



HAL
open science

Évaluation de l'état de santé perçu par le patient âgé en SSR à la veille de son retour à domicile

Florian Drivet

► **To cite this version:**

Florian Drivet. Évaluation de l'état de santé perçu par le patient âgé en SSR à la veille de son retour à domicile. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02090707

HAL Id: dumas-02090707

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02090707>

Submitted on 5 Apr 2019

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

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



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

**Evaluation de l'état de santé perçu par le patient âgé en SSR à la
veille de son retour à domicile.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Octobre 2018

Par Monsieur Florian DRIVET

Né le 24 mai 1991 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie
Madame le Docteur LACROIX Océana
Monsieur le Professeur DISDIER Patrick
Monsieur le Professeur ROSSI Dominique**

**Président
Directeur
Assesseur
Assesseur**



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

**Evaluation de l'état de santé perçu par le patient âgé en SSR à la
veille de son retour à domicile.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Octobre 2018

Par Monsieur Florian DRIVET

Né le 24 mai 1991 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie
Madame le Docteur LACROIX Océana
Monsieur le Professeur DISDIER Patrick
Monsieur le Professeur ROSSI Dominique**

**Président
Directeur
Assesseur
Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

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

Chargés de mission :

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

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

| | |
|------------------------------------|--|
| 1967 MM. les Professeurs | DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal) |
| 1974 MM. les Professeurs | MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse) |
| 1975 MM. les Professeurs | O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne) |
| 1976 MM. les Professeurs | P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.) |
| 1977 MM. les Professeurs | C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne) |
| 1978 M. le Président | F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire) |
| 1980 MM. les Professeurs | A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.) |
| 1981 MM. les Professeurs | H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège) |
| 1982 M. le Professeur | W.H. HENDREN (U.S.A.) |
| 1985 MM. les Professeurs | S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.) |
| 1986 MM. les Professeurs | E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.) |
| 1987 M. le Professeur | P.J. DYCK (U.S.A.) |
| 1988 MM. les Professeurs | R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil) |
| 1989 M. le Professeur | P. MUSTACCHI (U.S.A.) |

| | |
|--|--|
| 1990 MM. les Professeurs | J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.) |
| 1991 MM. les Professeurs | J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGENDORFER (U.S.A.) |
| 1992 MM. les Professeurs | H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon) |
| 1994 MM. les Professeurs | G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.) |
| 1995 MM. les Professeurs | D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie) |
| 1997 MM. les Professeurs | C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède) |
| 1998 MM. les Professeurs | O. JARDETSKY (U.S.A.) |
| 1999 MM. les Professeurs | J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.) |
| 2000 MM. les Professeurs | D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.) |
| 2001 MM. les Professeurs | P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne) |
| 2002 MM. les Professeurs | M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine) |
| 2003 M. le Professeur Sir | T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne) |
| 2004 M. le Professeur | M. DAKE (U.S.A.) |
| 2005 M. le Professeur | L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.) |
| 2006 M. le Professeur | A. R. CASTANEDA (U.S.A.) |
| 2007 M. le Professeur | S. KAUFMANN (Allemagne) |

EMERITAT

| | | |
|-------------------|----------------------------|------------|
| 2008 | | |
| M. le Professeur | LEVY Samuel | 31/08/2011 |
| Mme le Professeur | JUHAN-VAGUE Irène | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | PONCET Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | KASBARIAN Michel | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | ROBERTOUX Pierre | 31/08/2011 |
| 2009 | | |
| M. le Professeur | DJIANE Pierre | 31/08/2011 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2012 |
| 2010 | | |
| M. le Professeur | MAGNAN Jacques | 31/12/2014 |
| 2011 | | |
| M. le Professeur | DI MARINO Vincent | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MARTIN Pierre | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | METRAS Dominique | 31/08/2015 |
| 2012 | | |
| M. le Professeur | AUBANIAC Jean-Manuel | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | CAMBOULIVES Jean | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2015 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2015 |
| 2013 | | |
| M. le Professeur | BRANCHEREAU Alain | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | CARAYON Pierre | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | HENRY Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | LE GUICHAOUA Marie-Roberte | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | RUFO Marcel | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2016 |
| 2014 | | |
| M. le Professeur | FUENTES Pierre | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | GAMERRE Marc | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | MAGALON Guy | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | PERAGUT Jean-Claude | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2017 |
| 2015 | | |
| M. le Professeur | COULANGE Christian | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | COURAND François | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2016 |

2016

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

2017

| | | |
|------------------|---------------------|------------|
| M. le Professeur | ALESSANDRINI Pierre | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | CHAUVEL Patrick | 31/08/2020 |
| M. le Professeur | COZZONE Pierre | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2018 |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| AGOSTINI FERRANDES Aubert | CHOSSEGROS Cyrille | GRIMAUD Jean-Charles |
| ALBANESE Jacques | <i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i> | GROB Jean-Jacques |
| ALIMI Yves | COLLART Frédéric | GUEDJ Eric |
| AMABILE Philippe | COSTELLO Régis | GUIEU Régis |
| AMBROSI Pierre | COURBIERE Blandine | GUIS Sandrine |
| ANDRE Nicolas | COWEN Didier | GUYE Maxime |
| ARGENSON Jean-Noël | CRAVELLO Ludovic | GUYOT Laurent |
| ASTOUL Philippe | CUISSET Thomas | GUYSS Jean-Michel |
| ATTARIAN Shahram | CURVALE Georges | HABIB Gilbert |
| AUDOUIN Bertrand | DA FONSECA David | HARDWIGSEN Jean |
| AUQUIER Pascal | DAHAN-ALCARAZ Laetitia | HARLE Jean-Robert |
| AVIERINOS Jean-François | DANIEL Laurent | HOFFART Louis |
| AZULAY Jean-Philippe | DARMON Patrice | HOUVENAEGHEL Gilles |
| BAILLY Daniel | D'ERCOLE Claude | JACQUIER Alexis |
| BARLESI Fabrice | D'JOURNO Xavier | JOURDE-CHICHE Noémie |
| BARLIER-SETTI Anne | DEHARO Jean-Claude | JOUVE Jean-Luc |
| BARTHET Marc | DEPERO Jean-Robert | KAPLANSKI Gilles |
| BARTOLI Jean-Michel | DENIS Danièle | KARSENTY Gilles |
| BARTOLI Michel | <i>DESSEIN Alain Surnombre</i> | KERBAUL François |
| <i>BARTOLIN Robert Surnombre</i> | DESSI Patrick | KRAHN Martin |
| BARTOLOMEI Fabrice | DISDIER Patrick | LAFFORGUE Pierre |
| BASTIDE Cyrille | DODDOLI Christophe | LAGIER Jean-Christophe |
| BENSOUSSAN Laurent | DRANCOURT Michel | LAMBAUDIE Eric |
| BERBIS Philippe | DUBUS Jean-Christophe | LANCON Christophe |
| BERDAH Stéphane | DUFFAUD Florence | LA SCOLA Bernard |
| <i>BERLAND Yvon Surnombre</i> | DUFOUR Henry | LAUNAY Franck |
| BERNARD Jean-Paul | DURAND Jean-Marc | LAVIEILLE Jean-Pierre |
| BEROUD Christophe | DUSSOL Bertrand | LE CORROLLER Thomas |
| BERTUCCI François | <i>ENJALBERT Alain Surnombre</i> | <i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i> |
| BLAISE Didier | EUSEBIO Alexandre | LECHEVALLIER Eric |
| BLIN Olivier | FAKHRY Nicolas | LEGRE Régis |
| BLONDEL Benjamin | <i>FAUGERE Gérard Surnombre</i> | LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale |
| BONIN/GUILLAUME Sylvie | FELICIAN Olivier | LEONE Marc |
| BONELLO Laurent | FENOLLAR Florence | LEONETTI Georges |
| BONNET Jean-Louis | FIGARELLA/BRANGER Dominique | LEPIDI Hubert |
| BOTTA/FRIDLUND Danielle | FLECHER Xavier | LEVY Nicolas |
| BOUBLI Léon | FOURNIER Pierre-Edouard | MACE Loïc |
| BOYER Laurent | <i>FRANCES Yves Surnombre</i> | MAGNAN Pierre-Edouard |
| BREGEON Fabienne | FUENTES Stéphane | <i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i> |
| BRETELLE Florence | GABERT Jean | <i>MARTIN Claude Surnombre</i> |
| BROUQUI Philippe | GAINNIER Marc | MATONTI Frédéric |
| BRUDER Nicolas | GARCIA Stéphane | MEGE Jean-Louis |
| BRUE Thierry | GARIBOLDI Vlad | MERROT Thierry |
| BRUNET Philippe | GAUDART Jean | METZLER/GUILLEMAIN Catherine |
| BURTEY Stéphane | GAUDY-MARQUESTE Caroline | MEYER/DUTOUR Anne |
| CARCOPINO-TUSOLI Xavier | GENTILE Stéphanie | MICCALEF/ROLL Joëlle |
| CASANOVA Dominique | GERBEAUX Patrick | MICHEL Fabrice |
| CASTINETTI Frédéric | GEROLAMI/SANTANDREA René | MICHEL Gérard |
| CECCALDI Mathieu | GILBERT/ALESSI Marie-Christine | MICHELET Pierre |
| CHABOT Jean-Michel | GIORGI Roch | MILH Mathieu |
| CHAGNAUD Christophe | GIOVANNI Antoine | MOAL Valérie |
| CHAMBOST Hervé | GIRARD Nadine | MONCLA Anne |
| CHAMPSAUR Pierre | GIRAUD/CHABROL Brigitte | MORANGE Pierre-Emmanuel |
| CHANEZ Pascal | GONCALVES Anthony | MOULIN Guy |
| CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle | GORINCOUR Guillaume | MOUTARDIER Vincent |
| CHARREL Rémi | GRANEL/REY Brigitte | <i>MUNDLER Olivier Surnombre</i> |
| <i>CHARPIN Denis Surnombre</i> | GRANVAL Philippe | NAUDIN Jean |
| CHAUMOITRE Kathia | GREILLIER Laurent | NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier |
| CHIARONI Jacques | GRILLO Jean-Marie Surnombre | NICOLLAS Richard |
| CHINOT Olivier | | OLIVE Daniel |

