

THESE

2019TOU31040

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présenté et soutenue publiquement par

Sofian RAMDANI

Le 16 mai 2019

**SCORE D'EVALUATION DES ACTIVITES PHYSIQUES ET
COGNITIVES : LE SCORE D'ACTIVITE EN SOINS DE SUITE ET
DE READAPTATION**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Valérie LAÏKUEN

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame le Docteur Valérie LAÏKUEN	Assesseur
Madame le Docteur Mailys MICHOT-CASBAS	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN			
37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex		Doyen : D. CARRIE	
P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastroentéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	P.U. Médecine générale	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Professeur Associé Médecine générale	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. ABITTEBOUL Yves	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	Professeur Associé en Neurologie	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastroentérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIMERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastroentérologie		
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFORD Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRAD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme MOREAU Marion	Physiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	M. VERGEZ François	Hématologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A mon président du jury, le Professeur Stéphane Oustric,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Professeur André Stillmunkes,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Docteur Bruno Chicoulaa,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A ma directrice de thèse, le Dr Valérie Laïkuen,

Je ne te remercierai jamais assez pour ta gentillesse, ta disponibilité et tous tes précieux conseils.

Au Docteur Maïlys Michot-Casbas,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci de m'avoir lancé sur ce sujet et pour ton aide précieuse.

A la clinique de Bondigoux,

Sans l'aide du personnel de cette clinique ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Merci beaucoup à l'ensemble de l'équipe.

A ma mère,

La personne qui m'a façonné malgré les difficultés rencontrées et qui a largement contribué à ma présence ici. Dans une autre vie, tu es présente le jour de ma soutenance.

A mon père,

Même si tu n'as aucune idée de ce que j'ai pu faire pendant toutes ces années, je sais que ton amour pour moi est présent.

A Emma,

Mon amour, j'ai bien fait d'insister pour qu'on aille faire un tour au marché de Noël, même si un mois après tu devais aller vivre à l'autre bout de la France. Plusieurs années sont passées depuis, avec nos deux chiens, le mariage qui arrive et peut être une surprise à venir... Je te remercie. Je t'aime.

A mes frères Sami et Adel,

Je vous remercie pour vos conseils et votre bienveillance. Vous êtes indispensables.

A ma tante Fatia,

Pour ton soutien et ton amour. Je garde un très bon souvenir de tous tes accueils chaleureux.

A Sissi ma deuxième mère,

Que te dire de plus à part merci, tu m'as toujours accueilli comme un fils et les leçons que j'ai pu tirer à ton contact ont fait l'homme que je suis aujourd'hui.

A mes beaux-parents Sylvie et Didier,

Merci pour votre amour, et de nous accompagner dans la vie de tous les jours, vous avoir à nos côtés est un vrai plaisir. Je vous embrasse.

A l'ensemble de ma belle-famille Alix et Samba, Alienor et Guillaume, Zoé,

C'est un bonheur de faire partie de cette famille. Chaque moment passé ensemble m'apporte du plaisir. Pleins de bisous.

A mes amis d'enfance,

- Remy, dans le milieu on l'appelle le chinois gourmand. Ce surnom est un mélange de traits physiques et comportementaux. Merci de m'avoir éduqué, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait depuis ces longues années même si je pense aussi que je t'ai aidé à devenir moins mauvais perdant...

- Romain, pujporte, je ne peux pas trop faire le malin avec lui car il est de loin celui qui possède le plus de dossier me concernant. Merci mon pote pour toutes ces années de bringues et ces fou-rires.

- Jérémy, darniboon, mon pote le fêtard qui m'a mis un coup de poing dans l'abdomen parce que je refusais de pousser en boîte de nuit. A force de narguer ça devait arriver...

- Clément, biboune, le mec qui te raconte des histoires en permanence, le père castor, merci pour tous, ta joie de vivre et tes délires.

A mes amis rencontrés durant l'externat :

- Apoena, apoenamatata, le George-Alain du groupe. J'ai pas besoin d'en dire plus ça doit te rappeler des souvenirs... (smiley mort de rire)

- Amir, t'es cinglé mais on s'est quand même bien marré en P1 grâce à tes one man show... Merci pour tous ces moments mon pote.

- Fares, hassboumba, tu veux quoi dans le pain la famille ? Vas y envois la sauce ! Jhonny Hama... Souvenir de la golf 4.

- Benjamin, Ben Tac Tac, l'hypnotiseur, Kaa (livre de la jungle), t'es pas toujours facile mais de bons conseils au final. Directeur de thèse bonjour, j'écoute ... Ma maîtresse !!

- Maxime et béné, l'autruche et miss crumble à la vodka, je me rappellerai toujours de mon premier repas à la coloc...

- Franck, Kike, à mon avis ta future vie te rapprochera de la maison quand tu reviendras de ton île, en attendant bon tour du monde à vous deux. Bisou mon pote

- Thomas, Toto, le malade, on aura passé de bonnes petites soirées et vacances ensemble j'ai hâte qu'on réitère.

