RAUL MAN-SÉBASTIEN	NRPO CS	- pôle de biologie - service de médecine légale, consultation d'urgences médico-judiciaires et laboratoire de toxicologie / faculté et HHC - institut de médecine légale / faculté de médecine	46.01 médecine légale et droit de la santé
REMLIND JEAN-MARIE	NRPO NCS	- pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - service d'hépatogastro-entérologie et d'assistance nutritive / HP	52.01 option : gastro-entérologie
DR RICO ROMEO	NRPO NCS	- pôle de biologie - département biologie du développement et cellules souches / ISMHC	44.01 biochimie et biologie moléculaire
ROHR BERGÉ	NRPO CS	- pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - service de chirurgie générale et digestive / HP	53.02 chirurgie générale
ROMAIN BENOÎT	NRPO NCS	- pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - service de chirurgie générale et digestive / HP	53.02 chirurgie générale
MIRE ROSSIGNOL-BERNARD SYLVIE	NRPO NCS	- pôle médico-chirurgicale de pédiatrie - service de pédiatrie vi / hôpital de Hautepierre	54.01 pédiatrie
MIRE BOY Catherine	NRPO CS	- pôle d'imagerie - service d'imagerie a - imagerie viscérale et cardio-vasculaire / HHC	43.02 radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SARAVANES NICOLA	NRPO NCS	- pôle de gynécologie-obstétrique - service de gynécologie-obstétrique / HP	54.01 gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale (option : gynécologie-obstétrique)

NOM et prénoms	CS*	services hospitaliers ou institut / Localisation	sous-section du conseil national des universités
BAUER ARTHUR	NRP0 NCS	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / OMS - service d'ophtalmologie / nouvel hôpital civil	55.02 ophtalmologie
BAULEAU ETR-ANDRÉ	NRP0 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)
BAUSCHE CHRISTIAN	SP0 CS	- pôle d'urologie, morphologie et dermatologie - service de chirurgie urologique / nouvel hôpital civil	52.04 urologie
MME SCHMID CLAUDE	NRP0 CS	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / OMS - service d'ophtalmologie / nouvel hôpital civil	55.02 ophtalmologie
MME SCHLUTH-BOLLARD CAROLINE	NRP0 NCS	- pôle de biologie - laboratoire de diagnostic génétique / nouvel hôpital civil	47.04 génétique (option biologique)
SCHNEIDER FRANÇOIS	NRP0 CS	- pôle urgences - réanimations médicales / centre antipoison - service de réanimation médicale / hôpital de Haute-pierre	48.02 réanimation
MME SCHRÖDER CARMEN	NRP0 CS	- pôle de psychiatrie et de santé mentale - service de psychothérapie pour enfants et Adolescents / HC	49.04 pétopsychoiatrie, Addictologie
SCHULTZ philippe	NRP0 NCS	- pôle tête et cou - CETO - service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 oto-rhino-laryngologie
BERFATY LAWRENCE	NRP0 CS	- pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - service d'hépatoblasto-entérologie et d'assistance nutritionnelle	52.01 gastro-entérologie ; hépatologie ; Addictologie option : hépatologie
BELLA JEAN	NRP0 NCS	- pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, diabétologie (M&M&D) - service de rhumatologie / hôpital de Haute-pierre	52.03 rhumatologie
STEPHAN DOMINIQUE	NRP0 CS	- pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/HC	53.04 option : médecine vasculaire
MME TRAUCHANT CHRISTINE	NRP0 CS	- pôle tête et cou - CETO - service de neurologie / hôpital de Haute-pierre	49.01 neurologie
VEILLON FRANÇOIS	NRP0 CS	- pôle d'imagerie - service d'imagerie L - imagerie viscérale, OVI et mammaire / HP	43.02 radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN MICHEL	NRP0 NCS	- pôle de santé publique et santé au travail - département de santé publique / secteur 3 - épidémiologie et économie de la santé / hôpital civil - Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique / HC / faculté	46.01 épidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER DENIS	NRP0 NCS	- pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, diabétologie (M&M&D) - service de médecine interne, diabète et maladies métaboliques/HC	52.01 option : gastro-entérologie
VIGAILLET PIÉRE	NRP0 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	NRP0 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)
VOEL THOMAS	NRP0 CS	- pôle de gériatrie - service de soins de suite et réadaptation gériatrique/hôpital de la robertsau	55.01 option : gériatrie et biologie du vieillissement
WESSE Jean-Christophe Pierre	NRP0 CS	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / OMS - service de médecine interne / nouvel hôpital civil	53.01 option : médecine interne
WOLF philippe	NRP0 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 WOLF Valérie	NRP0 CS	- pôle tête et cou - unité neurovasculaire / hôpital de Haute-pierre	49.01 neurologie

HC : hôpital civil - HP : hôpital de Haute-pierre - NHC : nouvel hôpital civil - NTE : Plateau technique de microbiologie
 * : CS (chef de service) ou NCS (non chef de service hospitalier) - Capi : chef de service par intérim - Cap : chef de service provisoire (un an)
 cu : chef d'unité fonctionnelle
 p0 : pôle ap0 (responsable de pôle) ou NRP0 (non responsable de pôle)
 cons. : consultant 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	NRP0 CS	- pôle spécialités médicales - ophtalmologie / OMS - service de soins palliatifs / NHC	46.05 médecine palliative
HABENSETTER FRANÇOIS	CS	- pôle hépato-digestif - service de gastro-entérologie - NHC	52.02 gastro-entérologie
SALVAT ERIC	CS	- pôle tête-cou - centre d'évaluation et de traitement de la couleure / HP	49.04 thérapeutique, médecine de la douleur, Addictologie

D1 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	services hospitaliers ou institut / Localisation	sous-section du conseil national des universités
ADRI AMBAUD		- pôle d'imagerie - service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01. biophysique et médecine nucléaire
MME AYMÉ-DIETRICH ESTÈRE		- pôle de pharmacologie - unité de pharmacologie clinique / faculté de médecine	48.03. pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique ; addictologie option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE HIRI		- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / IMQ - service de néphrologie-transplantation / NHC	53.03. néphrologie
MME BIANCOLANA VALÈRE		- 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)
BOURDES OLIVIER		- pôle de biologie - laboratoire de biochimie et de biologie moléculaire / HP	44.01. biochimie et biologie moléculaire
BOYER PIETRE		- pôle de biologie - institut de bactériologie / faculté de médecine	45.01. bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière option bactériologie-virologie biologique
MME BOUT VALÈRE		- 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 BUNG CAROLINE		- pôle d'imagerie - service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01. biophysique et médecine nucléaire
CAMARITO RAPHAËL		- pôle de biologie - laboratoire d'immunologie biologique / nouvel hôpital civil	47.03. immunologie
CAZZATO ROBERTO		- pôle d'imagerie - service d'imagerie à interventionnelle / NHC	43.02. radiologie et imagerie médicale (option clinique)
MME CESULA HÉLÈNE		- pôle tête-cou - service de neurochirurgie / HP	49.02. neurochirurgie
CERAIQUE JOCELYN		- pôle de biologie - département de biologie structurale intégrative / ISAMC	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 - UFR 237 - imagerie préclinique / HP	43.01. biophysique et médecine nucléaire
CLERS-JEHU RAPHAËL		- pôle urgences - réanimations médicales / centre antipoison - service de réanimation médicale / hôpital de Haute-pierre	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-YOUSSEF AHMED WASSIM		- pôle de biologie - laboratoire de biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01. biochimie et biologie moléculaire
DARION FRANCIS		- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / SMO - service des maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03. option : maladies infectieuses
DELORME JESU-BAPTISTE		- pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - service de chirurgie générale et digestive / HP	53.02. chirurgie générale
DEVIS DIDIER		- pôle de biologie - laboratoire de diagnostic génétique / nouvel hôpital civil	47.04. génétique (option biologique)
MME DIVERLACHER VÉRA		- pôle tête et cou - cervo - service de neurologie / hôpital de Haute-pierre	49.03. neurologie
DOULÉ PAUL		- pôle de biologie - laboratoire de biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01. biochimie et biologie moléculaire
MME ENACHE ITRIA		- pôle de pathologie thoracique - service de physiologie et d'explorations fonctionnelles / SMO	44.02. physiologie
MME FABRUGIS-JAGAMON AUDREY		- 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 VERAUD		- pôle tête et cou - cervo - centre d'investigation clinique (CIC) - AXS / hôpital de Haute-pierre	48.04. thérapeutique, médecine de la douleur, addictologie
FLIBERTI DENIS	CS	- pôle de biologie - Lab. de parasitologie et de mycologie médicale / PTM HUS et faculté	45.02. parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER JACK		- institut de physiologie / faculté de médecine - pôle de psychiatrie et de santé mentale - service de psychiatrie / (hôpital civil)	44.02. physiologie (option clinique)
GAMTHNER PIETRE		- pôle de biologie - laboratoire institut de virologie / PTM HUS et faculté	45.01. bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière option bactériologie-virologie biologique
GIAMINI MARGHERITA		- pôle de pathologie thoracique - service de physiologie et d'explorations fonctionnelles / NHC	44.02. physiologie (option biologique)
GIES VINCENT		- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / SMO - service de médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03. immunologie (option clinique)
GRILLON ARTAËNE		- pôle de biologie - institut (laboratoire) de bactériologie / PTM HUS et faculté	45.01. option : bactériologie-virologie (biologique)

NOM et prénoms	CS*	services hospitaliers ou institut / Localisation	sous-section du conseil national des universités
OJEBIN ERIC		- pôle de biologie - Laboratoire de biochimie et de biologie moléculaire / HP	44.03 biologie cellulaire (option biologique)
SUFFROY Aurélien		- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie / OMO - service de médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 immunologie (option clinique)
MME HARBAN-BASTE LAURA		- pôle d'imagerie - service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 biophysique et médecine nucléaire
HUBBLE FABIENNE		- 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
KATHIER Philippe		- pôle de biologie - département sénologique fonctionnelle et cancer / ISBMC	47.04 génétique (option biologique)
MME KEMMEL Veronique		- pôle de biologie - Laboratoire de biochimie et de biologie moléculaire / HP	44.01 biochimie et biologie moléculaire
KOCH OULGAINE		- institut d'anatomie normale / faculté de médecine	42.01 Anatomie (option clinique)
MME KAHN-ANANI Agata		- pôle de médecine physique et de réadaptation - institut universitaire de réadaptation / UIMENCEAU	49.05 Médecine physique et réadaptation
MME LAMOUR Valérie		- pôle de biologie - Laboratoire de biochimie et de biologie moléculaire / HP	44.01 biochimie et biologie moléculaire
MME LAINES Béatrice		- institut d'histologie / faculté de médecine - pôle de biologie - service de pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 histologie, embryologie et cytogénétique (option biologique)
LAVAIL THOMAS		- pôle de biologie - Laboratoire de biochimie et de biologie moléculaire / HP	44.03 biologie cellulaire
LECHINTE Lise		- pôle de gynécologie-obstétrique - service de gynécologie-obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale (option : gynécologie-obstétrique)
LEHORMAND Cédric		- pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - service de dermatologie / Hôpital civil	50.03 dermato-vénérologie
LHERMITTE BENOIT		- pôle de biologie - service de pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		- pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - service de chirurgie maxillo-faciale et maxillo-faciale / Hôpital civil	53.03 chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIQUET Laurent		- pôle de biologie - Laboratoire d'hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 biologie cellulaire (type mixte : biologique)
MME MOUTOU Céline		- pôle de biologie	54.05 biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
ÉL. QUANTNER	CS	- Laboratoire de diagnostic préimplantatoire / CMO SCHÖNHEIM	
MULLER JESI		- pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital civil	47.04 génétique (option biologique)
MME NICOLAE Alina		- pôle de biologie - service de pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option clinique)
MME NOURRY Nathalie		- 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)
PENCREACH ETWON		- pôle de biologie - Laboratoire de biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 biochimie et biologie moléculaire
WFAFF Alexander		- pôle de biologie - Laboratoire de parasitologie et de mycologie médicale / PTM HUS	45.02 parasitologie et mycologie
MME PTON AMÉLIE		- pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / NHC	47.04 génétique (option biologique)
POP RION		- pôle d'imagerie - unité de neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 radiologie et imagerie médicale (option clinique)
MME PORTER Louise		- pôle de biologie - service de génétique médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 génétique (type clinique)
PREVOST AÏLES		- pôle de biologie - institut (laboratoire) de bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 option : bactériologie-virologie (biologique)
MME RADOGLAVJEVIC Mirjana		- pôle de biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital civil	47.03 immunologie (option biologique)
MME REK Nathalie		- pôle de biologie - Laboratoire de biochimie et biologie moléculaire / NHC - service de chirurgie / ICANS	43.01 biophysique et médecine nucléaire
MME RIQU MARIANNE		- pôle de pathologie thoracique - service de physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 physiologie (option clinique)
BOQUE PATRICK (CF, AZ)		- pôle de biologie - Laboratoire de biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
MME ROLLAND Delphine		- pôle de biologie - Laboratoire d'hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 hématologie ; transfusion (type mixte : hématologie)
MME RUMPEY Elisabeth		- pôle tête et cou - service de neurologie - unité de pathologie du sommeil / HC	49.01 neurologie
MME SABOU Alina		- 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 SCHNEIDER Sophie		- pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital civil	47.04 génétique

NOM et Prénom	CS*	services hospitaliers ou institut / localisation	sous-section du conseil national des universités
BOISSAN FREDERIC		- pôle de biologie - institut (laboratoire) de bactériologie / ICM Hus et faculté	43.01 option - bactériologie-virologie (biologique)
MME SOUS-MORGATE		- pôle de biologie - Laboratoire de virologie / Hôpital de Hautepierre	43.01 bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière option - bactériologie-virologie
MME BODET CHRISTELLE		- pôle de médecine interne, rhumatologie, nutrition, endocrinologie, diabétologie (MEXICO) - service de rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	30.01 rhumatologie
MME TALAGRAND-REBOUL EMILIE		- pôle de biologie - institut (laboratoire) de bactériologie / ICM Hus et faculté	43.01 option - bactériologie-virologie (biologique)
TALHA SAMY		- pôle de pathologie thoracique - service de physiologie et explorations fonctionnelles / IHC	44.01 physiologie (option clinique)
MME TALON Isabelle		- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service de chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	34.01 chirurgie infantile
TELETRI MERIUE		- pôle de biologie - service de biologie de la reproduction / ICMO achiligneim	34.03 biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		- pôle de biologie - Laboratoire d'immunologie biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 hématologie ; transfusion option hématologie biologique
MME VELAY-RUSCH ANRÉLIE		- pôle de biologie - Laboratoire de virologie / Hôpital civil	43.01 bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière option bactériologie-virologie (biologique)
MME VILLARD Odile		- pôle de biologie - Labo. de parasitologie et de mycologie médicale / ICM Hus et fac	45.01 parasitologie et mycologie (option biologique)
MME ZALOCZYC Ariane Ép. MARCANTONI		- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service de pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	34.01 pédiatrie
COLL Jeffrey		- pôle de pathologie thoracique - service de physiologie et d'explorations fonctionnelles / HC	44.01 physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BONNA Christian POISS	Laboratoire d'épistémologie des sciences de la vie et de la santé (LSEVS) Institut d'anatomie pathologique	72. épistémologie - histoire des sciences et des techniques
--------------------------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

MME CHARRAN Elena	ICMUS-UMR 7337 - équipe ICM / faculté de médecine	69. Neurosciences
M. DULENBERG Jean-Philippe	ICMUS-UMR 7337 - équipe ICM / faculté de médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL ILM	Laboratoire d'épistémologie des sciences de la vie et de la santé (LSEVS) Institut d'anatomie pathologique	72. épistémologie - histoire des sciences et des techniques
Mr LANDRE LIZHEL	ICMUS-UMR 7337 - équipe ICM / faculté de médecine	69. Neurosciences
MME MIRALLES Célia	Laboratoire d'épistémologie des sciences de la vie et de la santé (LSEVS) Institut d'anatomie pathologique	72. épistémologie - histoire des sciences et des techniques
MME SCARFONE Marianna	Laboratoire d'épistémologie des sciences de la vie et de la santé (LSEVS) Institut d'anatomie pathologique	72. épistémologie - histoire des sciences et des techniques
MME THOMAS MATHON	Laboratoire d'épistémologie des sciences de la vie et de la santé (LSEVS) Institut d'anatomie pathologique	72. épistémologie - histoire des sciences et des techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'épistémologie des sciences de la vie et de la santé (LSEVS) Institut d'anatomie pathologique	72. épistémologie - histoire des sciences et des techniques
Mr ZIMMER Alexs	Laboratoire d'épistémologie des sciences de la vie et de la santé (LSEVS) Institut d'anatomie pathologique	72. épistémologie - histoire des sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Pr A.S. BUKHAS Claire
 Pr A.S. OUBI Jean-Luc
 Pr A.S. GROS-BERTHOU Anne
 Pr A.S. GUILLOU Philippe
 Pr A.S. HILD Philippe
 Pr A.S. ROUDERIE Fabien

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

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

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

Dre DELACOUR Chloé
 Dr DIACONOU Antoine
 Dr HOULARD David
 Dre SAMBLME Anne-Elisabeth
 Dr BOHNITT Valérie

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr AUSTRIC Dominique	- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service de réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARON Martin	- pôle oncologie médico-chirurgicale et d'hématologie - service d'oncologie médicale / ICMS
Mme Dr BOULIEUX Bénédicte	- pôle de pharmacie-pharmacologie - service de pharmacie-stérilisation / nouvel hôpital civil
Dr KARCHER Katrick	- pôle de gériatrie - service de soins de suite de longue durée et d'hébergement gériatrique / EHAD / robertsau
Dr LEBEVRE Nicolas	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie - hygiène (pwa) - service des Maladies Infectieuses et Tropicales / nouvel hôpital civil
Dr NISANO Sabine	- pôle de santé publique et santé au travail - service de santé publique - cm / hôpital civil
Mme Dr PETIT Flore	- pôle de spécialités médicales - ophtalmologie - hygiène (pwa) - UDA
Dr PIRELLO Olivier	- pôle de gynécologie et d'obstétrique - service de gynécologie-obstétrique / CMCS
Dr REY David	- pôle spécialités médicales - ophtalmologie / UDA - "Le trait d'union" - centre de soins de l'infection par le VIH / nouvel hôpital civil
Mme Dr BONNE AUSTEAU Cécile	- pôle Urologie - service de chirurgie septique / hôpital de Hautepierre
Mme Dr ROUVIERES Catherine	- pôle de gynécologie et d'obstétrique - centre clinico-biologique d'AMP / CMCS
Dr TOCHOMAKOV Dimitar	- pôle médico-chirurgical de pédiatrie - service des urgences Médico-chirurgicales pédiatriques / hôpital de Hautepierre
Mme Dr WEBB Anne	- pôle urgences - SAMU-ET - médecine intensive et réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membre de l'Institut)
 CHAMBRON Pierre (biochimie et biologie moléculaire)
 MANOEL JEAN-LOUIS (génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o pour trois ans (1er septembre 2020 ou 01 août 2023)
 BELLOCQ Jean-Pierre (service de pathologie)
 CHASTMANN Carole (Maladies infectieuses et tropicales)
 DANION Jean-Marie (psychiatrie)
 DEUCKER Daniel (physique biologique)
 KEMPF Jean-François (chirurgie orthopédique et de la main)
 KOPPELSONMITT Jacques (urgences médico-chirurgicales Adultes)
 MULLER ANDRÉ (centre d'évaluation et de traitement de la douleur)
 SOUL BÉRALD (statistique)
- o pour trois ans (1er septembre 2021 ou 01 août 2024)
 DANION Anne (pédiopneumatologie, adréologie)
 DEMUSSION Pierre (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)
 HERBERICHT Nassim (hématologie)
 JETTE Jean-Paul (chirurgie du rachis)
- o pour trois ans (1er septembre 2022 ou 01 août 2025)
 MME QUEN Elisabeth (pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. BOUFRUC DRU-35 BICAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique (2019-2020)
 Pr KINTZ Pascal (2019-2020)
 Pr LAND WALTER S. (2019-2020)
 Pr MARE Antoine (2019-2020)
 Pr MARTELLI Antoine (2019-2020)
 Pr REIS Jacques (2019-2020)
 Pré DONOFRÈS Catherine (2019-2020)