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard *Surnombre*

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWARGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>) | FABRE Alexandre | NINOVE Laetitia |
| ANGELAKIS Emmanouil | FOLETTI Jean- Marc | NOUGAIREDE Antoine |
| ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>) | FOUILLOUX Virginie | OLLIVIER Matthieu |
| BARTHELEMY Pierre | FROMNOT Julien | LOUDIN Claire |
| BARTOLI Christophe | GABORIT Bénédicte | OVAERT Caroline |
| BEGE Thierry | GASTALDI Marguerite | PAULMYER/LACROIX Odile |
| BELIARD Sophie | GELSI/BOYER Véronique | PERRIN Jeanne |
| BERBIS Julie | GIUSIANO Bernard | RANQUE Stéphane |
| BERGE-LEFRANC Jean-Louis | GIUSIANO COURCAMBECK Sophie | REY Marc |
| BEYER-BERJOT Laura | GONZALEZ Jean-Michel | ROBERT Philippe |
| BIRNBAUM David | GOURIET Frédérique | SABATIER Renaud |
| BONINI Francesca | GRAILLON Thomas | SARI-MINODIER Irène |
| BOUCRAUT Joseph | GRISOLI Dominique | SARLON-BARTOLI Gabrielle |
| BOULAMERY Audrey | GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné | SAVEANU Alexandru |
| BOULLU/CIOCCA Sandrine | GUIDON Catherine | SECQ Véronique |
| BUFFAT Christophe | HAUTIER/KRAHN Aurélie | TOGA Caroline |
| CAMILLERI Serge | HRAIECH Sami | TOGA Isabelle |
| CARRON Romain | KASPI-PEZZOLI Elise | TROUSSE Delphine |
| CASSAGNE Carole | L'OLLIVIER Coralie | TUCHTAN-TORRENTS Lucile |
| CHAUDET Hervé | LABIT-BOUVIER Corinne | VALLI Marc |
| COZE Carole | LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina | VELY Frédéric |
| DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>) | LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>) | VION-DURY Jean |
| DALES Jean-Philippe | LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude | ZATTARA/CANNONI Hélène |
| DAUMAS Aurélie | LEVY/MOZZICONACCI Annie | |
| DEGEORGES/VITTE Joëlle | LOOSVELD Marie | |
| DEL VOLGO/GORI Marie-José | MANCINI Julien | |
| DELLIAUX Stéphane | MARY Charles | |
| DESPLAT/JEGO Sophie | MASCAUX Céline | |
| DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>) | MAUES DE PAULA André | |
| DUBOURG Grégory | MILLION Matthieu | |
| DUFOUR Jean-Charles | MOTTOLA GHIGO Giovanna | |
| EBBO Mikael | NGUYEN PHONG Karine | |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

| | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| ABU ZAINEH Mohammad | DEGIOANNI/SALLE Anna | POGGI Marjorie |
| BARBACARU/PERLES T. A. | DESNUES Benoît | RUEL Jérôme |
| BERLAND/BENHAIM Caroline | MARANINCHI Marie | STEINBERG Jean-Guillaume |
| BOUCAULT/GARROUSTE Françoise | MERHEJ/CHAUVEAU Vicky | THOLLON Lionel |
| BOYER Sylvie | MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte | THIRION Sylvie |
| COLSON Sébastien | | VERNA Emeline |

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

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

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

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

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBARU/PERLES Tédora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Sumombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

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

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Sumombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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

DEPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

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

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

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

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5307**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) *Sumombre*
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Haqay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Sumombre*

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4702

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Sumombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Anaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

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

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Aqnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) *(disponibilité)*
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

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

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

Table des matières

| | |
|--|-------|
| Introduction | p.2 |
| Etat des lieux | p.3 |
| 1. Population gériatrique et réhabilitation | |
| 2. Etat de santé perçu et vieillissement | |
| Matériel et Méthodes | p. 5 |
| 1. Type et lieu de l'étude | |
| 2. Période | |
| 3. Population | |
| 4. Critères d'inclusion | |
| 5. Critères d'exclusion | |
| 6. Procédure | |
| 7. Analyse statistique | |
| Résultats | p.8 |
| A. Caractéristiques générales de la population | |
| B. Caractéristiques en fonction de l'état de santé perçu | |
| Discussion | p. 32 |
| 1. Population mise en évidence | |
| 2. Facteurs liés à un mauvais état de santé perçu | |
| 3. Discussions des résultats de l'étude | |
| 4. Intérêts et limites de l'étude | |
| 5. Perspectives | |
| Conclusion | p. 37 |
| Bibliographie | p. 38 |
| Annexes | p. 41 |
| Abréviations | p. 44 |

I. Introduction

L'âge moyen de la population française augmente chaque année ainsi que le nombre d'hospitalisation de patients âgés. Les plus de 60 ans représentent 24% de la population de nos jours, contre 18% en 1970. En vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 3,1 ans et celle des hommes de 5,1 ans selon les chiffres de l'INSEE (1).

En France sur toute l'année 2016 12,6 millions de patients ont été hospitalisés, dont 1,5 millions de personnes âgées de 80 ans ou plus. Deux tiers de ces derniers ont bénéficié d'une réhabilitation en Service de Soins de suite et de Réadaptation (SSR).

En SSR la proportion de patients de 80 ans et plus représente 37% de la totalité des patients tout âge confondu en réhabilitation avec une durée moyenne de séjour de réadaptation en hospitalisation complète de 35 jours (2).

Selon les chiffres de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), en 2017 les SSR Gériatriques détenant au moins la mention affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance représentaient 32% de l'ensemble des 1646 établissements SSR en France (3).

Plusieurs études ont montré que l'état de santé perçu par le patient lui-même était un puissant prédicteur de divers aspects du bien-être, des capacités fonctionnelles et de la mortalité. Celui-ci étant en corrélation directe avec l'intérêt d'une réhabilitation optimale et du maintien de l'autonomie des patients. Ce lien n'a pas été réévalué depuis plusieurs années avec des études datant des années 90 et début 2000.

Il existe donc un intérêt majeur à évaluer l'état de santé perçu par la population gériatrique, notamment afin de nous permettre de mieux comprendre la perception que les patients ont de leur propre vieillissement, identifier les critères de prédisposition de cette population à une morbi-mortalité plus importante, modifier en conséquence leurs modalités de séjour en hospitalisation et améliorer leur conditions de réhabilitation future.

Nous avons cherché à identifier différents facteurs pouvant nous permettre d'évaluer l'état de santé perçu par les patients de cette catégorie d'âge et qui auraient déjà été évalué par d'autres études.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les facteurs qui présentent une influence directe ou associée à l'état de santé perçu par les patients âgés à l'issue d'un séjour en SSR gériatrique. Ce qui pourrait permettre d'orienter leur prise en charge, identifier les critères du bien vieillir perçu par ces patients et ainsi optimiser leur rééducation.

II. Etat des lieux

1) Population gériatrique et réhabilitation

L'organisation mondiale de la santé reconnaît une personne âgée comme ayant 65 ans ou plus, et il existe une catégorie de personnes considérée comme très âgée à partir de 75 ans et plus.

Cependant le profil de patients en gériatrie répond à des critères plus spécifiques que l'âge seul, tels que la diminution de l'homéostasie, la présence d'affections chroniques multiples, le risque d'incapacités futures, le risque de polymédication, la modification du tableau clinique et de la pathologie actuelle et enfin l'imbrication des aspects somatiques, psychologiques et sociaux.

La différence entre bien vieillir et mal vieillir réside dans la façon dont évolue l'ensemble de ces critères.

Il existe trois modes de sortie d'hospitalisation pour cette population :

- Le retour à domicile direct
- Les établissements d'hébergement pour la personne âgée dépendante (EHPAD)
- La réhabilitation au cours d'un séjour en service de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Plus de deux tiers des personnes très âgées hospitalisés ont fait un séjour de réadaptation en SSR au cours de l'année 2016. Les services de SSR répondent aux mieux aux besoins du profil gériatrique de chaque patient à la suite d'une hospitalisation récente.

2) Etat de santé perçu et vieillissement

Plusieurs études démontrent l'intérêt de prendre en considération l'état de santé perçu par les patients afin d'évaluer leur vieillissement.

Nous avons constaté qu'une étude publiée en 2004, menée sur 928 répondants, examinait l'importance des facteurs de risques cliniques pour prédire les autoévaluations de l'état de santé général, pour un large éventail d'indicateurs auto-déclarés de bien-être physique et psychologique. Et concluait que l'ensemble des résultats suggéraient que les mesures cliniques étaient des prédicteurs moins puissants par rapport aux auto déclarations sur divers aspects du bien-être (4).

Une autre étude publiée en 1997 dans le Journal of Health and Social Behavior, examinait et passait en revue 27 études longitudinales d'échantillons communautaires représentatifs, publiées dans des revues américaines et

internationales qui identifiaient l'autoévaluation de la santé globale comme prédicteur indépendant de la mortalité (11).

L'évaluation de la perception du vieillissement par le biais de l'état de santé perçu pourrait avoir une influence sur la prise en charge des patients à la suite de leur hospitalisation.

Il existe peu d'échelles validées, l'une des plus connues est l'échelle de Nottingham Health Profile (NHP) ou Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham (ISPN) pour la version française. L'échelle NHP a été établie dans les années 1980 par Hunt et Mc Ewen à partir d'une étude sur plus de 700 patients interrogés sur ce qu'étaient pour eux les effets typiques de la maladie d'un point de vue social, mental et physique. L'ensemble de leur travail identifie 82 items à partir desquels la version finale du NHP a pu être établie avec au total 38 items sélectionnés. Cependant cette échelle reste un outil de mesure de la qualité de vie actuelle des patients (6,7).

Questionnaire ISPN en annexe 2.

La santé perçue apparaît comme une notion globale qui renvoie à une construction mentale de toutes les informations qu'un individu intègre dans la notion de santé (8,9).

Conceptuellement, la santé perçue reste difficile à cerner et ses déterminants ont rarement été évalués (10).

Plusieurs études notent l'influence que peut avoir le niveau économique et le niveau d'étude sur l'état de santé déclaré.

