



**HAL**  
open science

**Devenir des patients de 60 ans et plus vivant à domicile  
et hospitalisés en Court Séjour au Centre  
Gérontologique Départemental ; l'existence d'un  
épuisement de l'aidant naturel conditionne-t-elle  
l'orientation**

Aurélie Sebban

► **To cite this version:**

Aurélie Sebban. Devenir des patients de 60 ans et plus vivant à domicile et hospitalisés en Court Séjour au Centre Gérontologique Départemental ; l'existence d'un épuisement de l'aidant naturel conditionne-t-elle l'orientation. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01906026

**HAL Id: dumas-01906026**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01906026v1>**

Submitted on 26 Oct 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Devenir des patients de 60 ans et plus vivant à domicile et hospitalisés en Court Séjour au Centre Gériatrique Départemental ; l'existence d'un épuisement de l'aidant naturel conditionne-t-elle l'orientation ?**

# **T H È S E A R T I C L E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 30 Octobre 2017**

**Par Madame Aurélie SEBBAN**

**Née le 23 janvier 1989 à Marseille (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie**

**Président**

**Madame le Docteur FRANQUI Caroline**

**Directeur**

**Monsieur le Professeur ROSSI Pascal**

**Assesseur**

**Madame le Professeur GENTILE Stéphanie**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BRESSIN Jean-Paul**

**Assesseur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI

**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Asseseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Responsable administratif :**

- \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- \* Intérieur : Joëlle FAVREGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius  
FIGARELLA Jacques  
FONTES Michel  
FRANCOIS Georges  
FUENTES Pierre  
GABRIEL Bernard  
GALINIER Louis  
MM POYEN Danièle  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jean-Claude  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETES Bernard  
VIGOUROUX Robert  
WEILLER Pierre-Jean  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les  
Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les  
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les  
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-  
Bretagne)

### 1976

MM. les  
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les  
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les  
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les  
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les  
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les  
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

**1987**

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

**1988**

MM. les  
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

**1989**

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

**1990**

MM. les  
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)

**1991**

MM. les  
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)

**1992**

MM. les  
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)

**1994**

MM. les  
Professeurs G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)

**1995**

MM. les  
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)

**1997**

MM. les  
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)

**1998**

MM. les  
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

**1999**

MM. les  
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les  
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les  
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les  
Professeurs

M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur  
Sir

T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

## EMERITAT

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier  
CASANOVA Dominique  
CASTINETTI Frédéric  
CECCALDI Mathieu  
CHABOT Jean-Michel  
CHAGNAUD Christophe  
CHAMBOST Hervé  
CHAMPSAUR Pierre  
CHANEZ Pascal  
CHARAFFE-JAUFFRET  
Emmanuelle  
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques  
NICOLLAS Richard  
OLIVE Daniel  
OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PAUT Olivier  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIARROUX Renaud  
PIERCECCHI/MARTI Marie-  
Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
POUGET Jean Surnombre  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane  
GARIBOLDI Vlad  
GAUDART Jean  
GENTILE Stéphanie  
GERBEAUX Patrick  
GEROLAMI/SANTANDREA René  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine  
GIORGI Roch  
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine  
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
RIDINGS Bernard Surnombre  
ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
SAMBUC Roland  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SERRATRICE Jacques  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas

MICHEL Gérard  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MOAL Valérie  
MONCLA Anne  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean  
NICCOLI/SIRE Patricia  
NICOLAS DE LAMBALLERIE  
Xavier  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal  
THUNY Franck  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

**PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

**PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

**PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS  
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia  
BURKHART Gary

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES  
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

**PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS****PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
ENJALBERT Alain (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11****BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301****CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)  
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)  
SABATIER Renaud (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre  
LEPIDI Hubert (PU-PH)  
ACHARD Vincent (MCU-PH)  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre  
GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
LAUGIER René (PU-PH)  
SEITZ Jean-François (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

**GENETIQUE 4704****DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)  
MONCLA Anne (PU-PH)  
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)  
NGYUEN Karine (MCU-PH)  
TOGA Caroline (MCU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403****EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
SAMBUC Roland (PU-PH)  
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BOUBLI Léon (PU-PH)  
BRETELLE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)  
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)  
FRERE Corinne (MCU-PH)  
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905****MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)

DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)

DISDIER Patrick (PU-PH)

DURAND Jean-Marc (PU-PH)

FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre

GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)

HARLE Jean-Robert (PU-PH)

ROSSI Pascal (PU-PH)

SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

**NEPHROLOGIE 5203**

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)

BRUNET Philippe (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

MOAL Valérie (PU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

**NUTRITION 4404****NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)

BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

<b>ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)</b>	<b>NEUROLOGIE 4901</b>
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
<b>OPHTALMOLOGIE 5502</b>	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	<b>PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</b>
<b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</b>	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)  DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité  REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)  ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	<b>PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</b>
<b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b>	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH)  BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH)  CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	<b>PHILOSOPHIE 17</b>
<b>PEDIATRIE 5401</b>	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)  ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)  ANDRE Nicolas (MCU-PH)	<b>PHYSIOLOGIE 4402</b>
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
FABRE Alexandre (MCU-PH)  
OUDIN Claire (MCU-PH)  
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
REY Marc (MCU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)  
BAILLY Daniel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)  
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
MOULIN Guy (PU-PH)  
PANUEL Michel (PU-PH)  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
BARLESI Fabrice (PU-PH)  
CHANEZ Pascal (PU-PH)  
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre  
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)  
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre  
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)  
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

## **REMERCIEMENTS**

**A Madame le Pr BONIN-GUILLAUME,**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.

**A Madame le Pr GENTILE et Monsieur le Pr ROSSI,**

Merci d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury.

**A Madame le Dr Caroline FRANQUI,**

Merci pour ton soutien, ta générosité et d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir fait confiance et de croire en moi même quand moi je n'y croyais plus !

