



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2023

N°

**PLACE DES SERVICES DE SOINS DE SUITE ET READAPTATION GERIATRIQUES DANS LE
PARCOURS PATIENT : ETAT DES LIEUX SUR LE CENTRE HOSPITALIER DE CHALON-SUR-SAONE**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 30 mars 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BERTRAND Hélène
Née le 27/08/1993
A Saint-Dizier (52)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2023

N°

**PLACE DES SERVICES DE SOINS DE SUITE ET READAPTATION GERIATRIQUES DANS LE
PARCOURS PATIENT : ETAT DES LIEUX SUR LE CENTRE HOSPITALIER DE CHALON-SUR-SAONE**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 30 mars 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BERTRAND Hélène

Née le 27/08/1993

A Saint-Dizier (52)

Année Universitaire 2022-2023
au 1^{er} **Septembre 2022**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie

M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépto-gastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
(Disponibilité pour convenances personnelles)			
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEAURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Professeur Patrick MANCKOUNDIA

Membres :

Professeur Paul ORNETTI

Professeur Hervé DEVILLIERS

Docteur Jérémie LHABITANT (Directeur de thèse)

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."

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Professeur Patrick Manckoundia, Président de Jury :

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous remercie pour votre disponibilité, votre implication et pour ce que vous m'avez apporté dans ma formation de médecin. Soyez assuré de mon profond respect.

Aux Professeurs Paul ORNETTI et Hervé DEVILLIERS :

Veillez trouver ici mes plus sincères remerciements pour votre participation à ce jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous témoigne tout mon respect.

Au Docteur Jérémie LHABITANT :

Tu me fais l'honneur d'être mon directeur de thèse. Merci d'avoir facilité la réalisation de ce travail et d'avoir cru en moi jusqu'au bout. Je te suis reconnaissante de tout ce que tu m'as apporté dans ma (pour l'instant) toute petite carrière de médecin. J'ai hâte de travailler à tes côtés, non plus en tant qu'interne mais en tant que consœur.

A ma famille :

A mes parents :

Il n'y aura jamais assez de mots pour exprimer ma gratitude et mon amour pour vous. Ma bonne étoile m'a mise sur votre chemin un beau matin de Noël et tout ce qui a suivi n'a été que du bonheur. Je suis fière d'être votre fille et je vous remercie du plus profond de mon cœur d'avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui. Je vous aime.

A ma Mamie :

D'avoir rendu mon enfance si douce et remplie de merveilleux souvenirs. Je t'admire d'avoir traversé toutes ces épreuves de la vie. Ton caractère bien trempé t'y aura sûrement aidé mais ne change jamais, nous t'aimons tellement comme ça. Je suis si reconnaissante que tu puisses être la aujourd'hui et je pense, évidemment, à Papi, qui j'espère sera fier de sa « petite Hélène » de là-haut...

A ma Marraine :

Partie bien trop tôt, tu es tout de même dans mon cœur à chaque instant et je sais que tu aurais été très fière aujourd'hui. Je t'aime.

A mes cousins :

Stéphanie (et *Younes*) et *Benoît* (et *Sophie*), malgré la différence d'âge, vous avez toujours été là pour moi et j'ai eu la chance de voir naître et grandir vos merveilleux enfants qui ont animé nos repas de familles tant de fois. A *Zakaria*, *Anissa*, *Justine*, *Camille*, *Julian* et *Axel*.

A mes oncles et tantes et cousin(e)s : pour ce que vous m'avez tous apporté à un moment ou à un autre de ma vie.

Aux amis qui sont devenus la famille :

A Manon alias Pim's :

Tu es la sœur que la vie avait oublié de me donner. 28 ans cette année que tu partages ma vie, que tu me connais si bien. Malgré les kilomètres qui nous séparent et les années qui passent, notre amitié n'a (elle) pas pris une ride et je souhaite de tout cœur que cela continue ainsi. Je t'aime.

Et évidemment, à Thierry et Nadia, de m'avoir toujours accueillie comme leur propre fille.

A Alicia :

Le destin nous a réunis dans cette même chambre d'internat il y a maintenant 15 ans (et oui, cela ne nous rajeunit pas...) et malgré toutes ces choses de la vie, je sais que je pourrais toujours compter sur toi et c'est réciproque.

A mes compagnons de galères des années Nancéiennes :

A Mathieu, d'avoir été un pilier sur qui compter pendant ces années pas toujours faciles. Tu es et seras un excellent médecin plein d'empathie, je te souhaite de réussir. Et à Margaux, sa chérie, je leur souhaite tout le bonheur du monde.

A Cindy, Clémentine et Tiziana : pour toutes nos journées passées à la BU, nos fous rires comme nos moments de désespoirs : heureusement que vous étiez là. Plein de réussite dans vos belles carrières de médecins généralistes.

A Pierre, merci d'être toi, merci pour ces bons moments de rigolade et à nos belles gamelles en ski :P J'espère que je ne serai jamais ta patiente mais je te souhaite une belle carrière Dr Wittig.

A Marie, pour toutes les conversations philosophiques et les fous rires qu'on a pu avoir. On est enfin arrivé au bout du chemin et je te souhaite que celui qui vient ne soit que réussite et bonheur.

A Syna, pour les fous rires qui portaient de rien et les soirées Mario Kart qui dérapaient en cours de gainage. Tu es brillante, je te souhaite beaucoup de réussite dans ta carrière.

A mes co-internes Dijonnais qui sont devenus de précieux amis :

A Fanny, ma Fafou avec qui j'ai eu tant de plaisir à travailler, dans les bons comme dans les mauvais moments. A nos pauses café à rire aux éclats, à toutes ces phrases anodines qui sont devenues cultes. Fais attention de ne pas marcher sur tes cheveux ;) Je te souhaite une jolie carrière de médecin généraliste même si j'espère secrètement que tu resteras avec nous en Bourgogne.. :P

A Ludo, mon « best co-interne ever », sans qui je n'aurais jamais survécu à ce stage aux urgences. Tu m'as invité à ta thèse, et j'ai pleuré alors tu as intérêt de pleurer à la mienne... Plus sérieusement, je suis fière de toi Dr Roupié et je te souhaite plein de réussite professionnelle et personnelle.

A Hélène, mon double, j'ai eu tellement de chance de rencontrer une aussi belle personne que toi. Je crois au coup de foudre et surtout en amitié, tu en es la preuve. Un simple merci ne suffirait pas pour tout ce que tu fais pour moi. Je te souhaite d'être heureuse, tu le mérites !

A Mélanie, la meilleure pharmaco-gériatre ! J'ai adoré travailler avec toi, rigoler avec toi, boire des mangoustes au Blues avec toi : P Merci d'être celle que tu es, ne change jamais. Je te souhaite plein de bonheur.

A Manon, petit rayon de soleil qui nous manque maintenant ici à Dijon mais je suis heureuse de t'avoir rencontré. Je te souhaite plein de bonheur à Toulouse ou ailleurs :D

A mes collègues :

A tous mes co-internes gériatres, Lauriane, Alex, Chana et tous les autres pour ces vendredis midis au Beer Country.

A tous mes autres co-internes avec qui j'ai eu la joie de travailler.

Une mention spéciale pour Axelle et Jordan qui ont contribué à ce recueil de thèse pendant leur stage de SSR à Chalon. Merci les copains ! Plein de réussite pour la suite.

A l'équipe de gériatrie de Chalon : *Elodie, Jérémy (encore), Alexandre, Félix et Silvia*. Je peux dire que grâce à vous j'ai trouvé ma voie, celle qui me correspondait vraiment. Vous n'aurez pas mis longtemps à me convaincre de faire ce droit aux remords :P Merci pour tout ce que vous m'avez appris. Vous comptez beaucoup pour moi.

Alexandra, Maria et Alexis : des kiné et profs APA dynamiques qui connaissent leur job, merci pour votre aide et votre assiduité au quotidien !

A tous les médecins séniors, PH, Professeurs dont j'ai croisé le chemin : je vous témoigne mon respect et ma gratitude pour tout ce que j'ai pu apprendre de votre part.

A Louis :

La vie ne t'a pas mis sur mon chemin au moment le plus serein, malgré cela tu es toujours là à mes côtés. Tu me donnes ton amour et ton soutien chaque jour un peu plus. Merci d'avoir supporté mon stress et mon mauvais caractère (surtout aujourd'hui, je suis sûre que j'étais dans tous mes états...^^). Je te promets que cela va changer.

Je ne peux rêver meilleur compagnon que toi pour avancer main dans la main vers les prochaines étapes de la vie, notre vie. Je t'aime, aujourd'hui plus qu'hier mais moins que demain.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	11
LISTE DES TABLEAUX	12
I. INTRODUCTION	15
II. MATERIEL ET METHODES	17
II.1 Type d'étude.....	17
II.2 Description du service de SSRG du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône.....	17
II.3 Population étudiée	18
II.4 Recueil de données	18
II.4.a Données socio-démographiques	18
II.4.b Données liées au séjour en SSRG du CHWM.....	18
II.4.c Données antérieures à l'admission au SSR	19
II.4.d Objectif du séjour en SSR.....	19
II.4.e Indépendance du patient	20
II.4.f Tests moteurs.....	20
II.4.g Évaluation psychologique.....	20
II.4.h Données nutritionnelles.....	21
II.4.i État cutané.....	21
III. RESULTATS.....	22
III.1 Résultats généraux	22
III.2 Critère principal.....	22
III.2.a Objectif de séjour aux trois différents temps.....	22
III.2.b Lieu de vie.....	24
III.2.c Mortalité.....	24
III.3 Critère secondaire	25
III.3.a Indépendance physique ou indépendance fonctionnelle.....	25
III.3.b Indépendance cognitive ou autonomie	25
III.3.c Capacités motrices	25
III.3.d État psychologique	27
III.3.e État nutritionnel	27
III.3.f État cutané	28
III.3.g Synthèse des résultats	28
IV. DISCUSSION	29
IV.1 Intérêt de l'étude	29
IV.2 Critère primaire	29
IV.3 Critère secondaire	30
IV.4 Biais et limites	31
IV.5 Propositions, pistes d'amélioration.....	31
IV.6 Ouverture	32
V. CONCLUSION	34
VI. BIBLIOGRAPHIE	35
VII. ANNEXES	38