GI - PROFESSEURS HONORAIRES

ATLIFY Michel (Chirurgie générale) / 01.08.88	KUNTZMAN Francis (Dentiste) / 01.08.27
BADIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.08.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.08.58
BALCALF Jean Jacques (Dermatologie clinique) / 01.08.21	LANC Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.08.88
BARTOS Pierre (Cardiologie) / 01.08.12	LANGE Ulrich (Gynécologie) / 01.11.16
BATZDORF-LAGES André (Médecine Pathologique) / 01.10.09	LEPY Jean-Wen (Phlébologie) / 01.10.88
BALMAYR René (Ophtalmologie-généraliste) / 01.08.18	LENGERTE Jean (Physiologie) / 01.08.30
BOSTERT Jean-Pierre (Cardiologie) / 01.01.28	LIETZ Pierre (Médecine) / 01.08.18
BOSTEL Marc (Généraliste) / 01.08.18	MALLET Claude (Anatomie normale) / 01.08.23
BOUTE Michel (Médecine hospitalière) / 01.08.04	MAYER Michel (Biochimie et Biol. moléculaire) / 01.08.33
BUDGE Jean-Frédéric (Médecine interne) / 05.10.17	MAYER Jean-Claude (Cardiologie) / 01.08.18
BUCH Marie (Biologie) / 01.08.85	MAYON Patrick (Médecine légale) / 01.11.14
BURKH-BURGER Helge (Biologie) / 01.08.20	MAYZARD Christian (Neurologie) / 01.08.19
BURKAT Pierre (Biologie) / 01.08.32	MEDONCO Jacques (Chirurgie générale) / 01.08.18
BUSQUET Pierre (Neurologie) / 01.08.18	MERL Jean-Jacques (Biochimie et Biologie moléculaire) / 01.08.88
BUTCHER-COUD Claude (Cardiologie) / 01.07.88	METZ Jean (Phlébologie) / 01.08.07
BUTTEL Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.08.18	Meyer Christian (Chirurgie générale) / 01.08.13
BURDARD Guy (Neurologie) / 01.08.88	METZ Pierre (Biochimique, Biochimique moléculaire) / 01.08.18
BURSTEN Claude (Phlébologie) / 01.08.18	MERTZ Henri (Cardiologie) / 01.08.11
CAVIGNAC Alain (Médecine et Santé publique) / 01.08.13	MESARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.08.08
CATWALT Jean-Pierre (Hématologie) / 01.08.18	MESSE Gérard (Dermatologie-Clinique) / 01.08.18
CHAMRY Marine (Stomatologie) / 01.08.05	MESTRE Pierre (Biologie cellulaire) / 01.08.11
CHINON Michel (Cardiologie) / 01.08.18	MICHEL Jean-Louis (Neurologie générale) / 01.08.18
CHILLY Isabelle (Diagnostic génétique) / 01.08.28	MICHEL Michel (Psychiatrie) / 01.08.27
CHIFFOLEAU Jacques (Chirurgie générale) / 01.08.12	Mina PAUL-Gabriel (Neurologie) / 01.08.11
CHAVAT Jean-Michel (Chirurgie générale) / 01.08.18	MINGET Michel (Oncologie) / 01.08.18
CHLARD Maurice (Neurologie) / 01.08.08	MONTAUDO Thierry (Biochimie-Neurochimie) / 01.08.18
CONCANTINISCO André (Biochimie et médecine nucléaire) / 01.08.11	MOREL Philippe (Chirurgie générale) / 01.08.08
DETMANN Jean-Louis (Biologie) / 01.08.17	MOTTE Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.08.01
DETTLE Michel (Gastro-entérologie) / 01.08.17	MUTZEL Yves (Biol. développement) / 01.08.10
DELOS Bernard (Hépatologie-gastro-entérologie) / 01.08.18	SAMMEL Guy (Physiologie) / 01.08.14
DEPLAT Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.08.18	SALDUC Philippe (Biochimie moléculaire) / 01.08.28
DEUTROZ Jean-Pierre (Anatomologie-Hist. Cyt.) / 01.08.13	SALVAGE Paul (Chirurgie générale) / 01.08.04
DEUMANN Bernard (Chirurgie générale-vascularie) / 01.08.18	SCHAEFER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.08.01
DASSE Michèle (Cytologie et Histologie) / 01.08.01	SCHAEFER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FEDERACH Michel (Médecine) / 01.08.08	SCHWAB Stefan (Biochimie) / 01.08.17
FAMENY Jacques (Ophtalmologie) / 01.08.08	SEK Henri (Anatomie normale) / 01.08.18
FAY Gérard (Hépatologie-gastro-entérologie) / 01.08.13	SEYD Anne (Anatomologie) / 01.08.18
FAY Jean-Pierre (Virologie) / 01.08.14	SEYD Jean-Luc (Biol.) / 01.08.18
FASSJAMBY Michel (Mécanisme cellulaire) / 01.08.18	SEYD Claude (Médecine) / 01.08.28
FELDMANN Georges (Gynécologie-Obstétrique) / 01.08.08	SEYD Hélène (Physiologie) / 01.08.18
FELI Simon (Dermatologie) / 01.08.04	SEYD Daniel (Médecine interne) / 01.08.13
FELIX Henri (Médecine interne) / 01.08.08	SEYD Jean-Claude (Biochimie moléculaire) / 01.08.08
FELIX Jean (Cardiologie) / 01.08.17	SEYD Jean (Cardiologie) / 01.08.13
FELIX Daniel (Chirurgie générale) / 01.08.11	SOUTHARD Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.08.18
FELIX Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.08.04	VETTER Jean-Marie (Médecine préventive) / 01.08.11
FELIX Jean-Luc (Anatomie) / 01.08.14	WALTER Paul (Généraliste Pathologiste) / 01.08.18
FELIX Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.08.08	WILHA Jean-Marie (Chirurgie Maxillo-faciale) / 01.08.13
FELIX Michel (01.08.08)	WILK André (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.08.18
FELTZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.08.18	WILLARD Daniel (Phlébologie) / 01.08.08
FELDES Jean (Neurologie) / 01.08.17	WILFRAM-GAZEL Renée (Anatomie) / 01.08.08
FELTZ Jean-Louis (Stomatologie) / 01.08.08	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - A, rue Brochard - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.18.20 - Fax : 03.88.85.18.18 ou 03.88.85.14.37

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUIS) :

- HIC : Hôpital Adolphe Cuvier 1, place de l'Hôpital - BP 428 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.07.08
- HC : Hôpital Cuvier 1, place de l'Hôpital - B.S. 428 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.07.08
- HD : Hôpital de Hautepierre : Avenue Hoëlle - B.S. 40 - F - 67080 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.30.00
- Hôpital de Laubertzeau : St. rue Himmerlin - F - 67110 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.54.11
- Hôpital de l'Éclair : St. rue Thénaz - 67100 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.07.08

ICMS : Institut de Cardiologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67100 Strasbourg - Tél. : 03.88.78.67.67

OMC : Centre de Médecine Orthopédique et Sportive : 18, rue Louis Pasteur - BP 100 - Schiltigheim - F - 67100 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.81.81.00

CCOM : Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Beaumont - B.S. 30 - F - 67083 Bischwiller Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.51.20.00

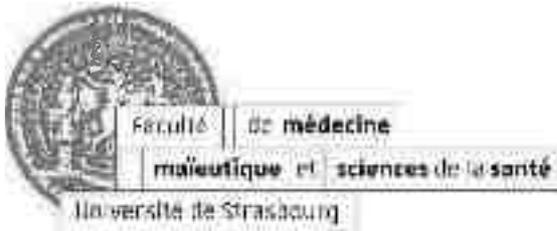
E.F.S. : Département Français du Sang - Alaise 110, rue Spielmann - BP 6728 - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.25.29

IBSC : Institut Universitaire de Recherche Clinique - CHU de Strasbourg et USTCUM (Unité pour le Soins des Traumatismes des Colonne d'Assistance Médicale) - 40 Boulevard Clemenceau - 67080 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 À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER



SERMENT D'HIPPOCRATE

(Version historique)

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.

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

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

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon Maître et Président de thèse, Monsieur le Professeur Georges Kaltenbach, je vous remercie d'avoir accepté de présider ma thèse, c'est pour moi un honneur et une joie de vous avoir comme jury. Vous m'avez enseigné la gériatrie en cours ainsi qu'au lit du malade et je vous en suis sincèrement reconnaissant.

A Madame le Docteur Elise Schmitt, qui depuis mes débuts en gériatrie a su m'encadrer, m'enseigner, me conforter dans mes choix et aujourd'hui me fait l'honneur de diriger ma thèse. Je me souviens de mon stage de FFI avec Melissa, de ma première garde, des « goutoches », des paris amicaux comme si c'était hier. Tu as été là à chaque étape, patiente, bienveillante, attentive et pour tous ces moments je te remercie mille fois.

A Monsieur le Docteur Alexandre Boussuge, qui me fait l'honneur d'être jury de cette thèse et avec qui j'ai apprécié travailler. Tu as ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur François Weill, vous avez spontanément accepté de faire partie de mon jury et je vous en remercie.

A madame le Docteur Valérie Martinez, je vous remercie de faire partie de mon jury de thèse, de votre accueil et de votre soutien.

Au Professeur Thomas Vogel, je vous remercie des stages passés sous votre direction et pour les nombreux enseignements prodigués à la faculté. Vous avez su rendre la pharmacologie et son application à la personne âgée attrayante pour des générations d'étudiants dont je fais partie.

Au Professeur Weber, Au Docteur Alvarez, Au Docteur Martinez, Au Docteur Martinot & aux autres médecins avec qui j'ai eu la chance de travailler, de m'avoir accueilli dans vos services et enseigné avec passion le plus beau métier du monde.

Au Dr Lefebvre, Dr. Muller, Dr. Wenger, Dr. Tran Ba Loc, pour votre concours à ma thèse. Vous avez pris de votre temps pour rendre ce travail possible et je vous en remercie.

A Mélissa, tu partages ma vie depuis maintenant bientôt 10 ans et ces années ont grâce à toi été parmi les plus belles que j'ai eu. Si je suis heureux au quotidien, c'est grâce à toi. Je n'aurais pas pu en arriver là si tu n'avais pas été à mes côtés. J'espère que tu me rendras heureux pour des années et des années à venir.

A mes parents, qui m'ont toujours aimé, qui ont toujours été présents quand ça n'allait pas, toujours maman poule et papa aux petits soins. L'époque où je descendais de ma chambre prendre mon thé entre deux photocopiés semble bien loin maintenant. Merci de m'avoir soutenu dans mon parcours, de m'avoir toujours fait confiance, de m'avoir écouté, d'avoir fait de moi l'adulte que je suis. Malgré les années qui passent et mon évolution, je reste votre fils qui vous aime.

A Victor, mon grand frère que j'aime. Merci pour les parties de ping pong endiablées, de fifa, les rigolades, les « Ich » et autres « Ghli », des souvenirs éternels. Je suis impatient que la famille s'agrandisse.

A Oscar, mon (pas si) petit frère. Je suis extrêmement fier de toi, tu as tellement grandi et tellement fait ces dernières années qu'il fallait bien une thèse de médecine pour égaliser un peu les scores. Je n'oublierai jamais les bagarres mémorables de notre enfance.

A Mamie Cane, Mamie Jany, Papy Georges, de votre amour, de vous être occupé de moi et de votre soutien toutes ces années. Merci du fond du cœur.

A Papy Jean-Pierre, Papy Jacques, Papy Raoul, Mamie Madelon et Papy Ferdinand, je regrette que vous ne soyez pas là pour voir comme votre petit-fils a grandi. Je sais que là où vous êtes, vous êtes fiers de moi.

A ma Tata Ingrid, Tonton Alex, Tatia & à toute la famille, merci pour tous ces week-ends, semaines de vacances, à rigoler, cuisiner, peindre, danser, plaisanter, voyager, vivre. C'est à chaque fois un réel plaisir de vous voir.

A mes amis Maxime, Guillaume, Karim, Martin, Kevin, Léo, Théo, Matthieu & tous les autres. Je sais que je peux toujours compter sur mes collègues, mes champipottes, mes BB, pour passer une bonne soirée et rigoler un coup. Avec vous j'oublie le quotidien, je profite de la vie.

A mes amis et co-internes de gériatrie et d'ailleurs, Isabelle, Adelaïde, Valentine, JET, Mathilde, Alia, Anne, Claire, Arthur, Camille, Julie, « Marc », Axelle et bien d'autres, pour tous ces bons moments passés ensemble.

A mes copains de la fac, merci d'avoir égayé ces longues journées sur les bancs des amphithéâtres de Strasbourg.

A Carole, Leslie, Irina et Lidia, Merci de votre encadrement et d'avoir su rendre la gériatrie pêchue, vivante et dynamique.

A Sylvain, merci de ton cynisme et de ton amour des synthèses.

A Antonin et à Victor, de « m'avoir fait vivre ma passion » en réanimation, les imitations, les piratages de boîte mail et les jeux du doigt.

A Julien, Vasilica, Camille, de m'avoir accueilli dans cet environnement nouveau qu'était St Barbe comme l'un des vôtres, de votre soutien et de votre bonne humeur.

A Simon, Elisabeth, Presenna, de votre accompagnement en infectiologie, que j'affectionne toujours plus avec le temps.

A Valentin, Cécile, de votre mentorat et de votre humour, d'avoir été mes Senpai.

A Arthur, merci de ta dévotion sans faille.

A mes frères et sœurs d'arme du Kung fu, et notamment à Julien, merci pour ces années d'efforts et de bonheur. « Hao xin, Hao Kung fu. »

TABLE DES MATIERES

I.	Généralités.....	29
A.	Histoire du syndrome de glissement	29
B.	Un concept français	31
1.	Failure to thrive (FTT)	31
2.	« Glissement syndrome / sliding syndrome / slipping away syndrome »	32
3.	« Giving-up-itis »	32
II.	Le syndrome de glissement de nos jours.....	32
A.	Epidémiologie	32
1.	Age	33
2.	Sexe	33
3.	Comorbidités	34
1)	Pathologies chroniques.....	34
2)	Psychiatriques.....	34
3)	Dénutrition	35
4)	Dépendance fonctionnelle	35
5)	Troubles cognitifs.....	35
6)	Polymédication.....	36
7)	Mode de vie	36
8)	Autres	36
B.	Physiopathologie	37
1.	L'hypothèse somatique	37
2.	L'hypothèse psycho-somatique.....	38
C.	Description clinique	38
1.	Mode de survenue	38
1)	Facteur déclenchant.....	38
2)	Intervalle libre	39
2.	Phase d'état	39
1)	Modification de l'appétit et de la soif	40
2)	Troubles psychiatriques.....	40
3)	Troubles cognitifs et troubles du comportement.....	41
4)	Complications associées.....	42
D.	Examens complémentaires	42
1.	Biologie	43

2.	Imagerie.....	43
E.	Prise en charge	44
1.	Traitements médicamenteux.....	44
1)	Antidépresseurs	44
2)	Neurostimulants	45
3)	Les neuroleptiques.....	46
4)	Autres	46
2.	Traitements non-médicamenteux	46
3.	Traitement des complications.....	47
1)	Prévention des complications de l'immobilisation	47
2)	Prévention et traitement de la dénutrition	47
3)	Traitement des troubles sphinctériens	48
4.	Prévention du syndrome de glissement.....	48
F.	Pronostic.....	48
G.	Diagnostics différentiels.....	48
1.	Dépression (mélancolique) de la personne âgée	48
2.	Confusion / Décompensation psychique de troubles cognitifs	49
3.	Fragilité	50
4.	Décompensation d'une pathologie chronique	50
5.	Altération de l'état général	50
III.	Critiques du syndrome de glissement.....	51
A.	Des critères diagnostics imprécis	52
B.	Une utilité débattue	52
C.	Un défaut de prise en charge	53
D.	Un risque de désengagement.....	54
E.	L'intérêt de l'expression.....	55
IV.	Place de l'incertitude dans le syndrome de glissement	56
V.	Syndrome de glissement pendant la pandémie Covid-19	57
VI.	Etude de la durée d'hospitalisation en service de gériatrie aigue de patients admis pour Syndrome de Glissement comparativement à des patients témoins.....	59
A.	Objectif.....	59
B.	Type d'étude.....	60
C.	Population.....	61
1.	Critère de jugement	61
2.	Définition des patients.....	61

3.	Obtention des données	62
4.	Analyses statistiques	63
1)	Analyse descriptive	63
2)	Analyse inférentielle	63
5.	Données d'intérêt	64
1)	Données démographiques	64
2)	Données relatives à l'hospitalisation.....	64
3)	Comorbidités	65
4)	Traitements.....	66
5)	Etat général.....	66
6)	Devenir	67
7)	Origine du terme syndrome de glissement.....	67
VII.	Résultats	68
A.	Recrutement des cas	68
B.	Caractéristiques de la population	69
C.	Parcours de soin	71
D.	Evolution en gériatrie	72
1.	Evaluation gériatrique standardisée	72
2.	Motifs d'admission.....	73
3.	Diagnostics de sortie	74
E.	Traitements.....	75
1.	Traitements habituels	75
2.	Traitements médicamenteux du syndrome de glissement.....	76
3.	Traitements neuroleptiques en gériatrie dans le syndrome de glissement	77
1)	Antidépresseurs	77
2)	Antipsychotiques	77
3)	Benzodiazépines.....	78
4.	Autres modifications thérapeutiques en gériatrie.....	79
F.	Etude analytique.....	80
1.	Durée de séjour en gériatrie.....	80
1)	En gériatrie aiguë	80
2)	Au total.....	80
2.	Décès	80
3.	Changement de lieu de vie	80
VIII.	Discussion	81

A.	Caractéristiques des populations	81
1.	Age	81
2.	Sexe	81
3.	Mode de vie	82
4.	Comorbidités	82
B.	Parcours de soin	83
1.	Durée de séjour.....	84
1)	En aigue.....	84
2)	Au total en gériatrie.....	84
2.	Devenir	85
1)	Décès	85
2)	Sortie d'hospitalisation.....	86
3.	Evaluation gériatrique du syndrome de glissement.....	87
1)	Nutrition	87
2)	Cognition.....	87
3)	Autonomie	88
a.	ADL/IADL	88
b.	Déplacement	89
4)	Continence.....	89
C.	Traitements et syndrome de glissement	90
1.	Traitements habituels	90
2.	Traitement médicamenteux du syndrome de glissement	90
1)	Benzodiazépines.....	91
2)	Antidépresseurs	91
3)	Antipsychotiques	91
D.	Démarche diagnostique	92
E.	Limites et forces de l'étude	93
1.	Limites.....	93
2.	Forces	94
F.	Perspectives	95
IX.	Conclusions	96
A.	Annexe 1: Echelle ADL de Katz.....	98
B.	Annexe 2: Echelle IADL de Lawton (partie 1)	99
C.	Annexe 3: Echelle IADL de Lawton (partie 2)	100
D.	Annexe 4: Score de Charlson	101

E. Annexe 5: Mini Mental State Evaluation 102

F. Annexe 6: Geriatric depression scale 103

G. Annexe 7: Mini Nutritional Assessment 104

TABLE DES ANNEXES

A.	Annexe 1: Echelle ADL de Katz.....	98
B.	Annexe 2: Echelle IADL de Lawton (partie 1).....	99
C.	Annexe 3: Echelle IADL de Lawton (partie 2).....	100
D.	Annexe 4: Score de Charlson.....	101
E.	Annexe 5: Mini Mental State Evaluation.....	102
F.	Annexe 6: Geriatric depression scale.....	103
G.	Annexe 7: Mini Nutritional Assessment.....	104

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude.....	68
Figure 2 : Représentation graphique des diagnostics à l'entrée des patients admis pour SDG	73
Figure 3 : Représentation graphique des diagnostics cognitifs des patients admis pour SDG	73
Figure 4 : Représentation graphique des diagnostics à la sortie des patients admis pour SDG	74
Figure 5 : Représentation des modifications thérapeutiques visant à traiter le syndrome de glissement	76
Figure 6 : Répartition des antidépresseurs dans le traitement des patients admis pour SDG	77
Figure 7 : Répartition des antipsychotiques dans le traitement des patients admis pour SDG	77
Figure 8 : Répartition des benzodiazépines dans le traitement des patients admis pour SDG	78
Figure 9 : Répartition des traitements non neuroleptiques chez les patients admis pour SDG.....	79
Tableau 1 : Caractéristiques des patients admis pour SDG.....	70
Tableau 2 : Caractéristiques du parcours de soins des patients admis pour SDG	72
Tableau 3 : Caractéristiques des patients admis pour SDG au cours d'une évaluation gériatrique.....	73
Tableau 4 : Caractéristiques des traitements des patients admis pour SDG	75

ABREVIATIONS

Abréviation	Signification
ACFA	Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire
ACR	Arrêt Cardio Respiratoire
ADL	Activities of Daily Living
AEG	Altération de l'Etat Général
ARA II	Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CRP	C Reactive Protein
ECBU	Examen Cyto-Bactériologique des Urines
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FTT	Failure To Thrive
GDS	Gaz Du Sang
GH	Growth Hormone
HTA	HyperTension Artérielle
HTAP	HyperTension Artérielle Pulmonaire
HUS	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDM	Infarctus Du Myocarde
IDR	IntraDermoRéaction (à la tuberculine)
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IL	InterLeukine
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRS	Inhibiteur de Recapture de la Sérotonine
MMSE	Mini Mental State Evaluation
MNA	Mini Nutritional Assessment
MTEV	Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
NFS	Numération Formule Sanguine
NIP	Numéro d'Identification Personnel
PCR	Polymerase Chain Reaction
PTG	Prothèse Totale de Genou
PTH	Prothèse Totale de Hanche
RR	Risque Relatif
SAOS	Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil
SAU	Service d'Accueil des urgences
SDG	Syndrome De Glissement
SSR	Soins de Suites et Réadaptation
TNF	Facteur de Nécrose Tumorale
TSH	Thyroid Stimulating Hormone
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le syndrome de glissement (SDG) est un concept décrit pour la première fois en 1956 par le gériatre français Jean Carrié, dans sa thèse d'exercice sur les modes de décès du vieillard en Hospice. Posant pour la première fois un nom sur une réalité gériatrique pour certains évidente, il décrit celui-ci comme « un processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet ».

Plusieurs auteurs ont par la suite essayé de préciser ce syndrome, sans parvenir à établir un cadre diagnostique clair et unanime, une physiopathologie ou une prise en charge thérapeutique codifiée. Le syndrome de glissement reste jusqu'à aujourd'hui une entité aux définitions multiples, de validité controversée au sein des sociétés savantes. Les études sur le sujet sont rares et de niveau de preuve souvent faible. De plus, il ne semble pas exister d'équivalent international ou tout du moins Anglophone au sens strict. Il s'agirait donc d'une définition uniquement française, de patients perdant leur élan vital, et s'abandonnant au dépérissement à travers un refus de soin, de s'alimenter et de boire.

Depuis environ 30 ans, plusieurs auteurs se sont positionnés sur le fait que l'emploi de ce terme restait trop souvent hasardeux, masquant une réalité gériatrique plus complexe. Certains précisent également le danger d'employer un tel terme, retardant le diagnostic et la prise en charge de patients, en réalité atteints de pathologies aiguës décompensant un état chronique fragile. Malgré ce changement d'attitude, le gériatre rencontre encore régulièrement dans sa pratique des patients adressés pour syndrome de glissement.