Une de ces études publiée en 2001 dans *Social Science and Medicine* examine deux mesures de santé subjective à l'aide d'une question générale sur la santé subjective et une question liée à l'âge sur la santé subjective. Cette étude a été basée sur 793 entretiens téléphoniques et montre que les répondants ayant plus d'années d'études ont déclaré une meilleure santé que les moins instruits seulement en utilisant la mesure subjective de santé liée à l'âge (12).

Une étude publiée en avril 1990 examinait les mesures du bien-être économique comme prédicteurs du bien-être psychologique ressenti. Les demandes économiques ressenties par les ménages et leur revenu permanent sont utilisés comme mesure globale efficace du bien-être économique (13).

Quatre études distinctes publiées en 1984, en 1997, en 2001 et en 2006 défini l'entourage comme facteur à part entière avec un impact direct sur l'évolution d'une maladie et du risque de mortalité ainsi que sur l'état psychologique du patient âgé (10,11,12,24).

Une étude gériatrique publiée en 1995 menée sur 2812 patients, évaluait le lien entre auto-évaluations de la santé et niveaux futurs d'incapacité fonctionnelle en recherchant si les mauvaises évaluations de soi augmentaient le risque d'invalidité et de morbidité. Celle-ci concluait à une diminution des capacités des patients à réaliser des gestes de la vie quotidienne sur des périodes de 1 à 6 ans (5).

III. Matériel et méthodes

1) Type et lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique menée au sein du service de soins de suite et de réadaptation de la clinique de la Phocéenne sud.

Observationnelle, quantitative et transversale sur un ensemble de 87 patients âgés en fin de séjour de rééducation.

La clinique de la Phocéenne sud répond aux critères de réadaptation gériatrique de la personne âgée polypathologique de plus de 75 ans, la plupart des patients proviennent directement des services de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille.

La prise en charge au sein de la clinique cherche à limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux. La stimulation cognitive fait également partie du processus. Prévenir l'apparition d'une dépendance, maintenir ou redonner de l'autonomie, assurer l'éducation thérapeutique du patient polypathologique et de son entourage, assurer l'information et le soutien des aidants, assurer le maintien de la socialisation de la personne âgée, assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale et sociale.

L'établissement est composé de deux services de 42 lits d'hospitalisation chacun, pris en charge par plusieurs équipes composées de trois médecins gériatres, de deux cadres de santé, d'infirmiers, d'aides-soignants, de kinésithérapeutes, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes, de psychologues, d'orthophonistes et d'assistantes sociales.

2) Période

L'ensemble de l'étude a été réalisé sur un total 10 semaines d'inclusion réparties entre le 23 février 2018 et le 1^{er} juin 2018.

3) Population

L'étude a été menée auprès de 87 patients à la veille de leur sortie à l'issue de leur réhabilitation.

La majorité des études sur l'état de santé perçu sont multicentriques et comprennent plusieurs centaines de patients recrutés sur des périodes allant de 4 ans à plusieurs dizaines d'années, pour une moyenne de recrutement se situant entre 60 et 150 patients par an et par centre (4,5,6,7,8).

Nous avons donc fixé notre objectif d'échantillon N entre 80 et 100 patients afin d'obtenir une puissance minimale nécessaire à la réalisation de notre étude.

4) Critères d'inclusion

Les patients ont été sélectionnés en fonction de leur âge et de leurs capacités cognitives.

Chaque patient la semaine précédant sa sortie était analysé. Tous ceux ayant un MMSE supérieur ou égal à 20 ont été inclus.

5) Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude :

- Les patients présentant un MMSE strictement inférieur à 20 et/ou des antécédents de démence modérée ou sévère
- Les patients refusant de répondre à l'entretien individuel

6) Procédure

Le recueil des informations relatives aux patients a été réalisé au cours d'entretien individuel à l'aide d'un questionnaire établi à partir de référentiels bibliographiques.

Le questionnaire regroupe 25 items.

Nous avons sélectionné six items qui évaluent le contexte social de chaque patient (7,8,9) et évalué l'importance de l'entourage (10,11,12,24).

L'autonomie, le niveau de dépendance ainsi que les capacités fonctionnelles physiques et morales remplissent la fonction de description générale de l'état de santé perçu par les patients.

Par la suite nous identifions les renseignements médicaux tels que les antécédents, le tabagisme et la médication (18,19,20,21).

L'hospitalisation a été évaluée par la durée de séjour ainsi que par son retentissement ressenti sur les capacités fonctionnelles (21,22).

Les loisirs et les éventuels projets futurs ont été inclus au questionnaire de manière complémentaire afin de vérifier le lien identifié par certaines publications sur le bien-être subjectif et un bon état de santé perçu (21,23,26).

Les derniers items sont utilisés dans le but de catégoriser l'état de santé vu par chaque patient à la suite d'un séjour en SSR.

Au total pour chaque patient les informations recueillies concernaient :

- Les données socio-démographiques : sexe, âge, situation familiale
- Les données socio-économiques : niveau d'étude, statut financier
- Le lieu de résidence
- L'évaluation de l'entourage : nombre d'enfants, présence
- La présence d'aide humaine et médicale pour la réalisation des AVQ
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux
- Le nombre de traitements au long court
- Le temps d'hospitalisation qui précède la réadaptation
- L'impact personnel ressentie sur l'état de santé de cette hospitalisation
- Les activités habituelles : loisirs, projets personnels
- L'état de satisfaction moral à l'égard de la vie
- L'autoévaluation de l'aptitude physique ressentie
- L'autoévaluation des bénéfices liés à la rééducation
- L'autoévaluation de l'état de santé général et du vieillissement

Chaque vendredi matin de la période de recrutement nous nous sommes concertés entre praticiens afin de préciser les patients répondant aux critères d'inclusion. Nous informions les patients que l'ensemble du questionnaire était anonyme et nous demandions son consentement libre et éclairé avant de poursuivre l'entretien à l'aide du questionnaire établi. Les questionnaires codés de façon anonyme étaient numérotés et successifs.

Questionnaire en annexe 1.

7) Analyses statistiques

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. Une analyse descriptive des réponses des patients aux différentes questions a été faite. Les résultats sont présentés sous la forme d'effectifs et de pourcentages (effectif rapporté au total des répondants).

Par la suite l'ensemble des effectifs et pourcentages associés à l'état de santé perçu par les patients a été comparé aux données de chaque facteur recherché à l'aide de tableaux croisés dynamiques.

Les résultats obtenus ont été présentés sous forme de tableaux récapitulatifs de prévalences.

IV. Résultats

A. Caractéristiques générales de la population

1. Caractéristiques socio-démographiques et économiques

Dans cette étude 87 patients ont été inclus de 75 à 98 ans, dont 22 patients de 75 à 80 ans inclus, 48 patients de 81 à 90 ans inclus et 17 patients de 91 ans et plus (*Figure1*).

Il était attendu la présence majoritaire de femme avec 76 patientes contre 11 hommes au total, soit un sexe ratio de 10 femmes pour 1,5 hommes.

Nous constatons une majorité de veuf(ve) avec plus de 67% des patients interrogés, puis le pourcentage de patients mariés avec 19,5% et vient ensuite celui des célibataires avec 12,6 (Tableau 1).

On note que 63 des patients ont arrêtés leur scolarité avant le Baccalauréat ce qui représente un peu plus de 72% de la population étudiée, 19,5% étaient titulaires du Baccalauréat et seulement 8% environ avaient fait des études supérieures.

Le niveau économique est représenté par le niveau de revenu subjectif insuffisant, moyen ou aisé décrit par chaque patient. Le niveau financier ressenti par la population étudiée est majoritairement considéré comme moyen pour subvenir à leurs besoins avec 70% de l'effectif. Près de 17% se considère comme aisé et enfin 12,6% estime leur statut financier comme nettement insuffisant.

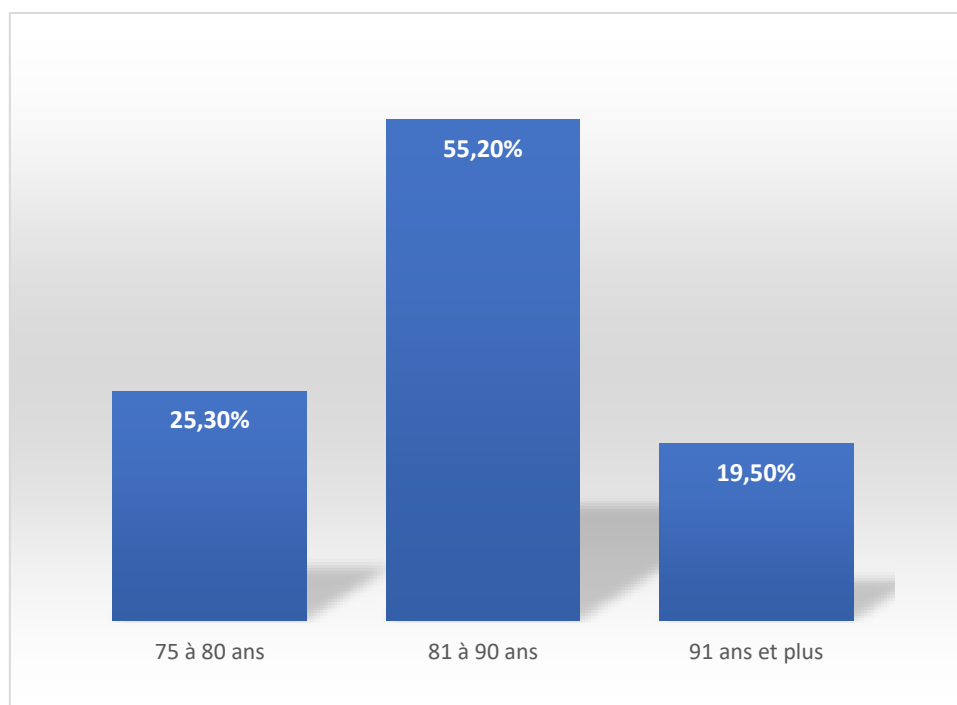


Figure 1 : Répartition de l'âge des sujets interrogés en pourcentages

| Quelle est votre situation familiale ? | | |
|--|----|--------|
| Célibataire | 11 | 12,64% |
| Marié | 17 | 19,54% |
| Veuf (ve) | 59 | 67,82% |
| Comment décririez-vous votre niveau d'étude ? | | |
| Avant Bac | 63 | 72,41% |
| Bac | 17 | 19,54% |
| B+2/4 | 4 | 4,60% |
| B+5/+ | 3 | 3,45% |
| Comment décririez-vous votre statut financier ? | | |
| Aisé | 15 | 17,24% |
| Moyen | 61 | 70,11% |
| Insuffisant | 11 | 12,64% |

Tableau 1 : Prévalences des données socio-économiques

2. Caractéristiques médicales de la population

Les caractéristiques médicales évaluées sont représentées par l'ensemble des antécédents médicaux et chirurgicaux, la notion de tabagisme et la médication au long cours déclarés par patient (Tableau 2).