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des scores au mini-mental state examination (MMSE)..... page 22

Tableau 2 : Croisement entre l'objectif fixé lors de la 1^{ère} synthèse et l'objectif final..... page 23

Tableau 3 : Croisement entre le lieu de sortie et le lieu de vie antérieur à l'hospitalisation..... page 24

Tableau 4 : Croisement entre le périmètre de marche à l'entrée et à la sortie du service de soins de suite et de réadaptation gériatrique..... page 26

Tableau 5 : Relation entre la variation de l'albuminémie et le suivi par une diététicienne..... page 27

LISTE DES ABREVIATIONS

- APA : activité physique adaptée
- ARS : agence régionale de santé
- AS : aide-soignant(e)
- BFC : Bourgogne Franche-Comté
- CHWM : centre hospitalier William Morey
- COVID-19 : Coronavirus disease 2019
- CSG : court séjour gériatrique
- DMS : durée moyenne de séjour
- EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMG : équipe mobile de gériatrie
- ETP : équivalent temps plein
- GDS : geriatric depression scale
- GHT : groupement hospitalier territorial
- GIR : groupe iso-ressources
- HAD : hospitalisation à domicile
- HAS : haute autorité de santé
- IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état
- MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
- MMSE : mini mental state examination
- MPJ : mesure de protection juridique
- OMS : organisation mondiale de la santé
- PA : personnes âgées
- PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
- SAFE : Sub-Acute care for Frail Elderly
- SMR : soins médicaux et de réadaptation

- SPCD : symptômes psycho-comportementaux de la démence
- SSR : soins de suite et réadaptation
- SSRG : soins de suite et réadaptation gériatrique
- TMM : test moteur minimum
- TNC : trouble neurocognitif
- TNCM : trouble neurocognitif majeur
- VM : vitesse de marche

I. INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2070, la France devrait compter 76,4 millions d'habitants contre 67,1 millions au 1^{er} janvier 2020. Cette hausse concernerait principalement les personnes âgées (PA) de 65 ans ou plus, dont la part atteindrait 28,7% de la population française (1).

A l'échelle de la région Bourgogne Franche-Comté (BFC), le taux des PA de 65 ans ou plus a augmenté de 6% en 20 ans et est plus élevée qu'au niveau métropolitain. En 2020, les PA de 65 ans ou plus représentaient 23,7% de la population de BFC contre 20,6% au niveau national (2).

En lien avec le vieillissement de la population, il existe une augmentation de la multimorbidité et des syndromes gériatriques, parmi lesquels la fragilité, les troubles cognitifs, l'incontinence urinaire ou les troubles de la marche et de l'équilibre. Il en résulte un risque plus élevé d'invalidité avec des altérations du fonctionnement dans la vie quotidienne (3).

La fragilité est un terme largement utilisé pour désigner un syndrome multidimensionnel de perte de réserves conduisant à une vulnérabilité. Les PA vulnérables ont un risque plus élevé d'hospitalisation dont les conséquences sont délétères, avec notamment un risque d'invalidité et de perte d'indépendance (4).

L'invalidité associée à l'hospitalisation survient chez au moins 30 % des patients âgés de 70 ans et plus. Chez les PA fragiles, les taux d'invalidité associée à l'hospitalisation atteignent 40%. Par conséquent, les patients peuvent se retrouver dans l'incapacité de regagner leur lieu de vie antérieur (5,6).

Après une hospitalisation, 11% des PA de 75 ans et plus sont orientées vers des unités de réadaptation, appelées Soins de Suite et Réadaptation (SSR). Ces dernières unités relèvent de plusieurs spécialités parmi lesquelles la spécialité « personnes âgées polypathologiques », couramment dénommée SSR gériatrique (SSRG) (6).

Les PA fragiles sont moins susceptibles de retrouver leur état de santé initial après un événement aigu. A l'échelle des populations, les indicateurs qui nous importent ne sont plus seulement la réduction de la mortalité et de la morbidité mais aussi la réduction des années de vie avec incapacités. Incapacités entendues comme limitations fonctionnelles telles que motrices, sensorielles, psychiques, cognitives et mentales, ainsi que les limitations d'activités et de participation (7).

En raison de ces constats, la réadaptation, qui plus est gériatrique, nous paraît être au cœur des stratégies de santé du XXI^{ème} siècle (3,7).

La réadaptation gériatrique est définie comme un ensemble multidisciplinaire d'interventions évaluatives, diagnostiques et thérapeutiques dont le but est de restaurer la capacité fonctionnelle ou d'améliorer la capacité fonctionnelle résiduelle chez les PA présentant des déficiences invalidantes (6).

Malheureusement, la fonction de réadaptation, une des stratégies fondamentales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), reste encore confondue en France avec le secteur institutionnel, à savoir les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Elle est de ce fait absente tant des stratégies de santé nationales, régionales et territoriales que de la comptabilité analytique française (7).

Plus le recours à l'hospitalisation en secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) augmente et plus la pression de la production de l'amont s'impose à l'aval. Les unités de SSR sont de plus en plus dépendantes de l'organisation de l'amont et de l'aval, la fragmentation soins/social restant la principale cause du caractère chaotique des parcours (7).

Parallèlement, le nombre d'hospitalisation des PA a augmenté et il en est donc de même pour les demandes d'admission en SSR.

Le bassin chalonais compte cinq structures de SSR toutes spécialités confondues (Marguerite Boucicaut, Clinique Sainte-Marie, Centre orthopédique de Dracy, Clinique du Chalonais, et le Centre Hospitalier William Morey (CHWM)). Trois de ces structures sont ou comprennent des SSRG. Ces cinq unités totalisaient 19 660 demandes d'admission entre le 01/11/2021 et le 30/11/2022, dont 8 292 demandes d'admission pour la filière gériatrique (8).

Le SSRG du CHWM a reçu 2 911 demandes d'admission avec une moyenne de 224 demandes par mois, dont un maximum à 282 demandes reçues en Novembre 2022 (8). A titre de comparaison, le nombre d'admissions en 2021 a été de 352, représentant 11 311 journées d'hospitalisations pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 32,1 jours (9).

Il apparaît donc une inadéquation de plus en plus évidente entre l'offre et les demandes d'admission en SSRG sur le CHWM.

Dans le cadre de la recherche de solutions d'optimisation des séjours dans le service de SSRG du CHWM, nous avons réalisé cette étude afin d'évaluer la pertinence des demandes d'admission dans ce service, soit si les patients qui y étaient admis relevaient bien d'une prise en charge en SSR selon les modalités du décret de 2008 (10). Puis, nous avons émis des pistes pour l'optimisation des admissions.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle en recueillant des données sur la population du service de SSRG du CHWM de Chalon sur Saône.

II.2 Description du service de SSRG du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

Le service de SSRG du CHWM a une capacité de 42 lits. Il est divisé en deux unités (SSRG 1 et SSRG 2) de 21 places chacune. Le SSRG 1 comporte 17 chambres dont neuf individuelles et quatre doubles. Le SSRG 2 comporte 19 chambres dont 15 individuelles et deux doubles (11).

Chaque unité comporte une grande salle polyvalente habituellement destinée à la prise commune des repas. Le service comprend deux salles de rééducation pour la kinésithérapie, situées entre les deux unités de SSRG, ainsi qu'une salle dédiée à l'activité physique adaptée (APA) également positionnée entre les deux unités du SSRG.

Deux équivalents temps plein (ETP) médecins exercent en SSRG, chacun ayant la responsabilité d'une unité, soit de 21 patients. Le service est doté d'un ETP cadre de santé. La gestion quotidienne des soins est assurée par six ETP (trois par secteur) infirmier(ère)s diplômé(e)s d'État (IDE) et huit ETP (quatre par secteur) aides-soignants (AS) en journée, tandis que l'effectif de nuit est d'un ETP IDE et deux ETP AS pour les deux secteurs.

L'équipe de rééducation est composée de deux ETP kinésithérapeutes, de deux ETP professeurs d'APA, répartis en binôme kinésithérapeute/professeur APA dans chaque unité, ainsi que de 0,4 ETP ergothérapeute travaille dans le service en temps partagé.

Par ailleurs, le service dispose de deux ETP assistantes sociales (une par unité), deux ETP diététiciennes-nutritionnistes et d'une psychologue à 0,5 ETP.

La filière gériatrique du CHWM est regroupée dans un pôle comprenant le service de court séjour gériatrique (CSG), le SSRG, les EHPAD et enfin l'équipe mobile de gériatrie (EMG).

Les admissions en SSRG se font par le biais du logiciel Via Trajectoire®. Le plus grand nombre des entrées vient du CSG et les autres proviennent indifféremment des services de médecine ou de chirurgie du CHWM. Les entrées directes sont très rares et il n'y en a pas eu lors de ce recueil.

Lors d'un séjour au SSRG, le patient est pris en soin par tous les intervenants suscités. A son admission, un objectif est collégalement défini. Tous les vendredis, se tient une réunion pluridisciplinaire, appelée synthèse, permettant d'une part de faire un point hebdomadaire sur le parcours du patient et son

évolution et d'autre part permettant de réévaluer l'objectif ainsi que de fixer une date et un lieu de sortie.

C'est lors de cette réunion que sont remplis le questionnaire d'évaluation de la dépendance à l'entrée et à la sortie du patient, ainsi que le questionnaire de synthèse regroupant les différents objectifs du patient et sa progression. [Annexes 1, 2]

II.3 Population étudiée

Tous les patients admis au SSRG du CHWM entre le 1er février et le 31 juillet 2022 ont été inclus, quels que soient le motif d'hospitalisation et le service de provenance. Aucune distinction n'a été faite entre les deux secteurs du service malgré la nécessité de transformer l'un des deux en unité post-coronavirus disease 2019 (COVID-19) du 04/02 au 16/05/2022.

Les patients transférés dans un service de MCO ont été considérés comme sortis du SSRG. En cas de nouvelle admission dans ce dernier, en raison d'un changement d'objectif(s), ce séjour générerait une nouvelle inclusion.