**A Monsieur le Dr BRESSIN,**

Merci pour votre investissement, votre bienveillance, votre générosité et d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury.

**A Monsieur Michel GRINO,**

Un grand merci pour votre travail et votre aide précieuse.

**A Aida LANGAR,**

Merci pour tes conseils et ton investissement au cours de ce travail.

**A mes parents,**

Merci pour votre amour, votre soutien sans faille au cours de mes études, si j'ai pu en arriver jusque-là c'est grâce à vous !

**A mon petit frère,**

Merci pour ton amour, ton écoute et ton aide précieuse au cours de ce travail même quand je me plaignais !

**A Thomas, ma moitié,**

Merci pour ton soutien sans faille et ton aide au quotidien. Merci de me combler d'amour, à notre bonheur futur...

**A mes beaux-parents,**

Merci pour vos encouragements et votre générosité. Merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

**A toi Papy,**

Même si tu n'as pas pu être là pour me voir entreprendre ces longues études, je peux être fière d'afficher ma thèse à côté de la tienne !

**A ma mamie Mounette,**

Merci pour ton soutien et ton amour, je sais que tu veilles sur moi-même si tu n'es plus là.

**A mi abuelito Pancho,**

Je te dédie cette thèse, parce que jusqu'à ce que tu nous quittes nous avons pu profiter de ta joie de vivre malgré la maladie.

**A Husni,**

Parce que cela fait 14 ans que l'on partage ensemble les bons et les mauvais moments de notre long parcours !

**A mes amies,**

Karine, Delphine, Camille ; vous avez toujours été présentes même dans les moments les plus difficile, je vous adore les filles !

**A mes anciens co-internes,**

Noelle, Marion, Anais, Florent avec qui j'ai partagé de supers moments ; merci de votre présence même dans les moments difficiles qui ont permis de rendre les choix plus cool même aux urgences !!

**Au Dr SAVELLI, Dr BATTAGLINI, Dr PONS et au Dr MEKHLLOUFI**

Merci pour votre enseignement et vos conseils précieux

**A mes chefs, Emma et Marion,**

Merci pour vos conseils et votre soutien au quotidien ; je vous dois un plateau de donuts !

**A toute l'équipe de l'USLD Montolivet,**

Vous avez été une véritable famille pour moi lorsque j'ai débuté mon internat, et je vous en remercie.

**A toute l'équipe du CSA et plus particulièrement à Kelly, Rania et Nathalie**

Merci de votre générosité et de votre soutien qui me donne le sourire même lorsque la journée n'est pas facile !

## SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>II.</b>	<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
	<b>SELECTION DE LA POPULATION .....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
	<b>DEROULEMENT DE L'ETUDE ET RECUEIL DE DONNEES ..</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
	<b>ANALYSE STATISTIQUE .....</b>	<b>6</b>
<b>III.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
	<b>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
	<b>DIAGNOSTICS EN LIEN AVEC LE SEJOUR HOSPITALIER.....</b>	<b>9</b>
	<b>DEVENIR AU DECOURS DU SEJOUR HOSPITALIER.....</b>	<b>9</b>
	<b>LIEN ENTRE INSTITUTIONNALISATION DU PATIENT ET EPUISEMENT DE L'AIDANT ....</b>	<b>11</b>
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>13</b>
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>17</b>
<b>VI.</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>18</b>
<b>VII.</b>	<b>ANNEXE .....</b>	<b>20</b>
<b>VIII.</b>	<b>LEXIQUE.....</b>	<b>22</b>

## I. INTRODUCTION

Selon l'INSEE en 2016, les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 16,92 millions de personnes, soit 25,3% de la population française, dont 55,9% de femmes. En 2060, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait être de 23,6 millions en France. La région PACA compterait plus de 1,6 million d'habitants de 65 ans ou plus en 2060 soit 600 000 de plus qu'en 2013 (1). D'après ces projections démographiques, le nombre de sujets âgés dépendants augmenterait significativement plus vite que le nombre d'aidants, ce qui pourrait compromettre certains maintiens au domicile. En 2012, 8,3 milliards d'euros étaient alloués aux personnes âgées hébergées en établissement (1), incitant les politiques de santé à promouvoir ou à développer des mesures favorisant le maintien à domicile. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement va dans ce sens, en développant trois axes prioritaires : l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation globale de la société au vieillissement et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (2). De même, le Plan Alzheimer 2008-2012 (3), puis le Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 (4) ont permis le développement de réseaux de soins et de structures adaptées pour la prise en charge des patients atteints de maladies d'Alzheimer et apparentées vivant à domicile. En PACA, le schéma régional d'organisation de soins 2012-2016 (5) a précisé la mise en œuvre des conditions favorables au maintien à domicile, dans les champs du handicap, du vieillissement et des maladies chroniques notamment. Malgré le développement des aides professionnelles, les aidants naturels restent des piliers fondamentaux dans la prise en charge du patient à domicile. La Charte de l'aidant de 2009 (6), définit l'aidant « naturel » ou « informel » comme « la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne ». En 2008, les aidants naturels représentaient 8,3 millions de personnes de 16 ans et plus, dont 57% de femmes (7). L'étude Pixel (8) identifie quant à elle deux catégories d'aidants : un groupe constitué d'aidants relativement jeunes (50-60 ans), un autre regroupant les conjoints des malades. Les sujets du premier groupe ont une activité professionnelle dans 50% des cas ; il s'agit majoritairement des enfants des patients, d'une fille dans 75% des cas. Les aidants familiaux sont donc lourdement sollicités dans la prise en charge au quotidien du malade ; selon certaines études, ils présentent un risque augmenté de mortalité et de morbidité, aussi bien physique que psychologique (6). L'épuisement de l'aidant peut être défini comme un « syndrome psycho-social lié à un burn-out résultant de l'aide prodiguée à un proche » (9). Il existe actuellement différentes interventions visant à accompagner les aidants naturels : groupes de soutien, sessions d'information sur la maladie et les symptômes

