



## Chapitre 103

# Korsakoff : Prise en charge et volet social

V. ROSSET

### Points essentiels

- L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke et le Syndrome de Korsakoff sont liés à une carence en thiamine (Vitamine B1).
- Le syndrome de Korsakoff se définit par un syndrome amnésique avec préservation relative des fonctions cognitives, atteinte de la mémoire rétrograde et antérograde souvent associée à des confabulations et fausses reconnaissances, ainsi que des troubles sévères de la mémoire épisodiques, et une anosognosie.
- Les répercussions sociales sont nombreuses : conséquences sur les liens sociaux et familiaux, sur l'emploi, le logement, la situation financière et administrative, la capacité à vivre seul.
- Une étude portant sur les patients ayant le syndrome de Korsakoff (SK) accueillis au Centre Hospitalier Annecy Genevois en 2014, montre que les assistants sociaux ont été interpellés pour la moitié de ces patients, pour des problématiques de maintien à domicile essentiellement.
- Une analyse pluridisciplinaire est nécessaire pour évaluer l'orientation, les ressources et les freins au maintien à domicile.
- Il n'y a pas de guérison possible, mais on peut espérer une stabilisation. Un travail de réadaptation permettra d'atteindre un certain niveau d'autonomie, de maintenir les acquis et de préserver une qualité de vie.
- Hormis quelques initiatives locales offrant un hébergement et un accompagnement médico-social adapté, il n'existe pas d'établissement dédié à l'accueil des personnes souffrant du syndrome de Korsakoff. Ils peuvent être accueillis par défaut en établissement pour personnes âgées, pour personnes handicapées ou encore en famille d'accueil.

V. Rosset, assistante sociale.

Je suis assistante sociale au Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE), sur le site d'Annecy. J'interviens sur différents services de l'hôpital, l'Équipe de liaison et de Soins en Addictologie ou ELSA (50 %), les urgences, la réanimation, et la surveillance continue (50 %). Je rencontre et accompagne donc des patients malades alcooliques dans ces différentes unités.

Nous prenons en charge des patients plus ou moins dépendants, assez rarement diagnostiqués Syndrome de Korsakoff (SK), mais pouvant présenter un tableau clinique faisant évoquer une démence.

Afin de comprendre les répercussions du SK, nous préciserons, avec le Docteur DELARUE, médecin dans l'ELSA du CHANGE, la découverte et la physiopathologie de ce syndrome, indissociable de l'encéphalopathie de Wernicke.

Nous ferons un point sur les retentissements sociaux sur la vie du patient et de sa famille, puis nous explorerons les méthodes de rééducation et la prise en charge du patient.

Pour illustrer nos propos, nous nous appuierons sur une étude réalisée sur dossier au CHANGE.

## 1. Physiopathologie : une carence en thiamine lourde de conséquences

Les données épidémiologiques soulignent la fréquence de l'association entre troubles de l'usage de l'alcool et déficits cognitifs. Certains auteurs estiment que les atteintes cérébrales secondaires à la consommation d'alcool concerneraient entre 10 % à 24 % de toutes les causes de démences (Gupta 2008) mais leur prévalence reste difficile à estimer car encore largement sous-diagnostiquées (COPAAH 2014).

Dans le spectre des troubles cognitifs liés à l'alcool, l'encéphalopathie de Gayet Wernicke et le syndrome de Korsakoff sont les plus classiques. De par leur étiologie commune, caractérisée par une carence en thiamine (vitamine B1), l'encéphalopathie de Gayet Wernicke et le SK sont le plus souvent décrits comme appartenant à une même catégorie nosographique : le syndrome de Wernicke-Korsakoff (Kopelman, 2009).

C'est le psychiatre russe Korsakoff qui, entre 1887 et 1891, va considérer que les troubles de la mémoire et la polyneuropathie présentés par « pas moins de 30 patients alcooliques chroniques » étudiés, font partie de la même maladie, qu'il qualifiera de « psychosis polyneuritica ». Bien qu'il ne fit pas mention du syndrome décrit quelques années plus tôt par Wernicke (1881), Korsakoff rapporta qu'une confusion-agitation précédait fréquemment les troubles mnésiques, parfois associée à une ataxie, une ophtalmoplégie et un nystagmus. En 1897, sous l'impulsion de Murawieff, l'étiologie commune de l'encéphalopathie de Wernicke et de la psychose de Korsakoff sera admise.