II.4 Recueil de données

Le recueil des données s'est fait exclusivement via les dossiers médicaux informatisés du CHWM, sur les logiciels CristalLink® et Easily®, notamment en ce qui concerne les données démographiques, les évaluations de dépendance suscitées en annexes 1 et 2, les évaluations motrice kinésithérapeute, APA, nutritionnelle et cutanée, ainsi que le lieu de sortie du patient.

La demande d'admission réalisée sur le logiciel Via Trajectoire® a permis de recueillir l'objectif de séjour défini par le service adresseur et l'évaluation de la dépendance avant l'admission.

Pour chaque patient inclus, les types de variables et les paramètres recueillis étaient les suivants :

II.4.a Données socio-démographiques

Date de naissance, âge à l'admission, sexe, domicile avant hospitalisation (domicile personnel ou institution), aides en place ou en foyer logement, existence ou non d'une mesure de protection juridique (MPJ) et le cas échéant date de sa mise en place par rapport au séjour en SSRG du CHWM.

II.4.b Données liées au séjour en SSRG du CHWM

Motif d'hospitalisation initial, score au mini mental state examination (MMSE), survenue ou non d'un événement médical aigu durant le séjour en SSRG et dans ce cas en le précisant et en notifiant un

éventuel transfert dans un service de médecine, durée de séjour, lieu de sortie, maintien ou majoration ou non des aides à domicile le cas échéant.

II.4.c Données antérieures à l'admission au SSR

Date de réception de la demande, date d'entrée souhaitée par le service adresseur et niveau de dépendance avant l'admission, recueillis par le biais de la demande d'admission réalisée sur Via Trajectoire®. A noter que l'évaluation de la dépendance de chaque patiente distingue la dépendance physique et la dépendance cognitive cotée respectivement sur 16 et sur 8 grâce au score PMSI [Annexe 3].

II.4.d Objectif du séjour en SSR

Trois catégories de séjour, avec pour chacun des objectifs différents, ont été identifiés et ainsi classés :

1. Patient polypathologique et adressé en SSRG pour suite de prise en charge et objectif de récupération complète, après hospitalisation en secteur MCO pour pathologie aigue traitée curativement.
2. Patient présentant à présent un handicap persistant d'où une majoration de la dépendance; l'objectif du séjour en SSRG est d'apporter une adaptation à ce nouvel état et d'en limiter les conséquences.
3. Patient en situation palliative; l'objectif du séjour en SSRG est de proposer un accompagnement de la fin de vie.

L'objectif du séjour en SSRG du CHWM était recueilli à l'admission et à la sortie du patient. Un séjour était considéré pertinent si l'objectif de séjour initialement fixé était atteint pour un patient donné lors de la synthèse finale.

L'objectif final était considéré comme atteint :

- s'il était au minimum équivalent à l'objectif de première synthèse
- et si la dépendance, physique ou cognitive, s'était améliorée durant le séjour en SSRG
- et/ou si les tests moteurs étaient restés au minimum stables
- et/ou si le lieu de sortie était celui initialement attendu

Aussi, certains patients avaient pu atteindre leur objectif final alors qu'il différait de celui fixé en première synthèse.

A l'inverse, l'objectif final n'était pas atteint pour d'autres patients, bien qu'il correspondait à celui fixé en première synthèse car l'amélioration des paramètres suscités ne permettait pas un retour satisfaisant à l'état antérieur, en terme d'indépendance globale.

En résumé, la correspondance entre l'objectif fixé en première synthèse et l'objectif final ne préjugait pas de la réussite du séjour ou, en tout cas, n'était pas jugée suffisante pour estimer si le patient avait atteint ou non son objectif global de réadaptation.

Pour savoir si le séjour au SSRG a tout de même été bénéfique pour les patients chez qui l'objectif final n'avait pas été atteint, nous avons analysé plus en détails les différentes données recueillies à l'entrée et à la sortie, décrites dans la partie précédente Matériel et Méthodes.

II.4.e Indépendance du patient

La dépendance fonctionnelle, que nous appellerons ici dépendance physique et la perte d'autonomie, appelée dépendance cognitive dans nos questionnaires, ont été récupérées sur le dossier patient informatisé à l'admission et à la sortie du patient [Annexe 1]. Le score utilisé était également celui du PMSI.

II.4.f Tests moteurs

Nous avons recueilli les résultats au Test Moteur Minimum (TMM) (12), au test de l'appui unipodal et au Timed Up and Go test ainsi que la vitesse de marche (VM) réalisés par le kinésithérapeute [Annexe 4].

Concernant l'analyse de la vitesse de marche, nous l'avons interprété comme suit :

- VM normale ≥ 1 mètre/seconde
- $1 > VM > 0,65$ m/s : fragilité posturale
- $VM \leq 0,65$ m/s : fragilité globale

Nous avons également recueilli le résultat au test du lever de chaise évaluant la force des membres inférieurs, au test de flexion de bras évaluant la force des membres supérieurs, au test de marche de 2 minutes évaluant l'endurance et la mesure du périmètre de marche réalisés par le professeur APA. Mention de l'utilisation d'une aide technique [Annexe 5].

II.4.g Évaluation psychologique

L'évaluation psychologique a été réalisé par le biais d'une mini-GDS® (13) [Annexe 6] et GDS® complète [Annexe 7]. En cas de trouble neurocognitif majeur (TNCM) avec un score au MMSE $\leq 15/30$, un indice de Cornell (14) [Annexe 8] était calculé car la GDS n'est pas validée dans cette situation (15). En cas

d'impossibilité de réaliser une GDS et l'échelle de Cornell, l'évaluation thymique était basée sur les notes de suivi du patient retrouvées dans son dossier médical.

II.4.h Données nutritionnelles

Les paramètres suivant ont été recueillis : poids et albuminémie à l'entrée et à la sortie, delta de poids et d'albuminémie durant le séjour, notion d'une prise en charge par une diététicienne-nutritionniste du SSRG.

II.4.i État cutané

L'état cutané a été évalué cliniquement à l'admission avec recherche d'escarres (localisation et stade) et le calcul du score Braden® [Annexe 9].

III. RESULTATS

III.1 Résultats généraux

Au total, 154 patients ont été inclus sur la période de l'étude, comprenant 101 femmes (66,2%) et 53 hommes (33,8 %), âgés en moyenne de $86,4 \pm 6,2$ ans. La médiane est de 87 ans.

La DMS était de $35 \pm 30,6$ jours, tandis que la médiane de durée de séjour était de 27 jours.

Le MMSE a été réalisé chez 81 patients (52,6%). La répartition des résultats est détaillée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition des scores au mini-mental state examination (MMSE)

Variable	Nombre de patients (%)
Score MMSE (/ 30) ≥ 27	7 (8,6)
Entre 26 et 24	13 (16)
Entre 23 et 20	27 (33,3)
Entre 19 et 15	13 (16)
Entre 14 et 10	17 (21,1)
< 10	4 (5)
Total	81 (100)

MMSE : mini-mental state examination

Sept patients (4,5%) faisaient l'objet d'une MPJ, dont trois prononcées durant le séjour en SSRG.

Trente-neuf patients (25,3%) avaient présenté un événement médical aigu lors du séjour, dont les trois principaux étaient une infection à COVID-19 dans 38,5% des cas, une grippe A dans 7,7% des cas et un syndrome occlusif dans 5,1% des cas.

III.2 Critère principal

III.2.a Objectif de séjour aux trois différents temps

Concernant l'objectif de séjour, nous avons analysé l'objectif donné en pré-admission dans les demandes Via Trajectoire®, l'objectif fixé à l'admission lors de la première synthèse et l'objectif final fixé lors de la dernière synthèse avant la sortie du patient du SSRG.

L'objectif de séjour énoncé dans les demandes Via Trajectoire® était une récupération complète pour 136 patients (88,3%), un maintien des capacités pour 14 patients (9,1%) et des soins palliatifs pour quatre patients (2,6%).

Pour la majorité, soit 129 patients (83,8%), l'objectif fixé à la première synthèse était le même que celui donné dans la demande Via Trajectoire®. Pour 25 patients (16,2%), l'objectif énoncé en pré-admission (demande Via Trajectoire®) ne correspondait pas à l'objectif défini lors de la première synthèse et pour 21 de ces patients, l'indépendance avait été surestimée dans la demande Via Trajectoire®, tandis que l'objectif avait été revu à la baisse lors de l'admission.

L'objectif final n'avait pu être établi pour quatre patients car ils étaient transférés prématurément dans un autre service de MCO suite à un événement aigu.

Pour 111 patients (74%), l'objectif final correspondait à l'objectif de première synthèse.

Pour 39 patients (26%), l'objectif final ne correspondait pas à l'objectif de première synthèse, dont 37 patients avaient vu leur objectif rétrogradé, tandis que cet objectif avait été revu à la hausse pour deux patients qui se sont donc plus améliorés que ce qui était attendu à l'admission.

Le tableau 2 rapporte le croisement entre l'objectif de première synthèse à l'objectif final.

Tableau 2 : Croisement entre l'objectif fixé lors de la 1^{ère} synthèse et l'objectif final

		Objectif final			Total
		Récupération	Maintien des capacités	Soins palliatifs	
Objectif de 1 ^{ère} synthèse	Récupération	81	29	5	115
	Maintien des capacités	2	26	3	31
	Soins palliatifs	0	0	4	4
Total		83	55	12	150

Pour 19 patients (12,3%), l'objectif était modifié en cours de séjour, selon leur évolution, et atteint. Pour deux d'entre eux, l'objectif de première synthèse de maintien des capacités était devenu l'objectif final de récupération complète durant le séjour.

Pour 16 d'entre eux, l'objectif de première synthèse était une récupération complète et l'objectif final était revu à la baisse au profit d'un maintien des capacités. Enfin, pour un patient, l'objectif de maintien des capacités fixé initialement a été modifié en objectif final de soins palliatifs.

Au total, l'objectif final était atteint pour 120 des 154 patients inclus (77,9%).