L'Hypertension Artérielle et les Chirurgies Orthopédiques arrivent en tête, ce qui représente respectivement plus de 13% et 11% de l'ensemble des antécédents des patients.

Par la suite les antécédents de Chirurgies digestives, l'Arthrose et les Troubles du rythme et de la conduction cardiaque représentent respectivement 8,4%, 7,7% et 6,7%.

A contrario les antécédents de Chirurgies vasculaires, de maladie neurologique de type Parkinson et les Chirurgies cardiaques sont les moins déclarées.

Une seule patiente déclarait être fumeuse active soit 1,15% de la population totale étudiée, et la majorité 50 patients soit 57,47% déclaraient n'avoir jamais fumé de leur vie. Près de 41% de nos patients sont donc anciens fumeurs.

On note que notre population suit majoritairement une polymédication, avec 46 patients suivant un traitement au long court quotidien de plus de 5 médicaments, soit environ 53% de l'échantillon total. Seulement près de 16% des patients ne prennent qu'un voir deux médicaments à long terme.

| Quels sont vos antécédents médicaux et chirurgicaux ? | | |
|--|----|--------|
| HTA | 53 | 13,15% |
| Diabète | 11 | 2,73% |
| Dyslipidémie | 8 | 2,00% |
| Dysthyroïdie | 20 | 4,96% |
| AVC | 12 | 2,97% |
| IDM | 15 | 3,73% |
| Troubles du rythme et conduction | 27 | 6,70% |
| Insuffisance cardiaque | 18 | 4,46% |
| Chir cardiaque | 4 | 1,00% |
| Maladies vasculaires | 18 | 4,46% |
| Chir vasculaire | 2 | 0,50% |
| BPCO | 8 | 1,98% |
| Insuffisance respiratoire | 9 | 2,23% |
| Cancer | 16 | 3,97% |
| Insuffisance rénale chronique | 11 | 2,72% |
| Chir digestive | 34 | 8,45% |
| Arthrose | 31 | 7,70% |
| Ostéoporose | 11 | 2,73% |
| Chir orthopédique | 46 | 11,42% |
| Pathologie rachidienne | 22 | 5,45% |
| Syndrome anxio-dépressif traité | 24 | 5,95% |
| Maladie de Parkinson | 3 | 0,74% |
| Avez-vous déjà fumé dans votre vie ? | | |
| Fumeur actif | 1 | 1,15% |
| Ancien Fumeur | 36 | 41,38% |
| Jamais | 50 | 57,47% |
| Combien de médicaments prenez-vous au long cours ? | | |
| 1 | 3 | 3,45% |
| 2 | 11 | 12,64% |
| 3 | 12 | 13,79% |
| 4 | 15 | 17,24% |
| 5 et + | 46 | 52,87% |

Tableau 2 : Prévalences des données médicales

3. Caractéristiques de l'entourage

Une seule patiente était résidente d'un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante, les autres vivaient à leur propre domicile (Tableau 3).

L'entourage familial était principalement représenté par les enfants des patients, nous avons donc étudié leur présence auprès des patients.

Seulement 8 patients n'ont jamais eu d'enfants soit environ 9% des répondants. Pour le reste 39% déclaraient voir leurs enfants toutes les semaines, et environ 33% tous les jours.

On note un entourage aidant avec plus de 64% des répondants qui déclarent obtenir une aide suffisante contre 12% d'aide insuffisante et 23% de patients non aidés ou ne nécessitant pas d'aide de la part de leur entourage.

Nous constatons que deux tiers des répondants ont besoin d'aide humaine pour les activités de la vie quotidienne. Pour ces patients ces aides sont équitablement quotidiennes et hebdomadaires

| Avez-vous des enfants ? | | |
|---|----|--------|
| Non | 8 | 9,20% |
| Oui | 79 | 90,80% |
| Si Oui, les voyez-vous régulièrement ? | | |
| Annuel | 6 | 7,59% |
| Hebdomadaire | 31 | 39,24% |
| Mensuel | 16 | 20,25% |
| Quotidien | 26 | 32,91% |
| Votre entourage familial et/ou amical vous apporte-t-il une aide régulière ? | | |
| Suffisant | 56 | 64,37% |
| Insuffisant | 11 | 12,64% |
| Non | 20 | 22,99% |
| Quel est votre lieu de résidence ? | | |
| Domicile | 86 | 98,85% |
| EHPAD | 1 | 1,15% |
| Avez-vous besoin d'une aide humaine pour les gestes de la vie quotidienne ? | | |
| Quotidien | 29 | 33,33% |
| Hebdomadaire | 29 | 33,33% |
| Non | 29 | 33,33% |

Tableau 3 : Prévalences de la présence de l'entourage

4. Evaluation physique, hospitalisation et rééducation

La capacité physique était évaluée par le patient lui-même, 57 patients soit 65,52% se sentent en condition physique suffisante pour réaliser des activités similaires à une personne du même âge (Tableau 4).

Nous avons également cherché à connaître le temps total d'hospitalisation avant le transfert en service de soins de suite et de réadaptation, classé en 3 réponses, moins d'une semaine, entre une semaine et un mois, et plus d'un mois. Quasiment 60% des patients ont passé plus de 30 jours dans des services d'hospitalisation conventionnelle, contre seulement 7% moins d'une semaine.

Le retentissement du séjour hospitalier sur l'aptitude physique des patients a été évalué à plus de 70%, avec une sensation de régression des capacités physiques à la sortie de l'hospitalisation .

L'évaluation des bénéfices de la rééducation s'est donc posée d'elle-même, près de 73 patients déclarent ressentir une amélioration sur leur condition physique soit environ 84% d'entre eux, dont près d'un tiers des bénéfices complets.

| Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisé ? | | |
|--|----|--------|
| <1 Semaine | 6 | 6,90% |
| >1 Semaine | 29 | 33,33% |
| >1 Mois | 52 | 59,77% |
| Vous sentez-vous apte à réaliser des activités physiques similaires à une personne de votre âge ? | | |
| Non | 30 | 34,48% |
| Oui | 57 | 65,52% |
| L'hospitalisation a-t-elle aggravée ce sentiment ? | | |
| Non | 26 | 29,89% |
| Oui | 61 | 70,11% |
| Ressentez-vous des bénéfices sur votre autonomie à la suite de votre rééducation ? | | |
| Non | 14 | 16,09% |
| Oui plutôt | 46 | 52,87% |
| Oui totalement | 27 | 31,03% |

Tableau 4 : Prévalences de la perception physique, de l'hospitalisation et rééducation

5. Satisfaction, loisirs et projet

Plus de 80% des patients soit 70 au total déclarent un bon état moral avec une évaluation de vie satisfaisante malgré une hospitalisation récente et une rééducation parfois difficile (Tableau 5).

Nous remarquons que 69 patients ont des loisirs réguliers soit près de 80 % de l'effectif total.

Les loisirs principalement déclarés sont la lecture avec 38 patients soit 54,4%, les jeux de cartes et les promenades avec plus de 10% chacun, vient ensuite les associations d'activité de retraités, l'écoute de musique dans la journée et la télévision avec près de 6% chacun de la totalité de l'échantillon.

La fréquence de ces activités est quotidienne pour 45 de nos patients soit près de 66%, hebdomadaire pour 23 patients soit 32% et mensuel pour 1 seul de nos patient.

La notion d'absence de projet futur est récurrente avec un sentiment de vivre au jour le jour déclaré par 67 patients ce qui représente environ 77% de l'échantillon total.

| Avez-vous des loisirs actuellement ? | | |
|--|----|--------|
| Non | 18 | 20,93% |
| Oui | 69 | 79,07% |
| Si Oui, lesquels ? | | |
| ASSOCIATIONS | 4 | 5,88% |
| BRICOLAGE | 1 | 1,47% |
| CARTES | 7 | 10,29% |
| CONFERENCE ESOTERIQUE | 1 | 1,47% |
| FAMILLE | 2 | 2,94% |
| LECTURE | 38 | 54,41% |
| MUSIQUE | 4 | 5,88% |
| PROMENADE | 7 | 10,29% |
| TRICOT | 1 | 1,47% |
| TV | 4 | 5,88% |
| Si Oui à quelle fréquence ? | | |
| Quotidien | 45 | 66,18% |
| Hebdomadaire | 23 | 32,35% |
| Mensuel | 1 | 1,47% |
| Votre vie vous paraît-elle satisfaisante actuellement ? | | |
| Non | 17 | 19,54% |
| Oui | 70 | 80,46% |
| Avez-vous des projets pour l'avenir ? | | |
| Non | 67 | 77,01% |
| Oui | 20 | 22,99% |

Tableau 5 : Prévalences des loisirs, de l'état de satisfaction et des projets

6. Etat de santé perçu et vieillissement

Environ 23% de l'effectif ce qui représente une vingtaine de patients se considèrent en mauvais état de santé comparativement à une personne du même âge, tout comme les données de ceux qui se considèrent en très bon état de santé. Le reste de la population soit 47 patients 54% se considère plutôt en bon état de santé (Tableau 6).

Nous remarquons que 18 patients soit environ 20% pensent mal vieillir et aimeraient améliorer ce ressenti.

Enfin nous voulions connaître ce qui pourrait être perçu comme un facteur du sentiment de bien vieillir pour nos patients. Voilà pourquoi notre questionnaire se termine avec une question ouverte sur ce sujet.