Depuis le développement de la recherche animale dans les années 30-40 et l'importante étude de Wardener et Lennox (1947) chez les prisonniers de guerre

dénutris, il est clairement établi que le déficit en thiamine est le mécanisme sous-jacent aux réactions neuropsychiatriques décrites plus tôt. De nos jours, l'imagerie cérébrale permet de mieux comprendre la neuropathologie du syndrome de Wernicke-Korsakoff avec, entre autres, la mise en évidence de l'atrophie des corps mamillaires, du thalamus, des lobes frontaux et des zones corticales (Kopelman, 2001).

L'encéphalopathie de Wernicke est donc la réaction aiguë à la carence vitaminique caractérisée par un syndrome confusionnel (90 %) chez un patient apathique ou plus rarement agité, des troubles oculomoteurs (20-50 %) par atteinte des nerfs VI (ou plus rarement III) uni ou bilatérale et volontiers fluctuant, une ataxie cérébelleuse statique se manifestant par élargissement du polygone de sustentation à la marche. Notons que cette triade classique n'est présente que chez 16 % des patients (Sechi, 2007). Une hypertonie oppositionnelle ou « pseudoparkinsonienne », surtout à prédominance axiale est également représentative (Vuadens P, 1998). Si rapidement traitée par une administration parentérale de thiamine (et avant toute injection de glucose), la symptomatologie pourra régresser mais de nombreux cas ne sont pas diagnostiqués (80 % – le diagnostic est le plus souvent posé en post-mortem – (Harper, 2007) et 85 % des survivants développeront un syndrome de Korsakoff (Day, 2004). C'est ainsi que le syndrome de Korsakoff ne se manifeste pas toujours après un épisode franc d'encéphalopathie de Wernicke mais peut survenir de façon plus insidieuse.

Le syndrome de Korsakoff se définit par un syndrome amnésique avec préservation relative des fonctions cognitives. Il existe une atteinte de la mémoire rétrograde (avec un gradient temporel) et antérograde (avec une sensibilité accrue aux interférences) souvent associée à des confabulations et fausses reconnaissances. Les patients souffrant d'un syndrome de Korsakoff se distinguent par la sévérité et la stabilité de l'atteinte du circuit de Papez, qui se traduit par un trouble sévère de la mémoire épisodique. Ceci implique une réduction des capacités d'apprentissage verbal et non verbal, de la récupération des souvenirs et du contexte spatio-temporel qui y est lié. Malgré les sévères déficits dans l'apprentissage, certaines zones de la mémoire sont préservées et notamment celles pour l'acquisition de nouvelles tâches motrices (Vuadens P, 1998).

Des recherches récentes mettent également en évidence un syndrome dys-exécutif caractérisé par une altération des capacités de flexibilité, d'inhibition, de planification, de manipulation en mémoire de travail et de conceptualisation. Ces troubles exécutifs altèrent les facultés de prise de décision (Van Oort, 2009).

L'évolution du syndrome de Korsakoff reste incertaine. Si une abstinence est maintenue, environ 75 % des patients connaîtront une amélioration de la symptomatologie quoique beaucoup plus lentement que dans l'encéphalopathie de Wernicke (Day 2008). Néanmoins, pour 25 % des patients, le traitement n'aura aucun effet (Kopelman 2009).

La stratégie thérapeutique pour les patients souffrant d'un syndrome de Korsakoff n'est également pas claire. L'administration vitaminique reste essentielle. Plus délicates, les questions relatives à la réhabilitation neuro-psycho-sociale de ces

patients bien souvent jeunes et à risque de développer d'autres atteintes psychiatriques (anxiété, dépression) (Svanberg 2013).

Ainsi, nous pouvons comprendre les répercussions du syndrome de Korsakoff : un oubli massif, une désorientation spatio-temporelle, des fausses reconnaissances, des confabulations. Ces troubles peuvent s'accompagner de modifications du comportement, ou de l'affectivité, parfois de difficultés physiques, et d'une anosognosie. Ces troubles évoluent de façon incertaine, et vont entraîner des retentissements notoires sur la vie du patient et de la famille, qui nécessiteront un accompagnement pluridisciplinaire.