III.2.b Lieu de vie

Cent-quarante-deux patients vivaient à domicile avant l'hospitalisation dont 80 (56,3%) bénéficiaient déjà d'aides à domicile et 62 (43,7%) n'en avaient aucune.

Onze patients (7,1%) vivaient en foyer logement dont sept d'entre eux bénéficiaient du passage d'aides à domicile. Un seul patient vivait en EHPAD.

Le tableau 3 rapporte le croisement entre lieu de sortie et le lieu de vie antérieur.

Tableau 3 : Croisement entre le lieu de sortie et le lieu de vie antérieur à l'hospitalisation

		Lieu de sortie									
		Domicile	Domicile + aides	EHPAD	EHPAD temporaire	FL	FL + aides	HAD	Transfert en MCO	Décès	Total
Lieu de vie avant hospitalisation	Domicile	19	21	11	1				8	2	62
	Domicile + aides		46	21	1	1		1	4	6	80
	EHPAD			1							1
	FL			2		1	1				4
	FL + aides			2			4			1	7
	Total	19	67	37	2	2	5	1	12	9	154

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, FL : foyer logement ? HAD : hospitalisation à domicile, MCO : médecine chirurgie obstétrique

Quatre-vingt-quatorze patients (61%) avaient regagné leur lieu de vie antérieur après la sortie du SSRG, dont 86 patients (56,8%) étaient rentrés à domicile et avec un plan d'aides pour 67 (43,5%) d'entre eux. Parmi les patients rentrés avec passages d'aides, 24 (35,8%) avaient bénéficié de la mise en place d'aides et 20 (29,9%) d'une majoration du plan d'aides déjà existant. Ils étaient 19 patients (22,1%) ayant regagné leur domicile sans aucune aide.

Trente-neuf patients (25,3%) étaient admis en EHPAD, dont deux pour un séjour temporaire, sachant que 61,5% de ces admissions étaient prévues avant l'entrée au SSRG.

Enfin, 12 patients (7,8%) étaient transférés dans un service MCO suite à une complication aigue.

III.2.c Mortalité

Neuf patients (5,8%) étaient décédés durant leur séjour en SSRG, dans les suites d'un épisode aigu pour six d'entre eux et dans un contexte attendu pour trois malades.

III.3 Critère secondaire

Sachant que l'objectif final n'avait pu être établi pour quatre patients qui avaient été transférés en urgence dans un service de MCO, l'objectif final était considéré comme non-atteint pour 30 patients (19,5%).

III.3.a *Indépendance physique ou indépendance fonctionnelle*

Le séjour en SSRG avait permis de diminuer la dépendance physique chez neuf patients (30,0%). Pour dix patients (33,3%), la dépendance physique était la même à l'entrée et à la sortie.

Cinq patients (16,7%) avaient vu leur dépendance physique s'aggraver. Elle n'était pas évaluable pour six patients décédés.

III.3.b *Indépendance cognitive ou autonomie*

Sept patients (23,3%) avaient progressé en indépendance cognitive en raison de la correction d'un état confusionnel et/ou des symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD). Cinq patients (16,7%) avaient vu leur dépendance cognitive s'aggraver.

Pour 12 patients (40,0%), la dépendance cognitive était la même à l'entrée qu'à la sortie. Elle n'était pas évaluable pour six patients décédés.

III.3.c *Capacités motrices*

Quinze patients (50,0%) avaient considérablement amélioré leur score au TMM à la sortie. Pour six patients (20,0%), le score au TMM était stable durant le séjour. Seulement un patient (3,3%) avait un score au TMM moins bon à la sortie, avec une diminution d'un point. Le TMM n'a pas été réalisable à l'admission pour huit patients et à la sortie pour trois patients.

Vingt patients (66,7%) avaient présenté une vitesse de marche $< 0,65$ m/s que ce soit à l'admission et à la sortie. Celle-ci n'a pas été réalisable chez les dix autres patients (33,3%).

Lors du séjour en SSRG, neuf patients (30%) avaient augmenté leur vitesse de marche tandis que pour six (20%), la vitesse de marche était stable.

Pour cinq patients (16,7%), la vitesse de marche avait diminué à la sortie par rapport à l'admission.

Le test de l'appui unipodal était non réalisable à l'entrée comme à la sortie pour la moitié de notre échantillon. Pour l'autre moitié, ce test était toujours un échec. Seulement un patient avait réussi ce test à la sortie alors qu'il n'était pas réalisable chez lui à l'entrée.

Six patients (20,0%) avaient réussi le Timed Up and Go test à la sortie alors qu'il avait été coté comme non réalisable ou échec à l'entrée. Chez trois patients (10,0%), ce test n'était pas réalisable à la sortie, alors qu'il l'était à l'entrée. Le Timed Up and Go test était non réalisable à l'entrée comme à la sortie pour 12 patients (40,0%).

Le tableau 4 rapporte l'amélioration du périmètre de marche en mètres.

Tableau 4 : Croisement entre le périmètre de marche à l'entrée et à la sortie du service de soins de suite et de réadaptation gériatrique

		Périmètres de marche sortie (mètres)					Total
		< 20	Entre 20 et 50	Entre 50 et 100	≥ 100	Non réalisable	
Périmètre de marche entrée (mètres)	< 20	2	1		1	2	6
	Entre 20 et 49		2			3	5
	Entre 50 et 99	1	1		1	1	4
	≥ 100			1	3		4
	Non réalisable		1	1		9	11
	Total	3	5	2	5	15	30

Cinq patients (16,7%) avaient amélioré leur périmètre de marche de quelques dizaines de mètres, tandis qu'il était stable chez 16 patients (53,3%) et avait diminué chez trois patients (10,0%). Le périmètre de marche n'était pas réalisable chez six patients (20,0%) à la sortie alors qu'il l'était à l'entrée.

La force motrice des membres supérieurs avait augmenté ou était restée stable chez 18 patients (60,0%), sachant que pour neuf patients (30,0%), l'exercice n'était pas réalisable à la sortie alors qu'il l'était à l'entrée.

La force motrice des membres inférieurs avait augmenté ou était restée stable chez 17 patients (56,7%), sachant que pour huit patients (26,7%), l'exercice n'était pas réalisable à la sortie alors qu'il l'était à l'entrée.

Dix-neuf patients (63,3%) avaient un résultat au test d'endurance (test de marche de 2 minutes) meilleur ou au moins stable à la sortie, en comparaison à l'entrée. Chez sept patients (23,3%), ce test n'était pas réalisable à la sortie alors qu'il l'était à l'entrée.

III.3.d État psychologique

A leur admission, 12 patients présentaient un score au mini-GDS ≥ 1 . Parmi ces 12 patients, cinq (41,7%) avaient bénéficié d'une GDS dont quatre (13,3%) avaient un score évocateur d'une dépression. Deux des 12 patients avaient bénéficié d'une échelle de Cornell. Le score d'une des deux s'avérait supérieur à 10, témoignant d'une dépression probable. Le score de l'autre était inférieur à 10 donc négative.

Huit patients n'avaient pas pu bénéficier d'une évaluation par une de ces échelles et ils présentaient une dysthymie d'après les mots de visite de leur dossier médical.

Au total, à l'entrée, 13 patients (43,3%) présentaient des signes de dépression marqués, tandis qu'à la sortie, 11 patients (36,7%) présentaient des signes de dépression, toutes méthodes d'évaluation confondues.

III.3.e État nutritionnel

Dix patients (33,3%) avaient perdu du poids à leur admission comparativement à leur poids de forme. A noter que pour 11 patients (36,7%), le poids de forme n'était pas connu.

Pour 18 patients (60,0%), le poids était stable voire avait augmenté à la sortie. La prise de poids moyenne était de 2,7 kg (maximum à 6,8 kg).

Une perte de poids était notée chez 12 patients (40,0%) et était en moyenne de 3,0 kg (minimum à -5,7 kg).

A l'admission, 20 patients (66,7%) présentaient une albuminémie inférieure à 30 g/L.

Le tableau 5 permet de rechercher une corrélation entre l'état nutritionnel et le suivi par une diététicienne.

Tableau 5 : Relation entre la variation de l'albuminémie et le suivi par une diététicienne

Variation albuminémie (g/L)	Suivi par la diététicienne		
	Oui	Non	Total
Stabilité	2	3	5
Variation positive	8	7	15
Variation négative	5	5	10
Total	15	15	30

Une amélioration de l'albumine a été observée pour 15 patients (50,0%), dont huit d'entre eux avaient bénéficié d'un suivi par la diététicienne.

Dix patients (33,3%) avaient une albumine plus basse à la sortie qu'à l'entrée et nous avons mis en évidence que, parmi ces patients, la moitié avait bénéficié d'un suivi diététique et l'autre moitié non.

III.3.f État cutané

Vingt-quatre patients (80,0%) présentaient, à l'entrée, un score de Bradden compris entre 13 et 17 sur 23, soit un risque d'escarre modéré. Quatre patients (13,3%) présentaient un score de Bradden inférieur ou égal à 12 sur 23, soit un risque d'escarre élevé. Deux patients (6,7%) présentaient un score de Bradden supérieur ou égale à 18 sur 30, soit un risque d'escarre faible.

Cinq patients (16,7%) avaient déjà une ou plusieurs escarres à leur admission, dont une de stade I, trois de stade II et une de stade III.

En cours de séjour, une(des) escarre(s) étai(en)t apparue(s) chez trois patients, sachant que qu'un patient avait deux escarres. Les escarres à la sortie du SSRG étaient de stade II pour trois d'entre elles et de stade III pour deux. Deux patients avaient vu leur(s) escarre(s) cicatriser complètement durant le séjour en SSRG.

Au total, à la sortie, cinq patients (16,7%) présentaient une(des) escarre(s) dont les principales localisations étaient sacrée pour deux patients, talonnière pour un patient et trochantérienne pour un patient également.

III.3.g Synthèse des résultats

Deux patients de cet échantillon s'étaient partiellement améliorés dans tous les domaines bien qu'ils n'aient pas atteint leur objectif final.

Quatre patients, dont un décédé, ne s'étaient améliorés dans aucun des domaines. Ces patients étaient ceux qui présentaient déjà une forte dépendance et donc une grande fragilité à l'admission. D'ailleurs, deux d'entre eux faisaient partie des 13,6% de patients dont l'objectif de la demande Via Trajectoire® était surestimé.