Nous nous interrogeons dans cette étude sur la véracité de ce motif d'admission, à travers l'écart observé entre motif d'admission en hospitalisation et diagnostic de sortie. Nous discutons de plus, de l'effet péjoratif sur le pronostic lié à cette étiquette, parfois employée de manière abusive.

I. Généralités

A. Histoire du syndrome de glissement

Le syndrome de glissement (SDG) a été décrit pour la première fois par Jean Carrié dans sa thèse d'exercice intitulée « Etude sur les modes de décès du vieillard à l'hospice » en 1956 (1).

Il y rapporte des observations faites durant deux ans d'exercice en hospice en tant qu'interne.

Le terme « syndrome de glissement » vient alors remplacer la « cachexie sénile », un terme historique tombé en désuétude.

Il le décrit comme « un processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet » qu'il souhaite distinguer des « cachexies » secondaires à des maladies chroniques.

Le syndrome de glissement est présenté comme une « fuite vitale » sans étiologie organique retrouvée. Le patient n'interagit plus, ne sort plus de la chambre, il est agité, insomniaque et désorienté.

Le tableau clinique initialement décrit comportait alors une symptomatologie variée, riche, qui contrastait avec un examen clinique pauvre, pouvant ainsi égarer le diagnostic.

Les signes somatiques sont peu spécifiques :

- Altération de l'état général avec troubles de l'alimentation (anorexie ou au contraire boulimie), adipsie, pâleur.
- Diminution de la mobilité, pouvant se compliquer d'escarres, ou au contraire agitation psychomotrice, stéréotypies, cris.
- Syndrome confusionnel avec possibles délires et hallucinations.
- Troubles sphinctériens constants.
- Tendance à la baisse de la tension artérielle, normo ou hypothermie, sueurs froides.

Contrairement aux descriptions plus récentes, les troubles alimentaires se faisaient plus souvent vers l'augmentation de l'appétit que la diminution. La déshydratation est en revanche constante.

Ce syndrome est déjà, dans certains cas, secondaire à une affection aiguë : infectieuse, traumatologique, digestive ou psychologique (« Syndrome de non-adaptation à l'hospice »).

La biologie est, elle aussi, pauvre mais on note une baisse de l'albuminémie, de la cholestérolémie et une éosinopénie suspectée comme étant de mauvais pronostic.

Le traitement est symptomatique et ne permet pas de réelle amélioration. J. Carrié propose l'utilisation de vitaminothérapies, d'hydratation, de soins d'escarres, de traitements tonico-cardiaques et de calmants (comme les opiacés et barbituriques dans les formes avec agitation). Les antibiotiques sont utilisés en cas d'infection associée.

Plusieurs formes du syndrome de glissement sont décrites, la plus semblable aux descriptions récentes étant le « Syndrome en Lysis » dans lequel la phase d'excitation est absente et où le patient semble « s'éteindre comme une lampe privée d'huile ».

Le pronostic est sombre avec une mortalité de plus de 50% à un an d'évolution.

Par la suite, plusieurs auteurs ont affiné la définition du syndrome de glissement comme Graux qui a décrit une triade anorexie/adipsie, troubles sphinctériens, troubles du comportement ou Delomier et Faure qui sont à l'origine du concept d'intervalle libre et d'un pronostic sombre (2-5).

B. Un concept français

Le syndrome de glissement est une pathologie décrite et étudiée essentiellement par des médecins français. La littérature, déjà pauvre en France sur le sujet, semble inexistante à l'étranger. En pratique, il ne semble pas exister d'équivalent strict dans la littérature étrangère, ou tout du moins anglophone.

Toutefois, plusieurs termes décrivent des situations semblables.

1. Failure to thrive (FTT)

Utilisée pour la première fois en 1973 par Hodkinson (2), c'est l'expression la plus proche du sens francophone, bien qu'elle ne recoupe par tout à fait la définition française. Les termes de « Failure to cope » ou « Acopia » sont parfois employés (6).

Littéralement, on peut la traduire par « Echec de développement ». En cela on comprend qu'elle ait un homonyme en pédiatrie, où elle décrit l'incapacité d'un enfant à prendre du poids et à suivre un développement normal, ce qui peut prêter à confusion (7,8).

En gériatrie, cet échec de développement est d'avantage un échec de passage à l'âge gériatrique, à l'opposé du « vieillissement réussi » (8).

Le FTT et le SDG partagent des points communs : il s'agit de pathologies multifactorielles, survenant chez la personne âgée polypathologique et dont la validité en gériatrie est remise en question. Le tableau comprend une perte d'appétit, de poids et l'apparition de troubles cognitifs avec une évolution rapidement défavorable, malgré le traitement symptomatique (9).

Ce terme est souvent utilisé pour décrire un déclin global, incluant la notion de fragilité, d'impotence fonctionnelle associées à des facteurs médicaux et psychologiques.

Dans certains articles, le FTT décrit bien une perte de l'élan vital similaire au syndrome de glissement français mais la définition selon laquelle un élément déclencheur existe est moins claire (2,10).

Il s'agit toutefois d'un modèle d'étude intéressant pour la prise en charge, dont les résultats sont globalement superposables aux situations de syndrome de glissement français.

2. « Glissement syndrome / sliding syndrome / slipping away syndrome »

Ce sont des équivalents traduits du français vers l'anglais par des auteurs francophones sans autre signification que d'essayer d'exporter le concept. Ils ne sont pas employés dans la littérature internationale.

3. « Giving-up-itis »

Littéralement « Abandonite », c'est un néologisme presque humoristique, exprimant la tendance à l'abandon, au lâcher prise, à la perte de la volonté de vivre. Il est très peu utilisé.

Il n'existe donc pas d'équivalent strict à l'étranger, le syndrome de glissement restant une notion intrinsèquement française ce qui limite la recherche bibliographique et la crédibilité de son existence hors de nos frontières.

II. Le syndrome de glissement de nos jours

A. Epidémiologie

La prévalence véritable du syndrome de glissement est difficile à estimer, sa définition ne faisant pas consensus. Selon les études, il toucherait entre 1 et 4% des patients hospitalisés en gériatrie (11). Selon certains auteurs, sa prévalence en institution pourrait aller jusqu'à 25 à 40% (9,12,13).

1. Age

Le syndrome de glissement appartient à la gériatrie et concerne la personne âgée, voire très âgée.

Chahwakillian *et al.* obtenaient dans une étude parue en 1991 une moyenne d'âge de 88 ans (contre une moyenne d'âge en service de gériatrie de 82 ans). Par ailleurs, plus de 50% (11 sur les 21 patients) étaient âgés de plus de 90 ans (14).

En 2005, M. Dubois obtenait dans son travail de thèse une population de 24 personnes admises pour SDG en service de médecine aiguë gériatrique avec un âge moyen de 86,7ans (4).

Dans son travail de thèse en 2011, C. Herry observait aussi une moyenne d'âge plus élevée que dans la moyenne du service, avec un âge moyen de 86 ans, dont plus de 50% après 88 ans, pour les syndromes de glissement (3).

Les travaux portant sur le Failure to thrive retrouvent des chiffres similaires (2).

Comparativement, en 2017, d'après le ministère de la santé, l'âge moyen des patients hospitalisés en service de gériatrie aiguë en France était de 84,7 ans (15). Il s'agit donc d'une population hospitalisée plus âgée que la moyenne, de 1 à 6 ans selon les études, avec une importante proportion de patients dépassant les 90 ans.

La moyenne d'âge se situerait donc autour de 83 à 88 ans.

2. Sexe

La prédominance féminine est nette, autour de 70-80 % selon les séries.

Dans la thèse de C. Herry, 3 fois plus de femmes que d'hommes présentaient un syndrome de glissement. C'est également le cas dans la thèse de M. Dubois en 2005 (avec 70,8% de femmes contre 29,2% d'hommes) (4) et chez Chahwakilian avec 80,9% de femmes en 1991.

L'existence d'une prépondérance de SDG chez l'un des 2 sexes n'a par ailleurs pas été étudiée, la plupart des auteurs justifient la prédominance féminine par le fait que les femmes sont majoritaires à cet âge avancé en gériatrie.

Le pronostic ne semble pas non plus différent selon le sexe.

3. Comorbidités

Les patients concernés sont polypathologiques, en plus d'être très âgés. Ils présentent en moyenne 3 à 5 pathologies chroniques intriquées : 3,8 en moyenne chez M. Dubois en 2005 (4), 5 chez Chahwakillian en 1991 (14) et 2,6 chez Delomier en 1977 (4).

Leur estimation est rendue difficile du fait qu'elles s'intriquent souvent avec la présentation du syndrome de glissement lui-même.

1) Pathologies chroniques

Les pathologies cardiovasculaires sont les plus fréquentes. Soixante-dix pourcents des patients étudiés par C. Herry en 2011 avaient au moins une comorbidité cardio-vasculaire au moment de l'inclusion, avec notamment une prévalence importante d'insuffisances cardiaques (19%) (3). Les facteurs de risques cardio-vasculaires (HTA et diabète principalement) sont donc très représentés.

Les pathologies neuromusculaires, respiratoires, neurologiques et vésico sphinctériennes sont également courantes.

2) Psychiatriques

La présence d'antécédent psychiatrique n'est pas systématique mais une part importante des patients admis pour SDG en hospitalisation a un syndrome dépressif connu.

Chez M. Dubois, 16,7% des patients retenus étaient dépressifs connus (4). Dix-huit pourcents étaient dépressifs chez C. Herry (3). En moyenne, une prévalence de 15 à 20% est observée (13).

Selon certains auteurs, la prévalence d'antécédents dépressifs serait supérieure à la moyenne dans le syndrome de glissement, mais ce lien n'a en réalité été que très peu étudié.

3) Dénutrition

La dénutrition fait partie intégrante du SDG, qu'elle en soit une cause ou une conséquence, la grande majorité des patients concernés sont dénutris.

Chez C. Herry, en 2011, 91% des patients inclus étaient dénutris, dont 70% sévèrement.

Cinquante-quatre pourcents des patients étaient dénutris en 2005 dans l'étude de M. Dubois. Cette dénutrition était le plus souvent sévère bien que les études divergent quant à la gravité.

4) Dépendance fonctionnelle

Une écrasante majorité des patients présente une forme de dépendance fonctionnelle, de degré variable. En moyenne, près de 80% des patients avec un SDG étaient dépendants pour au moins une activité de la vie quotidienne avant le diagnostic (16), avec une dépendance à une aide humaine ou technique fréquente.

La perte d'autonomie est souvent importante avec 70-80% de patients grabataires au moment de l'admission (3,4).

5) Troubles cognitifs

La présence de troubles cognitifs dans ces populations est, elle aussi, habituelle. Selon les études, on retrouve une prévalence d'environ 40-50% de troubles neurocognitifs majeurs antérieurs au diagnostic.

Dans leur majorité, ceux-ci sont de stade léger à modéré. La maladie d'Alzheimer est le diagnostic cognitif le plus fréquent et touche entre 20 et 50% des patients portant un diagnostic de SDG (3,4,8,14,16). Dans de nombreux autres cas, les troubles cognitifs ne sont pas étiquetés.

6) Polymédication

Elle est définie par l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments ». Le nombre de médicament à partir duquel on parle de polymédication ne fait pas consensus à ce jour, classiquement le seuil de 5 médicaments est retenu (17). Elle est peu étudiée dans le syndrome de glissement bien que, comme pour la population gériatrique globale, sa prévalence soit élevée.

En moyenne, les patients admis pour SDG en hospitalisation chez M Dubois recevaient quotidiennement 7,2 médicaments avant leur diagnostic (4).

7) Mode de vie

La majorité des patients présentant un syndrome de glissement vivait dans un domicile individuel avant leur hospitalisation, le plus souvent seule. Cinquante-huit virgule trois pourcents des patients vivaient à domicile dans l'étude de M. Dubois 2005, dont 75% seuls ; 76% venaient d'un domicile individuel chez C. Herry en 2011 (3,4).

Cela contraste avec l'importance des comorbidités, de la dépendance de ces personnes très âgées. Le maintien à domicile dépendait vraisemblablement dans la plupart des cas d'un équilibre précaire. En effet, dans plus de la moitié des cas, l'hospitalisation s'est suivie par un changement de lieu de vie, le plus souvent vers une institutionnalisation (3,4,8).

8) Autres

Les facteurs ethniques ne sont pas abordés dans les études démographiques du syndrome de glissement. Le syndrome de glissement étant un terme français, il n'y a pas d'équivalent exact à l'étranger.

Les facteurs socio-économiques ne sont que peu étudiés.

B. Physiopathologie

La physiopathologie exacte du syndrome de glissement n'est pas connue à ce jour, bien que plusieurs tentatives d'explication aient été proposées.

1. L'hypothèse somatique

Le SDG survient sur un terrain affaibli, le rôle d'une diminution des réponses immunitaires secondaire à un défaut de synthèse protéique dans un contexte de dénutrition a été évoqué. S'y ajouterait un vieillissement immunologique avec une modification de la sécrétion des médiateurs de l'inflammation tels qu'IL-6, IL-1 ou TNF-alpha.

Ce terrain rendrait la personne âgée particulièrement sensible en cas d'évènement intercurrent et serait responsable d'une réponse inflammatoire inappropriée et chronique. Cette inflammation serait alors responsable d'un catabolisme protéique, qui affaiblirait l'organisme, et entrainerait donc un cercle vicieux. De plus, la survenue d'un stress avec production chronique de cytokines, de catécholamines et de glucocorticoïdes jouerait un rôle au niveau du système nerveux central en entrainant l'apparition de troubles cognitifs, thymiques et de syndromes confusionnels (4,18).

A l'inverse, certains auteurs rappellent que les troubles thymiques, en étant responsables d'une dénutrition protéino-énergétique, conduisent à un amoindrissement des défenses immunitaires (9,19).

En règle générale, c'est une inadéquation entre les capacités de réponses et les besoins face à une agression extérieure qui est retenue, majorée dans ce contexte de polypathologie (14).

2. L'hypothèse psycho-somatique

En dehors de cette ébauche d'explication somatique, il existe plusieurs théories selon lesquelles le SDG serait secondaire à un effondrement psychosomatique. Lors d'un évènement aigu, le patient subirait un « double traumatisme, avec effondrement somatique [...] et traumatisme psychologique [...] entraînant immobilisation (psychique) et renoncement » (6). On y envisage un rapprochement avec un syndrome post-traumatique, l'envahissement psychique par une « pulsion de mort » et la création d'une rupture dans le travail psychologique du vieillissement. L'existence d'une régression narcissique est évoquée par certains auteurs. Elle pourrait entraîner une désorganisation psychique et empêcher le travail de guérison mental, conduisant ainsi à un abattement, un abandon (20).

Ces hypothèses sont elles aussi débattues.

C. Description clinique

1. Mode de survenue

1) Facteur déclenchant

Le syndrome de glissement survient à l'occasion d'un évènement aigu, le plus souvent organique.

Parmi les causes organiques, les plus représentées sont :

- Médicales : les infections, les décompensations de maladies chroniques d'organe (cardiaque, insuffisance rénale, BPCO, etc.), les cancers, les déséquilibres endocriniens.
- Traumatiques : les chutes, les fractures (de l'extrémité supérieure du fémur notamment), les interventions chirurgicales.

- Neurologiques : événements neurologiques (dont les AVC), les décompensations de démences.
- Iatrogéniques : Modification d'un traitement, intervention chirurgicale, dialyse, hospitalisation (12,21).

D'autres causes peuvent provoquer l'apparition d'un syndrome de glissement, notamment des facteurs psychologiques tels qu'un deuil, une institutionnalisation ou un changement de lieu de vie (4,22).

Dans de nombreux cas, la cause n'est pas retrouvée.

2) Intervalle libre

Après le facteur déclenchant, il existe classiquement un intervalle libre de durée mal déterminée. Sa durée va selon les descriptions de quelques jours à plusieurs semaines au cours desquelles le patient semble s'améliorer, guérir de la pathologie aiguë initiale.

Il s'en suit une phase d'état avec dégradation psychologique et somatique d'apparition rapidement progressive.

2. Phase d'état

La description de la présentation clinique ne fait pas l'unanimité. Selon les auteurs, il existe des variations sémiologiques plus ou moins importantes. La plupart des descriptions s'accorde sur une triade de troubles alimentaires, troubles thymiques et troubles cognitifs. A cette triade s'ajoutent variablement selon les auteurs des troubles sphinctériens et des complications de l'immobilisation.

1) Modification de l'appétit et de la soif

Les auteurs s'accordent sur une diminution de l'appétit (anorexie) et de la soif (adipsie) bien que les premières descriptions par J. Carrié avancent la possibilité d'une boulimie. Elles se surajoutent à une diminution physiologique de l'appétit à cet âge et secondaire à plusieurs facteurs (hypersialorrhée, agueusie, sécrétion de leptine).

La diminution de la prise alimentaire se fait le plus souvent par un refus passif des repas mais peut également se manifester plus violemment sur un mode hétéro-agressif envers l'entourage ou le personnel soignant essayant d'alimenter le patient. Il peut s'y ajouter des troubles de la déglutition, des modifications du goût, de la soif, des mycoses buccales, ou encore un mauvais état bucco-dentaire.

L'anorexie, pouvant être totale, entraîne une perte de poids allant jusqu'à la dénutrition, parfois sévère. Les complications en sont nombreuses : altération de l'état général, dénutrition, rhabdomyolyse, escarres, infections, ostéopénie, etc. Sur le plan biologique, les principaux marqueurs sont une hypoalbuminémie, hypocholestérolémie, baisse de la T3, cytopénie (anémie, lymphopénie) (12,16,22).

L'adipsie peut être responsable d'une déshydratation extracellulaire d'autant plus qu'il existe une diminution de sensation de soif de la personne âgée (7).

2) Troubles psychiatriques

Ce sont les symptômes les plus marquants du syndrome de glissement et ceux qui semblent le plus spécifiques. Ils regroupent des troubles multiples dans les domaines thymiques, de la motivation, de l'attention et des manifestations psychosomatiques variées.

Le syndrome de glissement est caractérisé par de nombreux auteurs par une perte de l'élan vital, une baisse de la motivation à vivre. Ces symptômes s'inscrivent dans un ensemble de troubles thymiques et s'associent souvent à une apathie, une indifférence affective, une clinophilie. Le

lien avec un syndrome dépressif est alors évident, sans qu'on puisse aujourd'hui s'accorder à dire s'il s'agisse d'un diagnostic différentiel, d'une cause ou d'une conséquence du syndrome de glissement (4–6,19,22,23).

Selon certains auteurs, il existerait toutefois certaines distinctions entre SDG et dépression :

- La clinophilie dans le syndrome de glissement ne respecterait pas l'horaire du patient dépressif, prédominante le matin, et perdurerait toute la journée (3).
- A la différence des épisodes dépressifs majeurs, le patient ne semble pas souffrir d'une douleur morale, de culpabilité ou celles-ci ne sont que peu exprimées (22).
- L'anxiété serait moins fréquente.

Enfin, c'est surtout une apathie, une indifférence et un refus passif des soins qui sont au premier plan. Il peut exister une hétéro-agressivité, en revanche, l'auto-agressivité et l'intentionnalité suicidaire sont rares. Il s'agirait plutôt d'un laisser-mourir que d'une tentative active de se donner la mort (18,20,24).

3) Troubles cognitifs et troubles du comportement

Les troubles cognitifs sont fréquents et variés. Il peut exister des troubles mnésiques, du langage, attentionnels et exécutifs. Ceux-ci sont fréquemment préexistants mais peuvent décompenser à l'occasion d'un évènement aigu dans un syndrome de glissement. Ils sont alors habituellement responsables d'une perte d'autonomie fonctionnelle (12,16).

Il existe souvent des troubles du comportement social se caractérisant par un retrait social, un refus des interactions et un repli sur soi pouvant aller jusqu'à un mutisme (4,8). Le patient refuse l'examen et les soins, surtout s'ils sont invasifs. Parfois il reste simplement passif durant l'examen, rendant l'interrogatoire et le consentement à la prise en charge difficile.

Des signes de syndrome confusionnel se confondent fréquemment avec la symptomatologie. En particulier dans sa forme apathique la confusion est, comme la dépression, difficile à discerner du SDG (4).

Des symptômes communs sont identifiés : agitation, hallucinations (décrites déjà par J.Carrié (1) en 1956), obnubilation, désorientation, facteurs déclenchants communs, etc. La fluctuation de la symptomatologie peut toutefois aider à identifier une confusion.

4) Complications associées

Elles sont multiples et font la gravité du SDG. Parmi les plus citées :

- Complications de l'immobilisation : elles recourent les complications thromboemboliques, musculo-squelettiques, cardio-vasculaires, pulmonaires, neurologiques, la sarcopénie, l'apparition d'escarres, etc. Elles doivent impérativement être anticipées et prévenues chez ces patients à haut risque (25).

- Troubles vésico-sphinctériens : ils peuvent se manifester par une rétention ou une incontinence urinaire ou fécale, pouvant se compliquer de rétention aiguë d'urine, de fécalome voire d'occlusion ou de syndrome confusionnel. Leur apparition est favorisée par divers facteurs comme l'immobilisation, la pathologie aiguë initiale et le refus de soins.

- La dénutrition : elle est secondaire à la diminution de la prise alimentaire et est souvent sévère. Elle contribue à une diminution de l'état général et à une fragilité de ces patients.

D. Examens complémentaires

Dans le syndrome de glissement, ils servent surtout à éliminer un diagnostic différentiel organique ou une complication.

1. Biologie

Il n'a pas été identifié de marqueur biologique spécifique du syndrome de glissement. Le bilan biologique peut être normal mais est le plus souvent altéré, conséquence des manifestations organiques telles que l'anorexie et la dénutrition qui y sont liées.