Nous notons que deux facteurs principaux ressortent de cette question, le premier étant l'autonomie avec 34 réponses soit 39%, et le deuxième étant la présence de l'entourage proche avec 21 réponses ce qui représente 24% de l'effectif, suivi de près avec 17% des patients par l'absence d'antécédents médicaux notables résumée en tant que « santé » dans le tableau 6.

A la suite de cette évaluation nous avons cherché à connaître l'ensemble des facteurs intriqués avec un mauvais, un bon ou un très bon état de santé perçu par les patients de notre population.

| Vous sentez-vous en bonne santé comparativement à une personne de votre âge ? | | |
|--|----|--------|
| Non | 20 | 22,99% |
| Oui plutôt | 47 | 54,02% |
| Oui totalement | 20 | 22,99% |
| Estimez-vous votre vieillissement comme réussi ? | | |
| Non | 18 | 20,69% |
| Oui | 69 | 79,31% |
| Selon vous qu'est-ce que bien vieillir ? | | |
| ACTIVITE | 4 | 4,60% |
| ANTALGIE | 2 | 2,30% |
| AUTONOMIE | 34 | 39,08% |
| COGNITION | 4 | 4,60% |
| ENTOURAGE | 21 | 24,14% |
| EXPERIENCES | 1 | 1,15% |
| MORAL | 5 | 5,75% |
| SANTE | 15 | 17,24% |
| VOLONTE | 1 | 1,15% |

Tableau 6 : Prévalences de l'état de santé perçu et vieillissement

B. Caractéristiques en fonction de l'état de santé perçu

1. Caractéristiques socio-démographiques et économiques

Nous notons que sur l'ensemble des patients se sentant en mauvais état de santé 15 soit 75% sont veufs(ves), contre 68% pour ceux se considérant en bon état de santé et 60% pour ceux se sentant en très bon état de santé. La part de patients mariés représente 20% pour les mauvais état de santé, 17% pour les bon et 25% pour les très bon état de santé (Tableau 7).

Aucun patient n'a fait d'étude supérieur au baccalauréat dans la catégorie de patients qui se considèrent en mauvais état de santé, pour ceux se percevant en bon et très bon état de santé ils représentent respectivement 12,8% et 5% des patients. La plus grande proportion de patients présente un niveau d'étude inférieur au Bac avec 70% pour ceux en mauvais état de santé, 68,1% pour ceux en bon état de santé et 85% pour ceux se sentant en très bon état de santé.

Le niveau financier principal perçu est considéré comme moyen, la part d'un niveau financier insuffisant pour vivre correctement est plus importante chez les patients se sentant en mauvaise santé avec 20% des répondants, 8.6% pour ceux en bon état de santé et 15% pour ceux en très bon état de santé. Un niveau financier considéré comme aisé est plus nettement représenté pour ceux se sentant en bon et en très bon état de santé avec respectivement 19,1% et 20% des patients.

| Bon état de santé perçu pour le même âge Total général N=87 (%) | Non 20(29,99%) | Oui plutôt 47(54,02%) | Oui totalément 20(22,99%) |
|--|---------------------------------|--|--|
| Situation familiale | | | |
| Célibataire | 1(5%) | 7(14,9%) | 3(15%) |
| Marié | 4(20%) | 8(17%) | 5(25%) |
| Veuf (ve) | 15(75%) | 32(68,1%) | 12(60%) |
| Niveau d'études | | | |
| Avant Bac | 14(70%) | 32(68,1%) | 17(85%) |
| Bac | 6(30%) | 9(19,1%) | 2(10%) |
| B+2/4 | 0 | 3(6,4%) | 1(5%) |
| B+5/+ | 0 | 3(6,4%) | 0 |
| Niveau financier | | | |
| Aisé | 2(10%) | 9(19,1%) | 4(20%) |
| Moyen | 14(70%) | 34(72,3%) | 13(65%) |
| Insuffisant | 4(20%) | 4(8,6%) | 3(15%) |

Tableau 7 : Perception de l'état de santé et situation socio-économique

2. Caractéristiques médicales de la population

Pour ce qui concerne les caractéristiques médicales, 13,6% des patients se sentant en mauvais état de santé ont une hypertension artérielle traitée, puis vient les patients avec une insuffisance cardiaque près de 9%, les antécédents de chirurgie digestive et de chirurgie orthopédique avec respectivement près de 8%. Puis viennent les troubles du rythme cardiaque 7% et les insuffisances respiratoire 6% environ (Tableau 8).

Pour ceux se sentant en bon état de santé nous retrouvons l'hypertension artérielle avec 13,35%, les antécédents de chirurgie orthopédique 12%, de chirurgie digestive 8,9%, l'arthrose 8,45%, les troubles du rythme 7,1% et les syndromes anxio-dépressif traités avec 6,25%.

Concernant ceux se considérant en très bon état de santé la chirurgie orthopédique arrive en tête avec 15,95%, puis l'hypertension artérielle avec 13%, l'arthrose 11,60%, les syndromes anxio-dépressif traités 8,7% et les antécédents de chirurgie digestive avec 7,25%.

Parmi les patients en mauvais état de santé perçu, 11 sont des anciens tabagiques soit 55% de l'effectif et 45% n'ont jamais fumé. Près de 60% de ceux en bon état de santé n'ont jamais fumé de leur vie et 40% sont des anciens fumeurs. On note que 13 des 20 patients se sentant en très bon état de santé déclarent n'avoir jamais fumé de leur vie et 6 soit 30% sont des anciens fumeurs, et que le seul patient encore fumeur au moment de l'interrogatoire fait partie de cette catégorie.

Concernant le nombre de traitements au long cours 75% des patients se percevant en mauvais état de santé ont une polymédication nette avec 5 médicaments ou plus dans leurs piluliers, contre presque deux fois moins pour ceux se sentant en bon et très bon état de santé avec respectivement 23 patients soit 49% et 8 patients soit 40% de leurs effectifs. Les patients avec 1 ou 2 médicaments au long court sont plus représentés chez les patients en bon et très bon état de santé avec 17% et 25% que chez ceux en mauvaise santé qui ne sont que 5%.

| Bon état de santé perçu pour le même âge Total général sur 87 patients (%) | Non 20(29,99%) | Oui plutôt 47(54,02%) | Oui totalément 20(22,99%) |
|---|---------------------------|----------------------------------|--|
| Antécédents | | | |
| HTA | 14(13,60) | 30(13,35%) | 9(13%) |
| Diabète | 3(2,91) | 6(2,65%) | 2(2,90%) |
| Dyslipidémie | 2(1,94) | 6(2,65%) | 0 |
| Dysthyroïdie | 5(4,86) | 13(5,80%) | 3(4,35%) |
| AVC | 4(3,88) | 6(2,65%) | 2(2,90%) |
| IDM | 5(4,86) | 7(3,10%) | 3(4,35%) |
| Troubles du rythme | 7(6,80) | 16(7,10%) | 4(5,80%) |
| Insuffisance cardiaque | 9(8,74) | 8(3,50%) | 2(2,90%) |
| Chir cardiaque | 1(0,97) | 2(0,90%) | 1(1,45%) |
| Pathologie vasculaire | 2(1,94) | 13(5,80%) | 3(4,35%) |
| Chir vasculaire | 0 | 1(0,45%) | 0 |
| BPCO | 5(4,86) | 2(0,90%) | 0 |
| Insuffisance respiratoire | 6(5,82) | 2(0,90%) | 1(1,45%) |
| Cancer | 2(1,94) | 10(4,45%) | 3(4,35%) |
| Insuffisance rénale chronique | 5(4,86) | 4(1,70%) | 1(1,45%) |
| Chir digestive | 8(7,76) | 20(8,90%) | 5(7,25%) |
| Arthrose | 3(2,91) | 19(8,45%) | 8(11,60%) |
| Ostéoporose | 4(3,88) | 5(2,25%) | 2(2,90%) |
| Chir orthopédique | 8(7,76) | 27(12%) | 11(15,95%) |
| Pathologie rachidienne | 5(4,86) | 13(5,80%) | 2(2,90%) |
| Syndrome anxio-dépressif traité | 4(3,88) | 14(6,25%) | 6(8,70%) |
| Maladie de Parkinson | 1(0,97) | 1(0,45%) | 1(1,45%) |
| Tabagisme | | | |
| Fumeur actif | 0 | 0 | 1(5%) |
| Ancien Fumeur | 11(55%) | 19(40,4%) | 6(30%) |
| Jamais | 9(45%) | 28(59,6%) | 13(65%) |
| Nombre de traitements au long cours | | | |
| 1 | 0 | 1(2,1%) | 2(10%) |
| 2 | 1(5%) | 7(14,9%) | 3(15%) |
| 3 | 2(10%) | 6(12,7%) | 4(20%) |
| 4 | 2(10%) | 10(21,3%) | 3(15%) |
| 5 et + | 15(75%) | 23(49%) | 8(40%) |

Tableau 8 : Perception de l'état de santé et données médicales

3. Entourage et activités de la vie quotidienne

Tous les patients se sentant en mauvaise santé ont des enfants, la moitié les voit quotidiennement 10 patients sur 20. Près de 89% des patients se sentant en bon état de santé ont des enfants la plus grande proportion les voit hebdomadairement 42,5%. 85% de ceux se sentant en très bon état de santé ont des enfants qu'ils voient moins souvent avec une plus grande proportion de visites mensuelles et annuelles. On note que 10,7% et 15% de ceux se sentant en bon et très bon état de santé n'ont aucun enfant (Tableau 9).

La proportion d'aide familiale ou amicale insuffisante est plus grande 20% chez ceux en mauvais état de santé contre 12,7% et 5%. L'absence totale d'aide nécessaire aux patients est nettement plus faible chez ceux se sentant en mauvais état de santé 15% contre 25,6% et 25% pour les autres.