associés, consultation annuelle dédiée réalisée par le médecin traitant (3). A la notion d'épuisement de l'aidant s'associe souvent celle de « fardeau » (10), dont on distingue deux types : le fardeau objectif, qui correspond au temps passé à l'aide, et le fardeau subjectif qui vise à traduire le ressenti de l'aidant concernant son rôle auprès du malade (11). Le « fardeau de l'aidant » peut être estimé par l'échelle de Zarit (ou inventaire du fardeau) qui évalue la charge que représente l'accompagnement quotidien, par un proche, d'une personne dépendante à domicile, et qui appréhende le degré d'épuisement ou d'usure psychique et/ou physique de l'aidant familial (10). Pour autant, cette échelle ne suffit pas à définir un éventuel « épuisement de l'aidant », dont l'appréciation est laissée aux médecins en charge du suivi, et notamment au médecin traitant. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude montrant un lien significatif entre l'épuisement de l'aidant naturel et l'institutionnalisation du malade. De même, il existe peu de données concernant le devenir de sujets de plus de 60 ans au décours d'une hospitalisation en court séjour gériatrique. Le rôle des aidants dans la prise en charge de leur proche âgé et/ou malade chronique étant primordial, il nous a semblé pertinent d'étudier la relation entre le devenir des patients hospitalisés en court séjour au Centre Gérontologique Départemental de Marseille (CGD) et l'existence d'un épuisement de l'aidant.

L'objectif principal de notre étude a été de déterminer le pourcentage de patients de 60 ans et plus qui réintègrent leur domicile au décours d'une prise en charge en court séjour au CGD. Les objectifs secondaires ont été de déterminer si l'existence d'un épuisement de l'aidant naturel est corrélée à une institutionnalisation du patient au décours de la prise en charge hospitalière ; pour les patients ayant réintégré leur domicile, de déterminer le pourcentage de cas pour lesquels le plan d'aides professionnelles a été majoré ; pour les patients ayant réintégré leur domicile au décours de la prise en charge hospitalière, de déterminer le pourcentage de ré-hospitalisations au CGD dans les 30 jours qui suivent, selon les critères de la HAS (12).

## **II. MATERIEL ET METHODE**

Notre travail est une étude rétrospective évaluant une cohorte de patients âgés de 60 ans et plus, vivant à domicile et ayant un aidant naturel, admis dans une des deux unités de court séjour du Centre Gérontologique Départemental de Marseille (CGD), entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2016. Les unités de court séjour sont réparties en 30 lits de Court Séjour Gériatrique (CSG) et 13 lits de Court Séjour Alzheimer (CSA). Les patients ont été sélectionnés grâce aux données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI), puis selon les critères d'inclusion et de non inclusion de l'étude. Cette étude a été réalisée en conformité avec le protocole et les bonnes pratiques cliniques.

### **Sélection de la population**

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patient âgé de 60 ans et plus, admis au CSG ou au CSA entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2016, en provenance du domicile, d'un service d'urgence, de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) ou d'une UCC (Unité Cognitivo- Comportementale), et ayant au moins un aidant naturel.

Les patients vivant en EHPA, en EHPAD ou en USLD, ou sans domicile fixe, ceux mutés entre les deux unités de court séjour ainsi que ceux dont le pronostic vital était jugé inférieur à 3 mois (admis dans le cadre de soins palliatifs ou ayant fait l'objet d'une prise en charge palliative au cours du séjour) n'ont pas été inclus.

### **Déroulement de l'étude et recueil de données**

Nous avons procédé à une étude de dossiers-patients informatisés après une sélection grâce aux données du PMSI. Pour chaque patient inclus, le recueil de données comprenait des données démographiques, des données gériatriques, des données concernant l'hospitalisation et le devenir du patient au décours de la prise en charge hospitalière.

Les données démographiques étaient :

- L'âge
- Le sexe

- Les conditions de vie du patient : seul à domicile avec au moins un aidant familial à proximité, seul à domicile avec au moins un aidant familial non à proximité, à domicile avec conjoint, au domicile de l'aidant.

Les données gériatriques étaient :

- La présence d'un médecin traitant
- L'existence d'une aide financière de l'état : Allocation Personnalisée d'Autonomie ou Allocation aux Adultes Handicapés
- La présence d'une aide professionnelle au domicile ou d'une structure de soutien : infirmier, kinésithérapeute, équipe spécialisée Alzheimer, orthophoniste, aide-ménagère / auxiliaire de vie, répit à domicile, suivi en accueil de jour
- La qualité de l'aidant naturel : conjoint, enfant, autre
- La présence de comorbidités chez le patient : facteurs de risque cardio-vasculaire (hypertension artérielle, tabagisme, dyslipidémies, diabète, sédentarité), insuffisances d'organes (insuffisance cardiaque, respiratoire ou rénale), désafférentations sensorielles (cécité, surdité).
- L'existence, chez le patient, d'un diagnostic de démence et le stade, quand il était connu (précisé selon le score au Mini Mental State de Folstein :  $\geq 20$  = stade débutant, 15 à 19 = stade modéré, 10 à 14 = stade modérément sévère,  $\leq 9$  = stade sévère).
- En cas de démence, l'existence de symptômes comportementaux ou psychologiques (SCPD) distingués en SCPD « perturbateurs » ou « non perturbateurs », tels que définis par la HAS.
- Le niveau d'autonomie du patient : évalué par l'ADL (Activities of Daily Living) et par l'IADL de Katz (Instrumental Activities of Daily Living) dans sa version à 4 items. L'ADL est cotée de 0 à 6 ; un score  $< 6$  témoigne d'une perte d'autonomie concernant la réalisation d'actes élémentaires du quotidien comme l'habillage ou la toilette, ou une incontinence. L'IADL à 4 items est inversement cotée ; un score de 0/4 reflète une autonomie préservée pour des activités complexes (comme le fait de gérer seul son traitement ou son budget) ; tout résultat  $\geq 1/4$  témoigne d'une dépendance.