Le bilan biologique de première intention proposé dans la littérature est le suivant (12,23,24) :

- NFS, pour rechercher une anémie et une infection
- CRP
- Ionogramme (Na⁺, K⁺)
- Créatininémie, urémie, calcul de la clairance
- Glycémie capillaire ou veineuse
- Albuminémie et cholestérolémie, dans le bilan d'une dénutrition
- TSH

De plus, sont proposés les examens suivants :

- Un bilan hépatique est souvent réalisé (26)
- GH, Testostérone chez l'homme
- Sérologies VIH
- IDR à la tuberculine
- ECBU dans le bilan d'une infection urinaire méconnue (4)

2. Imagerie

On cherchera ici aussi à éliminer un diagnostic différentiel :

- Par la réalisation d'une radiographie du thorax afin de rechercher une pathologie pulmonaire infectieuse ou néoplasique

- Par la réalisation d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien à la recherche de processus néoplasiques ou de foyers infectieux profonds

La réalisation d'une imagerie cérébrale est moins rapportée, bien qu'il soit de pratique courante aujourd'hui d'en réaliser une, en particulier en cas de présentation comprenant une confusion ou des troubles cognitifs.

Les auteurs s'accordent à dire qu'il faut limiter les examens invasifs, pouvant être pourvoyeur de iatrogénie, et ne pas multiplier les examens complémentaires (11).

E. Prise en charge

La prise en charge des patients hospitalisés pour syndrome de glissement doit, comme souvent en gériatrie, être multidisciplinaire.

1. Traitements médicamenteux

1) Antidépresseurs

La littérature concernant un traitement étiologique au syndrome de glissement est pauvre. Il n'existe pas de traitement spécifique validé. Dans la plupart des cas, c'est essentiellement un traitement antidépresseur qui est essayé.

Le choix de l'antidépresseur utilisé se fera essentiellement entre un antidépresseur tricyclique, comme la Clomipramine (Anafranil), utilisée par C. Herry dans sa thèse en 2011, et un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS).

Ces deux classes ont montré une efficacité similaire sur les troubles dépressifs de la personne âgée.

Les antidépresseurs tricycliques ont une action inhibitrice sur les récepteurs histaminiques pouvant avoir un effet orexigène, permettant théoriquement de lutter contre la dénutrition chez ces patients. Cependant, ils s'accompagnent d'effets secondaires anticholinergiques parfois mal tolérés chez la personne âgée, étant notamment responsables de syndromes confusionnels.

L'emploi d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine est moins à risque d'effets secondaires anticholinergiques mais peut en revanche s'accompagner d'une perte de poids.

Le choix de l'antidépresseur se fera à l'appréciation du clinicien en fonction de la balance bénéfique/risque d'une perte de poids ou d'effets anticholinergiques chez le patient concerné (21).

La Mirtazapine, un antidépresseur tétracyclique, est avancée par certains auteurs comme ayant une meilleure efficacité que les autres IRS (12), d'autant plus qu'elle est réputée orexigène. Son association avec le Modafinil, un psycho-stimulant, a fait l'objet d'un case report (27) dans lequel un patient de 65 ans présentant un « Failure to thrive » s'est amélioré sous bithérapie.

Dans certaines descriptions, la réponse au traitement antidépresseur serait un test thérapeutique pour distinguer le syndrome de glissement de la dépression.

Toutefois les études sont peu nombreuses et les résultats de ces traitements ont été peu évalués.

2) Neurostimulants

Le Methylphenidate et la Dextroamphétamine auraient montré un effet anti-dépresseur rapide dans certaines études (27). Ces traitements présentent de nombreux effets secondaires tels que des délires, des effets cardiovasculaires ou des pertes de poids. Leur efficacité et leur tolérance dans ces situations n'ont pas fait l'objet d'études de haut niveau de preuve.

3) Les neuroleptiques

Ils sont peu utilisés en dehors des présentations avec propos délirants ou hallucinations, plus rares. C'est plutôt leur arrêt qui est recommandé dans la mesure du possible, ces traitements pouvant être pourvoyeurs d'un ralentissement psychomoteur important (28).

4) Autres

Les traitement anti-démentiels (inhibiteurs de cholinestérase, Mémantine), n'étant plus recommandés ni remboursés en France, sont peu prescrits.

Dans le cas où un diagnostic différentiel est identifié, celui-ci devra être traité par les moyens spécifiques adaptés.

2. Traitements non-médicamenteux

La prise en charge non médicamenteuse doit être pluridisciplinaire et fondée sur une relation soignant-malade de confiance (29). La lutte contre l'isolement est ici aussi importante, le lien social étant un des meilleurs moyens de prévention du SDG (11).

En plus du traitement antidépresseur, une approche psychothérapeutique a toute sa place et visera à soulager la plainte psychique et à traiter la blessure narcissique à l'origine du glissement (11,18,22).

Les soins de nursing permettront de limiter l'apparition de complications de l'immobilisation et de favoriser la reprise de l'autonomie (9). La prise en charge comprendra aussi au minimum un travail de kinésithérapie et une approche des problématiques sociales (5,11).

3. Traitement des complications

Le traitement des manifestations pathologiques associées au syndrome de glissement et à la perte d'autonomie qui l'accompagne est sans doute le volet le plus important de la prise en charge.

1) Prévention des complications de l'immobilisation

Elle repose sur une prise en charge multidisciplinaire avec kinésithérapie, prévention de la maladie thromboembolique veineuse au moyen d'une anticoagulation préventive, prévention du risque d'escarres par mobilisation régulière, mise en décharge des points d'appuis et emploi d'une installation adaptée (25).

2) Prévention et traitement de la dénutrition

Une évaluation nutritionnelle pourra aboutir à un enrichissement de l'alimentation, par l'ajout de compléments alimentaires oraux notamment. La correction des troubles électrolytiques et des éventuelles carences vitaminiques permet de limiter le risque de syndrome de renutrition inappropriée.

En cas d'impossibilité d'une alimentation orale ou s'il existe des troubles de la déglutition, une alimentation entérale après pose d'une sonde naso-gastrique ou de gastrostomie est parfois proposée. Cette alternative devra être évitée au maximum chez le patient dément, en l'absence d'intérêt démontré sur la survie, sur la correction de la dénutrition et sur la qualité de vie de ces patients (28,30).

La nutrition parentérale est réservée aux situations où le tractus digestif serait pathologique et ne permettrait par la nutrition entérale.

3) Traitement des troubles sphinctériens

Des hétérosondages évacuateurs sont à privilégier comparativement à la pose d'une sonde urinaire à demeure en cas de rétention aiguë d'urine. Il faudra rechercher et traiter une cause éventuellement associée, comme la présence d'un fécalome ou d'une infection urinaire.

4. Prévention du syndrome de glissement

Elle repose sur une stratégie globale de prévention de la morbi-mortalité chez la personne âgée. Elle comprend le dépistage et le suivi des pathologies chroniques, la prévention des risques de chute chez la personne âgée, la lutte contre l'isolement social, contre la dénutrition, contre l'ostéoporose, le repérage et le suivi des troubles cognitifs, la promotion de l'activité physique chez la personne âgée, la vaccination.

F. Pronostic

Le pronostic était initialement considéré comme très sombre avec une mortalité estimée à 90% au cours de l'hospitalisation (2). En pratique, les études récentes montrent une mortalité bien moins importante : 24% pendant l'hospitalisation chez C. Herry, 32% à un an pour des patients avec « failure to thrive » (4).

G. Diagnostics différentiels

1. Dépression (mélancolique) de la personne âgée

C'est le diagnostic différentiel le plus souvent évoqué. Le syndrome dépressif de la personne âgée comprend des atypies par rapport à son équivalent chez le sujet jeune ce qui le rend plus difficile à diagnostiquer.

La dépression mélancolique peut être responsable d'un ralentissement psychomoteur marqué, d'idées d'incurabilité, d'une agitation, d'une perte d'appétit, de troubles du sommeil comme dans le syndrome de glissement.

D'après certains auteurs, le syndrome de glissement se différencie par l'absence d'une culpabilité excessive et par une moindre intentionnalité suicidaire que dans la mélancolie. Selon d'autres, la différence réside dans l'absence d'efficacité du traitement antidépresseur chez le patient ayant un syndrome de glissement. Cette distinction est hasardeuse du fait de la durée d'action des antidépresseurs et de leur efficacité propre, qui n'est pas de cent pour cent (22,31).

La présence, dans le syndrome de glissement, d'un intervalle libre, d'un facteur déclenchant et d'une AEG permettrait alors le diagnostic différentiel. Malheureusement, ces éléments manquent parfois dans le syndrome de glissement, les rendant indiscernables.

La barrière entre dépression et SDG est toutefois fine et un continuum entre les deux entités est envisagé, le syndrome de glissement serait alors une forme sévère ou une phase terminale d'une dépression (4,22). Les auteurs ne s'accordent pas sur ce point non plus (6).

2. Confusion / Décompensation psychique de troubles cognitifs

Il s'agit d'une population chez qui les troubles cognitifs sous-jacents sont très fréquents. A l'occasion d'un épisode aigu, il est probable que beaucoup présentent un syndrome confusionnel.

La perte d'autonomie, les troubles du comportement vus dans le syndrome de glissement peuvent masquer une confusion, surtout dans sa forme apathique, souvent sous-diagnostiquée. On y trouve un retrait de la personne âgée, parfois mutique, et un refus d'interaction avec anorexie (4,6,11,29).

A l'occasion d'un événement aigu, l'équilibre psychique fragile d'une personne ayant des troubles cognitifs peut être brisé, conduisant à une dégradation mentale et physique rapide et à l'apparition de troubles du comportement mais qui, ici, s'inscrivent dans le temps.

3. Fragilité

La fragilité est un concept assez récent et est rarement évaluée dans les études descriptives, souvent trop anciennes. Il se base sur des critères comme ceux de Fried (perte de poids, baisse de la force de préhension, fatigue/épuiement, ralentissement de la marche, sédentarité) (32). Ces critères sont plus objectifs que ceux du SDG (9). La personne fragile serait dans un état d'équilibre précaire, qu'un événement viendrait perturber et tomberait alors vers un syndrome de glissement (4).

4. Décompensation d'une pathologie chronique

Elle doit impérativement être éliminée en cas d'aggravation brutale de l'état de santé d'une personne âgée, surtout dans une population aussi comorbide. Les effets éventuels d'un médicament ou d'un sevrage ne doivent pas être méconnus.

5. Altération de l'état général

Le terme d'altération de l'état général est souvent improprement utilisé, ne reflétant pas la triade anorexie, amaigrissement, asthénie. Il fait partie intégrante du SDG où il est pratiquement systématique. Il ne comprend pas le volet psychiatrique qu'on imagine quand on parle du SDG.

III. Critiques du syndrome de glissement

Le syndrome de glissement est l'objet de multiples critiques depuis les années 80 (6). Sa description, trop imprécise, fait discuter les auteurs quant à l'existence même du syndrome et sur l'intérêt de son utilisation.

Dans un article paru dans la revue de gériatrie en 1991, Chahwakillian *et al.* étudient 21 patients adressés pour syndrome de glissement et s'intéressent aux circonstances de survenue. La population est très âgée (88 ans en moyenne), polymorbide et l'évolution se solde souvent par un décès. La notion d'intervalle libre caractéristique n'est retrouvée que dans un tiers des cas, très variable en durée. Dans la majorité des cas, les patients ont une pathologie organique expliquant leur état de santé, indépendamment du syndrome de glissement. La physiopathologie est inconnue même si l'imputabilité d'une hausse des TNF est évoquée. L'utilité du syndrome est alors déjà remise en question.

En 2011, une thèse de médecine générale menée à Marseille par C. Herry s'intitulait même, de manière un peu provocante, « Syndrome de glissement : mythe ou réalité ? » (3). Dans cette thèse, après un rappel sur le concept, l'auteur étudiait les caractéristiques de 37 patients admis pour syndrome de glissement. Au terme de cette étude, il concluait qu'il s'agissait d'une population très âgée, polypathologique et dont la description du syndrome de glissement variait beaucoup et que celui-ci tenait plutôt du mythe que de la réalité et qu'il ne devait pas être employé à l'heure de la gériatrie moderne.

Il en va de même pour le terme anglophone de « failure to thrive », critiqué notamment en 1999 par Sarkisian *et al.* (10) qui mettaient en avant l'imprécision de la description clinique et physiopathologique, incompatible avec la description d'une maladie au sens moderne. L'emploi de ce terme serait à l'origine d'une « paresse intellectuelle accompagnée d'une

résignation [...] et d'un fatalisme ». La description de phénomènes mesurables, reproductibles est préférée : perte de fonctions physiques, dénutrition, dépression, troubles neurocognitifs.

Enfin, en 2019, Desmidt disait, dans la revue du praticien « Devant un [...] syndrome de glissement, la première chose à faire est certainement la remise en question de ce diagnostic » (33).

A. Des critères diagnostics imprécis

La description du syndrome de glissement est trop imprécise pour permettre de caractériser les patients de manière fiable. Les signes et symptômes qu'il regroupe sont pour la plupart subjectifs, d'intensité très variable, inconstants et pour un certain nombre, causés par le vieillissement physiologique lui-même. Ces définitions sont par ailleurs variables selon l'auteur.

De plus, dans la plupart des cas les symptômes peuvent être plutôt liés à une décompensation de pathologies chroniques lors d'un épisode aigu qu'à un syndrome de glissement qui s'y surajouterait.

Au total, le syndrome de glissement tel qu'il est décrit, regroupe une trop vaste population de patients gériatriques en hospitalisation pour permettre de discerner une maladie à part entière (3,14,33,34).

B. Une utilité débattue

En plus d'être imprécis dans sa description, le fait de poser le diagnostic de syndrome de glissement ne permet pas de traitement spécifique. La prise en charge reste dans tous les cas symptomatique, ou à la rigueur celle du facteur déclenchant (23,35).

Les diagnostics permettant une première orientation semblent plus appropriés, tels que « altération de l'état général », « décompensation de troubles cognitifs », « troubles de la

marche avec chute », etc. Ces termes qui se basent sur des observations objectives apportent une première orientation, sont plus précis et permettent de limiter le risque de mener des examens complémentaires multiples et inutiles (29).

C. Un défaut de prise en charge

Plusieurs études menées en service d'accueil des urgences s'intéressent à la prise en charge des patients adressés pour des équivalents au syndrome de glissement. Les études menées sur l'impact de l'étiquette du syndrome de glissement (au sens francophone) aux urgences sont toutefois rares, pour ne pas dire inexistantes.

En 2013, une étude menée par Kumeliauskas *et al.*(2) au Canada étudie 603 admissions de plus de 65 ans pour « failure to thrive » dans 3 services des urgences de Calgary. Ces patients avaient une moyenne d'âge de 82,7 ans dont un cinquième de nonagénaires. Les durées d'hospitalisation étaient en majorité inférieures à 20 jours. La plupart des patients présentait une pathologie médicale aiguë, principalement de motif cardiovasculaire ou infectieux. Les auteurs concluent que le « failure to thrive » n'est qu'un reflet de la complexité des situations gériatriques. Ils rappellent le fort risque de complications liées à l'hospitalisation chez la personne âgée.

Une étude de 2000 portant sur le terme « Acopia » (35) montrait des résultats similaires sur 109 patients chez qui, dans 88% des cas, une évaluation médicale réorientait le diagnostic vers une pathologie organique aiguë. En majorité, les patients étaient adressés pour des troubles de la marche, des chutes, des confusions et des troubles cognitifs.

Les patients adressés pour « failure to thrive » aux urgences semblent pris en charge plus tard que les autres comme le montre C. Tsui *et al.* en 2020 dans une étude cas-témoin menée à Vancouver sur 60 patients (36). En particulier, le délai entre l'arrivée et le premier contact médical, le délai de prise en charge dans un service spécialisé et le temps total entre l'arrivée et

l'admission dans un service étaient significativement plus longs pour une personne admise pour « failure to thrive ». La durée d'hospitalisation était plus longue de 8 jours (10,2 vs 18,3 jours). Les groupes « failure to thrive » et contrôle partageaient les mêmes caractéristiques initiales et la mortalité intra-hospitalière n'était pas significativement différente. Il existe donc un délai de prise en charge aux urgences lié à l'étiquette de « failure to thrive » alors même que la majorité de ces patients présente en réalité une pathologie organique aiguë, traitable.

Ce décalage s'expliquerait par la présomption qu'une personne adressée pour ces motifs sera probablement adressée pour un motif social, une situation complexe ou incurable et sera donc perçue péjorativement. Dans une étude faite sur des patients adressés aux urgences sur le Failure to Cope, les patients ainsi adressés sont, dans certains cas, vus comme un problème plutôt que comme l'objet de soins. Aux urgences, ceci se traduit par un patient qui « bloque le lit » (34,36,37).

Les études menées sur l'impact de l'étiquette du syndrome de glissement (au sens francophone) aux urgences sont toutefois rares, pour ne pas dire inexistantes.

Il paraît donc dommage de ne pas orienter le diagnostic par une évaluation standardisée lors du premier contact médical. Ce délai pourrait être responsable d'un retard de prise en charge, d'un allongement des durées d'hospitalisation et donc, de complications supplémentaires (2,36,38).

D. Un risque de désengagement

Le syndrome de glissement est pour beaucoup synonyme de glissement vers la mort, d'un patient qui se laisserait mourir par perte de l'élan vital. Par conséquent, il existe un risque de désengagement de l'entourage, de l'équipe médicale et paramédicale vis-à-vis du malade, celui-ci se laissant mourir et donc, souhaitant mourir. Ce désengagement est motivé par l'idée d'accepter la requête du patient de décéder et donc de ne pas insister vers une obstination déraisonnable (7).

Cependant, si le syndrome de glissement est une maladie au même titre que la dépression, le désengagement et l'absence d'intervention est délétère voire fatale au patient. Les personnes dépressives, même si elles expriment l'idée de mourir, peuvent être soignées. Il est possible que pour le syndrome de glissement, du fait de l'âge avancé, l'entourage et les professionnels abandonnent trop rapidement (39).

De plus, le parallèle avec le diagnostic du patient « en fin de vie » est fréquent, notamment en EHPAD. Comme le disait Menecier en 2021 « Il n'est plus admissible que [...] des malades soient isolés dans une chambre que l'on contourne ou soient cachés derrière un paravent, sans bénéficier d'un accompagnement ».

Le syndrome de glissement peut être donc mal interprété et mener à un isolement social, à une perte de chance et à un désinvestissement des soignants.

E. L'intérêt de l'expression

Pour de nombreux auteurs, le terme devrait tout simplement disparaître du vocabulaire médical, au vu des multiples problématiques qu'il engendre : c'est une expression qui entraîne un abandon, un désinvestissement, un fatalisme et qui renforce une image péjorative de la personne âgée. Ce serait un raccourci trop facile qui provoquerait une inertie intellectuelle et serait un frein à la réflexion (3,4,29,33,36,40).

La persistance de l'expression malgré plus de 40 ans de critiques montre qu'il remplit malgré tout une fonction pour le médecin et le grand public : il permet de poser un diagnostic sur une situation probablement incomprise, de soulager la peur de l'inconnu et de répondre à l'incertitude dans des contextes où l'on dispose de peu d'accès aux examens complémentaires (6).

Il aiderait à la communication entre professionnels, en alertant sur une situation psychiatrique, de perte d'autonomie, de difficultés sociales et à fort risque de létalité (41).

L'imprécision du cadre diagnostique et la fréquence des pathologies organiques sous-jacentes fait qu'il est essentiel de ne pas oublier qu'un « syndrome » nécessite des explorations étiologiques supplémentaires (31,41). Le syndrome de glissement ne se suffit pas à lui-même comme diagnostic. Il faut en comprendre la cause, en traiter les conséquences, et ne pas se contenter d'une résignation, d'un diagnostic tout fait.

IV. Place de l'incertitude dans le syndrome de glissement

Bien que les patients avec SDG aboutissent le plus souvent en hospitalisation en gériatrie, le diagnostic est en règle générale posé par le médecin traitant, en médecine de ville. Dans la plupart des cas, le diagnostic n'est pas retenu après une évaluation gériatrique standardisée (4).

La place de l'incertitude fait partie du quotidien du médecin généraliste. Il en existe plusieurs types mais elles amènent à une situation unique : à un moment donné, le médecin est limité par ses propres connaissances ou par les avancées actuelles de la science (42,43).

Il ne faut pas oublier que le syndrome de glissement est un diagnostic d'exclusion et qu'avant d'arriver en hospitalisation un premier examen aura eu lieu. Celui-ci est parfois accompagné d'examens complémentaires normaux. On aura donc obtenu que peu d'éléments d'orientation permettant d'expliquer la symptomatologie du patient.

Face à cette situation, plusieurs attitudes peuvent exister :

- Le médecin peut feindre de connaître le diagnostic, sans lui-même y croire parfois, ce qui permet une réassurance du patient et de l'entourage.
- Le médecin avoue son incertitude au patient, ce qui a pour risque d'entraîner une incompréhension et un affaiblissement de la relation de confiance malade-médecin. A ce moment, le patient risque de remettre en doute les connaissances médicales et de chercher d'autres explications, sur internet par exemple.

La gestion de la communication et des émotions est donc elle aussi difficile et se surajoute à l'anxiété du praticien. Le syndrome de glissement peut alors être une voie de sortie raisonnable dans des situations où il n'existe pas de bonne réponse.

V. Syndrome de glissement pendant la pandémie Covid-19

La pandémie Covid-19 a été responsable de conséquences graves en termes de santé publique, en particulier chez la personne âgée, sur les plans physique, psychologique mais aussi de la dépendance et de l'isolement social.