## 2. Retentissements pour le patient et sa famille : une dégradation physique, cognitive et sociale remettant souvent en cause le mode de vie antérieur

Pour mieux identifier la population concernée, j'ai effectué une recherche locale sur la patientèle du CHANGE, sur la base d'une identification par le service du département d'information médicale de l'ensemble des patients ayant comme diagnostic principal ou associé le code **F 106 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome amnésique)** sur l'ensemble de l'année 2014.

Cette recherche avait deux objectifs :

- identifier si ces patients présentaient des difficultés sociales particulières nécessitant l'intervention d'un Assistant Socio-Educatif (ASE) durant leur séjour, et le cas échéant, d'analyser l'accompagnement proposé ;
- observer si le syndrome de Korsakoff était un facteur favorisant la multiplication des passages aux urgences.

Cela a concerné 23 hospitalisations et 20 patients en 2014, sachant que le CHANGE a effectué 70 667 hospitalisations sur cette même période. Cela représente donc un nombre très restreint de patients. Nous pouvons nous interroger sur ce chiffre, est-il exhaustif ou y a-t-il un déficit de codage de ce syndrome ?

Sur ces 23 hospitalisations, je retirerai des chiffres 2 passages qui concernent des jeunes patients de 18 et 21 ans qui ont effectué des séjours en UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) à l'occasion d'ivresses aiguës ponctuelles et qui ne sont donc pas représentatifs de la problématique traitée.

L'analyse portera donc sur 18 patients d'une moyenne d'âge de 61 ans.

Pour 6 de ces patients, le motif d'hospitalisation était directement lié à leurs troubles liés eux-mêmes à l'alcool : « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool : syndrome amnésique », « démence, due à l'alcool », « encéphalopathie de Wernicke », ou encore « sevrage d'alcool ». Pour les autres, il s'agissait de problématiques médicales liées ou non à la consommation d'alcool.

Sur ces 18 patients, 14 vivaient à domicile avant l'entrée à l'hôpital, 3 en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), et 1 en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) accueillant des personnes avec une maladie mentale stabilisée.

Les ASE ont été interpellées pour 7 patients, vivant tous à domicile.

Quelques précisions sur les interventions effectuées par les ASE :

- rencontre de la moitié des patients avec un SK qui vivaient à domicile, ce qui montre l'imbrication des problématiques médicales et sociales dans cette pathologie ;
- intervention uniquement pour des patients hospitalisés 8 jours ou plus (le séjour le plus long étant de 174 jours) ;
- interpellation quasi systématique pour les patients SK hospitalisés depuis 8 jours et plus (7 patients sur 9).

Il est à noter que ce sont essentiellement les ASE du service de soins et non celle de l'ELSA qui sont intervenus. Nous pouvons également noter que l'ELSA a été interpellée pour seulement 4 de ces 18 patients.

Les ASE interpellés l'ont donc été pour difficultés de maintien à domicile. Trois patients vivant à domicile avant l'hospitalisation ne sont pas retournés chez eux et sont entrés en EPHAD (1 hospitalisation était programmée pour sevrage avant entrée en EHPAD). Les autres patients vus par les ASE ont bénéficié d'une évaluation sociale ayant abouti ou non à la mise en place d'aides à domicile.

Sur les 14 patients vivant à domicile, 11 vivaient seuls et 3 en couple. Sur les 3 patients en couple, 2 ont pu retourner à domicile, et un est décédé. Les patients entrés en EHPAD vivaient seuls. L'entourage semble donc être un facteur favorisant le maintien à domicile.

Il est intéressant de souligner que chez les patients sortant en EHPAD, la moyenne d'âge est de 64 ans alors que la moyenne d'âge nationale en EHPAD est de 85,2 ans.

Les chiffres ne montrent pas de passages récurrents aux urgences de ces patients avec une moyenne de 2,11 passages aux urgences en 2014 avec au plus 6 passages.

Cette analyse de l'activité sur notre site souligne bien l'analyse que l'on peut faire à un niveau plus général. Les patients atteints du syndrome de Korsakoff, et plus, généralement de démence liée à l'usage de l'alcool, sont des patients pour lesquels l'accompagnement est souvent difficile en milieu hospitalier.