Pour la réalisation des activités de la vie quotidienne, on note une présence plus importante avec une fréquence plus élevée de passages d'aides humaines chez les patients se percevant en mauvais état de santé avec 55% de présence quotidienne et seulement 15% qui n'en ont pas besoin. Les proportions des deux autres catégories sont différentes avec 25% et 30% de passages quotidiens, et 36,2% et 45% de patients qui n'ont pas besoin d'aide.

| Bon état de santé perçu pour le même âge Total général N=87 (%) | Non 20(29,99%) | Oui plutôt 47(54,02%) | Oui totallement 20(22,99%) |
|--|---------------------------|----------------------------------|---|
| Enfants | | | |
| Non | 0 | 5(10,7%) | 3(15%) |
| Oui | 20(100%) | 42(89,4%) | 17(85%) |
| Visites des enfants | | | |
| Quotidien | 10(50%) | 10(21,3%) | 6(30%) |
| Hebdomadaire | 6(30%) | 20(42,5%) | 5(25%) |
| Mensuel | 3(15%) | 9(19,1%) | 4(20%) |
| Annuel | 1(5%) | 3(6,4%) | 2(10%) |
| (Absence enfant) | 0 | 5(10,7%) | 3(15%) |
| Aide familiale et/ou amicale | | | |
| Suffisant | 13(65%) | 29(61,7%) | 14(70%) |
| Insuffisant | 4(20%) | 6(12,7%) | 1(5%) |
| Non | 3(15%) | 12(25,6%) | 5(25%) |
| Lieu de résidence | | | |
| Domicile | 20(100%) | 46(97,9%) | 20(100%) |
| EHPAD | 0 | 1(2,1%) | 0 |
| Aide humaine pour les AVQ | | | |
| Quotidien | 11(55%) | 12(25,6%) | 6(30%) |
| Hebdomadaire | 6(30%) | 18(38,2%) | 5(25%) |
| Non | 3(15%) | 17(36,2%) | 9(45%) |

Tableau 9 : Perception de l'état de santé et entourage

4. Evaluation physique, hospitalisation et rééducation

Le sentiment de capacités physiques est très nettement négatif pour les patients en mauvais état de santé 14 contre 6 soit 70% de l'effectif, et très nettement positif pour les patients en bon état de santé 36 contre 11 et 15 contre 5 soit respectivement 76,6% et 75% (Tableau 10).

Le temps d'hospitalisation moyen est nettement supérieur à 1 mois pour l'ensemble des répondants. De façon surprenante la proportion de patients ayant été hospitalisé moins d'une semaine est plus grande chez ceux en mauvais état de santé avec 15% de l'effectif contre 4.2% et 5% pour les deux autres catégories.

L'hospitalisation a eu un effet néfaste sur leur perception physique personnelle pour l'ensemble des répondants, 65% pour ceux se sentant en mauvais état de santé, 78,7% pour ceux se sentant en bon état de santé et 55% pour ceux se sentant en très bon état de santé.

Nous notons un besoin de rééducation perçu par les patients, avec un bénéfice ressenti notable, 13 patients soit près de 65% pour ceux se sentant en mauvaise santé l'admettent. Pour ceux se sentant en bon état de santé la part de ce ressenti représente 89,3% et 90% pour les patients qui se sentent en très bon état de santé.

| Bon état de santé perçu pour le même âge Total général N=87 (%) | Non 20(29,99%) | Oui plutôt 47(54,02%) | Oui totalément 20(22,99%) |
|--|---------------------------|----------------------------------|--|
| Temps d'hospitalisation | | | |
| <1 Semaine | 3(15%) | 2(4,2%) | 1(5%) |
| >1 Semaine | 5(25%) | 16(34,1%) | 8(40%) |
| >1 Mois | 12(60%) | 29(61,7%) | 11(55%) |
| Sentiment d'aptitude physique | | | |
| Non | 14(70%) | 11(23,4%) | 5(25%) |
| Oui | 6(30%) | 36(76,6%) | 15(75%) |
| Retentissement de l'hôpital sur l'aptitude physique | | | |
| Non | 7(35%) | 10(21,3%) | 9(45%) |
| Oui | 13(65%) | 37(78,7%) | 11(55%) |
| Bénéfice ressentit de la rééducation sur l'autonomie | | | |
| Non | 7(35%) | 5(10,7%) | 2(10%) |
| Oui plutôt | 12(60%) | 24(51%) | 10(50%) |
| Oui totalement | 1(5%) | 18(38,3%) | 8(40%) |

Tableau 10 : Perception de l'état de santé et retentissement physique

5. Satisfaction, loisirs et projet

La majorité des patients ont des loisirs quel que soit leur état de santé perçu. Les loisirs les plus représentés sont en premier lieu la lecture, puis vient la musique et la télévision pour ceux se sentant en mauvais état de santé, les promenades pour ceux qui se sentent en bon état de santé, les jeux de cartes et les réunions d'associations de retraités pour ceux qui se sentent en très bon état de santé (Tableau 11).

On note une proportion de patients insatisfaits de leur vie actuelle beaucoup plus importante chez ceux avec un mauvais état de santé perçu ce qui représente 40% de l'effectif, contre 17% et 5% pour ceux avec un bon et un très bon état de santé perçu.

Les données sont inversées concernant le sujet des projets envisagés par les patients. Le pourcentage de patients qui présentent des projets pour l'avenir est plus important chez les patients se sentant en bon et en très bon état de santé avec 19,1% et 45% de leurs échantillons respectifs.

| Bon état de santé perçu pour le même âge Total général N=87 (%) | Non 20(29,99%) | Oui plutôt 47(54,02%) | Oui totalément 20(22,99%) |
|--|---------------------------|----------------------------------|--|
| Loisirs | | | |
| Non | 6(30%) | 8(17%) | 4(20%) |
| Oui | 14(70%) | 39(83%) | 16(80%) |
| Types de loisirs | | | |
| ASSOCIATIONS | 0 | 2(4,2%) | 2(10%) |
| BRICOLAGE | 0 | 1(2,1%) | 0 |
| CARTES | 1(5%) | 2(4,2%) | 4(20%) |
| CONFERENCE ESOTERIQUE | 0 | 1(2,1%) | 0 |
| FAMILLE | 1(5%) | 1(2,1%) | 0 |
| LECTURE | 6(30%) | 23(49%) | 8(40%) |
| MUSIQUE | 2(10%) | 2(4,2%) | 0 |
| PROMENADE | 1(5%) | 5(10,7%) | 1(5%) |
| TRICOT | 1(5%) | 0 | 0 |
| TV | 2(10%) | 2(4,2%) | 0 |
| (Absence loisir) | 6(30%) | 8(17%) | 5(25%) |
| Fréquence des loisirs | | | |
| Quotidien | 10(50%) | 27(57,5%) | 8(40%) |
| Hebdomadaire | 4(20%) | 12(25,5%) | 6(30%) |
| Mensuel | 0 | 0 | 1(5%) |
| (Absence loisir) | 6(30%) | 8(17%) | 5(25%) |
| Sentiment de satisfaction | | | |
| Non | 8(40%) | 8(17%) | 1(5%) |
| Oui | 12(60%) | 39(83%) | 19(95%) |
| Projets pour l'avenir | | | |
| Non | 18(90%) | 38(80,9%) | 11(55%) |
| Oui | 2(10%) | 9(19,1%) | 9(45%) |

Tableau 11 : Perception de l'état de santé, loisirs, satisfaction et projets

6. Vieillesse

Les patients en mauvais état de santé estiment avoir mal vieilli 11 patients contre 9, 55%, soit plus de la moitié de l'effectif. Pour ceux se sentant en bon et très bon état de santé le ressenti est inverse pour les deux catégories, avec seulement 12,7% et 5% soit 1 réponse négative pour ceux en très bon état de santé perçu (Tableau 12).

Pour terminer seulement 4 facteurs dépendants du sentiment de bien vieillir reconnus par les patients se sentant en mauvais état de santé ressortent de notre étude :

- L'absence d'antécédent médical grave
- L'autonomie pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne
- La présence de l'entourage
- L'état psychologique

Pour la population de patients avec une bonne perception de leur état de santé nous retrouvons dans l'ordre :

- L'autonomie pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne
- La présence de l'entourage
- L'absence d'antécédent médical grave
- L'activité et la présence de bonnes capacités cognitives

Pour la population de patients avec une très bonne perception de leur état de santé nous retrouvons dans l'ordre :

- L'autonomie pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne
- L'état psychologique
- L'activité, la présence de l'entourage et de bonnes capacités cognitives

| Bon état de santé perçu pour le même âge Total général N=87 (%) | Non 20(29,99%) | Oui plutôt 47(54,02%) | Oui totalément 20(22,99%) |
|--|---------------------------|----------------------------------|--|
| Sentiment de bien vieillir | | | |
| Non | 11(55%) | 6(12,7%) | 1(5%) |
| Oui | 9(45%) | 41(87,3%) | 19(95%) |
| Bien vieillir | | | |
| ACTIVITE | 0 | 2(4,2%) | 2(10%) |
| ANTALGIE | 0 | 1(2,1%) | 1(5%) |
| AUTONOMIE | 6(30%) | 20(42,5%) | 8(40%) |
| COGNITION | 0 | 2(4,2%) | 2(10%) |
| ENTOURAGE | 5(25%) | 14(30%) | 2(10%) |
| EXPERIENCES | 0 | 1(2,1%) | 0 |
| MORAL | 2(10%) | 0 | 3(15%) |
| SANTE | 7(35%) | 7(14,9%) | 1(5%) |
| VOLONTE | 0 | 0 | 1(5%) |

Tableau 12 : Perception de l'état de santé et vieillissement

V. Discussion

1. Population mise en évidence

Nous sommes en présence d'une population représentée majoritairement par des femmes âgées de 81 à 90 ans, veuves vivant à leur domicile, d'un niveau économique moyen et ayant arrêté leur études avant le Bac, ce qui correspond aux données de la population générale.

Nous retrouvons dans la population générale fin 2017 selon l'INSEE une proportion majoritaire de femme pour les 75 ans et plus, mais avec un sexe ratio de 11 femmes pour 7 hommes soit environ 4,5 fois plus d'hommes que dans notre étude (28).

Ceci pourrait s'expliquer selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) par le fait qu'une proportion majoritaire de femme occupe les places de SSR 65% tous motifs confondus (29). Et qu'il existe une prévalence plus importante en SSR de certaines pathologies pour le sexe féminin comme celles de l'appareil locomoteur allant de 67% à 80% en fonction de la pathologie concernée (29). Le niveau de formation de la population générale rendu publique en 2015 par l'INSEE s'arrête avant le Bac pour 55,7% des 65 ans et plus (30), qui s'explique probablement par les modifications des prérequis nécessaires à la réalisation d'un projet professionnel au cours du temps.