Pour les 24 autres patients, une amélioration dans au moins un des domaines était notée entre l'entrée et la sortie : la dépendance, à la fois physique et cognitive, était moins importante en fin de séjour en SSRG chez cinq patients (20,8%). Treize patients (54,2%) s'étaient considérablement améliorés sur le plan moteur. Seize de ces 24 patients (66,7%) n'avaient pas présenté de signes de dépression. L'état nutritionnel était meilleur à la sortie chez 14 de ces 24 patients (58,3%).

Concernant l'état cutané, les cinq patients présentant une(des) escarre(s) à la sortie ne s'étaient pas du tout améliorés sur le plan moteur.

Au total, nous pouvons conclure que sur les 154 patients inclus dans cette étude, seulement quatre n'avaient tiré aucun bénéfice de leur séjour en SSRG.

IV. DISCUSSION

IV.1 Intérêt de l'étude

Ce travail nous a donc permis d'initier un questionnement et une réflexion quant à la demande croissante de places en SSRG paradoxalement à l'offre qui, elle stagne, voire diminue.

Cette étude est intéressante car facilement reproductible dans d'autres centres et dans le temps.

De plus, il existe actuellement très peu d'études sur le sujet.

IV.2 Critère primaire

Cette étude a mis en évidence que dans 13,6% des cas, l'objectif énoncé en amont, au moment de la demande d'admission, était surestimé et revue à la baisse lors de la synthèse d'entrée. Deux des quatre patients qui n'avaient tiré aucun bénéfice de leur séjour faisaient partie de ces 13,6%.

Une hypothèse pouvant expliquer ce résultat, sur laquelle nous pouvons apporter des solutions, est le probable manque d'évaluation globale gériatrique dans les services de MCO, permettant de mieux cerner le patient et ses comorbidités dans sa globalité. Ainsi, il sera fixé au patient un objectif adapté et donc une orientation correcte en SSRG, ceci étant le travail de l'EMG qui est très sollicitée sur le CHWM. Un autre bénéfice de l'évaluation gériatrique complète en milieu hospitalier est le fait qu'elle peut réduire la mortalité à court terme, augmenter les chances de maintien au domicile à un an et améliorer les fonctions physiques et cognitives (16).

Un résultat également phare de notre travail est le taux de patients chez qui l'objectif était atteint, qui s'élève à 77,9%. Aussi, pour ces patients, le séjour en SSRG était considéré comme étant pertinent. Il n'existe pas d'études dans la littérature permettant de comparer ce résultat.

Cette étude a également montré que 61% des patients avaient regagné leur lieu de vie antérieur. Ce résultat est inférieur à ceux décrits dans la littérature rapportant un taux moyen de 73% des PA qui bénéficient de réadaptation et regagnent leur domicile (6). Cette différence pourrait s'expliquer par une dépendance élevée des patients du SSRG du CHWM. De plus, le caractère intra-CH et le plateau technique disponible favorisent ces admissions de patients médicalement plus lourds. On rappelle que 7,8% des patients ont été transférés du SSRG vers un service de MCO suite à un événement aigu. Enfin, il n'existe pas d'autre SSRG public dans le secteur.

IV.3 Critère secondaire

Lorsque l'objectif final n'était pas atteint pour un patient donné, nous pourrions alors considérer que la demande de séjour en SSRG n'était pas pertinente. Toutefois, nous constatons que deux tiers des patients avaient amélioré ou au moins maintenu leur dépendance qu'elle soit physique ou cognitive, que la moitié d'entre eux avait soit nettement amélioré ou au minimum conservé leurs performances motrices, soit un meilleur état nutritionnel à la sortie. A noter tout de même, une limite dans le recueil des données nutritionnelles car les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ne mentionnent plus l'albumine sérique pour le diagnostic de la dénutrition (17). Celle-ci reste, en revanche, un très bon indicateur pronostique et nous permet de grader la sévérité de la dénutrition. Elle demeure grandement utilisée dans les secteurs de soins en raison de la difficulté de mise en œuvre en pratique clinique courante des recommandations de la HAS. Par exemple, les méthodes d'évaluation de la sarcopénie ne semblent pas toujours adaptées à la pratique clinique du quotidien en gériatrie.

Il apparaît alors, qu'en dépit de l'objectif global non atteint, le séjour en SSRG apporte néanmoins des bénéfices au patient à titre individuel, en termes de prévention.

Soulignons également les résultats satisfaisants concernant l'état cutané des patients du SSRG retrouvés dans cette étude, même chez ceux dont l'objectif final n'était pas atteint et donc qui étaient potentiellement plus sédentaires du fait de leur dépendance physique plus importante. En effet, 80% de ces 30 patients présentaient un risque d'escarre modéré à l'admission et une apparition d'escarre au cours du séjour en SSRG était notée chez seulement trois patients.

Nous nous sommes interrogés sur le fait que l'état thymique des patients pouvait interférer avec la non atteinte de l'objectif final. Il est vrai qu'environ la moitié de ces patients avaient à l'entrée des signes évocateurs de dépression et 46,7% étaient effectivement considérés comme dépressifs. Généralement, les éléments de dépression étaient en lien avec leur état de santé du moment et avec une indépendance altérée. Plusieurs études ont déjà montré que les thérapies de groupe concernant la réadaptation des PA sont plus efficaces car elles augmentent la motivation des patients et elles sont également moins consommatrices de ressources (6). Toutefois, il serait intéressant d'étudier si ces thérapies de groupe améliorent également les résultats chez les patients souffrant d'une dépression. Nous n'avons pas pu mettre cela en œuvre dans cette étude en raison de l'interdiction des activités de groupe durant l'épidémie à COVID-19.

La réadaptation des PA hospitalisées a le potentiel d'améliorer l'indépendance fonctionnelle, comme c'était le cas dans notre étude pour au moins un tiers des patients, mais diminue aussi les admissions en EHPAD et a un impact positif sur la mortalité (18). Il n'est pas toujours évident de cibler quelle population tirera le plus de bénéfices de tels programmes, tout comme l'impact sur les soins de santé,

c'est-à-dire la balance bénéfice-risque, le taux de réadmissions et aussi le coût financier. Le manque de preuves disponibles dans la littérature souligne la nécessité de poursuivre les recherches pour répondre à ces questions importantes (18).

IV.4 Biais et limites

Notre étude comporte quelques biais. Le premier est son aspect monocentrique, bien que l'échantillon soit conséquent, avec 154 patients inclus, et que la période de recrutement s'étalait sur six mois. En outre, 60% des patients du SSRG du CHWM présentent une dépendance physique élevée ou totale et 27% une dépendance cognitive élevée. Ces taux contrastent avec ceux des autres SSRG du bassin chalonais (19). Cette population n'est donc pas le reflet de toute la population générale gériatrique qui pourrait avoir besoin d'un séjour en SSRG. L'autre limite de notre étude est le biais de confusion lié à la création temporaire d'une unité post-COVID-19. Or, il est prouvé que les PA atteintes de cette pathologie sont plus fragiles et que leurs durées de séjour sont prolongées en raison des surinfections fréquentes et de l'asthénie majeure qui en découle (20,21). L'une des conséquences est le fait que les tests, notamment moteurs, étaient souvent non réalisables chez ces patients, ce qui a pu biaiser nos résultats. Pour étayer cela, le mémoire de DESC de Gériatrie du Dr AUBOEUF, portant sur la mise en place d'un SSR polyvalent post-COVID-19 au sein du SSRG, avait montré que la COVID-19 modifiait les statistiques du SSR en période de pandémie (11).

IV.5 Propositions, pistes d'amélioration

Il convient de distinguer plusieurs niveaux d'intervention possibles pour tenter d'améliorer ce paradoxe de l'offre et de la demande en SSR.

Tout d'abord, la prévention primaire et donc les actions entreprises en amont de l'admission en SSR ou en SSRG et, plus largement, de l'hospitalisation des PA sont primordiales. Dans son plan de transformation du système de santé, l'Agence Régionale de Santé (ARS) prévoyait notamment l'ouverture de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour 2022. Ces structures permettent une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient via une organisation des soins et une coordination ville-hôpital. La présence de CPTS pourrait réduire le nombre de passage aux urgences des PA (22). Autre exemple, la HAS a instauré, en juin 2013, une fiche pouvant être remplie par n'importe quel professionnel (auxiliaire de vie, aide-ménagère, IDE, etc.) intervenant auprès d'une PA pour tenter de repérer une potentielle fragilité et ainsi pouvoir agir en amont d'un événement lié à cette fragilité (comme une chute). Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation

dans un délai de 1 à 3 ans (23). Toujours en 2013, la HAS a également proposé un algorithme qui n'est autre qu'un outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR (24). Cet outil se base sur l'objet et la caractérisation de la prise en charge, ainsi que sur l'environnement du patient. Malheureusement, cet outil n'est pas spécifique à la PA. Pour créer un algorithme propre aux SSRG, des études complémentaires devraient être réalisées afin de prendre en compte les spécificités de nos patients.

Une fois la PA hospitalisée, nous savons d'expérience qu'il est difficile de prédire une durée de séjour, quel que soit le service dans lequel elle se trouve. Bien que le flux de patients dans les SSRG soit important, le nombre de PA orientées vers ces structures est faible par rapport au flux total de ces patients sortant des services de MCO. Il serait intéressant de réaliser une étude de morbi-mortalité sur une population de patients hospitalisés en MCO selon leur lieu de sortie. Une étude réalisée en 2002, en Australie, soulevait déjà la problématique. Les hôpitaux sont une source importante de patients admis en EHPAD, même depuis les services de MCO, et évidemment ceci accroît souvent considérablement la DMS (25).

Par ailleurs, nous pensons qu'une meilleure collaboration entre les établissements d'un Groupement Hospitalier Territorial (GHT) pourrait permettre une optimisation de la prise en charge des patients hospitalisés. En réalisant des transferts/échanges de patients entre établissements, les PA pourraient bénéficier de soins adaptés à leur pathologie et leur état de dépendance, le tout réduisant la DMS de chaque structure. L'efficacité d'une telle coopération a pu être mise en lumière sur le bassin chalonais notamment lors de la pandémie à COVID-19 (11).