Nous pouvons retrouver chez eux comme souvent chez les patients dépendants les conséquences des consommations sur les liens familiaux et amicaux, sur l'emploi, sur le logement, sur la situation financière et administrative, sur la santé physique et psychique. À cela, s'ajoutent les troubles propres au SK : la désorientation temporo-spatiale, le syndrome amnésique, l'apathie, la confabulation, l'anosognosie. Le manque d'initiative, l'amnésie antérograde et

des propos parfois fantaisistes sont déroutants pour les soignants, qui peuvent rapidement se sentir en échec dans la prise en charge.

De plus, les patients sont souvent encore dans une consommation active à l'entrée et ne sont souvent plus en mesure d'être demandeurs de soins en addictologie.

De fait, ces patients arrivent après de nombreuses années d'alcoolisation, durant lesquelles ont eu le temps de s'installer une dégradation physique et cognitive, parfois une incurie, et souvent une perte de lien social, un isolement.

À ce stade de la maladie, certaines familles sont encore présentes, mais nous constatons que la majorité s'est éloignée, découragée par les rechutes successives ou l'absence d'adhésion aux soins, en souffrance, dans l'impuissance ou l'incompréhension devant l'état dans lequel le patient se trouve.

Lorsqu'ils vivent seuls, ce sont des patients qui peuvent être soit en logement autonome, soit en résidence sociale.

Ils peuvent cumuler des difficultés sociales, comme la perte de droits sociaux, l'absence de ressources, parfois liées à un désintérêt pour les démarches administratives. À cela s'ajoutent les difficultés financières liées entre autre au coût qu'engendrent les consommations.

Ils nécessitent parfois l'intervention d'aides à domicile pour les activités de la vie quotidienne ou pour l'entretien du lieu de vie. Souvent envahis par un manque d'initiative, voire une clinophilie, ils peuvent rapidement se trouver en situation d'incurie, et nous constatons que l'intervention d'auxiliaires de vie peut être mise en échec.

Lors d'hospitalisations, la question du devenir se pose très rapidement, l'organisation actuelle du système de santé privilégiant plutôt des hospitalisations courtes qui ne sont pas possibles dans ces cas-là. De même, les filières d'addictologie ne sont pas effectives dans tous les établissements et ces patients peuvent être difficiles à orienter vers les structures d'aval.

### 3. Prise en charge : Un réseau spécialisé à développer

Il est important de faire une analyse pluridisciplinaire pour orienter ces patients avec médecin somaticien, addictologue, assistant social, neuropsychologue.

Il convient d'étudier les ressources et les freins au maintien à domicile, l'autonomie de la personne, son entourage, les potentielles mises en danger, ainsi que son souhait.

Que le projet à plus long terme soit ou non un retour à domicile, un passage en SSR peut s'avérer bénéfique pour préparer le retour à domicile ou envisager une entrée en institution.

Certains centres de Soins de Suite et Réadaptation en addictologie peuvent accueillir ce type de patients et leur apporter une rééducation grâce à une prise en charge adaptée sur une longue durée et prenant en compte les aspects médicaux,

sociaux, psychologiques et cognitifs du patient. Dans notre région, nous travaillons par exemple avec la Clinique du Chambon sur Lignon en Haute-Loire.

Il n'y a pas de guérison ou de récupération de l'état antérieur dans le syndrome de Korsakoff, il faut donc travailler dans une perspective d'adaptation aux troubles, de la part du patient et de l'entourage.

La prise en charge en rééducation va associer le traitement médicamenteux, la mise en place d'une alimentation équilibrée et riche en vitamine, la prise en charge psychologique, et la prise en charge cognitive réalisée par des neuropsychologues et ergothérapeutes entre autre.

L'objectif est d'atteindre un niveau d'autonomie maximal pour la personne, de maintenir les acquis et de privilégier la qualité de vie.

On peut s'appuyer sur des aides environnementales comme un affichage adapté, des calendriers, des guides « étape par étape ». On incite le patient à utiliser un carnet aide-mémoire, où il va noter toutes les informations importantes qu'il pourrait oublier. Dans l'amnésie antérograde très présente dans le Korsakoff, les problèmes de mémoire concernent surtout les faits récents, alors que les faits anciens sont préservés.

Il faut s'appuyer sur les capacités préservées, limiter le changement de repères, se baser sur la routine et la répétition sans erreur pour favoriser un apprentissage implicite et procédural.

L'implication de l'environnement est important pour une guidance au quotidien.