Les données concernant l'hospitalisation et le devenir du patient étaient :

- La date de la première hospitalisation en court séjour

- La durée de l’hospitalisation en court séjour
- La provenance : patient venant directement du domicile ou ayant transité par un service d’urgences, de MCO, de SSR.
- Les diagnostics inscrits dans la Lettre de liaison de l’hospitalisation, et notamment la notion d’un épuisement de l’aidant (codes PMSI Z632 et Z642), ce dernier pouvant être un motif d’admission, ou bien être précisé par l’équipe médicale au cours du séjour.
- Le devenir du patient au décours de la prise en charge en court séjour
- En cas d’hospitalisation en SSR ou en UCC après le séjour en court séjour, le devenir du patient à terme
- L’existence d’une ré-hospitalisation au cours de la période d’étude (ré-hospitalisation dans les 30 jours suivant la première hospitalisation)
- Les diagnostics retenus dans la lettre de liaison du patient au cours de la ré-hospitalisation

### **Analyse statistique**

Les résultats ont été effectués selon une analyse par régression logistique binaire univariée et régression logistique multivariée avec l’analyse de variable indépendante (existence d’un épuisement de l’aidant) et l’analyse de variable dépendante : existence d’une démence, passage en SSR ou en UCC. Les deux populations ont été comparées par le Test U de Mann-Whitney ; les données quantitatives sont exposées sous forme de moyenne et d’écart type.

### III. RESULTATS

#### Caractéristiques de la population

En 2016, 1031 patients ont été reçus dans une des unités de court séjour du CGD. Parmi ces patients, 762 venaient de leur domicile ou d'un service d'urgence, de MCO ou de SSR. Aucun ne venait d'une UCC. Une première analyse de ces 762 dossiers a permis de préciser le nombre de patients vivant à domicile avec au moins un aidant naturel : nous avons inclus 423 patients. 24 patients n'ont pu être inclus alors qu'ils vivaient à domicile, car ils n'avaient aucun aidant naturel.

Dans notre étude, le patient le plus jeune avait 60 ans et le plus âgé 101 ans ; l'âge moyen des femmes était supérieur à celui des hommes (84,4 ans  $\pm$  7,2 ans *vs* 81,6 ans  $\pm$  7,9 ans). Concernant les durées de séjour, les deux populations (hommes et femmes) étaient comparables, les hommes étant restés hospitalisés à peine plus longtemps que les femmes (13,9 jours  $\pm$  6,3 jours *vs* 13,6  $\pm$  4,8 jours).

Notre population comptait davantage de femmes (266, soit 62,9%) que d'hommes (157, soit 37,1%). 76,4% des patients étaient hospitalisés au CSG et 23,6% au CSA. 259 patients provenaient directement du domicile, soit 61,2% des patients inclus ; 27,4% arrivaient des urgences, 9% d'un service de médecine, et 2,4% d'un service de SSR. La majorité des patients vivaient à domicile avec leur conjoint (36,6%) ou bien seuls avec au moins un aidant familial à proximité (35,5%) ; 11,6% vivaient à domicile avec un aidant autre que le conjoint ; 7,1% vivaient au domicile de l'aidant ; enfin 9,2% avaient au moins un aidant familial, mais non à proximité (Tableau 1).

<b>Variabes</b>	<b>n (%)</b>
Hommes	157 (37,1)
Femmes	266 (62,9)
CSG	323 (76,4)
CSA	100 (23,6)
Provenance domicile	259 (61,2)
Provenance urgences	116 (27,4)
Provenance MCO	38 (9,0)
Provenance SSR	10 (2,4)
Seul à domicile avec au moins un aidant familial à proximité	150 (35,5)
Seul à domicile, avec au moins un aidant familial mais non à proximité	39 (9,2)
A domicile avec conjoint	155 (36,6)
A domicile avec autre aidant	49 (11,6)
Au domicile de l'aidant	30 (7,1)

*Tableau 1 : Caractéristiques de la population*

La quasi-totalité des patients avaient un médecin traitant, soit 99,3% des patients inclus. 35,4% des patients bénéficiaient d'une aide financière de l'état : 35,2% de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, et 0,2% de l'Allocation aux Adultes Handicapés.

Près d'un quart des patients (21,3%) n'avaient aucune aide professionnelle au domicile. Sur les 78,7% bénéficiant d'une aide, 69,3% avaient des soins infirmiers, 35,2% des séances de kinésithérapie, 19,9% bénéficiaient d'une auxiliaire de vie et une aide-ménagère intervenait dans 32,2% des cas.

Les aidants naturels étaient majoritairement les enfants des patients (53,9% des cas), puis les conjoints (30,5% des cas) et enfin 15,6% étaient des membres de la famille ou apparentés.

Plus de huit patients sur dix (82%) avaient un diagnostic de démence, dont 26,2% à un stade sévère ; 18,7% des patients avaient un stade léger et modéré ; un stade modérément sévère était présent dans 14,9% des cas. Parmi ces patients déments, 55,6% avaient des symptômes psychologiques et comportementaux (SCPD), majoritairement qualifiés de « perturbateurs » (43,6%, soit 78,4% des cas de SCPD).

Sur les 405 patients présentant des comorbidités, 86,1% avaient des facteurs de risque cardiovasculaire, 48,2% avaient une insuffisance rénale, 12,3% une insuffisance cardiaque, 2,1%. Une surdité était présente chez 117 patients (27,7%) et une cécité était constatée chez 150 patients (35,5%). Près de deux tiers des patients (63,7%) avaient deux comorbidités ou plus. Les scores ADL étaient en moyenne de  $3,52 \pm 1,82$  et IADL à  $3,25 \pm 1,22$ .