Elles ont pour la plupart eu des enfants présents et leurs apportant une aide qu'elles considèrent comme suffisante dans leur vie quotidienne.

Et deux tiers nécessitent une aide humaine pour les activités de la vie quotidienne avec passage infirmier, kinésithérapie à domicile et/ou la présence d'auxiliaire de vie.

La population étudiée présente en grande partie une hypertension artérielle traitée, des antécédents de chirurgie orthopédique, digestive, d'arthrose et/ou des troubles du rythme ou de la conduction cardiaque.

Le reste des données médicales déclare une population peu tabagique avec des patients qui n'ont pour la plupart jamais fumé ainsi qu'une population avec une polymédication franche.

2. Facteurs et mauvais état de santé perçu

Il apparaît ainsi que parmi cette population la situation familiale isolée est un des facteurs les plus associés à un mauvais état de santé perçu.

C'est également le cas d'un niveau socio-économique modéré, avec un faible niveau d'études supérieures et un statut financier moyen ou insuffisant.

A contrario la présence d'enfants, la fréquence de leurs visites et de l'aide apportée par l'entourage proche ne semble pas modifier la perception de leur état de santé.

Les patients atteints d'une hypertension artérielle traitée, d'une insuffisance cardiaque, de troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, d'insuffisance respiratoire et/ou d'antécédents de chirurgie orthopédique et/ou digestive semblent se sentir en moins bon état de santé que les autres.

Le tabagisme ancien sevré est un facteur influençant la perception de l'état de santé par les patients.

La polymédication avec 5 traitements ou plus au long court est très présente dans cette population.

On note également qu'un sentiment de capacités physiques amoindries comparé à une personne du même âge et un temps d'hospitalisation prolongé supérieur à un mois sont nettement associés à un mauvais état de santé.

L'absence de projet futur envisagé est également un facteur dominant dans cette population de patients.

La proportion de patients insatisfaits de leur vie actuelle est plus importante chez ceux se sentant en mauvais état de santé.

On remarque enfin que le sentiment de mal vieillir est nettement lié à un mauvais état de santé perçu et il paraît important pour nos patients de garder une autonomie suffisante et d'avoir une qualité d'entourage proche importante afin de vieillir dans de bonnes conditions.

3. Discussion des résultats de l'étude

L'auto-évaluation de l'état de santé global est un sujet d'intérêt certain compte tenu de l'importance du lien qu'il entretient avec l'évolution de la morbi-mortalité, du bien-être ressenti ainsi que des capacités fonctionnelles du sujet âgé (4,5).

Au cours de notre étude nous devions établir l'ensemble des critères sociaux de notre population afin de différencier un certain type de population prédominant dans l'évaluation de son propre état de santé.

Le premier facteur qui se différencie est l'isolement social quotidien avec une très grande majorité de patients veuf(ves).

La plupart des patients interrogés déclarent une importance certaine de la présence d'un entourage familial efficace dans la vie de tous les jours, cependant dans notre étude nous remarquons que les patients avec des enfants aidants peuvent tout autant se sentir en mauvais qu'en bon état de santé.

On note que O.Baron-Epel et G.Kaplan avaient démontré à la suite d'une étude publiée au cours de l'année 2001 que les patients les plus instruits déclaraient un meilleur état de santé que les autres. Dans notre étude les patients qui avaient un niveau d'instruction plus faible étaient fortement représentés dans l'échantillon se sentant en mauvaise santé (12,14).

Quant au niveau de revenu, nous affirmons des données comparables à ceux rendu public par R.J.Mullis en 1990 qui démontrent que le bien-être économique influence le bien-être psychologique des patients. I.Kawachi , BP Kennedy et R.Glass évaluait que les patients avec un faible niveau de revenu avaient tendance à déclarer un moins bon état de santé perçu (13,14,23).

Pour le cas des données médicales il semblerait que les antécédents avec un retentissement sur l'autonomie physique plus important comme l'insuffisance cardiaque ou respiratoire, les troubles du rythme cardiaque ou les chirurgies orthopédique et digestive soient plus associées à un mauvais état de santé perçu. Il a été démontré le lien entre différents antécédents médicaux et les changements des fonctions physiques qu'ils engendraient (15,16).

L'hypertension artérielle est également très représentée mais nous pouvons nous demander si sa forte présence n'est pas une question de l'importance initiale de la prévalence de la maladie au sein même de notre population.

La polymédication est associée à la présence de multiples antécédents médico-chirurgicaux ce qui explique la prévalence importante de ce critère chez les patients se percevant en mauvais état de santé.

Le tabagisme sevré est fortement associé à un mauvais état de santé perçu par les patients de façon générale et démontré à plusieurs reprises par de multiples études dont celle de I.Kawachi citée précédemment et celle de A.E.Stuck et J.C.Beck publiée en 1999 dans Social Science and Medicine (14,18).

Le sentiment de diminution des capacités physiques mis en évidence dans notre étude est en lien direct avec le déclin fonctionnel. Ce sentiment impact directement le mode de vie des patients, V.Mor et S.Katz démontrent en 1989 qu'un mode de vie actif chez les aînés prévenait la perte fonctionnelle physique, ce qui laisse à penser que ce sentiment soit lié à l'état de santé perçu (19,20,21).

L'hospitalisation présente des répercussions sur l'état physique ressenti des patients, c'est également ce qu'a démontré V.Mor et V.Wilcox dans une étude publiée en octobre 2011 dans l'American Journal of Public Health, ils démontrent qu'un recours à une hospitalisation prolongée et la surutilisation des services hospitaliers entraînent une diminution des capacités fonctionnelles chez la personne âgée (22).

L'ensemble de notre étude a été réalisé en fin de séjour de réhabilitation afin d'obtenir des réponses qui seraient similaires à un état de santé antérieur à l'évènement récent ayant conduit à l'hospitalisation.

Nous avons voulu nous intéresser à l'importance ressentie de la réhabilitation par les patients à la suite d'une hospitalisation récente, afin d'évaluer le bénéfice obtenu sur le déclin fonctionnel global de notre population, celui-ci est très nettement perçu par notre population de patients comme prédicteur d'une autonomie future (22).

A.Grand et J.L.Albarede ont évalués l'évolution des capacités chez une population française âgée, l'analyse de la détérioration de la capacité a montré un impact significatif du niveau économique, de l'autoévaluation de la santé et de la morbidité déclarée. Plusieurs facteurs ont été évalués dont des facteurs psychosociaux, parmi

eux le manque de projet pour l'avenir a montré un rôle prédictif d'invalidité (23). Au cours de notre étude nous avons voulu évaluer si un manque de projet pour l'avenir pouvait être représentatif. On note que l'absence claire de projet est en très grande majorité associée à un mauvais état de santé perçu, et est beaucoup moins représenté chez les patients se sentant en très bon état de santé.

Le sentiment de satisfaction à l'égard de la vie actuelle a déjà été utilisé comme un indicateur de bien-être subjectif, et il a été constaté que ce sentiment de satisfaction n'avait pas tendance à diminuer avec l'âge (24,25).

Voilà pourquoi dans notre étude la mise en évidence d'une proportion plus importante de patients insatisfaits dans la population avec un mauvais état de santé global perçu soulève la question d'un lien potentiel entre ces deux critères.

R.V.Russel démontre dans les années 90 que la satisfaction à l'égard des loisirs était un prédicteur significatif et direct de la qualité de vie, nous avons voulu étudier le lien que pourrait avoir les loisirs et la perception de l'état de santé. Dans notre étude nous ne pouvons pas conclure à un lien établi entre ces deux critères, la satisfaction à l'égard des loisirs est tout autant présente dans la population en mauvais qu'en très bon état de santé perçu. Nous ne pouvons conclure sur le lien existant entre la qualité de vie subjective et état de santé perçu (26).

En fin d'étude nous avons voulu laisser libre cours aux avis de notre population en posant une question ouverte concernant leur vision du bien vieillir et ainsi du critère principal d'un bon état de santé perçu en fonction de leur âge (27). L'évaluation de la qualité de l'entourage et l'importance de la réhabilitation dans la reprise d'autonomie pourraient être les clefs d'un bon état de santé perçu par les patients âgés de plus de 75 ans à la suite d'une hospitalisation récente.

4. Intérêts et limites de l'étude

Notre étude est originale du fait du peu d'études existantes sur l'état de santé perçu par les patients âgés. De plus les études s'intéressant à l'autoévaluation de santé sont relativement anciennes.

Notre étude porte sur les patients âgés en fin de réhabilitation à la suite d'un événement ayant entraîné une hospitalisation récente, et s'intéresse au lien de différents facteurs évalués la plupart du temps de manière isolée dans l'autoévaluation de santé chez le patient âgé.

Il existe des limites à notre étude. En premier lieu le recrutement de patient de manière monocentrique ainsi qu'une faible proportion de patients obtenu au total. Il s'agit également d'une étude transversale réalisée en fin de séjour de réhabilitation pour chaque patient, ce qui diminue la proportion de patients possible à inclure et cela implique un possible manque de puissance de notre étude.

5. Perspectives

Dans l'objectif d'approfondir les données de cette étude il serait intéressant de réévaluer l'ensemble des facteurs à plus grande échelle, sur plusieurs années par exemple avec un recrutement multicentrique de patients âgés de plus de 75 ans sur l'ensemble du territoire français.

Il serait également intéressant d'évaluer les critères de cette étude de manière prospective avec un suivi des échantillons de patients, une réévaluation de chaque facteur étudié et noter l'évolution de l'état de santé perçu par les patients avec le temps.

Nous remarquons également une augmentation de la proportion de la réhabilitation des patients dans des services d'hospitalisation de SSR de jour appelés aussi hospitalisation en ambulatoire. Ce mode de réhabilitation permettrait aux patients de ne pas être hospitalisé la nuit et de pouvoir rentrer à leur domicile après leurs soins et leurs rééducations quotidiens accomplis.

Ce mode de rééducation ambulatoire pourrait être plus adapté à certains patients en fonction de leurs profils gériatriques et de leurs états de santé autoévalués.

Des études complémentaires portant sur les avantages et les contraintes de ce type de structure ainsi que sur l'évaluation des bénéfices obtenus par les patients pris en charge au sein de ce projet de réhabilitation seraient intéressantes à l'avenir.