La Covid-19 a fait beaucoup parler du SDG, pour plusieurs raisons :

- Comme la plupart des viroses, la Covid-19 peut jouer le rôle de facteur déclenchant chez une personne comorbide, et donc augmenter la prévalence du SDG.

- La France a eu recours à plusieurs confinements prolongés pour lutter contre la pandémie. Les institutions accueillant des personnes âgées ont interdit les visites, ce qui a été pour beaucoup une rupture sociale brutale. Cette rupture a entraîné des conséquences néfastes importantes en termes de santé mentale, en particulier dans les EHPAD (44–46).

A cette occasion, le syndrome de glissement (qui a d'ailleurs été beaucoup repris dans l'actualité (31)) est devenu un des principaux arguments s'opposant au confinement des personnes âgées (44).

De manière générale, le confinement et le climat d'anxiété liés à cette période ont été responsables d'une détérioration de la santé mentale de la population générale (47).

- Certains auteurs font le parallèle entre SDG et covid long. Ici, le covid long correspond aux manifestations somatiques survenant à distance d'une infection, chez un patient guéri et pas à la persistance d'une virémie comme chez l'immunodéprimé. Ces deux maladies se rejoignent, on y trouve une altération de l'état général secondaire à la Covid-19 et elles ne sont pas

clairement admises par les communautés scientifiques. Menercier (6) évoque d'ailleurs la construction sociale d'une maladie, en réponse à une situation complexe et inconnue, au-delà d'une véritable atteinte objective.

METHODE

Le syndrome de glissement est donc un concept qui reste utilisé à ce jour malgré de nombreuses critiques. Son équivalent anglais le plus proche, le « Failure to thrive », a fait l'objet de plusieurs études mettant en évidence son effet péjoratif sur la prise en charge du patient, notamment aux urgences. Pourtant, il fait partie du quotidien du gériatre qui est fréquemment confronté à des patients adressés pour ce motif, présenté souvent comme une certitude diagnostique.

Le diagnostic de « Syndrome de glissement » viendrait alors supplanter un autre diagnostic étiologique qui aurait pu être proposé après une première évaluation. On y regroupe facilement tous les maux du patient, tant sa définition est imprécise.

Nous nous interrogeons donc sur les effets que l'étiquette « Syndrome de glissement » a véritablement sur le devenir des patients, dans le cadre d'un service hospitalier de gériatrie aiguë. Pour répondre à ces questions, nous avons mis en place une étude analytique des patients admis pour SDG en gériatrie aiguë à Strasbourg.

VI. Etude de la durée d'hospitalisation en service de gériatrie aigue de patients admis pour Syndrome de Glissement comparativement à des patients témoins

A. Objectif

Le SDG est un terme décrié par de nombreux auteurs et son intérêt en pratique courante de gériatrie est remis en question. Les études sur l'impact de l'emploi d'un tel terme sur le devenir du patient sont rares.

Des concepts analogues comme celui du FTT ont fait l'objet d'études rétrospectives à l'étranger, montrant des conséquences péjoratives sur le parcours du patient.

En 2020, Tsui *et al.* ont étudiés le devenir de 60 patients admis pour FTT aux urgences, qu'ils ont comparé à 60 témoins. Ils concluaient que les patients avaient des caractéristiques de départ similaires, mais que les FTT étaient pris en charge plus tardivement et avaient une durée d'hospitalisation plus longue (18,3 vs 10,2 jours). De plus, des différences significatives étaient rapportées entre le diagnostic à l'admission et le diagnostic de sortie, avec seulement 12% de FTT à la sortie. Dans 88% des cas, c'est une pathologie aiguë qui était mise en évidence (36).

Nous émettons l'hypothèse que des résultats similaires seraient observables pour le SDG.

Nous souhaitons mettre en évidence que le terme « syndrome de glissement » constitue un frein à la réflexion diagnostique et est corrélé à un pronostic péjoratif des patients qui y sont associés. Ce terme égarerait le diagnostic en masquant la symptomatologie initiale de l'anamnèse au risque de prolonger le délai de diagnostic et ainsi la durée d'hospitalisation.

Dans cette étude, nous avons évalué :

- Les caractéristiques des patients admis pour SDG en gériatrie.
- La durée d'hospitalisation comparativement à des témoins.
- Les interventions médicamenteuses employées pour traiter le SDG.
- La différence entre le diagnostic d'entrée et de sortie.
- Les caractéristiques du professionnel de santé ayant évoqué le diagnostic de syndrome de glissement en premier lieu.

B. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude clinique de cohorte historique, monocentrique, observationnelle, rétrospective et longitudinale au sein des services du pôle de gériatrie de l'Hôpital Universitaire de Strasbourg (HUS).

C. Population

Nous avons inclus dans cette étude les patients admis pour SDG dans une Unité Fonctionnelle du service de gériatrie aigue des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg du 1^{er} Novembre 2021 jusqu'au 1^{er} mars 2023. Les patients devaient avoir au moins 65 ans.

Le recueil de donnée a eu lieu de janvier à mars 2023.

Les sujets étaient appariés avec des témoins non exposés au syndrome de glissement (T) sur l'âge, le sexe et l'index de Charlson (48) selon un ratio 1 : 4.

Nous les avons répartis dans deux groupes, un groupe exposé au Syndrome de glissement (SDG) et un groupe témoin, non-exposé (T).

1. Critère de jugement

Le critère de jugement principal est la durée d'hospitalisation dans le service de gériatrie aiguë, mesurée du jour de l'admission à la sortie du service (vers un autre service, retour à domicile ou décès).

Les critères de jugement secondaires sont la durée totale d'hospitalisation, le changement de lieu de vie et les décès au cours de l'hospitalisation.

2. Définition des patients

Il existe 3 modes d'admissions dans le service :

- Après une admission aux urgences du CHU de Strasbourg (2 sites : Hôpital d'Haute-pierre et Nouvel Hôpital Civil), le patient est adressé au moyen de questionnaires de demande d'admission au service.
- Depuis le domicile, à la demande du médecin traitant au cours d'un entretien téléphonique au cours duquel un questionnaire de demande d'admission est complété par un gériatre du service.

- Dans de rares cas, une admission est possible depuis un autre service.

Nous définissons les patients exposés au syndrome de glissement comme les patients pour lesquels le syndrome de glissement a été évoqué :

- Par l'infirmier d'accueil ou les médecins urgentistes au terme d'une première évaluation en cas de passage par les Urgences.

- Par le médecin traitant, de manière spontanée, lors du recours téléphonique en cas d'admission par le domicile.

Le terme « syndrome de glissement » devait alors être inscrit dans le dossier ou évoqué à voix haute comme l'un des motifs principaux de recours.

3. Obtention des données

Les données sont recueillies :

- dans le système informatique des HUS à partir du système DxCare®, sur lequel se trouvent les dossiers médicaux informatisés des patients admis. Lors d'un recours aux urgences et lors d'une admission en gériatrie, un questionnaire spécifique est réalisé. Les lettres de sortie, observations médicales, paramédicales et bilans médicamenteux optimisés y sont également présents.

- des informations sont également obtenues en incluant les patients au fil de l'eau lors de leur admission téléphonique en cas de recours depuis le domicile, par l'interrogatoire du médecin traitant, du patient et de son entourage.

Nous avons au préalable demandé l'autorisation du chef de service et recherché la non-opposition du patient à l'utilisation de ses données médicales. Les données collectées ont été anonymisées.

4. Analyses statistiques

1) Analyse descriptive

Les variables quantitatives sont décrites au moyen de la moyenne, en indiquant leur écart-type, et leur médiane.

L'analyse statistique descriptive des variables quantitatives s'est faite en donnant pour chaque variable, les paramètres de position (moyenne, médiane, minimum, maximum, premier et troisième quartiles) ainsi que les paramètres de dispersion (variance, écart-type, étendue, écart interquartile). Le caractère gaussien des données a été testé par le test de Shapiro-Wilk et par des diagrammes quantiles-quantiles.

Le descriptif des variables qualitatives s'est fait en donnant les effectifs et les proportions de chaque modalité dans l'échantillon.

Les représentations graphiques (secteur, diagrammes en barre) sont données en donnant les proportions chiffrées de chaque catégorie.

2) Analyse inférentielle

L'analyse inférentielle s'est faite avec des modèles linéaires et logistiques mixtes afin de prendre en compte l'appariement de chaque patient à 4 témoins selon l'âge et le sexe.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R dans sa version 4.3.1 ainsi qu'avec tous les logiciels requis pour mener à bien les analyses.

5. Données d'intérêt

1) Données démographiques

- Age au moment du recueil des données.
- Sexe.
- Type d'habitation. Nous distinguons les logements individuels, les résidences sénior (résidences autonomes, foyers) et les EHPAD (ou USLD).
- NIP, utilisé pour anonymiser les patients.

2) Données relatives à l'hospitalisation

- Services de gériatrie dans lesquels le patient a séjourné (Gériatrie aiguë, SSR ou les deux).
- Mode d'admission. Les patients étaient soit adressés par les urgences, du domicile ou depuis un autre service.
- Durée d'hospitalisation en gériatrie. Pour un séjour hospitalier unique, on recueillait la durée du séjour en gériatrie aiguë. La durée de séjour total en gériatrie était calculée si l'hospitalisation en court séjour donnait lieu à une admission en SSR directement à la sortie. Seules les durées de séjour des SSR appartenant au Hôpitaux Universitaires de Strasbourg étaient disponibles. Les admissions dans d'autres unités de SSR donnaient lieu à des données manquantes concernant la durée totale de séjour.
- Diagnostic à l'entrée. Nous retenons le ou les diagnostics principaux indiqués dans la case « diagnostic d'entrée » des questionnaires d'admission, remplis en général par l'interne du service après lecture du dossier et examen clinique.
- Diagnostic de sortie : Nous retenons le ou les diagnostics principaux indiqués dans la case « diagnostic de sortie » du courrier de sortie de gériatrie aiguë. Celui-ci était généré au terme

de l'hospitalisation et était adressé au médecin traitant. Seules les pathologies en rapport avec le motif d'admission étaient retenues. Les conclusions d'un séjour en SSR éventuel n'étaient pas prises en compte.

3) Comorbidités

- Indice de Charlson. C'est un score utilisé pour donner une estimation chiffrée de l'impact des comorbidités sur la mortalité (48). Il a principalement été étudié en oncologie et néphrologie. Il a été calculé à partir des antécédents notés dans le courrier de sortie. Les conclusions de l'hospitalisation ne rentraient pas en compte dans le calcul (à l'exception du diagnostic de démence) afin d'obtenir un indice de Charlson « a priori » de l'hospitalisation. L'item « démence » était retenu dès lors qu'il existait des troubles cognitifs majeurs au terme de l'hospitalisation en gériatrie, indépendamment de l'impact sur l'autonomie.

- Antécédents cardiovasculaires.

- Statut Covid à l'admission. Les patients étaient systématiquement testés par PCR ou tests antigéniques avant l'admission, le dernier frottis disponible était retenu.

- Altération de l'état général. Elle pouvait être décrite comme tel dans l'examen clinique d'entrée ou comme motif d'entrée. Elle devait comprendre au moins 2 items parmi : une anorexie, une asthénie et un amaigrissement.

- Escarres avec son stade. Si présentes à l'examen d'admission.

- Troubles cognitifs. Un MMSE < 25 faisait retenir le diagnostic de troubles cognitifs majeurs. Dans le cas où un MMSE réalisé en SSR était disponible, c'est celui-ci qui était privilégié car probablement plus fiable en raison de sa distance de l'épisode aigu.

Le diagnostic de trouble cognitif était recherché dans les dossiers, de préférence dans les conclusions du SSR ou de l'HDJ mémoire le cas échéant.

4) Traitements

- Traitement à l'admission. Etaient comptabilisées les molécules différentes, quel que soit le nombre de prise, la posologie, la fréquence de prise ou la voie d'administration. Les compléments alimentaires, les phytothérapies et homéopathies n'étaient pas comptabilisés. Les traitements en « si besoin » et l'automédication étaient comptés. Dans les associations de plusieurs principes actifs, chaque molécule était comptée séparément.

Des bilans médicamenteux optimisés étaient fréquemment réalisés par les pharmaciens et privilégiés pour le décompte des médicaments.

- Modifications thérapeutiques. On notait les modifications significatives et en rapport avec les diagnostics d'admission et final. Celles-ci étaient renseignées en conclusion des courriers de sortie ou dans les mots d'évolution.

5) Etat général

- Statut nutritionnel. Il était recherché dans l'évaluation nutritionnelle systématique, réalisée par une nutritionniste du service. On notait également l'albuminémie et l'IMC à l'admission.

- Autonomie à l'admission. Une estimation des ADL avant l'admission était systématique dans le courrier d'admission. Le score ADL utilisé au CHU de Strasbourg diffère sur certains points de l'ADL de Katz. Nous étions donc obligés de calculer à nouveau un ADL de Katz à partir des informations contenues dans les dossiers. Les items toilette et hygiène corporelle étaient assimilés si l'information n'était pas disponible par ailleurs, notamment dans les transmissions de l'équipe soignante.

Pour l'IADL, l'évaluation était le plus souvent différée et donc rarement disponible en court séjour. Elle se basait sur un entretien avec l'ergothérapeute du service, lequel n'était pas systématique.

La présence d'aides humaines à domicile avant l'hospitalisation et d'une aide technique pour la marche était notée. Le fait que la personne réside seule à domicile également. Une personne résidant en EHPAD n'était pas considérée comme seule.

6) Devenir

- Mortalité. Les décès pendant l'hospitalisation en gériatrie (court séjour et SSR) étaient consignés.

- Changement de lieu de vie. Les EHPAD et USLD étaient regroupées car de finalités similaires, le résidant étant généralement dépendant.

7) Origine du terme syndrome de glissement

- Personnel adressant. On s'efforçait de retrouver le médecin ou personnel de santé ayant introduit le premier la notion de syndrome de glissement dans le dossier. Dans le cas où le SDG était le diagnostic pour lequel il était adressé et sans autre précision, on retenait le médecin traitant.

- Lieu d'exercice du médecin adressant. Etaient distinguées les installations en milieu urbain et rural. Les zones urbaines étaient : Strasbourg, Haguenau, Illkirch, Schiltigheim, Lingolsheim, Sélestat, Bischheim soit des villes de plus de 15 000 habitants dans le département du Bas Rhin.

RESULTATS

VII. Résultats

A. Recrutement des cas

Nous avons inclus 33 patients admis en gériatrie aiguë pour syndrome de glissement dans notre étude sur la période du 1^{er} Novembre 2021 jusqu'au 1^{er} mars 2023. Parmi eux, 30 ont été identifiés par recueil d'une demande d'hospitalisation téléphonique, le plus souvent par le médecin traitant. En complément, une recherche du terme « Syndrome de glissement » dans les questionnaires d'admission aux urgences a été réalisée permettant de trouver 10 patients supplémentaires. Parmi ceux-ci, 5 patients étaient déjà identifiés et les redondances ont été supprimées. Deux dossiers ont finalement été exclus après lecture des dossiers, un patient n'ayant finalement jamais été hospitalisé en gériatrie aiguë et un autre étant décédé le jour même de son admission, laissant un nombre de données manquantes trop important.

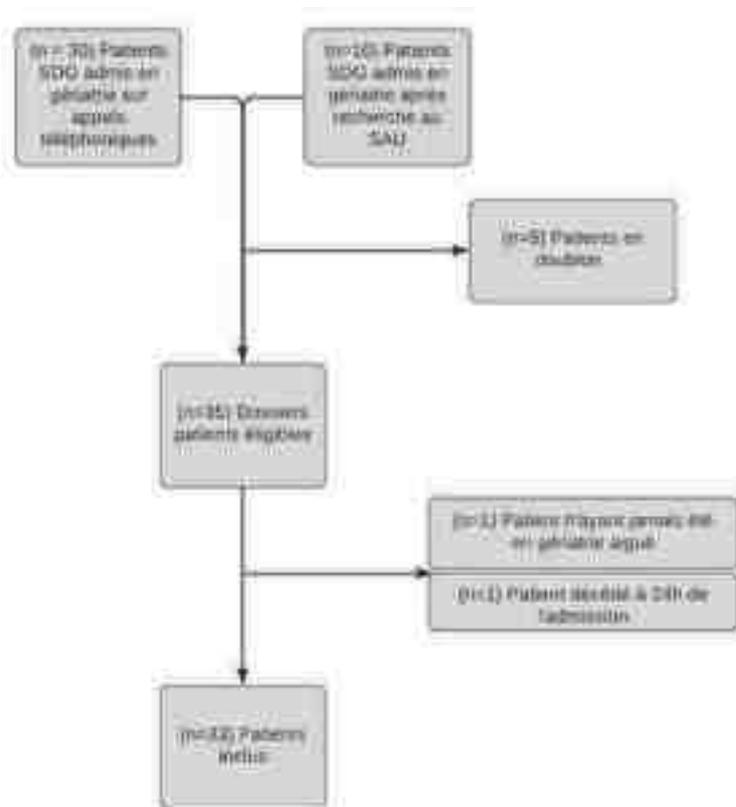


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude.

B. Caractéristiques de la population

Variable	Résultats
Age, années, (écart-type)	Moyenne = 82.82 (70-93)
Sexe	Femme = 75,76% Homme = 25,24%
Logement	Domicile individuel = 84,85% EHPAD = 12,12% Résidence Senior = 3,03%
Mode de vie	Seul à domicile 51,5% Aides humaines - Total des patients ayant une aide humaine 66,67% (22/33) - Famille seule 33,33% - IDE à domicile 48,48% - Auxiliaire de vie 33,33% - Aide-ménagère 24,24%
Score de Charlson (écart-type)	Moyenne = 7,79 (4-13)
Antécédents cardiovasculaires	Au moins 1 antécédent : 90,90% HTA 78,79% Diabète 48,48% ACFA 39,39% Insuffisance cardiaque 39,39% Trouble du rythme 18,18% MTEV 18,18% IDM 9,09% ACR 3,03%
Antécédents respiratoires	Asthme 12,12% SAOS 18,18% BPCO 9,09% HTAP 3,03%
Antécédents neurologiques	AVC 27,27% Epilepsie 9,09% Syndrome Parkinsonien 6,06% Polyneuropathie 6,06% Cérébellite 3,03%
Antécédents oncologiques	Cancer du sein 6,06% Cancer cutané 6,06% Cancer de prostate 3,03% Cancer de l'endomètre 3,03%
Antécédents psychiatriques	Au moins 1 antécédent : 39,39% Dépression 18,18% Addiction alcoolique 15,15% Bipolarité 3,03%

	Psychose 3,03%
Antécédents locomoteurs	PTH 18,18% PTG 9,09% Sciatique 9,09% Rhumatisme microcristallin 18,18% Rhumatisme inflammatoire 12,12% Arthrose 15,15%
Antécédents néphrologiques	Pas d'IRC 73% IRC stade III 15% IRC stade IV 6% IRC stade V 6%

Tableau 1 : Caractéristiques des patients admis pour SDG

C. Parcours de soin

Variable	Résultat
Services de soin	Gériatrie aiguë 100% SSR 27,27%
Médecin adressant (nombre/nombre total de données recueillies)	Médecin généraliste 87,88% - Urbain 72,4 % (21/29) - Rural 27,6% (8/29) Autre spécialité 12,12%
Mode d'admission	SAU 51,5% Domicile 45,45% Autre service 3,03%
Durée d'hospitalisation (écart- type)	En gériatrie aiguë : Moyenne = 16,46 jours (4-72) Médiane = 15 jours En gériatrie au total : Moyenne = 30,65 jours (4-100) Médiane = 19 jours
Mode de sortie	Décès 12,12% Entrée en institution 50,59% Retour à domicile 37,29%

Tableau 2 : Caractéristiques du parcours de soins des patients admis pour SDG

D. Evolution en gériatrie

1. Evaluation gériatrique standardisée

Variable	Résultat
Examen d'entrée	AEG 57,58% Escarre 12,12% (4/33) - 1/33 stade II, 1/33 stade III, 1/33 stade IV, 1/33 stade manquant Covid 6,06% (2/33)
Statut cognitif	Troubles cognitifs majeurs 84,85% (28/33) - Léger (MMSE 21-30) : 21,4% (6/28) - Modéré (MMSE 11-20) : 53,6% (15/28) - Sévère (MMSE < 11 ou infaisable) : 25% (7/28)
Nutrition	Pas de dénutrition 30,3% Dénutrition modérée 36,36% Dénutrition sévère 33,33% Albuminémie (g/l) 35,18 +/-5,2 [33,33 - 37,03] IMC (kg/m ²) 24,48 +/- 6,72 [22,02 - 26,95]
Autonomie	ADL Moyenne = 3,47 (0-6) Médiane = 4 IADL (Données manquantes 18/33) Moyenne = 2,53 (0-6) Médiane = 2 Déplacement - Autonome 30,3% (10/33) - Aide partielle 51,52% (17/33) - Aide complète 18,18% (6/33) Continence - Aucune aide 39,39% (13/33)

Tableau 3 : Caractéristiques des patients admis pour SDG au cours d'une évaluation gériatrique