Une autre alternative pour désengorger les services de SSRG, étudiée au Canada via le modèle *Sub-Acute care for Frail Elderly* (SAFE), serait de proposer des prestations de rééducation et réadaptation telles qu'elles le sont en SSRG. Le modèle SAFE est basée sur une approche globale du patient, dans un lieu de vie comme les EHPAD, les foyers logements ou autres résidences pour PA. Ceci permettrait d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan fonctionnel à un coût réduit et permettrait de diminuer encore plus la DMS qui est un enjeu majeur de santé publique actuelle (26,27).

IV.6 Ouverture

Les autorités de santé ont conscience de la nécessité de réagir vis-à-vis de la situation actuelle des SSRG et des SSR en général.

A compter du 1^{er} juin 2023, les SSR deviendront des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). Il s'agit de mieux rendre compte de l'activité effective et des évolutions constatées dans les profils de patients, ainsi que de montrer que l'activité va au-delà de l'aval des soins. A noter, la création de la modalité « pédiatrie », ainsi que des mentions « polyvalent » et « oncologie ».

Il a été jugé nécessaire de redéfinir la nature de l'activité et des missions des établissements, ainsi que de préciser le cadre de référence afin d'améliorer la qualité des prises en soin, d'harmoniser le traitement des autorisations entre régions et ainsi proposer une offre plus homogène entre territoires et entre établissements (28).

Par ailleurs, le décret oblige à développer l'hospitalisation à temps partiel, à savoir une activité de SMR ambulatoire et si l'établissement ne peut proposer qu'un seul mode, « il propose l'autre mode grâce à une convention avec un autre établissement autorisé pour celui-ci » (29).

Le rôle et les missions des SSR sont mieux définis dans les nouveaux décrets : « L'activité de soins de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et les limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales (29). »

Une instruction est en cours de rédaction jusqu'en novembre 2023, à destination des ARS et des établissements pour accompagner l'élaboration des nouveaux schémas régionaux de santé. L'instruction devra préciser certains éléments non réglementaires afin de définir plus précisément les missions, le rôle et la place des SMR dans les filières de soins, ainsi que les conditions de prise en soin, pour chacune des mentions.

V. CONCLUSION

Il existe une inadéquation entre le nombre exponentiellement croissant de demandes d'admission en SSRG et l'offre actuellement disponible sur le bassin chalonnais.

Nous avons mis en évidence que pour environ 78% des patients hospitalisés en SSRG du CHWM la demande de séjour était pertinente. Pour les autres patients, la majorité d'entre eux ont tiré, à titre individuel, des bénéfices de leur séjour dans au moins un des champs évalués au SSRG. Seulement quatre des 154 patients inclus n'ont montré aucune amélioration dans tous les champs évalués. Il existe donc une dualité entre la gestion d'un flux croissant de patient et la prise en soin à titre individuel des patients.

Plusieurs avancées pourraient permettre d'améliorer la situation. La rééducation des PA est au cœur des stratégies du XXI^{ème} siècle et notamment avec la réforme transformant les SSR en SMR et l'incitation au développement des prises en charge ambulatoires.

THESE SOUTENUE PAR Mme Hélène BERTRAND
CONCLUSIONS

La population française devrait compter 76,4 millions d'habitants d'ici 2070 avec une proportion des personnes âgées de 65 ans ou de 28,7%. En 2020, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 23,7 % de la population de Bourgogne Franche-Comté contre 20,6 % au niveau national.

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la multimorbidité. Outre la hausse des hospitalisations des personnes âgées observée, les personnes âgées sont moins susceptibles de retrouver leur état de santé initial après une hospitalisation. D'où la nécessité d'une réadaptation gériatrique, celle-ci étant au cœur des stratégies de santé du XXI^{ème} siècle. Par ailleurs, les demandes d'admission en Soins de Suites et Réadaptation (SSR) Gériatrique (SSRG) ne cessent de croître, tandis que l'offre de place en SSRG aurait tendance à diminuer. Au sein du bassin chalonais et, il apparaît une inadéquation de plus en plus évidente entre l'offre et les demandes d'admission dans le service de SSRG du centre hospitalier William Morey (CHWM). Nous avons donc réalisé cette étude afin d'évaluer la pertinence des demandes d'admission de ce SSRG.

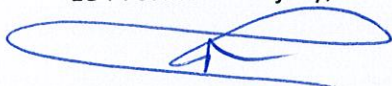
Cette étude était prospective et observationnelle. La population incluse comprenait tous les patients admis dans le service de SSRG du CHWM sur une période de 6 mois. Différents paramètres avaient été recueillis à l'admission et à la sortie des patients du SSRG.

Ce travail a montré que 77,9% des patients avaient atteint leur objectif final de séjour en SSRG et leur séjour était considéré comme pertinent. Pour les autres patients qui n'avaient pas atteint leur objectif final de séjour, il a été mis en évidence une progression entre l'admission et la sortie du SSRG dans au moins un des domaines de prise en soins. Cela nous amène à reconsidérer la dualité gestion des flux/prise en soins du patient à titre individuel.

Plusieurs propositions pourraient permettre d'améliorer l'inadéquation entre l'offre et la demande d'admission en SSRG, sachant que la plupart des projets actuels se concentrent sur l'amont afin de prévenir la multimorbidité des personnes âgées et réduire leurs hospitalisations.

Les autorités de santé, très concernées par le sujet des SSR dont les SSRG, ont entrepris une réforme afin de restructurer ces services qui désormais s'appelleront Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) à compter du 1^{er} juin 2023.

Le Président du jury,



Pr. P. MANCKOUNDIA

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 2 MARS 2023
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIE

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Tableaux de l'économie française. 2020. Available online : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4318291>.
2. INSEE. En Bourgogne-Franche-Comté, une population encore en baisse au 1er janvier 2021. Insee Flash Bourgogne-Franche-Comté. 2021. Available online : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5369489>.
3. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med*. 18 avr 2018;50(4):309-16.
4. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 30 août 2005;173(5):489-95.
5. Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, Murphy TE. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *JAMA*. 3 nov 2010;304(17):1919-28.
6. Tijssen LM, Derksen EW, Achterberg WP, Buijck BI. Challenging rehabilitation environment for older patients. *Clin Interv Aging*. 12 août 2019;14:1451-60.
7. Devailly JP. Organisation et financement des SSR et de la réadaptation : cadre conceptuel et comparaisons internationales. 2019. Available online : <https://hal.science/hal-03289713>.
8. Demandes reçues par structure SSR dans Trajectoire en Bourgogne-Franche-Comté. Fichier Excel créé depuis les statistiques Via Trajectoire®. Édité en décembre 2022.
9. Centre Hospitalier de Chalon sur Saône. Chiffres clés 2021 Chalon. 2022. Available online : <https://www.ch-chalon71.fr/lhopital-en-chiffres/>.
10. Ministère français de la santé et des sports. Circulaire DHOS/O1 n 2008-305 relative aux décrets no 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. 2008. Available online : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhoso12008305-du-03-octobre-2008-relative-aux-decrets-n-2008-377-du-17-avril-2008-reglementant-l-activite-de-soins-de-suite-et-de-readaptation/>.
11. Auboeuf F. Mise en place d'un service de soins de suite et réadaptation (SSR) polyvalent post-Covid dans un service de soins de suite et réadaptation gériatrique. 17p. Mémoire de DESC : Gériatrie : Dijon : 2020.
12. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults in: *Journal of aging and physical activity* Volume 7 Issue 2. 1999. Available online : <https://journals.humankinetics.com/view/journals/japa/7/2/article-p129.xml>
13. Clement JP, Fray E, Paycin S, Leger JM, Therme JF, Dumont D. Detection of depression in elderly hospitalized patients in emergency wards in France using the CES-D and the mini-GDS: preliminary

experiences. *Int J Geriatr Psychiatry*. mai 1999;14(5):373-8.

14. Stensvik GT, Helvik AS, Nakrem S, Haugan G. Cornell's depression for dementia scale: A psychometric study among Norwegian nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;93:104325.
15. Goodarzi ZS, Mele BS, Roberts DJ, Holroyd-Leduc J. Depression case finding in individuals with dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. mai 2017;65(5):937-48.
16. British Medical Bulletin. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. Oxford Academic. Available online : <https://academic.oup.com/bmb/article/71/1/45/276000?login=false>
17. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. 2021. Available online : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denutrition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus
18. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The BMJ*. 20 avr 2010;340:c1718.
19. Groupement hospitalier de territoire Saône-et-Loire Bresse - Morvan. DIM GHT SSR Panorama des établissements SSR du GHT données PMSI SSR 2019. 6p. Édité juin 2020.
20. Bilan J, Aggrey K, Quinn TJ, Lumsden J, Colquhoun K. Occurrence and outcomes of possible superadded infections in older adults with COVID-19-cohort study. *Eur Geriatr Med*. oct 2022;13(5):1161-7.
21. Gregorevic K, Maier A, Miranda R, Loveland P, Miller K, Busing K, et al. Presenting symptoms of COVID-19 and clinical outcomes in hospitalised older adults. *Intern Med J*. juin 2021;51(6):861-7.
22. ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé. 2023. Available online : <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>.
23. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? 2013. Available online : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires.
24. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation. 2013. Available online : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1651391/fr/outil-d-aide-a-la-decision-pour-l-admission-des-patients-en-soins-de-suite-et-de-readaptation.
25. Howe AL. Informing policy and service development at the interfaces between acute and aged care. *Aust Health Rev*. 2002;25(6):54.
26. Boutette M, Hoffer A, Plant J, Robert B, Sinden D. Establishing an integrated model of subacute care for the frail elderly. *Healthc Manage Forum*. juill 2018;31(4):133-6.
27. Robert B, Sun AH, Sinden D, Spruin S, Hsu AT. A case-control study of the sub-acute care for

frail elderly (SAFE) unit on hospital readmission, emergency department visits and continuity of post-discharge care. J Am Med Dir Assoc. mars 2021;22(3):544-550.e2.