VI. Conclusion

L'espérance de vie de la population augmente, le nombre de patients âgés et le taux d'hospitalisation chaque année ne cessent de croître.

Devant l'affluence de patients âgés hospitalisés et le manque de places parfois disponibles en EHPAD, les services d'hospitalisation orientent les patients en fin de séjour vers des établissements de SSR.

Le besoin de rééducation en unité de soins de suite et de réadaptation ne fait donc qu'augmenter de façon courante.

L'évaluation de la morbidité, du bien-être subjectif et de la capacité fonctionnelle forment le trépied d'une réhabilitation gériatrique optimale.

La mise en évidence de certains facteurs liés à l'état de santé perçu par les patients permettrait d'orienter leur prise en charge hospitalière en amont et ce jusqu'au moment de leur sortie, et de développer une réhabilitation répondant aux besoins ressentis par les patients eux-mêmes, et ce en fonction de l'état de santé dans lequel ils se perçoivent.

Ainsi se pose la question d'un éventuel intérêt d'une réhabilitation en service d'hôpital de jour de SSR pour les futurs patients âgés hospitalisés répondants aux critères d'un mauvais état de santé perçu.

De ce fait les patients veufs, d'un niveau socio-économique faible, polypathologique avec une polymédication certaine, sortant d'une hospitalisation longue et présentant des signes d'altération physique et/ou morale pourraient bénéficier d'une réhabilitation personnalisée, en présence d'une qualité d'entourage familial et/ou amical adaptée à domicile.

VII. Bibliographie

- (1) Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743>
- (2) Maison de retraite EHPAD, évolution démographique 2012 [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/chiffres-statistiques.htm>
- (3) Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
- (4) Goldman N. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health. *Annals of Epidemiology*. janv 2004;14(1):49-57.
- (5) Idler EL, Kasl SV. Self-Ratings of Health : Do they also Predict change in Functional Ability? *The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*. 1 nov 1995 ;50B (6) : S344-53.
- (6) Teixeira-Salmela LF. Nottingham Health Profile (NHP). In: Michalos AC, éditeur. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014 [cité 2 sept 2018]. p. 4388-91. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1969
- (7) Bucquet D, Condon S, Ritchie K. The French version of the Nottingham health profile. A comparison of items weights with those of the source version. *Social Science & Medicine*. 1 janv 1990;30(7):829-35.
- (8) Singh-Manoux A, Dugravot A, Shipley M, Ferrie JE, Martikainen P, Goldberg M, et al. The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *Int J Epidemiol* 2007;36:1222-1228.
- (9) Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? *Int J Epidemiol* 2007;36(1161-1164).
- (10) Jylha M, Volpato S, Guralnik JM. Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. *J Clin Epidemiol* 2006;59(5):465-71.

- (11) Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*. Mars 1997 ;38(1) :21.
- (12) Baron-Epel O, Kaplan G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? *Social Science & Medicine*. 1 nov 2001;53(10):1373-81.
- (13) Mullis RJ. Measures of economic well-being as predictors of psychological well-being. *Soc Indic Res*. 1 mars 1992;26(2):119-35.
- (14) Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*. Août 1999;89(8):1187-93.
- (15) Blazer DG. SOCIAL SUPPORT AND MORTALITY IN AN ELDERLY COMMUNITY POPULATION. *Am J Epidemiol*. 1 mai 1982;115(5):684-94.
- (16) Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, Freeman DH, Barrett J. Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly. *Am J Epidemiol*. 15 févr 1992;135(4):356-68.
- (17) Tomaka J, Thompson S, Palacios R. La relation entre l'isolement social, la solitude et le soutien social aux conséquences de la maladie chez les personnes âgées. *J Aging Health*. 1 juin 2006;18(3):359-84.
- (18) Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*. 1 févr 1999;48(4):445-69.
- (19) Kaplan GA, Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors Associated with Change in Physical Functioning in the Elderly: A Six-Year Prospective Study. *J Aging Health*. 1 févr 1993;5(1):140-53.
- (20) Wilcox VL, Kasl SV, Idler EL. Self-Rated Health and Physical Disability in Elderly Survivors of a Major Medical Event. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1 mars 1996;51B(2):S96-104.
- (21) Mor V, Murphy J, Masterson-Allen S, Willey C, Razmpour A, Elizabeth Jackson M, et al. Risk of functional decline among well elders. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1 janv 1989;42(9):895-904.

(22) Mor V, Wilcox V, Rakowski W, Hiris J. Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use. American Journal of Public Health. Août 1994 ;84(8) :1274-80.

(23) Grand A, Grosclaude P, Bocquet H, Pous J, Albarede JL. Predictive value of life events, psychosocial factors and self-rated health on disability in an elderly rural French population. Social Science & Medicine. 1 janv 1988;27(12):1337-42.

(24) Horley J. Life Satisfaction, Happiness, and Morale: Two Problems with the Use of Subjective Well-Being Indicators. Gerontologist. 1 avr 1984;24(2):124-7.

(25) McAdams KK, Lucas RE, Donnellan MB. The Role of Domain Satisfaction in Explaining the Paradoxical Association Between Life Satisfaction and Age. Soc Indic Res. 1 nov 2012;109(2):295-303.

(26) Russell RV. Recreation and Quality of Life in Old Age: A Causal Analysis. J Appl Gerontol. 1 mars 1990;9(1):77-90.

(27) Gangbè M, Ducharme F. Le « bien vieillir » : concepts et modèles. ms. 2006;22(3):297-300.

(28) Population par sexe et groupe d'âges en 2018 | Insee [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

(29) DREES, Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours, Etudes et Résultats. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er943.pdf>

(30) Niveaux de formation – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569396?sommaire=2587886>

VIII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'autoévaluation de santé de l'étude

- Quel âge avez-vous ?
- Êtes-vous un homme ou une femme ?
- Quel est votre situation familiale ?
 - Célibataire
 - Marié(e)
 - Veuf(ve)
- Avez-vous des enfants ?
 - Oui
 - Non
- Si Oui, les voyez-vous régulièrement ?
 - Quotidiennement
 - Hebdomadairement
 - Mensuellement
 - Annuellement
- Votre entourage familial et/ou amical vous apporte t- il une aide régulière ?
 - Oui suffisamment
 - Oui mais insuffisamment
 - Non pas du tout
- Quel est votre lieu de résidence ?
 - Domicile
 - Autre (ex :EHPAD)
- Avez-vous besoin d'une aide humaine pour les gestes de la vie quotidienne ?
 - Oui quotidiennement
 - Oui Hebdomadairement
 - Non pas du tout
- Comment décririez-vous votre niveau d'études ?
 - Avant le Bac
 - Bac
 - Bac+2/3/4
 - Bac+5 et plus
- Comment décririez-vous votre statut financier ?
 - Insuffisant
 - Moyen
 - Aisé
- Quels sont vos antécédents médicaux ?
- Avez-vous déjà fumé au cours de votre vie ?
 - Jamais
 - Ancien fumeur
 - Fumeur actuellement

- Combien de médicaments prenez-vous au long cours ?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 et plus
- Combien de temps avez-vous été hospitalisé ?
 - < 1 semaine
 - > 1 semaine
 - > 1 mois
- Vous sentez vous apte à réaliser des activités physiques similaires à une personne de votre âge ?
 - Oui
 - Non
- L'hospitalisation récente a-t-elle aggravé ce ressenti ?
 - Oui
 - Non
- Ressentez-vous des bénéfices sur votre autonomie à la suite de votre rééducation ?
 - Oui totalement
 - Oui plutôt
 - Non pas du tout
- Avez-vous des loisirs actuellement ?
 - Oui
 - Non
- Si Oui, lesquels ?
- Si Oui, à quelle fréquence ?
 - Quotidiennement
 - Hebdomadairement
 - Mensuellement
- Votre vie vous paraît-elle satisfaisante actuellement ?
 - Oui
 - Non
- Avez-vous des projets pour l'avenir ?
 - Oui
 - Non
- Vous sentez-vous en bonne santé comparativement à une personne de votre âge ?
 - Oui totalement
 - Oui plutôt
 - Non pas du tout
- Estimez-vous avoir bien vieilli ?
 - Oui
 - Non
- Selon vous qu'est-ce que bien vieillir ?

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation ISPN

Affirmation : OUI/NON

1. Je me sens tout le temps fatigué(e)
2. J'ai des douleurs la nuit
3. Je suis de plus en plus découragé(e)
4. J'ai des douleurs insupportables
5. Je prends des médicaments pour dormir
6. Je me rends compte que plus rien ne me fait plaisir
7. Je me sens nerveux(se), tendu(e)
8. J'ai des douleurs quand je change de position
9. Je me sens seul(e)
10. Pour marcher, je suis limité(e) à l'intérieur (de mon domicile, du bâtiment, etc.)
11. J'ai des difficultés à me pencher en avant (pour lacer mes chaussures ou ramasser un objet par exemple)
12. Tout me demande un effort
13. Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à me rendormir
14. Je suis totalement incapable de marcher
15. J'ai des difficultés à rentrer en contact avec les autres
16. Je trouve que les journées sont interminables
17. J'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou les marches
18. J'ai du mal à tendre le bras (pour attraper les objets)
19. Je souffre quand je marche
20. Je me mets facilement en colère ces temps-ci
21. J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler
22. Je reste éveillé(e) une grande partie de la nuit
23. J'ai du mal à faire face aux événements
24. J'ai des douleurs quand je suis debout
25. J'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller
26. Je me fatigue vite
27. J'ai des difficultés à rester longtemps debout
28. J'ai des douleurs en permanence
29. Je mets beaucoup de temps à m'endormir
30. J'ai l'impression d'être une charge pour les autres
31. J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir
32. Je trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
33. Je dors mal la nuit
34. J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres
35. J'ai besoin d'aide pour marcher dehors (une canne, quelqu'un pour me soutenir, etc.)
36. J'ai des douleurs en montant ou en descendant les escaliers ou les marches
37. Je me réveille déprimé(e) le matin
38. Je souffre quand je suis assis(e)

Abréviations

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SSR : Service de Soins de Suites et de Réadaptation

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour la Personne Âgée Dépendante

NHP : Nottingham Health Profile

ISPN : Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

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.