### **Diagnostics en lien avec le séjour hospitalier**

Cité dans 26% des dossiers, « l'épuisement de l'aidant » était le diagnostic le plus fréquent, suivi par la « décompensation comportementale » (22,9%). On retrouve ensuite les hospitalisations pour prise en charge d'un problème somatique aigu (19,9%) et d'une perte d'autonomie (17,3%). Les bilans cognitifs et de chute étaient respectivement retrouvés dans 8,3 et 5,7% des cas.

### **Devenir au décours du séjour hospitalier**

Au décours de la prise en charge hospitalière, la majorité des patients (69,1%) sont rentrés à leur domicile, avec une majoration des aides professionnelles pour 47,9% d'entre eux ; 29 % ont été institutionnalisés, dont 24,1% en EHPAD (*Tableau 2*).

<b>Variables</b>	<b>n (%)</b>
Retour domicile <b>direct</b> avec augmentation des aides	146 (34,5)
Retour domicile <b>direct</b> sans augmentation des aides	71 (16,8)
USLD	1 (0,2)
EHPAD	36 (8,5)
EHPA	1 (0,2)
Décès	6 (1,4)
<b>SSR</b>	<b>120 (28,4)</b>
Retour domicile <b>après SSR</b> , avec augmentation des aides	45 (10,6)
Retour domicile <b>après SSR</b> , sans augmentation des aides	15 (3,5)
<b>USLD après SSR</b>	17 (4,0)
<b>EHPAD après SSR</b>	41 (9,7)
<b>Décès après SSR</b>	2 (0,5)
<b>UCC</b>	<b>42 (9,8)</b>
Retour domicile <b>après UCC</b> , avec augmentation des aides	12 (2,8)
Retour domicile <b>après UCC</b> , sans augmentation des aides	4 (0,9)
<b>USLD après UCC</b>	1 (0,2)
<b>EHPAD après UCC</b>	25 (5,9)
<b>Décès après UCC</b>	0

*Tableau 2 : Devenir des patients*

## Réhospitalisations

5% des patients (21) ont été réhospitalisés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation, le plus souvent pour un problème somatique aigu (2,8%), suivi par les décompensations comportementales dans 1,2% des cas, de la perte d'autonomie (0,7%), et de l'épuisement de l'aidant (0,2%).

## Etude d'un lien entre l'épuisement de l'aidant et le devenir du patient

Il existe un lien statistiquement significatif entre la notion d'un épuisement de l'aidant et l'institutionnalisation en EHPAD du patient immédiatement après le court séjour (*Tableau 3*).

	Epuisement de l'aidant	
	oui	non
Retour à domicile direct, AVEC augmentation des aides	OR : 0,676 (IC : 0,42-1,086) p=0,105	OR : 1
Retour à domicile direct, SANS augmentation des aides	OR : 1,241 (IC : 0,706-2,180) p=0,452	OR : 1
Placement en EHPAD	2,829 (IC : 1,412-5,665) <b>p=0,003</b>	OR : 1

*Tableau 3 : Lien épuisement de l'aidant – Retour à domicile ou EHPAD*

Ce lien persiste chez les patients transférés en UCC après le court séjour, puis admis en EHPAD (OR=2,826 ; p=0,013). Pour les patients admis en UCC, la corrélation entre épuisement de l'aidant et transfert en UCC est également statistiquement significative (OR=2,939 ; p=0,001).

Enfin, on retrouve un lien statistiquement significatif entre la présence de SCPD perturbateurs et un épuisement de l'aidant (OR=4,769 ; p<0,0001). De même, il existe un lien statistiquement significatif entre la présence de SCPD perturbateurs et une institutionnalisation en EHPAD (OR= 2,092 ; p=0,039).

En analyse multivariée, la démence et les SCPD ne sont significativement pas corrélés à une institutionnalisation, par contre il persiste un lien significatif entre un épuisement de l'aidant et l'institutionnalisation du patient (OR=2,253 ; p=0,031) (*Tableau 4*).

	Epuisement de l'aidant		SCPD perturbateur		Démence	
	oui	non	oui	non	oui	non
<b>Placement en EHPAD</b>	OR : 2,253 IC : 1,077-4,715 <b>p=0,031</b>	1	OR : 1,322 IC : 0,613-2,850 p=0,476	1	OR : 2,688 IC : 0,588-12,282 p=0,202	1

*Tableau 4* : Lien entre EHPAD, épuisement de l'aidant, SCPD et démence  
(Régression logistique multivariée)