2. Motifs d'admission

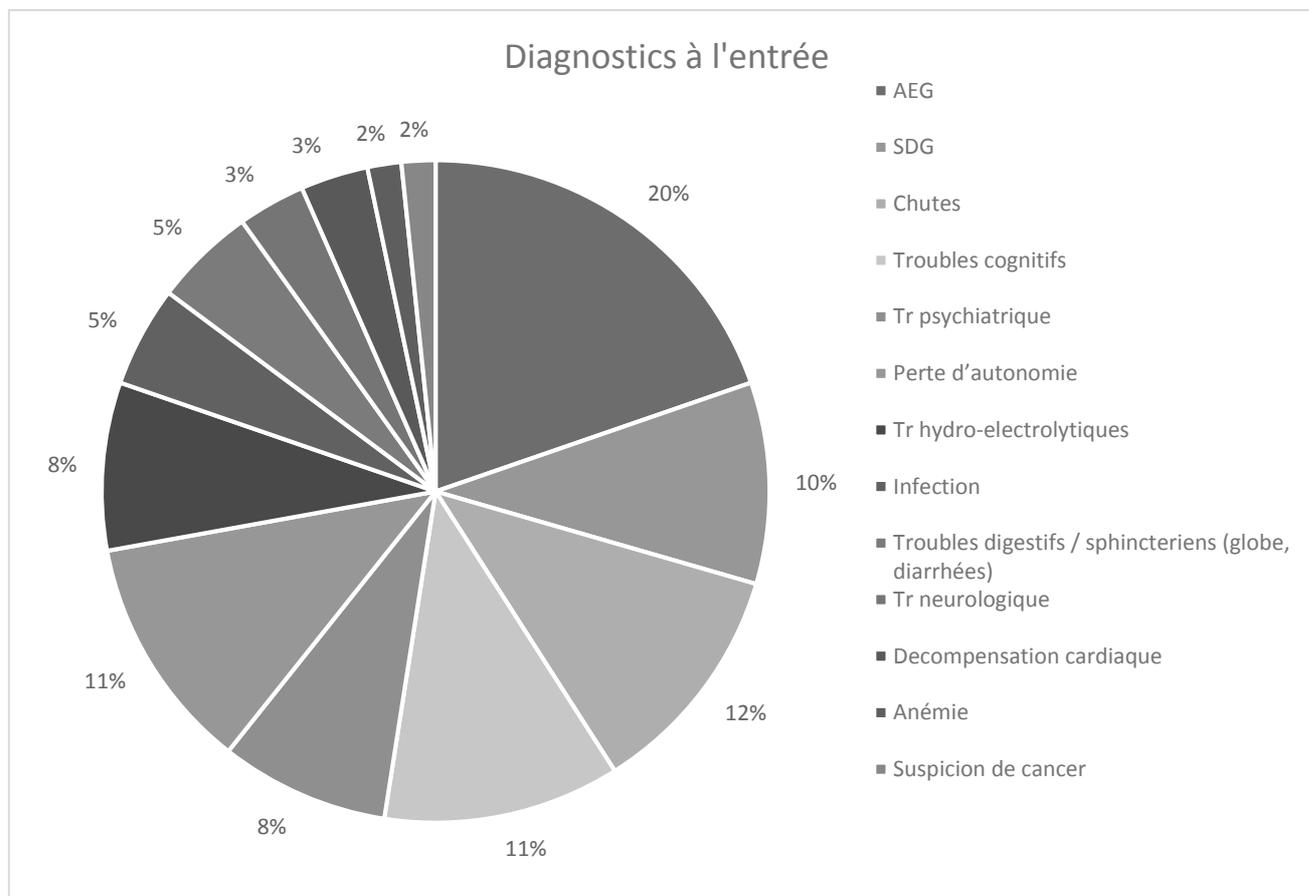


Figure 2 : Représentation graphique des diagnostics à l'entrée des patients admis pour SDG

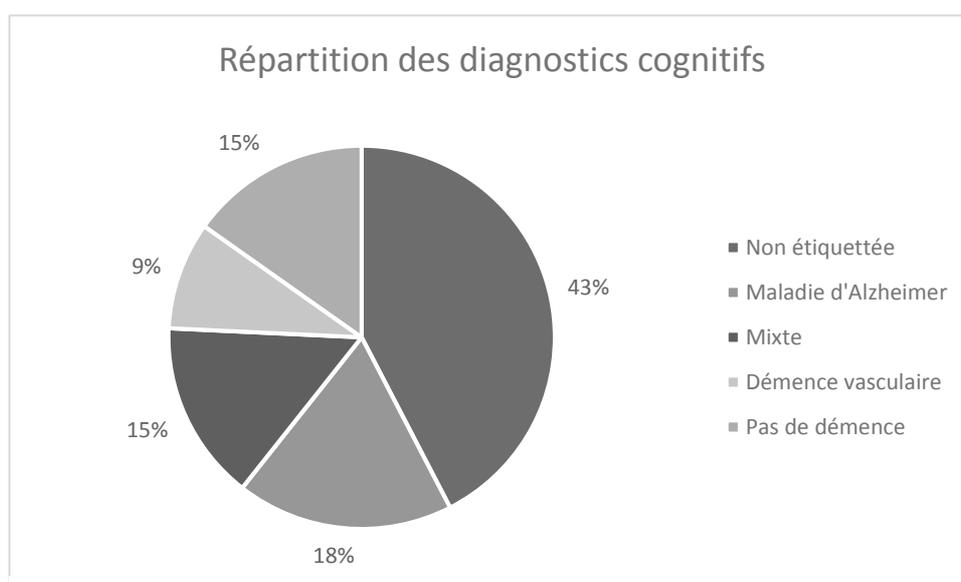


Figure 3 : Représentation graphique des diagnostics cognitifs des patients admis pour SDG

3. Diagnostics de sortie

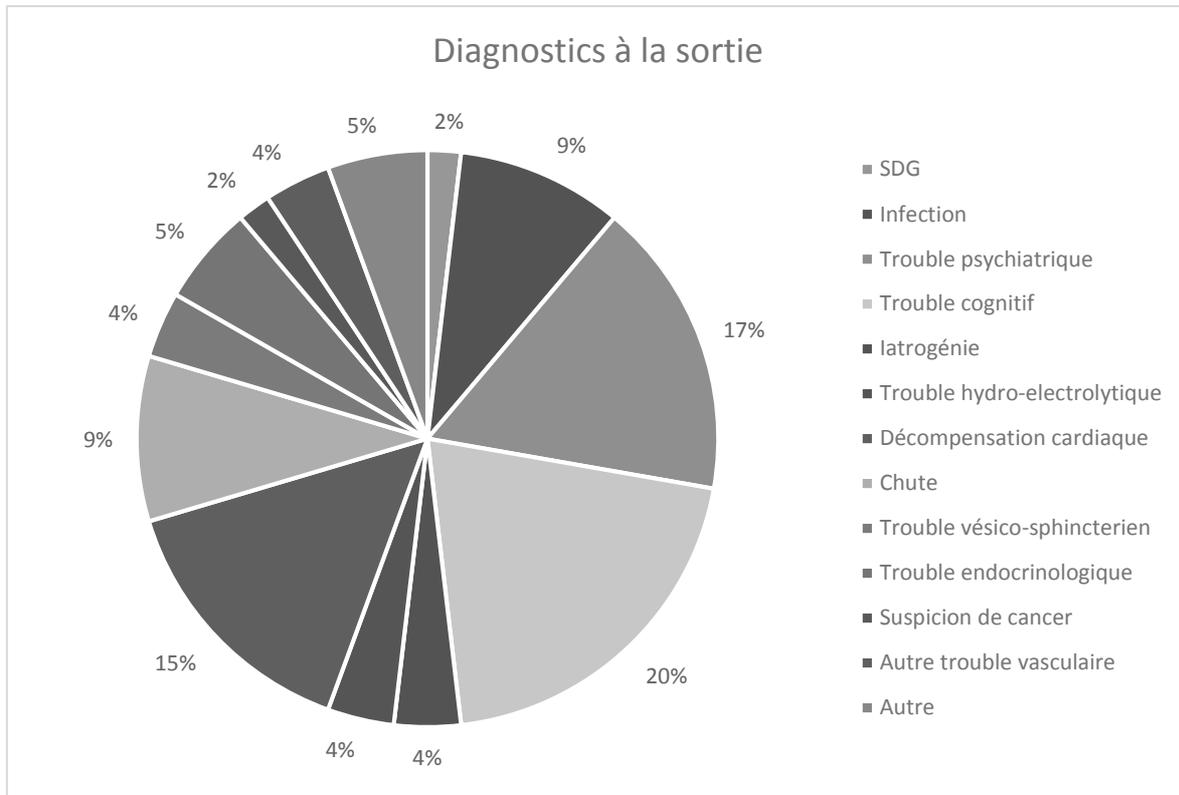


Figure 4 : Représentation graphique des diagnostics à la sortie des patients admis pour SDG

E. Traitements

1. Traitements habituels

Variable	Résultat
Traitements	Nombre de traitements à l'entrée : Moyenne = 9,79 (3-18) Médiane = 9
	Traitements cardiovasculaires : - Au moins 1 traitement 84,84% - Anticoagulant 33,33% - Antiagrégant 30,30% - Béta-bloquant 45,45% - IEC et/ou ARA II 39,39% - Diurétique de l'anse 27,27% - Diurétique thiazidique 21,21% - Inhibiteur calcique 33,33% - Statine 18,18% - Antiarythmique 9,09%
	Traitements neuroleptiques : - Benzodiazépine : 45,45% - Antipsychotique : 21,21% (7/33) ; Risperidone 71,4% (5/7) - Antidépresseur : 36,36% - Mémantine : 9,09% - Antalgique morphinique 9,09%

Tableau 4 : Caractéristiques des traitements des patients admis pour SDG

2. Traitements médicamenteux du syndrome de glissement

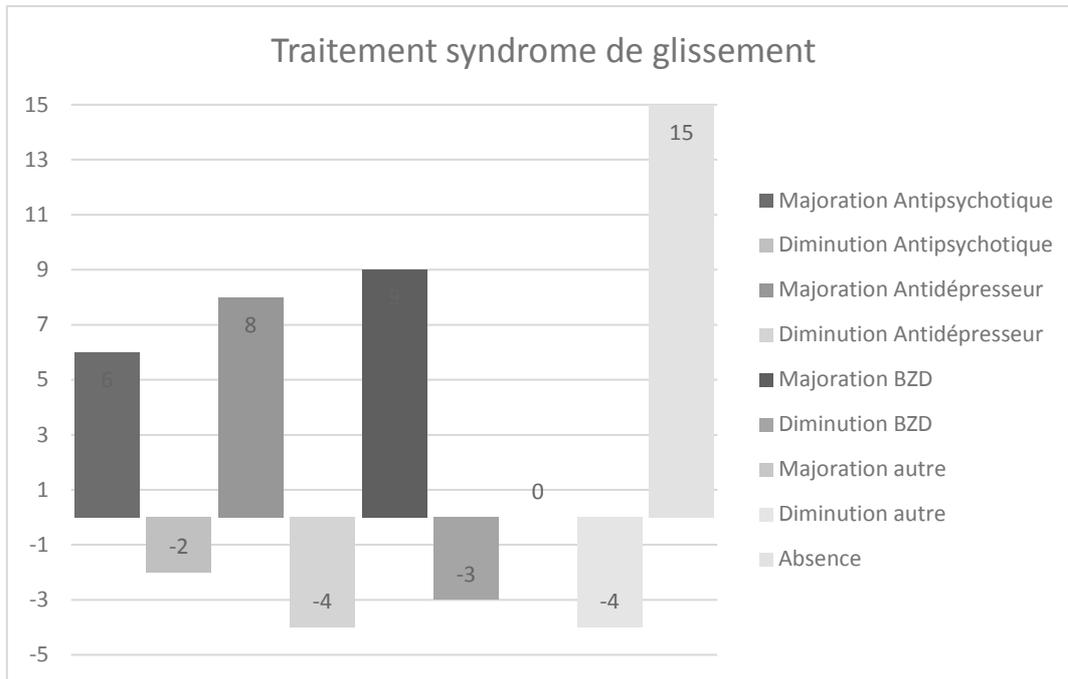


Figure 5 : Représentation des modifications thérapeutiques visant à traiter le syndrome de glissement

3. Traitements neuroleptiques en gériatrie dans le syndrome de glissement

1) Antidépresseurs

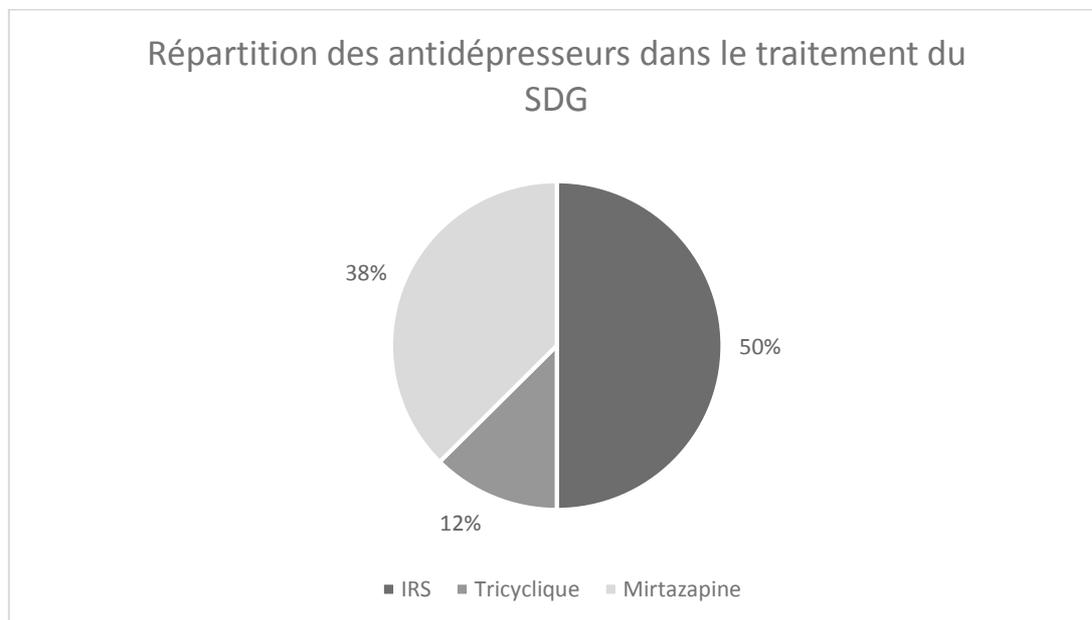


Figure 6 : Répartition des antidépresseurs dans le traitement des patients admis pour SDG

2) Antipsychotiques

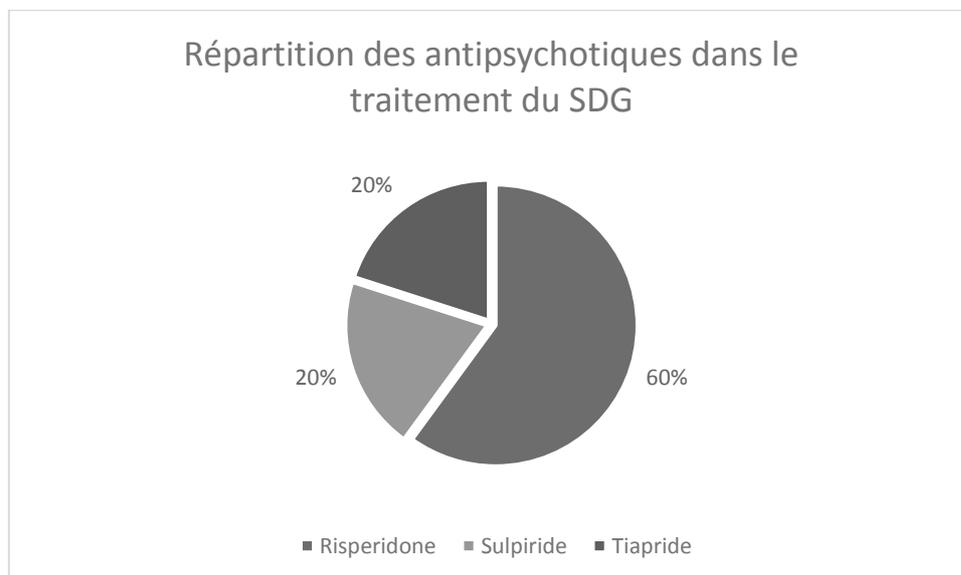


Figure 7 : Répartition des antipsychotiques dans le traitement des patients admis pour SDG

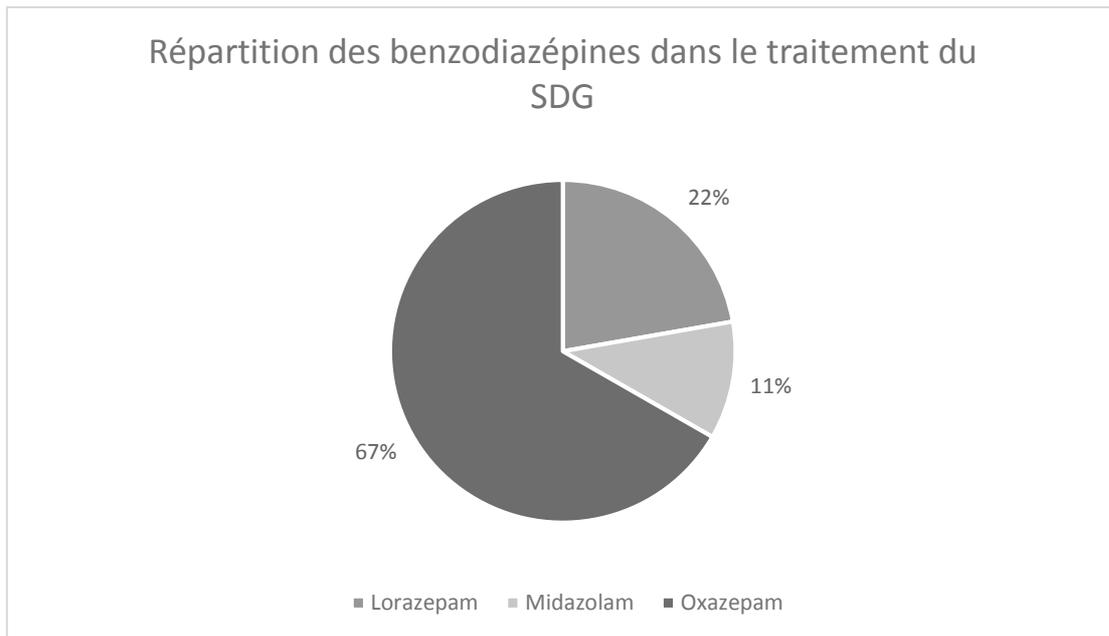
3) Benzodiazépines

Figure 8 : Répartition des benzodiazépines dans le traitement des patients admis pour SDG

4. Autres modifications thérapeutiques en gériatrie

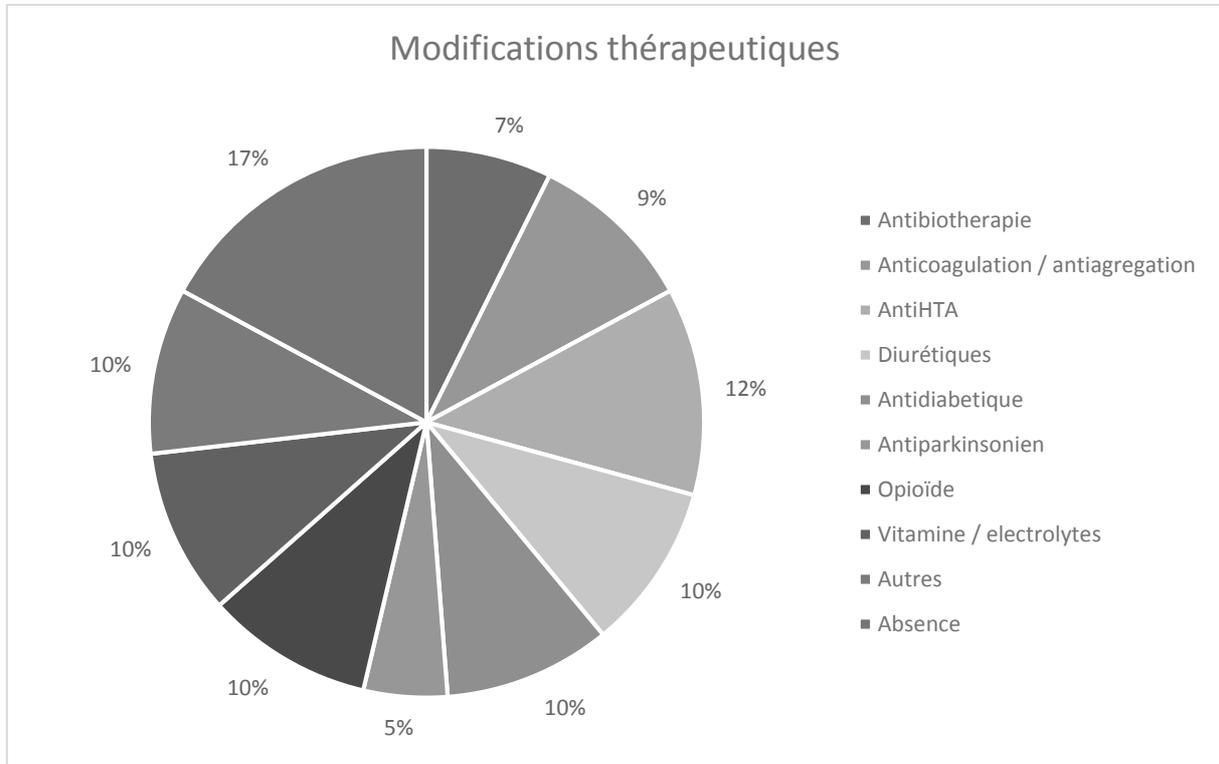


Figure 9 : Répartition des traitement non neuroleptiques chez les patients admis pour SDG

F. Etude analytique

1. Durée de séjour en gériatrie

1) En gériatrie aiguë

La durée moyenne de séjour de l'ensemble des patients admis en gériatrie aiguë était de 16,459 ± 12,673 jours. Pour les patients sans SDG (témoins), la durée moyenne en gériatrie aiguë est de 16,032 ± 12,792 jours. Les patients avec un SDG avaient une durée de séjour augmentée de 0,437 [-5,152 ; 6,025] jours comparativement aux témoins, non significativement ($p = 0,979$).