28. Ministère français de la santé et des sports. Les SSR se transforment en "soins médicaux et de réadaptation" avec de nouvelles mentions. 2022. Available online : apmnews.com.

29. LNA Santé. SSR vs SMR : Quelles Différences ? 2022. Available online : <https://www.lna-sante.com/actualite/nos-etablissements/les-ssr-deviennent-des-smr/>.

VII. ANNEXES

1) Évaluation individualisée de la charge en soins auprès du patient en SSR

Légende soins personnels	Légende communication	Légende comportement
1 = Aucune intervention soignante	1 = Le soignant communique naturellement, car le patient comprend et s'exprime spontanément, même si cela prend du temps	1 = Aucune intervention soignante, le patient se conduit de façon adaptée avec ou sans traitement
2 = Sollicitation et/ou Supervision soignantes	2 = Sollicitation soignante ponctuelle pour échanger (répéter, parler lentement, faire des gestes...)	2 = Surveillance soignante en situation inhabituelle
3 = Intervention soignante Partielle	3 = Le soignant utilise des mots simples pour se faire comprendre	3 = Le soignant intervient, négocie ou restreint ponctuellement.
4 = Intervention soignante Totale	4 = Le soignant observe le Non verbale, car le patient ne s'exprime pas ou ne communique pas	4 = Le soignant intervient fréquemment face à un comportement inadapté
1 et 2 : Aucun contact physique avec le patient 3 et 4 : Nécessite un contact physique avec le patient		

	ENTREE	SORTIE
Soins personnels		
Soins de l'apparence		
Toilette du haut		
Toilette du bas		
Douche		
Habillage partie supérieure		
Habillage partie inférieure		
Utilisation des toilettes : chasse et propreté		
Vessie		
Intestins		
Alimentation		
Manger		
Capacité à se servir		
Transferts		
Lit : couché/assis, assis/couché		
Chaise/fauteuil : assis/debout, debout/assis		
Locomotion		
Marche sans aide technique		
Marche avec aides technique		
↳ Type d'aide		
Escalier		
Vie Quotidienne		
Capable de ramasser un objet au sol		
ouvrir une porte		
Ouvrir une fenêtre		
Ouvrir un bocal ou retirer un opercule		
Ouvrir un placard		
Etre capable d'alerter		
Communication		
Expression verbale		
Communication écrite		
Comportement		
Evaluation du comportement		

2) Synthèse SSR Gériatrique

Date d'entrée en SSR : Date entrée de la venue
Motif d'admission en SSR : Motif

Recueil accord patient pour objectif du séjour : oui non impossible

Si accord impossible, accord de la personne de confiance / famille : oui non

Date de recueil : Cliquez ici pour entrer une date.

Si pas d'accord sous 15 jours, motif :

	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.	Cliquez ici pour entrer une date.
MEDICAUX											
PSYCHOLOGUE											
Suivi											
Bilan											
Entretien famille											
AUTONOMIE (IDE – AS)											
Ré autonomisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintien des capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REEDUCATEURS											
Fréquence kiné											
Fréquence APA											
DIETETICIENNE											
Optimisation des repas											
Personnalisation du contenu des repas											
Majoration des apports en protéines et énergie											
Majoration des apports en fibres											
Adaptation/réévaluation de la texture											
Evaluation des ingesta											
Conseils alimentaires en vue du retour à domicile											
Lutte contre les croyances alimentaires											

Recherche des causes du refus alimentaire											
Autre											
PROJET DE SORTIE											
Devenir											
Date prévisionnelle de sortie	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date	Cliquez ici pour entrer une date
SOCIAL											

Évaluation de la dépendance Soins de Suite et de Réadaptation

(anciennement dénommé Moyen séjour) Dr Lucien Mias - septembre 1999

Principe de base

LES 4 NIVEAUX DE COTATION

Les 6 variables de dépendance sont présentées de la même façon avec une description des "Actions"; 4 niveaux de cotation, de 1 à 4, explicites pour chacune des "actions"

1-Indépendance

- complète : le patient est totalement autonome
- modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement...
OU il a besoin d'un temps plus long mais acceptable...
OU il le fait avec un risque acceptable.

2 - Supervision ou arrangement

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l' "action" mais il n'y a aucun contact physique avec le patient.(Exception : mise en place et ablation d'une orthèse ou prothèse).

3 - Assistance partielle

Nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser partiellement au moins une "action".

4 -Assistance totale

Nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser la totalité d'au moins une "action".

PRINCIPES DE COTATION

Coter chaque "Action" en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de chaque semaine d'hospitalisation observée et non en fonction de ce qu'il pourrait réellement faire dans d'autres conditions matérielle et psychologiques.

- Par exemple, si un patient refuse de s'habiller seul bien qu'il en soit capable et qu'il doit alors être totalement assisté pour réaliser cette action, sa cotation à l'habillage du bas est 4. Si, lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparaît que le patient n'effectue pas les différentes "Actions" de façon homogène, il faut retenir la cotation de l'"Action" ou il manifeste la plus grande dépendance.

- Exemple pour la variable Habillage : le patient met seul sa chemise et demande seulement de l'aide pour mettre les boutons ; par contre il ne met absolument pas ses sous-vêtements ni son pantalon et encore moins ses chaussures et ses chaussettes. Dans ce cas "habillage du haut du corps" est cotée 3 et l'Action "habillage du bas du corps" 4. Il faut donc coter la variable Habillage à 4.

Si pour une "Action", il y a hésitation de cotation entre le niveau 3 (assistance partielle) et 4 (assistance totale), coter 4.

Pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour, de nuit ou en traitement ou cure ambulatoires et qui ne réalisent pas au sein de la structure certaines "Actions" comme par exemple l'habillage, ces "Actions" doivent être évaluées par l'équipe soignante ou par l'équipe de rééducation-réadaptation. Ces équipes peuvent éventuellement procéder en interrogeant le patient ou son entourage.

TRANSCODAGE

Cette grille de dépendance a été élaborée spécifiquement dans le cadre des travaux PMSI soins de suite ou de réadaptation. Actuellement, il n'existe pas de tables de transcodage avec d'autres systèmes d'évaluation de la dépendance

Codage des items

HABILLAGE

INCLUT 2 "ACTIONS"

Habillage du haut du corps : s'habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou prothèse selon le cas.

Habillage du bas du corps : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon le cas.

COTATION

1 - Indépendance complète ou modifiée

S'habille et se déshabille seul en prenant les vêtements à leur place habituelle, peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sous-vêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures ; peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pression ; peut mettre en place et enlever seul selon le cas une orthèse ou une prothèse OU requiert une adaptation pour attacher ses vêtements OU prend plus de temps que la normale.

2 - Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).

3 - Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux "Actions".

4 - Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux "Actions".

DÉPLACEMENTS - LOCOMOTION

INCLUT 5 "ACTIONS"

- Transferts lit-chaise-fauteuil roulant : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement.

- Transferts aux toilettes : s'asseoir et se relever du siège des toilettes.

- Transferts à la baignoire ou à la douche : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche.

- Locomotion : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité.

- Utilisation des escaliers : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches).

Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou chaise roulante, chariot plat, tricycle, etc...), ne pas coter cette "Action" Utilisation des escaliers.

COTATION

1- Indépendance complète ou modifiée

Effectue seul l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque

2 - Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) ou un arrangement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied) OU nécessite une

supervision pour parcourir 45 m, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant) ou monter- descendre une volée de marches d'escalier (12 a 14 marches).

3 - Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une de ces 4 ou 5 "Actions".

4 - Assistance totale : nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une de ces 4 ou 5 "Actions".

ALIMENTATION

INCLUT 3 "ACTIONS" nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

Utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche

Mastication

Déglutition (avalier la bouchée ou la gorgée)

COTATION

1- Indépendance complète ou modifiée

Mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit a partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau, fourchette, etc...) OU requiert plus de temps que la normale OU nécessite des aliments a consistance modifiée ; si le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient se l'administre seul.

2 - Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, verser les liquides) OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides.

3- Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois "Actions" OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie) , le patient ne le gère que partiellement.

4 - Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie) le patient ne le gère pas.

CONTINENCE

INCLUT 2 "ACTIONS"

- Contrôle de la miction
- Assurer un con de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.
- Contrôle de la défécation
- Assurer un utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

COTATION

1 - Indépendance (totale ou modifiée)

Contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU s'il requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul, n'est jamais incontinent.

Matériel spécifique pour la continence:

- Urinaire : urinal - bassin de lit - chaise d'aisance - couche, serviette absorbante - sondes - collecteur urinaire - médicaments

- Fécal : bassin de lit - chaise d'aisance- stimulation digitale - lavement - médicaments - poche de stomie

2 - Supervision ou arrangement:

Requiert une supervision (éducation) OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant OU incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mois)

3 - Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc...) pour au moins l'une des deux "Actions", OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'une fois par jour)

4 - Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux "Actions" OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures, et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarques :

Pour un patient porteur d'une sonde à demeure, c'est la gestion de la poche à urine qui est évaluée ici (et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier) :

- Si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1.
- Si l'infirmière (ou un autre intervenant) supervise la gestion de la poche à urine, coter 2.
- Si l'infirmière (ou un autre intervenant) gère entièrement la poche à urine, coter 4.

Pour un patient porteur d'un système de stomie, c'est la gestion de ce système qui est évaluée ici (cotations : confer ci- dessus).

COMPORTEMENT

INCLUT 1 "ACTION"

- Interaction sociale

S'entend et participe avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, assure ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

COTATION

1- Indépendance totale ou modifiée

Se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médicaments pour garder le contrôle.

2 - Supervision

Requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 - Assistance partielle

Ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 - Assistance totale

Se conduit le plus souvent de façon inapproprié, nécessite des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées : crises de colère intempestives, langage excessif (grossier, violent), rires et pleurs excessifs, violences physiques, attitude très renfermée ou sans interaction.

Remarque : La démence ou toute autre pathologie mentale du patient devra faire l'objet d'une description particulière dans le cadre du recueil de la morbidité et à l'aide d'un ou plusieurs codes CIM-10.