#### IV. DISCUSSION

De nos jours, le maintien au domicile des sujets âgés reste l'alternative la plus favorable à la conservation d'une forme d'autonomie psycho-sociale pour les patients et leurs aidants. Cependant, la qualité du maintien au domicile dépend de multiples facteurs associant une coordination optimale des soins, un plan d'aides professionnelles adéquat ainsi qu'un investissement important des aidants familiaux. Une hospitalisation en court séjour gériatrique, en lien avec les médecins assurant le suivi en ville, permet de réévaluer les conditions du maintien à domicile, et parfois de les étayer. Les difficultés d'un maintien à domicile peuvent découler d'une perte d'autonomie conséquente du patient ou d'un ~~à un~~ épuisement des aidants familiaux. L'objectif principal de notre étude était de préciser le devenir des patients au terme de la prise en charge hospitalière, et notamment le pourcentage de patients réintégrant leur domicile. Sur les 423 patients inclus, 61,2% viennent directement de leur domicile, et plus des deux tiers (69,1%) y retournent après le séjour hospitalier avec, pour 47,9% d'entre eux, une majoration du plan d'aides. Ces chiffres tendent à montrer que la majorité des patients admis en court séjour bénéficiaient d'aides adéquates au domicile ; ils témoignent également d'une collaboration efficiente entre la ville et l'hôpital, la majoration des aides professionnelles au domicile se faisant en lien avec le médecin traitant. En France en 2013, 93,2% des plus de 65 ans et 63% des plus de 85 ans vivaient à domicile, l'âge moyen d'entrée en institution étant d'à peine plus de 80 ans (13). Le « maintien à domicile » n'étant assimilé à aucune institution au sens juridique ou médical, il n'existe pas de cadre précisant les conditions optimales de son application. Un maintien au domicile adéquat nécessite une évaluation multidisciplinaire approfondie et la coordination de tous les acteurs de la prise en charge. Si l'avis du patient est primordial, il faut toutefois s'assurer que le maintien à domicile ne le mette pas en danger, en tenant compte de son état de santé, de son niveau d'autonomie, de son environnement social et affectif, de ses ressources et de son environnement matériel. Les personnes âgées dépendantes ont en moyenne trois professionnels qui interviennent à leur domicile, les  $\frac{3}{4}$  d'entre elles mobilisant au moins 6 intervenants (14). Dans notre étude, seuls 54,1% des patients admis en court séjour avaient un plan d'aides multiples comprenant au moins deux intervenants. Pour les 47,9% chez qui les aides professionnelles ont été majorées, il aurait été intéressant de préciser les raisons ayant conduit à cette majoration.

Concernant les ré-hospitalisations dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital, seuls 5% des patients sont concernés. Notre étude ne s'est toutefois intéressée qu'aux cas de ré-

hospitalisation dans les unités de MCO et SSR du Centre Gériatrique Départemental, ce qui constitue un biais conséquent puisque les patients admis dans un autre service hospitalier ou une clinique sur cette période ne sont pas représentés.

Enfin, l'analyse d'un lien entre un épuisement de l'aidant naturel et le devenir du malade comprend également des biais, de sélection et de classement notamment, principalement dus au caractère rétrospectif de l'étude. La notion « d'épuisement de l'aidant » nécessiterait d'être définie de façon consensuelle, avec une évaluation reproductible, des échelles comme la Zarit Burden Inventory (ZBI), la Care Strain Index (CSI) ou la Screen for caregiver burden (SCB) ne suffisant pas à définir à elles seules l'épuisement de l'entourage (6) et n'étant pas communément utilisées en ville ou à l'hôpital. Truzzi *et al* définissent l'épuisement de l'aidant comme un syndrome psychosocial associant trois composantes : un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation, une baisse du sentiment de réussite personnelle (9). L'étude PIXEL propose quant à elle deux auto-questionnaires de vingt items, l'un concernant la qualité de vie des aidants, l'autre la vulnérabilité de l'aidant (8). Dans notre étude, l'épuisement de l'aidant était précisé dans la demande d'admission -et donc souvent apprécié par le médecin traitant-, parfois exprimé par l'aidant lui-même, mais également défini par l'équipe médico-soignante du service hospitalier, chacune de ces évaluations étant empreinte de subjectivité. Par ailleurs, le fait de ne pas avoir mentionné « épuisement de l'aidant » dans la lettre de liaison au sortir de l'hospitalisation ne certifie pas son absence. Malgré cela, notre étude retrouve un lien significatif ( $p=0,003$ ) entre l'existence d'un épuisement de l'aidant et l'institutionnalisation du patient au décours de la prise en charge hospitalière. Si ce lien mérite d'être confirmé par une étude avec une méthodologie plus rigoureuse (prospective multicentrique par exemple), il nous amène toutefois à certaines réflexions. En 2007, l'état allouait un montant de 24 milliards d'euros à l'accompagnement des patients en perte d'autonomie et en situation d'handicap ; la participation financière des familles s'élevait à 7 milliards d'euros (15). Actuellement, le nombre de personnes dépendantes augmente, alors que la taille moyenne des familles diminue. La réduction du nombre d'aidants familiaux risque de majorer à terme la charge d'aide qui va peser sur chacun d'entre eux. Entre 1962 et 2005, le taux d'activité des femmes en France est passé de 45,8% à 63,8%, diminuant d'autant plus leur disponibilité (15). Dans notre étude, les enfants représentent plus de la moitié des aidants naturels, sachant que nous n'avons pas pu préciser combien d'entre eux avaient une activité professionnelle. D'après l'hypothèse de l'achèvement de la réforme des retraites, l'allongement du temps de travail aura un impact négatif sur la disponibilité des aidants ; cet allongement s'associera par ailleurs au rajeunissement de l'âge moyen des aidants, résultant

du fait que leurs parents ont eu tendance à avoir des enfants plus tardivement. Toujours selon cette hypothèse, cela aboutira, à terme, à un nombre plus important de personnes âgées fragilisées souhaitant rester à domicile que d'aidants familiaux disponibles pour les prendre en charge au quotidien (15).