2) Au total

Concernant la durée de séjour totale en gériatrie, comprenant le court séjour et un éventuel séjour en SSR, la durée moyenne était de 30,645 ± 24,376 jours. Pour les patients sans SDG, la durée moyenne en gériatrie au total est de 23,696 ± 23,178 jours. Celle-ci est plus longue de 6,950 [-3,946 ; 17,845] jours pour les patients avec SDG, non significativement ($p = 0,272$).

2. Décès

Les patients avec SDG décédaient dans 12,12% des cas, comparativement, les témoins avaient un risque de décéder de 16,78%.

Les patients avec un SDG ont 0,722 [0,195 ; 2,677] fois plus de risque de décéder comparativement à leurs témoins. Cette différence est non significative ($p = 0,581$).

3. Changement de lieu de vie

Les patients avec SDG ont un risque d'entrer en institution de 50,59%, là où les témoins ont un risque d'institutionnalisation de 15,65% au décours de l'hospitalisation.

Les patients avec un SDG admis en gériatrie aiguë avaient un risque 3,233 [1,210 ; 8,642] fois supérieur d'être amenés à changer de lieu de vie au décours de l'hospitalisation comparativement à leurs témoins, significativement ($p = 0,009$).

VIII. Discussion

A. Caractéristiques des populations

1. Age

L'âge moyen des patients inclus était de 82,8 ans. Ces données sont compatibles avec la littérature sur le sujet, quoi que dans la fourchette basse, l'âge moyen des patients adressés pour syndrome de glissement se situant autour de 83 à 88 ans (10–12).

Les patients inclus devaient avoir plus de 65 ans, ce qui est toujours le cas en gériatrie aiguë. Cette limite d'âge correspond le plus souvent à la limite la plus basse à partir de laquelle on peut parler de patient d'âge gériatrique. Elle a été choisie afin de ne pas exclure des patients atteints de syndrome de glissement moins âgés.

L'éventuelle existence d'un syndrome de glissement avant l'âge gériatrique dépasse le cadre de cette thèse.

2. Sexe

Comme attendu, notre population était représentée majoritairement par des femmes avec un ratio de 3 femmes pour un homme, soit 75,8% de femmes. Ici aussi, ces données sont cohérentes avec la littérature qui retrouve que le syndrome de glissement touche dans 70 à 80% des femmes.

3. Mode de vie

Dans la grande majorité des cas, les patients étaient issus d'un domicile individuel (84,8%). Les résidents en EHPAD comptaient pour 12,1% des patients inclus. Les 3% restants vivaient en résidence sénior. Une majorité de patients vivait seule à domicile.

On obtient ici un nombre légèrement plus important de patients vivant en domicile individuel qu'observé dans d'autres études. En particulier, M. Dubois retrouvait une proportion de patients venant du domicile de 58,3% (4). C. Herry avait dans sa thèse 76% de patients ressortissant du domicile porteur d'un syndrome de glissement (3).

Cela peut s'expliquer en partie par le mode de recrutement des cas. L'inclusion des patients étant pour beaucoup basée sur un mode déclaratif lors des entretiens téléphoniques avec les médecins traitants, il se peut qu'il existe un biais de sélection vis-à-vis de patients provenant du domicile. En temps normal, la majorité des patients admis en gériatrie aiguë est issue des urgences ce qui n'est pas le cas pour les cas recrutés dans cette étude. Les dossiers de patients avec SDG issus d'autre lieu de vie passaient probablement plus souvent par les urgences et avaient donc moins de chance d'être identifiés lors du recrutement. Ils sont donc moins représentés.

Par ailleurs, la proportion de patient vivant seul a peu été étudiée.

4. Comorbidités

Les patients admis pour syndrome de glissement dans cette étude étaient très comorbides avec un index de Charlson moyen à 7,79 et allant de 4 à 13. Pour exemple, un score ≥ 5 est associé avec une mortalité à un an de 85% (48).

Ces chiffres confirment que nous sommes face à une population présentant de multiples maladies chroniques impactant lourdement le devenir.

L'indice de Charlson a peu été utilisé dans les études parlant du syndrome de glissement, la plupart utilisait le nombre de comorbidités comme indicateur de polypathologie. Nous avons choisi d'utiliser le Charlson, plus représentatif, celui-ci étant un score validé et corrélé à la mortalité. La comparaison des résultats obtenus avec d'autres études est en revanche difficile.

Les autres comorbidités sont, elles aussi, nombreuses avec notamment une grande prévalence de patient présentant des antécédents cardiovasculaires.

L'hypertension artérielle en particulier était très présente et touchait plus de 3 patients sur 4, tandis que le diabète concernait près d'un patient sur deux.

Concernant les antécédents psychiatriques, leur prévalence était élevée puisqu'ils concernaient près de 40% des patients inclus. La dépression en particulier, souvent difficile à discerner du syndrome de glissement, était un antécédent connu chez 18% des patients. Ces chiffres se rapprochent de ceux observés dans d'autres études (16,7% d'antécédent dépressif chez M. Dubois (4) ; 18,9% chez C. Herry (3) ; 14,3% chez A. Chahwakillian et al.(14)). Par ailleurs, dans la littérature, la distinction entre les antécédents de dépression, une dépression actuelle ou un syndrome dépressif n'est que rarement faite.

Au total, les patients inclus avec syndrome de glissement étaient porteurs de comorbidités nombreuses, impactant leur devenir à moyen terme. On discerne donc des situations médicales complexes où les nombreuses comorbidités font craindre une décompensation subite d'organe.

B. Parcours de soin

Dans la majorité des cas (87,9%), le diagnostic de syndrome de glissement était posé par le médecin traitant, la plupart du temps depuis des consultations en contexte urbain (provenant d'une ville de plus de 30 000 habitants).

Dans la moitié des cas, les patients étaient adressés dans les suites d'un passage par les urgences.

1. Durée de séjour

1) En aigue

La durée moyenne de séjour en gériatrie aiguë des SDG était de 16,5 jours, avec une médiane de 15 jours (pour s'affranchir des durées de séjours extrêmes).

Au décours de l'analyse inférentielle, les patients avec SDG n'étaient pas hospitalisés significativement plus longtemps que leurs témoins. Ces constatations s'opposent à l'hypothèse principale selon laquelle ces patients avaient des durées d'hospitalisation prolongées du fait de l'absence d'orientation initiale valable.

Cette différence peut s'expliquer de plusieurs façons :

- ce délais de réorientation du diagnostic n'existe pas, le patient pris en charge par des gériatres ne croyant pas au SDG, celui-ci est d'emblée écarté pour chercher une autre cause aux symptômes.
- l'étiquette de SDG indique une situation organique comme les autres, laquelle n'est simplement pas nommée initialement mais dont la prise en charge est adéquate.
- la différence de prise en charge est trop faible pour être mise en évidence par un critère comme celui de la durée de séjour.
- il est possible que nous manquions de puissance pour montrer une différence significative entre les deux groupes.

2) Au total en gériatrie

Si l'on prend en compte la durée totale d'hospitalisation des patients SDG, la moyenne est de 30,6 jours mais les extrêmes se font plus importants avec des durées allant jusqu'à 100 jours. La médiane passe alors à 19 jours d'hospitalisation ce qui permet de diminuer l'impact des durées de séjour les plus extrêmes.

Ces chiffres semblent plus élevés que ceux de la littérature où l'on constate une moyenne de 18,1 jours d'hospitalisation pour des patients admis pour syndrome de glissement chez M. Dubois (4) et sont comparables aux résultats de C. Herry (3) qui trouvait une moyenne de 28 jours et une médiane de 24 jours.

Pour des patients avec « failure to thrive », Tsui *et al.* retrouvaient des durées moyennes d'hospitalisation de 18,3 jours, tous services confondus (36).

Ces chiffres illustrent à nouveau le fait que ces patients sont très comorbides et présentent des problématiques complexes nécessitant des durées d'hospitalisation prolongées. On peut s'interroger sur la nécessité de démarches sociales longues, notamment pour les séjours les plus prolongés. Comme vu ultérieurement, les institutionnalisations sont fréquentes et prolongent souvent les hospitalisations.

Après analyse multivariée, les patients avec SDG n'étaient pas hospitalisés significativement plus longtemps que les autres. Ce constat va dans le même sens que celui fait plus haut sur la durée de séjour en gériatrie aiguë mais contraste ici avec l'étude de Tsui *et al.* (36) qui trouvaient une augmentation des durées d'hospitalisation en gériatrie de 8,1 jours, significativement, pour les patients admis avec un FTT, équivalent au SDG.

2. Devenir

1) Décès

Pour les patients avec SDG, on constate un décès dans 12,1% des cas lors de l'hospitalisation, ce qui est comparable aux autres études portant sur des patients similaires. On observait 16,7% de décès chez C. Herry (3).

Au total, le taux de mortalité des patients hospitalisés en gériatrie pour syndrome de glissement était inférieur aux témoins, avec un risque relatif de décès de 0,722 [0,195 ; 2,677] des SDG comparativement à leurs témoins, non significativement ($p=0,581$).

La mortalité est très inférieure à celle rapportée par certains auteurs, avançant que le SDG a un pronostic très sombre avec près de 90% de décès à 1 mois. Ce constat avait déjà été fait dans d'autres études et plaide pour le manque de fiabilité de ce critère. Les patients sont donc soit moins graves qu'avancé dans la définition « classique » du SDG ou bien leur diagnostic de syndrome de glissement initial n'est pas fondé.

Le fait que la balance penche dans le sens du SDG comme facteur protecteur est surprenant, ces patients étant très fragiles comme expliqués plusieurs fois. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les pathologies qui les précipitent en hospitalisation sont moins sévères que leurs témoins. Une autre hypothèse serait que la part organique de la pathologie n'est pas aussi importante qu'initialement envisagée.

2) Sortie d'hospitalisation

Au décours du séjour en hospitalisation, qu'ils aient été admis en rééducation ou non, un grand nombre des patients avec SDG était amené à changer de domicile au profit d'une entrée en institution. En effet, 50,6% des patients, soit plus de la moitié des survivants, étaient admis en EHPAD ou en USLD. Le reste des patient, 37,3%, rentrait au domicile, le plus souvent avec une majoration des aides.

Comparativement à leurs témoins, les patients avec un SDG avaient 3,233 [1,210 ; 8,642] fois plus de risque de changer de lieu de vie, et ce, de manière significative ($p=0,009$).

On peut interpréter ce chiffre comme dû à une perte d'autonomie importante au moment de l'hospitalisation pour SDG mais aussi comme témoin de la fragilité de la situation antérieure à

domicile. Ces hospitalisations sont alors des tournants dans la vie de nombreux patients, dont plus de la moitié ne rentre pas à domicile. En cela, le syndrome de glissement nous alerte sur une situation particulièrement précaire à domicile compte tenu de l'autonomie du malade.

3. Evaluation gériatrique du syndrome de glissement

En plus de comorbidités nombreuses, impactant le diagnostic, une évaluation gériatrique standardisée révélait un grand nombre de syndrome gériatrique.

1) Nutrition

Au cours de l'hospitalisation, une évaluation nutritionnelle était faite par les diététiciennes du service. Celle-ci comprenait une évaluation de l'albumine, de l'IMC ainsi que des critères de perte de poids récente et d'ingestats.

Dans une majorité des cas (70%), les patients admis pour SDG étaient dénutris. Pour 33% d'entre eux, cette dénutrition était sévère.

Ces constatations contrastent avec la relative normalité de l'albuminémie moyenne, à 35,2 g/l, plus élevée que dans d'autre études, à 29,8 chez M. Dubois (4).

L'IMC était également peu affecté, en moyenne à 24,5 kg/m².

Il en découle que la dénutrition sévère chez ces patients est vraisemblablement consécutive à une perte de poids récente ou à une prise alimentaire faible.

L'anorexie et la perte de poids sont classiquement décrites dans le syndrome de glissement et il n'est donc pas étonnant de constater que ces patients soient souvent dénutris.

2) Cognition

La grande majorité des patients concernés a des troubles neurocognitifs (84,85%) dont ¾ sont modérés ou sévères, le plus souvent non étiquetés. Ces troubles viennent aggraver

l'indépendance fonctionnelle à domicile et peuvent participer à expliquer le grand nombre d'entrées en EHPAD. Dans la moitié des cas, le diagnostic n'est pas explicité dans les dossiers de patients. Dans la plupart des cas, cela s'explique par des troubles cognitifs de stade déjà avancé et donc d'évaluation difficile. Cela peut témoigner d'un manque de dépistage précoce des troubles cognitifs.

Les décompensations de troubles cognitifs sont de plus des motifs fréquents d'admission et constituent même le premier diagnostic retrouvé au terme de l'hospitalisation pour syndrome de glissement. Il est vraisemblable que ces situations sont si fréquentes par manque d'anticipation de la prise en charge de troubles cognitifs pourtant chroniques. Les patients finissent donc par se dégrader et le maintien à domicile devient impossible, conduisant à leur hospitalisation puis leur entrée en institution.

La place de la confusion dans les diagnostics retranscrits dans les dossiers n'est pas claire. Il est difficile d'y distinguer clairement confusion et aggravation de troubles cognitifs chroniques. La place réelle de la progression de démence est peut-être surestimée et les troubles observés lors de l'hospitalisation pourraient dans certains cas être réversibles.

Parmi les patients ayant dû changer de domicile, 85% avaient des troubles cognitifs majeurs, le plus souvent de stade modéré. Ce sont donc probablement ces troubles cognitifs et leur retentissement sur l'autonomie qui conduisent à la nécessité d'une entrée en EHPAD.

3) Autonomie

a. ADL/IADL

Les patients faisaient systématiquement l'objet d'une évaluation de leur autonomie au moyen de l'échelle ADL lors de l'admission. Dans certains cas, cette évaluation était complétée par l'échelle IADL, réalisée par l'ergothérapeute du service.

L'échelle ADL était faite à l'admission et pouvait donc varier après un séjour en hospitalisation. L'ADL moyen était de 3,47 ce qui se rapproche des 3,3 observés en 2005 chez M. Dubois (4). Cet ADL va en faveur d'une perte d'autonomie significative mais modérée (49).

L'IADL n'était faite que dans 45% des cas, le plus souvent chez des patients ayant un bon résultat aux ADL et nécessitant une analyse plus précise de leur autonomie. En moyenne, l'IADL était à 2,53, sensiblement plus bas que les 3,6 observés chez C. Herry (3). Un IADL abaissé comme celui-ci laisse présager des difficultés de maintien à domicile sans aide même chez les patients les plus autonomes au premier abord.

b. Déplacement

Dans 70% des cas, les patients étaient dépendants d'une aide dans leurs déplacements, le plus souvent partielle. De plus, 18,2 % nécessitaient une aide complète pour leur déplacement. Il s'agit là aussi d'un marqueur de la perte d'indépendance fonctionnelle de ces patients.

Nous n'avons pas différencié ici les différents types d'aides techniques.

4) Continence

Moins de la moitié des patients (39,4%) étaient continents.

Les troubles vésico-sphinctériens sont communs dans cette population et sont souvent décrits dans le syndrome de glissement. La perte d'autonomie dans les déplacements, en particulier en hospitalisation, est un facteur d'aggravation de la perte de l'indépendance fonctionnelle dans ces situations. L'utilisation abusive de protection chez des patients préalablement continents est elle aussi responsable d'une incontinence iatrogène pouvant artificiellement majorer ces chiffres (50).

C. Traitements et syndrome de glissement

1. Traitements habituels

Comme attendus pour des patients avec autant de comorbidités, les patients inclus étaient pour la majorité polymédiqués. En moyenne, un patient admis pour syndrome de glissement avait 9,79 traitements sur son ordonnance de base, sans compter les éventuelles homéopathies ou phytothérapies. Certains patients prenaient jusqu'à 18 molécules différentes de manière régulière et aucun patient ne prenait moins de 3 traitements par jour.

Comparativement à d'autres études comme chez M. Dubois (4) où le nombre moyen de traitement était de 7,2 par patient, nos résultats sont plus élevés. Nous ignorons toutefois la façon exacte dont les médicaments ont été comptabilisés dans ce travail.

Une telle polymédication est associée à un risque d'iatrogénie et d'interactions médicamenteuses important, d'autant plus que des traitements à risque comme des anticoagulants sont souvent utilisés.

Les benzodiazépines sont fréquemment utilisées, on les trouve dans 45,4% des cas sur l'ordonnance des patients inclus, le plus souvent de prise quotidienne et prescrits au long cours. Il est pourtant recommandé par l'HAS de ne pas les utiliser plus de 12 semaines (51) et une poursuite au-delà de ce délai correspond à un mésusage, fréquent chez la personne âgée.

2. Traitement médicamenteux du syndrome de glissement

Le traitement du SDG n'est pas codifié et repose le plus souvent sur un traitement symptomatique et l'utilisation de médicaments neuroleptiques. Ces derniers ont été utilisés dans une majorité des cas (54,5%).

1) Benzodiazépines

Leur emploi avant l'hospitalisation était déjà fréquent. C'est le premier traitement à être essayé dans le SDG et il est majoré ici chez 9 patients. Dans la plupart des cas ce sont des benzodiazépines à courte durée d'action qui sont utilisées et principalement l'oxazépam. Le lorazépam et le midazolam sont parfois utilisés mais plus rarement. Ces constatations vont dans le sens des recommandations de bonnes pratiques de préférer l'utilisation des molécules à demi-vies les plus courtes possibles.

Chez 3 patients, le traitement en benzodiazépine est allégé, souvent pour un relais par une autre benzodiazépine.

2) Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont vantés par certains auteurs comme le traitement « étiologique » du syndrome de glissement et sont donc souvent employés. Ils sont introduits ou majorés chez 8 patients avec une majorité d'utilisation des IRS. La Mirtazapine est également utilisée, en seconde position ici. Les antidépresseurs tricycliques sont moins prescrits, principalement en raison de leurs potentiels effets secondaires anticholinergiques rendant leur utilisation chez la personne âgée plus difficile.

3) Antipsychotiques

Les antipsychotiques étaient utilisés chez 6 patients afin de traiter les manifestations productives associées aux troubles cognitifs. Dans 2 cas, ils étaient diminués ou interrompus, leurs effets secondaires pouvant être pourvoyeurs d'une perte d'autonomie.

Dans la moitié des cas c'est la Risperidone qui était utilisée. Le Tiapride et le Sulpiride étaient moins souvent employés.

Dans la plupart des cas, la prise en charge du SDG consistait en une augmentation des traitements neuroleptiques. On peut s'interroger sur le risque iatrogène et sur le rôle que des

médicaments comme les antipsychotiques peuvent jouer dans la perte d'autonomie des patients inclus. Une diminution des traitements neuroleptiques pourrait être une approche thérapeutique intéressante dans ces cas-là (52).

D. Démarche diagnostique

Par définition, tous les patients étaient inclus sur la base d'une suspicion de syndrome de glissement. Cette suspicion était le plus souvent émise par le médecin traitant au décours d'un examen en ambulatoire. De plus, leur recensement nous a permis de constater que dans tous les cas sauf deux c'est un médecin différent qui pose la suspicion de SDG. Le SDG est donc bien présent à l'esprit de nombreux praticiens et non pas seulement de quelques cas isolés.

A l'admission en service de gériatrie, le patient était examiné par l'interne et par le médecin sénior en ayant connaissance de la lettre d'admission et donc de la suspicion de SDG. Cependant, au terme de cette première évaluation d'entrée en hospitalisation, le SDG persistait comme diagnostic à l'entrée dans seulement 10% des cas.

Après une hospitalisation en gériatrie, l'équipe médicale rédigeait une lettre de liaison à la sortie récapitulant le séjour. Dans cette lettre, on retenait le diagnostic de SDG comme diagnostic final dans seulement 2% des cas.

Dans plus de 90% des cas, la suspicion de SDG glissement ne résistait donc pas à une évaluation gériatrique standardisée. Dans presque tous les cas, un autre diagnostic, majoritairement de cause organique, était décelé pendant l'hospitalisation.

Cela montre que les gériatres concernés ne considèrent pas le diagnostic de SDG comme un diagnostic à part entière ou que leur définition diffère de celle du médecin traitant.

A l'admission, de nombreux autres diagnostics plus ou moins précis, sont retenus tels que les altérations d'état général, les troubles cognitifs, les troubles psychiatrique et les pertes

d'autonomie. Ces cadres diagnostics assez larges se recoupent pour partie avec la définition classique du SDG. Ils permettent pour le gériatre de découper ce SDG en syndromes objectifs, moins sujets à l'interprétation que le SDG lui-même.

A la sortie, après une évaluation approfondie, on s'aperçoit que de nombreuses pathologies organiques émergent comme les décompensations cardiaques, les perturbations endocriniennes, les infections et quelques néoplasies. Le plus souvent pourtant, c'est l'aggravation de troubles cognitifs qui prédomine comme diagnostic final.

E. Limites et forces de l'étude

1. Limites

Cette étude comporte plusieurs limites nécessitant une certaine prudence dans l'extrapolation de ses résultats.

- Le nombre de patients nécessaire n'a pas été calculé, ce qui peut laisser des doutes quant à l'interprétation des résultats, lesquels peuvent manquer de puissance en cas de négativité.
- Les patients n'étaient pas randomisés.
- Les dossiers ne permettaient parfois pas de savoir précisément quel professionnel attribuait le terme de SDG au patient, en particulier si le patient n'était pas adressé par le médecin traitant.
- Le délai de prise en charge des patients n'est pas étudié ici. Certaines études semblent indiquer que celui-ci est prolongé en cas de SDG notamment en cas de prise en charge en service d'urgences (34,36).
- Les traitements non médicamenteux tels que les dispositifs médicaux, les soins de kinésithérapie, de nursing et les psychothérapies n'ont pas été étudiés ici. Ces traitements sont

pourtant d'après plusieurs auteurs les pierres angulaires de la prise en charge du syndrome de glissement.