RELATION - COMMUNICATION

INCLUT 2 "ACTIONS"

- Compréhension d'une communication visuelle ou auditive.
- Expression claire du langage verbal et non verbal.

COTATION

1 - Indépendance complète ou modifiée

Comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées OU comprend et s'exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2 - Supervision

Requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s'aider d'un geste, d'un support, etc...).

3 - Assistance partielle

Ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4 - Assistance totale

Ne s'exprime pas et / ou ne communique pas OU le fait de façon inappropriée.

4) Bilan Kiné Gérologique

Bilan Entrée réalisé le :

TEST MOTEUR MINIMUM (TMM)

Oui = 1 - Non = 0

		Entrée	Sortie
DECUBITUS			
Se tourne sur le côté			
S'assied au bord de la table d'examen			
Equilibre assis normal (absence de rétropulsion)			
Incline le tronc en avant			
Se lève du fauteuil			
Possible			
Sans aide humaine ou matérielle			
Station bipodale yeux fermés			
Station unipodale avec appui			
Equilibre debout normal (absence de rétropulsion)			
Réactions d'adaptation posturale			
Réactions parachutes	Membres supérieurs avant		
	Membres inférieurs avant		
	Membres inférieurs arrière		
Possible			
Sans aide humaine ou matérielle			
Déroutement du pied au sol			
Absence de flexum des genoux			
Equilibre dynamique normal (absence de rétropulsion)			
Demi-tour harmonieux			
TOTAL / 20			

Vitesse de marche (en m/s) = m/s

Entrée :

Sortie :

TEST UNIPODAL

Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes

	Entrée		Sortie	
	Oui = 1 / Non = 0	Non réalisable	Oui = 1 / Non = 0	Non réalisable
Pied droit	0			
Pied gauche	0			

UP & GO TEST

Inviter la personne à :	Entrée		Sortie	
	Oui = 1 Non = 0	Non réalisable	Oui = 1 Non = 0	Non réalisable
Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs				
Traverser la pièce – distance de 3 mètres				
Faire demi-tour				
Revenir s'asseoir				
Temps nécessaire, en secondes :				
Score / 4				

*Interprétation : risque de chute si score < ou = 1 et temps de réalisation > 20 secondes.
On note également les lenteurs d'exécution, les hésitations, une marche trébuchante.*

COMMENTAIRE FINAL :

5) Bilan APA Gérontologique

Bilan Entrée réalisé le :

Bilan Sortie réalisé le :

TEST DE FORCE MEMBRES INFÉRIEURS : TEST DU LEVER DE CHAISE

/Objectif : Assis sur une chaise (placer contre le mur), réaliser le plus de levers possible en 30 secondes.

	Entrée	Sortie
Nombre de levers		

Valeurs de référence (Rikli and Jones, 1999):

Age	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94
Homme	14 - 19	12 - 18	12 - 17	11 - 17	10 - 15	8 - 14	7 - 12
Femme	12 - 17	11 - 16	10 - 15	10 - 15	9 - 14	8 - 13	4 - 11

Remarque : S'il y a une incapacité à réaliser le test avec un nombre acceptable, le résultat est associé à une difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne

TEST DE FORCE MEMBRES SUPÉRIEURS : TEST DE FLEXION DE BRAS

/Objectif : Assis sur une chaise, l'haltère tenue dans la main dominante, réaliser le plus grand nombre de flexion de bras en 30 secondes. (2 kg pour les femmes / 3 kg pour les hommes).

/

	Entrée	Sortie
Nombre de flexion		

Valeurs de référence (Rikli and Jones, 1999) :

Age	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94
Homme	16 - 22	15 - 21	14 - 21	13 - 19	13 - 19	11 - 17	10 - 14
Femme	13 - 19	12 - 18	12 - 17	11 - 17	10 - 16	10 - 15	8 - 13

Remarque : Une valeur dans la moyenne est nécessaire pour les activités de la vie quotidienne et notamment pour le port de charge, telle que le port de provision

TEST D'ENDURANCE : TEST DE MARCHÉ DE 2 MINUTES

Objectif : Réaliser la plus grande distance possible en marchant, en 2 minutes.

	Entrée	Sortie
Distance de marche		

/

Valeurs de référence (Rikli and Jones, 1999) :

Age	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94
Homme	87 - 115	86 - 116	80 - 110	73 - 109	71 - 103	59 - 91	52 - 86
Femme	75 - 107	73 - 107	68 - 101	68 - 100	60 - 91	55 - 85	44 - 72

Bilan entrée :

Conclusion de sortie :

Préconisations :

6) Mini-GDS (Geriatric Depression Scale)

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste? | oui (1) | non (0) |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide? | oui (1) | non (0) |
| 3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps? | oui (0) | non (1) |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée? | oui (1) | non (0) |

7) GDS complète

24.10.2001

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)

NOM :

Prénom :

Date :

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

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

8) Échelle de Cornell

Échelle d'évaluation de l'humeur : Échelle de Cornell

L'échelle de Cornell permet de rechercher une dépression chez les patients présentant une démence. En effet la maladie d'Alzheimer et les autres démences peuvent s'accompagner de dépression.

Système de notation :
a = impossible à évaluer ; 0 = absent ; 1 = modéré ou intermittent ; 2 = sévère.

	a	0	1	2
A - Troubles de l'humeur				
1 - Anxiété : Expression anxieuse, inquiétude				
2 - Tristesse : Expression triste, voix triste, au bord des larmes				
3 - Manque de réaction aux événements plaisants				
4 - Irritabilité : Facilement irrité, facilement en colère				
B - Troubles du comportement				
5 - Agitation : Impatience, mouvements de frottement des mains				
6 - Ralentissement moteur : Mouvements ralentis, discours ralenti, lenteur des réactions				
7 - Plaintes fonctionnelles multiples (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)				
8 - Perte d'intérêt : Moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)				
C - Signes physiques				
9 - Diminution de l'appétit : S'alimente moins que d'habitude				
10 - Perte de poids : (coter 2 si perte supérieure à 2 kg en un mois)				
11 - Manque d'énergie : Se fatigue facilement incapable de soutenir une activité (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)				
D - Modification des rythmes				
12 - Variations de l'humeur dans la journée : Symptômes plus intenses le matin				
13 - Difficultés d'endormissement : Endormissement plus tardif que d'habitude				
14 - Nombreux réveils nocturnes				
15 - Réveil matinal précoce : Réveil plus tôt que d'habitude				
E - Troubles idéatoires				
16 - Suicide : Sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, désir de suicide, tentative de suicide				
17 - Auto-dépréciation : Auto-accusation, diminution de l'estime de soi, sentiment d'échec				
18 - Pessimisme : S'attend au pire				
19 - Délire congruent à l'humeur : Incurabilité, ruine				
Score total en l'absence de "a"				

9) Score de Braden

Echelle de Braden

Échelle d'évaluation de BRADEN*					
Perception sensorielle		Mobilité		Activité	
Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort lié à la pression		Capacité à changer et à contrôler les positions du corps		Degré d'activité physique	
Complètement limitée	1	Complètement immobile	1	Alité	1
Très limitée	2	Très limitée	2	Confiné au fauteuil	2
Légèrement diminuée	3	Légèrement limitée	3	Marche occasionnellement	3
Aucune atteinte	4	Aucune limitation	4	Marche fréquemment	4
Nutrition		Humidité		Friction et cisaillement	
Alimentation habituelle		Degré d'humidité auquel la peau est exposée		Capacité à maintenir une bonne position au lit/au fauteuil	
Très pauvre	1	Constamment humide	1	Problème présent	1
Probablement insuffisante	2	Très humide	2	Problème potentiel	2
Correcte	3	Occasionnellement humide	3	Pas de problème apparent	3
Excellente	4	Rarement humide	4		
Score total :					

TITRE DE LA THESE : PLACE DES SERVICES DE SOINS DE SUITE ET READAPTATION GERIATRIQUES DANS LE PARCOURS PATIENT : ETAT DES LIEUX SUR LE CENTRE HOSPITALIER DE CHALON-SUR-SAONE

AUTEUR : BERTRAND Hélène

RESUME :

INTRODUCTION : La proportion des personnes âgées en France ne cesse de s'accroître, entraînant une augmentation des hospitalisations et des demandes d'admissions en soins de suites et réadaptation. La rééducation des personnes âgées est un enjeu majeur de sante publique avec comme indicateurs la morbi-mortalité mais aussi l'indépendance. Une véritable inadéquation existe entre l'offre et la demande pour les admissions en service de soins de suites et réadaptation gériatrique.

OBJECTIF : Cette étude a fait un état des lieux dans le service de soins de suites et réadaptation gériatrique du Centre Hospitalier William Morey (71) et a évalué la pertinence des hospitalisations dans ce service afin de proposer des solutions potentielles d'amélioration.

METHODOLOGIE : Il s'agissait d'une étude prospective et observationnelle portant sur la population du service de soins de suites et réadaptation gériatrique du Centre Hospitalier William Morey entre le 01/02 et le 31/07/2022. De multiples données ont été recueillies à partir du dossier médical informatisé, dans les différents domaines d'action des services de soins de suites et réadaptation.

RESULTATS : 77,9% des patients inclus avaient atteint leur objectif de séjour avec une demande d'admission en service de soins de suites et réadaptation pertinente. Pour les autres patients, la majorité d'entre eux s'étaient significativement améliorés dans au moins un des champs qui avaient été évalués. Seulement quatre patients n'ont tiré aucun bénéfice de leur séjour.

CONCLUSION : il existe une réelle inadéquation entre l'offre et la demande d'admission en service de soins de suites et réadaptation gériatrique dans le bassin chalonnois. La majorité des demandes sont pertinentes avec de nets bénéfices individuels sur l'indépendance. La rééducation est une stratégie phare actuellement car une réforme est en cours afin de transformer les soins de suites et réadaptation en Soins Médicaux et de Réadaptation avec l'accent sur la création d'unité de rééducation ambulatoire.

MOTS-CLES : Personnes âgées - Pertinence de l'hospitalisation - Rééducation - Soins de suite et réadaptation gériatrique.