Sur les 762 dossiers ayant fait l'objet d'une première analyse pour vérifier les critères d'inclusion, 24 n'ont pas été retenus car le patient n'avait aucun aidant naturel alors qu'il vivait à domicile. Si l'on compare ce nombre aux 423 patients inclus et donc vivant à domicile avec l'aide d'un proche, on constate que les aidants naturels sont majoritairement présents auprès des malades. Le soutien apporté par les aidants naturels reste donc considérable. Certaines études évaluent le temps de présence de l'aidant auprès du malade à environ six heures par jour en moyenne, principalement dans les domaines suivants : nursing, activités domestiques, démarches administratives, coordination de l'aide, vigilance permanente, soutien psychologique (6). Cette implication majeure des aidants pourrait accroître le risque d'épuisement. Suite au Plan Alzheimer 2008-2012 (3) et selon les recommandations de la HAS de 2010 (6), l'aidant d'un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée peut bénéficier d'une consultation annuelle approfondie avec son médecin traitant ou celui de son proche malade. Cette consultation a pour buts principaux de dépister des problématiques de santé spécifiques, d'évaluer l'état psychique et nutritionnel et enfin de s'assurer du bon niveau d'adéquation entre les besoins de l'aidant, du patient et les moyens mis en place (6). La HAS a fixé à 70% le pourcentage d'aidants qui devraient bénéficier de cette évaluation. Or, dans une enquête menée en 2015 auprès de 95 médecins généralistes marseillais, seuls 27% déclaraient avoir une consultation dédiée pour l'aidant (16). Le Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 met également l'accent sur le soutien des aidants, grâce aux mesures 50 et 51 qui ont pour objectifs de structurer et mettre en œuvre une politique active en direction des proches-aidants et de favoriser l'accès à un soutien psychologique adapté aux besoins des aidants (4).

Dans notre étude, l'épuisement de l'aidant apparaît dans 26% des dossiers. Dans l'étude PIXEL, la notion d'épuisement n'apparaît pas sous ce terme mais 71% des aidants familiaux déclarent ressentir un lourd fardeau. Selon une méta-analyse datant de 2003 (17), les aidants sont plus stressés, plus dépressifs et ont l'impression d'être en moins bonne santé. Enfin, dans une étude de 2007, il existe une baisse significative du score à la Geriatric Depression Scale dans le groupe d'aidants bénéficiant d'un accompagnement par rapport à un groupe témoin

qui ne bénéficie pas d'aide, et l'institutionnalisation du malade réduit l'épuisement de l'aidant ( $p < 0,001$ ) (18).

Dans l'étude contrôlée et randomisée de Graff *et al*, l'accompagnement des aidants au travers d'interventions psycho-socio-éducatives, représente une prise en charge parmi les mieux adaptées et efficaces avec une baisse du risque de dépression et du fardeau, et il retarde de plus d'un an l'institutionnalisation. De même, le développement de programmes axés sur des activités occupationnelles pour les patients et la formation des aidants à une meilleure gestion des troubles du comportement entraîne une amélioration des capacités des patients ainsi qu'une baisse de l'épuisement des aidants persistante jusqu'à 7 semaines après l'intervention (19).

Concernant les aides allouées par l'Etat, 8% des plus de 60 ans avaient une APA en 2013, 90% ayant plus de 75 ans et 59% vivant à domicile (1). Dans notre étude, 35,2% des patients bénéficient de cette allocation, ce qui peut être interprété de plusieurs façons. En premier lieu, il est licite d'envisager qu'un plus grand nombre de sujets âgés bénéficient d'une APA en 2017 qu'en 2010, du fait d'une meilleure coordination médico-sociale et d'une augmentation du niveau de dépendance dans cette population. Notre étude concernant des patients admis et parfois suivis dans un Centre Gérontologique, un biais de sélection ne peut être exclu. Enfin, les patients inclus étant majoritairement polypathologiques et dépendants, ils ne reflètent pas l'ensemble des sujets de leur âge. Toutefois, au vu de l'existence d'un diagnostic de démence pour la majorité des patients de notre population d'analyse (82%), nous aurions pu nous attendre à un nombre de bénéficiaires de l'APA plus important.

Pour les patients ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, les Accueils de jour représentent parfois une alternative à l'institutionnalisation ; en plus de la stimulation cognitive apportée au patient, ils permettent un temps de répit pour l'aidant et améliorent souvent le maintien à domicile (20). De même, des « structures de répit » ont été développées ; elles permettent un hébergement pour une durée maximale de 90 jours, sur une période de 12 mois. Toujours selon l'étude PIXEL, les centres de répit et la prise en charge psychologique de l'aidant reculeraient de plus d'un an l'entrée en institution du malade (8). Ces prises en charge méritent donc d'être poursuivies voire développées, sachant toutefois que leur financement reste au moins partiellement à la charge des patients et de leurs proches.

Enfin, notre travail retrouve une corrélation significative, et déjà démontrée par d'autres études (8), entre l'existence de troubles du comportement perturbateurs chez le patient et un épuisement de l'aidant ( $p < 0,0001$ ). Toutefois, il existe un biais lié au fait que le caractère

« perturbateur » des SCPD était fondé sur le jugement de l'entourage, et donc évalué de façon subjective.

Notre étude souligne l'intérêt d'une évaluation multidimensionnelle du sujet âgé, tenant compte notamment de son environnement humain et matériel. Elle confirme l'importance d'un soutien et d'un accompagnement des aidants naturels, sans qui le maintien à domicile du patient serait souvent difficile voire impossible, ainsi que la nécessité de proposer à ces derniers des périodes de répit, dans leur intérêt et dans celui du patient. Si les médecins traitants orientent et coordonnent la prise en charge des patients, les aidants naturels sont souvent la pierre angulaire de leur maintien à domicile (21).

## **V. CONCLUSION**

Dans notre étude, la majorité des patients retournent à leur domicile après leur séjour hospitalier, avec un renforcement des aides professionnelles pour moins de la moitié d'entre eux. Pour les patients ayant intégré un EHPAD au décours de l'hospitalisation, nous avons trouvé un lien statistique significatif avec un épuisement de l'aidant naturel. Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence, la notion d'épuisement de l'aidant nécessitant d'être définie de façon précise et reproductible, et ce lien réévalué par une étude prospective et multicentrique de grande envergure. Le maintien au domicile et l'épuisement des aidants constituent toutefois des enjeux de santé publique auxquels les professionnels de santé doivent être particulièrement sensibilisés pour poursuivre une prise en charge optimale à la fois pour les patients et leurs aidants.

## VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143?sommaire=1912926>
2. <http://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
3. Plan Alzheimer 2008-2012 : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-200862012.pdf>.
4. Plan maladie neuro-dégénérative 2014-2019  
[www.cnsa.fr/documentation/plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives2014.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf).
5. Schéma régional organisation des soins  
[https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2012-01-30\\_ARS\\_DG\\_prs\\_schema\\_regional\\_organisation\\_soins\\_arspaca.pdf](https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2012-01-30_ARS_DG_prs_schema_regional_organisation_soins_arspaca.pdf)
6. Haute autorité de santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Argumentaire février 2010.
7. Enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels, DREES, 2008. Enquête Handicap-Santé, volet ménages, INSEE.
8. Thomas P, Novartis, France Alzheimer. L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Étude Pixel. Rueil-Malmaison : Novartis ; France Alzheimer ; 2002.
9. Truzzi A, Valente L, Ulstein I, Engelhardt E, Laks J, Engedal K. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012 ; 34 :405-412.
10. Andrieu S, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Bocquet H, Cantet C, Albaredo JC et al. Charge ressentie par les aidants informels de patients atteints de la maladie d'alzheimer au sein de l'étude REAL.FR : méthode de mesure et facteurs associés. *Groupe REAL.FR. La Revue de Medecine interne*. 2003 ; 24 : 351-359.
11. Kerhervé H, Gay M-H, Vrignaud P. Santé psychique et fardeau des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'alzheimer ou de troubles apparentés. *Annales medico-psychologiques*. 2008 ; 166 : 251-259.
12. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? HAS JUIN 2013.

13. A-M Magnier. Maintien au domicile des personnes âgées. EMC-Traité de médecine Akos 2013 ; 8 (2) : 1-7 (article 3-1078).
14. Mboko G. La coordination des acteurs, maillon indispensable du maintien au domicile. Soins gériatrie. 2009 ; 75 : 18-21.
15. Blondel F, Delzescaux S. L'aide familiale aux personnes âgées fragilisées : enjeux et perspectives. Soins gériatrie. 2012 ; 94 : 26-30.
16. M Campana. Décompensations comportementales aiguës dans le cadre d'une démence : le « fardeau » du Médecin Généraliste. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Marseille ; 2015, 28.
17. Pinquart M1, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psychol Aging. 2003 Jun ;18(2):250-67.
18. Gaugler JE, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. J Am Geriatr Soc 2008 ; 56 (3) : 421-8.
19. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ. 2006 Dec 9 ;333(7580) :1196. Epub 2006 Nov 17.
20. Lacroix JP, Villers V, Petit-Lafaye J. L'accueil de jour Alzheimer, une alternative à l'institutionnalisation. Soins Gériatrie. 2008 ; 69 : 36-38.
21. Hazif-Thomas C, Bouché C, Clément J-P, Thomas P. Influence de la déambulation et des comportements moteurs inadéquats sur la prise en charge des déments à domicile par des aidants informels. L'étude Pixel. Annales médico-psychologiques. 2003 ; 161 : 665-673.

## VII. ANNEXE

### Recueil de données patients

PATIENT N :

Date :

Sexe :  Homme  Femme Age :

Hospitalisation au Centre Gérontologique Départemental :

CSG  CSA

Durée de séjour :

Provenance :

Domicile  Urgences  MCO  SSR

Conditions de vie du patient :

Seul à domicile avec au moins un aidant familial à proximité

Seul à domicile, avec au moins un aidant familial mais non à proximité

A domicile avec conjoint

A domicile avec aidant naturel autre que le conjoint

Vivant au domicile de l'aidant

Existence d'un médecin traitant :

OUI  NON

Aide financière de l'état

OUI  Allocation personne âgé  Allocation adulte handicapé

NON

Aide professionnelle

OUI  IDE  kiné  auxiliaire de vie  orthophoniste  aide-ménagère  ESA

Accueil de jour  Répit

NON

Qualité de l'aidant naturel :  conjoint  enfant  autre

Comorbidités du patient :

Facteur de risque cardio-vasculaire  Insuffisance cardiaque  insuffisance rénale

insuffisance respiratoire  surdité  c civit 

Démence  OUI  NON

Stade de la démence

léger  modéré  modérément sévère  sévère  ne sait pas

Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence

OUI  Perturbateurs  Non perturbateurs

NON

Niveau d'autonomie du patient  score ADL /6

IADL /4

Diagnostic retenu dans la lettre de liaison :

Décompensation comportementale  épuisement de l'aidant  Perte d'autonomie

Problème somatique aigu  Bilan de chute  Bilan de troubles cognitifs

Devenir du patient au décours de la prise en charge en court séjour :

DOMICILE ; Augmentation des aides  OUI  NON

USLD  DECES  SSR  UCC  EHPAD  EHPA

Si SSR ou UCC devenir du patient à terme

DOMICILE ; Augmentation des aides  OUI  NON

EHPAD  EHPA  USLD  DECES

R -hospitalisation dans les 30 jours  OUI  NON

Diagnostic retenu dans la lettre de liaison :

Décompensation comportementale  épuisement de l'aidant  Perte d'autonomie

Problème somatique aigu  Bilan de chute

## VIII. LEXIQUE

ADL: Activities of Daily Living

CGD : Centre Gérontologique Départemental

CSA : Court Séjour Alzheimer

CSG : Court Séjour Gériatrique

CSI: Care Strain Index

EC: Ecart type

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

IC : Intervalle de Confiance

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Epidémiologiques

MAMA : Maladie d'Alzheimer et maladies neuro-dégénératives apparentées

MMSE: Mini Mental State Examination

OR: Odd Ratio

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

SCB : Screen for Caregiver Burden

SCPD : Symptômes Comportementaux et Psychologiques liés à la démence

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

ZBI : Zarit Burden Inventory



## SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.**

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera**. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

**Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés**. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

**Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission**. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

**J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.**

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.**