- Les raisons de l'utilisation du terme SDG par les médecins ne sont pas étudiées ici. La persistance de ce terme dans le temps et malgré plusieurs études prônant son manque de fiabilité nous interroge. Des entretiens auprès des médecins concernés pourraient apporter des éléments de réponse sur ces questions.

- La littérature portant sur le syndrome de glissement étant mince et souvent de faible niveau de preuve, nous nous appuyons à plusieurs reprises sur des études portant sur le FTT, pourtant pas strictement équivalent au SDG. L'extrapolation des données concernant le FTT doit donc être prudente.

2. Forces

- Le syndrome de glissement est peu étudié et la littérature à son sujet est maigre et de fiabilité inégale. Les études quantitatives sont encore plus rares et cette étude contribue à apporter des éléments de compréhension objectifs.

- L'étude des différentes interventions médicamenteuses et la prise en compte du retrait de certains traitements est peu étudiée.

- Si les diagnostics retrouvés en hospitalisation de SDG sont parfois étudiés, leur suivi à différents moments de la prise en charge est inédit. Ce suivi permet de discerner une partie du cheminement diagnostique et de montrer la disparition de la majorité des SDG après une évaluation gériatrique standardisée.

- La réalisation d'un appariement 1 : 4 permet une amélioration de la puissance et de limiter les biais de comparaison.

- L'utilisation de l'index de Charlson, une échelle validée, pour l'étude des comorbidités des patients inclus et sa prise en compte dans l'analyse multivariée permettent une meilleure comparabilité des groupes cas et témoins et de limiter les biais de comparaison.

- L'étude du devenir, en dehors de la mortalité, et en particulier du changement de domicile est rarement faite. Cette étude nous donne des éléments de compréhension quant aux facteurs prédictifs d'institutionnalisation.

F. Perspectives

A l'avenir et au vu des constatations de cette thèse, de nouvelles perspectives de recherches s'offrent au praticien.

Les causes de la persistance de la notion du syndrome de glissement aujourd'hui ne sont que peu abordées. Une étude, notamment qualitative, pourrait permettre une meilleure compréhension des déterminants qui mènent le médecin à poser le diagnostic de syndrome de glissement.

Divers outils pourraient être proposés pour venir en aide au praticien face à l'incertitude de ces situations. L'utilisation de scores validés comme le Geriatric Depression Scale, pour dépister la dépression, pourrait aider au diagnostic différentiel.

En extra-hospitalier, le recours aux équipes mobiles de gériatrie dans les situations d'évocation du syndrome de glissement, pourrait également faire l'objet d'études. On pourrait alors analyser les diagnostics retrouvés après une évaluation gériatrique standardisée au domicile.

IX. Conclusions

Le syndrome de glissement peine donc à convaincre le gériatre. Ce dernier, au cours de son évaluation, trouve le plus souvent d'autres diagnostics permettant de diviser le SDG en syndromes objectifs, moins sujets à interprétation.

Notre étude n'a pas montré de différence significative sur la durée d'hospitalisation ni sur la mortalité, suggérant que le pronostic de ces patients et leurs problématiques médicales ne diffèrent pas de la population générale en gériatrie aiguë.

L'emploi du terme « SDG » a été critiqué par de nombreux auteurs mais nous n'avons pas été capable de corrélérer son utilisation à un moins bon pronostic vital. Il semblerait que les patients admis pour SDG soient comme les autres patients de gériatrie : comorbides, à risque de perte d'autonomie, fragiles et polymédiqués.

En revanche, nous mettons en évidence un risque 3 fois plus élevé d'entrée en institution au terme de l'hospitalisation pour les patients admis pour SDG. Le « syndrome de glissement » serait alors le signe d'un maintien à domicile impossible, un signal d'alerte sur les difficultés de poursuivre la prise en charge à domicile, plutôt qu'un vrai diagnostic syndromique.

Aujourd'hui, la question de l'existence du syndrome de glissement se pose de moins en moins. Le terme persiste malgré 40 ans d'études contraires. Il semble toutefois qu'il ait changé de sens et qu'à l'instar de la « fin de vie », le « syndrome de glissement » soit devenu un moment dans l'évolution du patient gériatrique. Le médecin, par le terme de syndrome de glissement, interpelle sur le fait que la situation va échapper à son contrôle, lui « glisser des doigts », du fait de l'accumulation de pathologies multiples.

La prise en charge du SDG n'est pas codifiée et le traitement médicamenteux s'appuie encore souvent sur des antidépresseurs ou sur la Risperidone. L'examen de l'ordonnance reste un

moment clef de la prise en charge et la limitation de la iatrogénie par la réévaluation des traitements neuroleptiques est cruciale.

Dans une étude ultérieure, il serait intéressant d'interroger des médecins adressant des patients pour syndrome de glissement, afin de comprendre leur perception de cette entité et de créer des outils à même de les aider dans leur prise en charge.

VU
Strasbourg, le 11 septembre 2023
Le président du jury de thèse
Professeur KALTENBACH


Georges KALTENBACH
Professeur

VU et approuvé
Strasbourg, le 12 SEP. 2023
Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maternité et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

A. Annexe 1: Echelle ADL de Katz

ECHELLE A.D.L. (Aide-soignante Infirmière)	<u>1ère évaluation</u>	<u>2ème évaluation</u>	<u>3ème évaluation</u>
	Date :	Date :	Date :
	Score:	Score:	Score:
<u>HYGIENE CORPORELLE</u>			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>HABILLAGE</u>			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>ALLER AUX TOILETTES</u>			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul(e)	0	0	0
<u>LOCOMOTION</u>			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
<u>CONTINENCE</u>			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
<u>REPAS</u>			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			

B. Annexe 2: Echelle IADL de Lawton (partie 1)

	Score
I. Activités courantes	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
2. Courses	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
3. Préparation des aliments	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Rechauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
4. Entretien ménager	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
5. Blanchisserie	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
6. Moyens de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
7. Responsable à l'égard de son traitement	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
Total des points « Activités courantes »	.../8

C. Annexe 3: Echelle IADL de Lawton (partie 2)

II. Entretien quotidien	
1. Propreté	
Se débrouille seul aux toilettes, pas d'incontinence	1
On doit rappeler au patient qu'il doit aller aux toilettes, ou il a besoin d'aide, ou il a quelques accidents (au plus une fois par semaine)	0
Se souille en dormant plus d'une fois par semaine	0
Se souille éveillé plus d'une fois par semaine	0
Aucun contrôle sphinctérien	0
2. Alimentation	
Mange sans aide	1
Mange avec aide mineure aux heures de repas et/ou avec une préparation spéciale de la nourriture ou une aide pour se nettoyer après les repas	0
S'alimente seul avec une aide modérée et est «négligé»	0
Nécessite une aide importante pour les repas	0
Ne s'alimente pas seul du tout et résiste aux efforts des autres pour s'alimenter	0
3. Habillage	
S'habille, se débrouille et sélectionne ses vêtements de sa propre garde-robe	1
S'habille, se déshabille seul si les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide pour s'habiller même lorsque les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide importante pour s'habiller mais coopère à l'habillage	0
Complètement incapable de s'habiller seul et/ou résiste à l'aide des autres	0
4. Soins personnels (propreté, cheveux, ongles, mains, visage, vêtements)	
Toujours proprement vêtu, bien tenu sans aide	1
Prend soin de lui de façon appropriée, avec une aide mineure occasionnellement (p. ex. pour se raser)	0
Nécessite une aide modérée et régulière ou une supervision	0
Nécessite une aide totale mais peut rester bien net après l'aide de l'entourage	0
Refuse toute aide de l'entourage pour rester net	0
5. Déplacements	
Se déplace dans les étages ou en ville	1
Se déplace dans le quartier, dans les environs proches	0
Se déplace avec l'aide de quelqu'un ou utilise une aide (ciôtûre, rampe, une canne, un fauteuil roulant)	0
S'assoit sur un siège ou dans un fauteuil roulant, ne peut se mouvoir seul, sans aide	0
Alite la plupart du temps	0
6. Bains	
Se lave seul (baignoire, douche, etc.) sans aide	1
Se lave seul avec son aide pour entrer dans la baignoire ou pour en sortir	0
Se lave le visage et les mains facilement mais ne peut se laver le reste du corps	0
Ne se lave pas seul mais coopère lorsqu'on le lave	0
N'essaie pas de se laver seul et/ou résiste à l'aide de l'entourage	0
Total des points «Entretien quotidien»	.../6
Total IADL = points «Activités courantes» + «Entretien quotidien»	.../14

D. Annexe 4: Score de Charlson

États pathologiques ou âge	Score
Pour chaque décennie après 40 ans, ajouter un score de 1. Formule : (âge - 40)/10.	-
Infarctus du myocarde (antécédent, pas seulement les modifications de l'ECG)	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique (incluant l'anévrisme de l'aorte > 6cm)	1
Maladie cérébrovasculaire : AVC avec séquelles modérées ou sans séquelles ou AIT	1
Troubles neurocognitifs	1
Maladie chronique pulmonaire	1
Connectivite	1
Maladie ulcéreuse	1
Maladie hépatique légère (sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques)	1
Diabète sans lésion organique associé (sauf si traité par régime seul)	1
Hémiplégie	2
Maladie rénale modérée ou sévère	2
Diabète avec lésions organiques (rétinopathie, neuropathie, néphropathie)	2
Tumeur sans métastases (sauf si diagnostiquée depuis plus de 6 mois)	2
Leucémie (aiguë ou chronique)	2
Lymphome	2
Maladie hépatique modérée ou sévère	3
Tumeur solide métastatique	6
VIH avec SIDA	6
Score total	-

Score	Mortalité à 1 an
0	12%
1-2	26%
3-4	52%
> 4	85%

E. Annexe 5: Mini Mental State Evaluation

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)	Etiquette du patient
Date :	
Évalué(e) par :	
Niveau socio-culturel	

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.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

– Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | |
|--|---|
| <p>1. en quelle année sommes-nous ? <input type="text"/></p> <p>2. en quelle saison ? <input type="text"/></p> <p>3. en quel mois ? <input type="text"/></p> | <p>4. Quel jour du mois ? <input type="text"/></p> <p>5. Quel jour de la semaine ? <input type="text"/></p> |
|--|---|
- 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 ? | <input type="text"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="text"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | <input type="text"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | <input type="text"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | <input type="text"/> |

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 demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|----------------------|
| 11. Cigare | ou | [citron | ou | [fauteuil | <input type="text"/> |
| 12. fleur | | [clé | | [tulipe | <input type="text"/> |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | <input type="text"/> |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

- | | | |
|-----|----|----------------------|
| 14. | 93 | <input type="text"/> |
| 15. | 86 | <input type="text"/> |
| 16. | 79 | <input type="text"/> |
| 17. | 72 | <input type="text"/> |
| 18. | 65 | <input type="text"/> |

– Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

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 | ou | [citron | ou | [fauteuil | <input type="text"/> |
| 20. fleur | | [clé | | [tulipe | <input type="text"/> |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | <input type="text"/> |

LANGAGE

- | | |
|--|----------------------|
| 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. | <input type="text"/> |
| 23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre | <input type="text"/> |
| 24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | <input type="text"/> |

– 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 » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|----------------------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | <input type="text"/> |
| 26. Pliez-la en deux. | <input type="text"/> |
| 27. et jetez-la par terre ». | <input type="text"/> |

– Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 28. « faites ce qui est écrit ». | <input type="text"/> |
|----------------------------------|----------------------|

– Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|----------------------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

PRAXIQUES CONSTRUCTIVES.

– Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|----------------------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | <input type="text"/> |
|---|----------------------|



SCORE TOTAL (0 à 30)

F. Annexe 6: Geriatric depression scale

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	oui	non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	oui*	non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	oui	non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	oui*	non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	oui	non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide,	oui*	non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	oui*	non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	oui*	non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	oui*	non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	oui*	non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui*	non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	oui*	non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	oui*	non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	oui	non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	oui*	non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	oui	non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	oui*	non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	oui*	non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	oui*	non
25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	oui*	non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	oui*	non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	oui	non*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	oui*	non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	oui	non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	oui	non*

Chaque réponse marquée * vaut un point.

<p>Score 0 à 5 : normal Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression</p>
--

G. Annexe 7: Mini Nutritional Assessment

Dépistage	
A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation	<input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C Motricité: 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2. MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.	
F2 Circonférence du mollet (CM) en cm 0 = CM < 31 3 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: risque de malnutrition 0-7 points: malnutrition avérée	

BIBLIOGRAPHIE

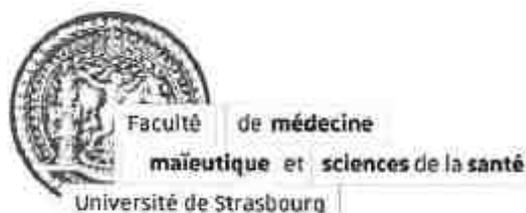
1. Jean Carrié. Etude sur les modes de décès du vieillard à l'hospice [Thèse pour le doctorat en médecine]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand; 1956.
2. Kumeliauskas L, Fruetel K, Holroyd-Leduc JM. Evaluation of older adults hospitalized with a diagnosis of failure to thrive. *Can Geriatr J.* 2013;16(2):49- 53.
3. Herry Chloé. Le syndrome de glissement : mythe ou réalité ? [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université Aix-Marseille II; 2011.
4. Manuella Dubois ; Jean-Yves Lemonnier. Du syndrome de glissement au concept de fragilité. Université de Tours; 2005.
5. Nadine BAZIN. Le syndrome de glissement. 2007;32(8):571- 4.
6. Menecier P, Menecier-Ossia L, Ploton L. Syndrome de glissement. Lutter contre ? Ou accompagner la fin de vie ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* déc 2021;21(126):413- 8.
7. J. BELMIN, P. CHASSAGN, P.FRIOCOURT. Le syndrome de glissement. In: *Gériatrie pour le praticien.* 3e édition. Elsevier Masson; (Pour le praticien).
8. Egbert AM. « The dwindles ». Failure to thrive in older patients. *Postgrad Med.* oct 1993;94(5):199- 201, 204- 6, 210- 2.
9. Anderson K, Baraldi C, Supiano M. Identifying Failure to Thrive in the Long Term Care Setting. *Journal of the American Medical Directors Association.* sept 2012;13(7):665.e15-665.e19.
10. Sarkisian CA. "Failure To Thrive" in Older Adults. *Ann Intern Med.* 15 juin 1996;124(12):1072.
11. Khater M, Richa S, Stephan E. Le syndrome de glissement. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* sept 2005;5(28):44- 9.
12. Russel G. Robertson, Marcos Montagnini. Geriatric failure to thrive. :248.
13. Kimball MJ, Williams-Burgess C. Failure to thrive: The silent epidemic of the elderly. *Archives of Psychiatric Nursing.* avr 1995;9(2):99- 105.
14. A. Chahwakillian, A.M. Ponche, S. Meignan. Le syndrome de glissement : syndrome ou symptôme ? sept 1991;16(7):309- 12.
15. Ministère de la santé et des solidarités. Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée [Internet]. 2017. Disponible sur: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf
16. B. Berkman, T. Champion, L.W.Foster. Failure to thrive : paradigme of the Frail Elder. *The Gerontological Society of America.* nov 1989;29(5):654- 9.

17. M. Monégat, C. Sermet, M. Perronnin, E. Rococo. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Revue de la littérature et tests de mesure. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.* déc 2014;(204).
18. J.Belmin ; P. Chassagne ; P. Friocourt ; R. Gonthier ; C. Jeandel ; F. Nourhashémi ; P. Prfitzenmeyer. Syndrome de glissement. In: *Gériatrie. 2e édition. Masson; 2003. p. 177- 80. (Pour le praticien).*
19. Katz IR, DiFilippo S. Neuropsychiatric aspects of failure to thrive in late life. *Clin Geriatr Med.* nov 1997;13(4):623- 38.
20. Pierre Charazac. Aide mémoire de psycho-gériatrie. In: 1e édition. DUNOD; 2011. p. 308- 11. (En 24 notions).
21. Sian M. Carr-Lopez 1 and Steven L. Phillips2. The Role of Medications in Geriatric Failure to Thrive. *Adls Internafional Limited.* 9 oct 1996;221- 5.
22. N. Weimann Pérúa, J. Pellerin. Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. 2008. :6.
23. Schreiber S, Lerer B. « Failure to thrive » in elderly depressed patients: a new concept or a different name for an old problem? *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1997;34(2):108- 14.
24. G.Ferrey, G. Le Gouès. Le syndrome de glissement. In: *Psychopathologie du sujet âgé. 5e édition. Masson; p. 96- 7. (Les âges de la vie).*
25. Laksmi PW, Harimurti K, Setiati S, Soejono CH, Aries W, Roosheroe AG. Management of immobilization and its complication for elderly. *Acta Med Indones.* oct 2008;40(4):233- 40.
26. Copey Spring TR, Yanni LM, Levenson JL. A Shot in the Dark: Failing to Recognize the Link Between Physical and Mental Illness. *J GEN INTERN MED.* 18 avr 2007;22(5):677- 80.
27. JASON E. SCHILLERSTROM, M.D.; JEFF S. SEAMAN, M.D. MODAFINIL AUGMENTATION OF MIRTAZAPINE IN A FAILURE-TO-THRIVE GERIATRIC INPATIENT. *Baywood Publishing Co.* 2002;32(4):405- 10.
28. D. Dai. Geriatric failure to thrive. *Hong Kong Medicine Journal.* août 2005;233.
29. Maréchal F. Continuer à penser le soin en gériatrie : débat sur le « syndrome de glissement ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* déc 2022;22(132):315- 8.
30. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 15 avr 2009 [cité 22 déc 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007209.pub2>
31. Sirvain S, Monfort JC. Le « syndrome de glissement », du mésusage à la recherche de causes réversibles : entre mythe et réalité. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* août 2022;22(130):231- 6.

32. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1 mars 2001;56(3):M146- 57.
33. T. Desmidt. Le syndrome de glissement. *la revue du praticien*. janv 2019;69.
34. Webster F, Rice K, Dainty KN, Zwarenstein M, Durant S, Kuper A. Failure to Cope: The Hidden Curriculum of Emergency Department Wait Times and the Implications for Clinical Training. *Academic Medicine*. janv 2015;90(1):56- 62.
35. Obeid JL, Ogle SJ. Acopia‘: a Useful Term or Not? *Australasian Journal on Ageing*. nov 2000;19(4):195- 8.
36. Tsui C, Kim K, Spencer M. The diagnosis “failure to thrive” and its impact on the care of hospitalized older adults: a matched case-control study. *BMC Geriatr*. déc 2020;20(1):62.
37. Higashi RT, Tillack AA, Steinman M, Harper M, Johnston CB. Elder care as “frustrating” and “boring”: Understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *Journal of Aging Studies*. déc 2012;26(4):476- 83.
38. Bo M, Fonte G, Pivaro F, Bonetto M, Comi C, Giorgis V, et al. Prevalence of and factors associated with prolonged length of stay in older hospitalized medical patients: Predictors of delayed discharge. *Geriatr Gerontol Int*. mars 2016;16(3):314- 21.
39. Arcand-Hébert. Précis pratique de gériatrie. In: Précis pratique de gériatrie. 2e édition. MALOINE; 1997. p. 111, 207, 311, 319. (EDISEM).
40. Camaj A, A Levine D. Failure to Thrive or Failure to Think? The Importance of a Systematic Approach in the Evaluation of the Failing Elderly Patient. *J Neurol Disord* [Internet]. 2016 [cité 23 nov 2022];4(5). Disponible sur: <http://www.esciencecentral.org/journals/failure-to-thrive-or-failure-to-think-the-importance-of-a-systematicapproach-in-the-evaluation-of-the-failing-elderly-patient-2329-6895-1000289.php?aid=78202>
41. Douglas C. Woolley. How useful is the concept of « failure to thrive » in care of the aged? *Am Fam Physician* [Internet]. juill 2004; Disponible sur: www.aafp.org/afp/2004/0715/p343
42. Bateman S. À propos de l’incertitude dans la pratique médicale: Commentaire. *Sciences sociales et santé*. 2010;28(1):71.
43. CLAVILIER Amandine. Gérer l’incertitude diagnostique en médecine générale. [THÈSE D’EXERCICE Pour le DIPLÔME D’ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE]. UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE; 2021.
44. Dujmovic M, Roederer T, Frison S, Melki C, Lauvin T, Grellety E. COVID-19 in French nursing homes during the second pandemic wave: a mixed-methods cross-sectional study. *BMJ Open*. sept 2022;12(9):e060276.
45. Chagué V. Les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes à l’épreuve de la Covid-19. *Actualités Pharmaceutiques*. oct 2020;59(599):47- 8.

46. Grosclaude M, Brossard F. Vécu des résidents confinés en Ehpad : journal de bord. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. déc 2021;21(126):379- 90.
47. Lindert J, Jakubauskiene M, Bilsen J. The COVID-19 disaster and mental health—assessing, responding and recovering. *European Journal of Public Health*. 9 nov 2021;31(Supplement_4):iv31- 5.
48. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*. janv 1987;40(5):373- 83.
49. Pashmdarfard M, Azad A. Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran*. 2020;34:33.
50. Góes RP, Pedreira LC, David RAR, Silva CFT, Torres CAR, Amaral JB do. Hospital care and urinary incontinence in the elderly. *Rev Bras Enferm*. nov 2019;72(suppl 2):284- 93.
51. Haute Autorité de Santé. Fiche Bon usage du médicament [Internet]. 2018. Disponible sur:https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf
52. Gedde MH, Husebo BS, Mannseth J, Kjome RLS, Naik M, Berge LI. Less Is More: The Impact of Deprescribing Psychotropic Drugs on Behavioral and Psychological Symptoms and Daily Functioning in Nursing Home Patients. Results From the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. mars 2021;29(3):304- 15.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

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

Nom : VAN GUCHT Prénom : Théo

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

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

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

J'atteste sur l'honneur

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

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

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

Signature originale :

à Strasbourg, le 11/09/2023