Après cette phase de réadaptation, il existe très peu de structures spécialisées pour accueillir des patients atteint du syndrome de Korsakoff. En découlent deux conséquences principales : la difficulté à trouver une place en établissement car ce sont des patients en marge des critères habituels d'admission, et d'autre part, ils sont donc souvent accueillis dans des structures non adaptées avec un public éloigné de leurs difficultés.

Les structures d'accueil sont donc :

– Les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) :

- Avant 60 ans, les patients doivent avoir une dérogation d'âge de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour pouvoir entrer en EHPAD, ce dossier prend déjà plusieurs mois pour aboutir. Ensuite, il faut trouver un EHPAD acceptant d'accueillir ce type de patients. Bien que beaucoup plus jeunes que la population habituelle des EHPAD, l'intégration est plutôt bonne.

– Les FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) et MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) : destinés au moins de 60 ans, ce sont des lieux de vie pour adultes handicapés nécessitant une orientation par la MDPH. Il n'existe pas de structure en France accueillant uniquement des patients atteints du SK. Comme nous l'avons vu dans

notre étude locale, les FAM pour personnes présentant une maladie mentale stabilisée peuvent accueillir ces patients. D'autres FAM pour handicap psychique prévoient l'accueil des patients Korsakoff dans d'autres régions, par exemple le FAM de l'ABEJ (Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse) à Cappinghem (59). Il existe également une MAS ouverte récemment à l'Hôpital Nord 92 à Villeneuve-la-Garenne pour des patients cérébraux dont 10 places sont réservées aux victimes du syndrome de Korsakoff.

– Les familles d'accueil peuvent être une perspective pour certains. On sait cependant que le réseau est restreint et que les places sont très limitées. Les patients versent une indemnité d'occupation aux familles d'accueil d'environ 30 €/jour.

– Les initiatives locales

- Une structure de résidence accueil a été créée par l'ABEJ à Coppinghem (59) à proximité immédiate du FAM. Elle peut accueillir des malades atteints du SK plus autonomes. Le bâtiment propose des appartements individuels et des espaces collectifs, avec service de restauration et la présence d'une maîtresse de maison. Les patients sont suivis en fonction de leurs besoins par des équipes médico-sociales extérieures de type SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé) ou SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale), deux types de services nécessitant une orientation par la MDPH.
- Une initiative proche a aussi été impulsée dans le Nord, la résidence Vauban, accueillant 11 femmes atteintes du SK. Cette maison relais, née d'un partenariat entre le mouvement PACT et le service d'addictologie de l'Hôpital de Roubaix, propose un hébergement autonome avec une présence sur place 24 h/24. Une équipe pluridisciplinaire d'aide-soignant, infirmiers, assistant social, psychologue, neuropsychologue et médecin est présente pour les résidentes et proposent un suivi individuel et des activités collectives.

Plus généralement pour les patients conservant une certaine autonomie, il est possible d'envisager un retour à domicile ou de solliciter des places en pension de famille, qui se développent sur l'ensemble du territoire, et qui proposent des services d'accueil, d'animation, et d'accompagnement social pour des patients vivant dans des studios regroupés. Il est à noter que les pensions de familles sont destinées à la base à des personnes sans logement stable.

L'étayage par des services d'accompagnement extérieurs sera souvent un des éléments permettant de pérenniser ces modes d'accueil et de préserver une bonne qualité de vie pour le patient. Il est alors indispensable de prendre du temps pour aider ces équipes à comprendre le syndrome de Korsakoff et ces patients, de s'appuyer sur des recommandations d'équipes médicales spécialisées et des équipes de centres de rééducation. La mise en place d'une protection juridique de type curatelle, voire tutelle, est souvent indispensable pour ces patients.

Pour conclure, le syndrome de Korsakoff est une conséquence grave et irréversible de la consommation d'alcool, qui, s'ajoutant à une désocialisation que connaissent souvent ces patients, entraîne de lourdes répercussions sur la vie



quotidienne et l'autonomie. Cependant, la rééducation et la réadaptation ne sont pas à négliger. C'est une pathologie dans laquelle il faut s'autoriser du temps et où la stabilisation de l'état, supposant un arrêt total d'alcool, et une prise en charge de longue durée, peut permettre d'envisager des perspectives d'avenir. Les structures d'hébergement spécialisées sont encore quasi inexistantes, mais les initiatives locales montrent que l'articulation du médical et du social permet une prise en charge de qualité pour ces patients.

## Références

1. Gupta S., Warner J. Alcohol-related dementia: a 21st century silent epidemic. Br J Psychiatry 2008 ; 193 : 351-3.
2. COPAAH. Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. Alcoologie et Addictologie 2014 ; 36(4) : 335-73.
3. Kopelman M.D., Marshall E.J. The Korsakoff Syndrome : Clinical aspects, Psychology and Treatment. Alcohol and Alcoholism 2009 ; 44(2) : 148-54.
4. Kopelman M.D., Kingsley D. StructuralMRI volumetric analysis in patients with organic amnesia: 2 Correlations with anterogradememory and executive tests in 40 patients. JNeurol Neurosurg Psychiatry 2001 ; 71 : 23-8.
5. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. Lancet Neurol 2007 ; 6 : 442-55.
6. Harper C. The neurotoxicity of alcohol. Hum Exp Toxicol 2007 ; 26 : 251-7.
7. Van Oort R., Kessels R. Executive dysfunction in Korsakoff's syndrome: time to revise the DSM criteria for alcohol-induced persisting amnesic disorder? Int J Psychiatr Clin Pract 2009 ; 13 : 78-81.
8. Day E., Callaghan R. Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in People at Risk from Alcohol Abuse (Review). The Cochrane Collaboration, 2008.
9. Day E., Callaghan R. Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse. Cochrane Database Syst Rev, Issue 1, 2004.
10. Svanberg J., Evans J.J. Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: a systematic review. Alcohol and Alcoholism 2013 ; 48(6) : 704-11.
11. Vuadens P., Bogousslavsky J. Complications neurologiques liées à l'alcool. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Neurologie 1998 ; 17 : 161-B-10.
12. « Troubles neuro-cognitifs secondaires à la consommation d'alcool » du 23/09/2010 Synthèse de la journée d'étude du CH Le Cateau-Cambrésis.
13. « Vivre avec le syndrome de Korsakoff » (2006) Guide d'information à l'usage du patient et de son entourage, mai 2006, Éric Debersaques.

**Tableau 1** – Tableau récapitulatif des patients hospitalisés en 2014 au CHANGE (Centre Hospitalier Annecy Genevois) ayant pour diagnostic principal ou associé le diagnostic F 106 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome amnésique) par lequel est identifié le syndrome de Korsakoff.

Âge	Sexe	Service d'entrée	Service hospit	Durée Hospitalisation en jours	Nombre de passage aux urgences en 2014	Provenance	Mode sortie	Vu par ELSA	Vu par ASE
71	M	SAU	Chir cardiaque	9	1	domicile	MCO	Oui	Non
66	M	Entrée directe	Hépatogastro	8	4	domicile	décès	Non	Oui
86	M	Entrée directe	Urologie	8	2	domicile	SSR	Non	Oui
51	M	Entrée directe	Urologie	8	2	EHPAD	EHPAD	Non	Non
59	M	Entrée directe	ORL	3	0	EHPAD	EHPAD	Non	Non
66	M	SAU	Neurologie	66	1	domicile	EHPAD	Non	Oui
70	M	SAU	Hépatogastro	174/8	1	domicile	EHPAD	Non	Oui
58	M	SAU	UPUM/UHCD /Infectiologie	#N/A	2	domicile	Domicile	Oui	Oui
54	M	SAU	UHCD	2	1	FAM	MCO	Non	Non
72	M	SAU	Hépatogastro	7	2	domicile	EHPAD	Non	Non
50	F	SAU	UHCD	2	2	domicile	Domicile	Oui	Non
67	F	SAU	Pneumologie	38	3	EHPAD	EHPAD	Non	Non
45	F	SAU	UPUP	8	2	domicile	Domicile	Oui	Oui
48	M	SAU	UHCD	2	2	domicile	Domicile	Non	Non
75	M	SAU	Chirurgie	2	1	domicile	Domicile	Non	Non
65	M	SAU	Pneumologie	26	2	domicile	SSR	Non	Oui
51	M	SAU	Hépatogastro	14	6	domicile	Domicile	Non	Non
49	F	SAU	UCHD	2	4	domicile	SSR	Non	Non