- Jérémy Lamiable, King kong, on s'est suivi ! Et dire qu'on faisait partie de la même équipe de foot en benjamin.. On était les derniers du championnat !! Heureusement la P1 c'est mieux passée...

- Antoine, la loube, j'ai l'impression d'apprendre à te connaître un peu plus chaque jour, et sincèrement je me régale. Je suis très content que tu sois avec Eva.

- Nicolas Welte, dancy, une après-midi craquage à la BU a débouché sur une partie de practice au golf. La suite on la connaît... La club, la club !

- Geoffroy Volle, geo geo la patate, le mec le plus humble que je connaisse. A la fois drôle et posé, merci pour tout.

- Samy, pokerman, sacré style de hipster décalé avec Aurore vous faites un joli duo... t'es parfait poulet.

- Tibs, tershiking, ton potentiel funky est exceptionnel, je pense qu'on aura pleins d'autre moment ensemble. A bientôt la machine

A mes amis rencontrés durant l'internant :

- Adrien, le pizaiolo, première rencontre marquante à Toulouse et grâce à ton contact agréable et facile, le reste en a découlé... sans toi je n'aurais pas eu la même trajectoire c'est sûr ! Merci mon pote !

- Chloé, choups, tout comme Adrien le courant est passé rapidement, tu m'as aussi beaucoup apporté pour mon intégration toulousaine, je te fais de gros bisous.

- Noé, norbère, le mec capable de commencer une soirée tel un golden boy et de se réveiller avec une boiterie sur fracture... Patate douce, c'est bon la patate douce.

- Nicolas, le corse, comme tu l'as évoqué dans tes remerciements, on a commencé à bien se connaître au moment où j'ai été obligé de quitter Toulouse (Emma m'a trainé par le col). Mes excursions multiples sur Toulouse, continueront à pallier cette tare.

- Paul, c'est grâce à toi que le délire « être farci » est né... bonne humeur, pas prise de tête et drôle sont les vertus qui te caractérisent le mieux. En espérant que le CHU te laisse un peu de temps pour venir nous voir en we.

- Pierre, Tarek, alias le père Noël en personne, ou le pro des pistes noires ! A chaque fois qu'on se voit c'est un régal.

- Jérémy Cances, très chouette rencontre avec Steffy. On a passé de bons petits moments ensemble dont l'épisode Donald Duck. A très vite un we, une soirée ou des vacances dans les îles tous les 4.

- Timothée, el gringo BG du groupe, toujours stylé, que de bons moments passé avec toi...
Dédicace à Orianna.

- Benjamin Coutens, mon pote mg. On s'est connu en cours et on a accroché immédiatement. Cela est probablement lié à ton côté cool et les centres d'intérêts que nous avons en commun dont le football. Des bisous à Coco.

- Alexandre Laird, le vendeur de tapie, on s'est rencontré au souk à Marrakech où tu as essayé de me vendre un goodies trois fois son prix, depuis on fait de bonnes affaires. Merci pour ton humeur explosive mon poulet.

- Marco, homme de caractère qui peut paraître difficile à aborder mais qui gagne à être connu. Des bisous à Giulia.

I. INTRODUCTION.....	2
I.1. CONTEXTE	2
I.2. DESCRIPTIONS ET DEFINITIONS	3
I.3. OBJECTIFS	5
II. MATERIEL ET METHODES.....	6
II.1. TYPE D'ETUDE	6
II.2. POPULATION.....	6
II.2.1. Lieu d'observation	6
II.2.2 Périodes et méthodes d'observation.....	6
II.3. ANALYSE STATISTIQUE.....	8
II.4. ETHIQUE	9
II.5. CONFLITS D'INTERETS.....	9
III. RESULTATS	10
III.1. RESULTATS SUR L'OBJECTIF PRINCIPAL	10
III.1.1 Résultats dans le groupe obésité	10
III.1.2 Résultats dans le groupe obésité morbide	11
III.1.3 Résultats dans le groupe PAP.....	11
III.1.4 Résultats dans le groupe polyvalent	12
III.1.5 Comparaisons statistique sur l'objectif principal	13
III.2 RESULTATS SUR L'OBJECTIF SECONDAIRE	13
III.2.1 Résultats dans le groupe obésité	14
III.2.2 Résultats dans le groupe obésité morbide	15
III.2.3 Résultats dans le groupe PAP.....	16
III.2.4 Résultats dans le groupe polyvalent	17
III.2.5 Comparaisons statistique sur l'objectif secondaire.....	18
IV. DISCUSSIONS.....	19
IV.1. PRINCIPAUX RESULTATS.....	19
IV.1.1. Difficultés méthodologiques dans le recueil	19
IV.1.2. Similitude entre les AVQ et les SIIPS.....	20
IV.1.3. Facteurs favorisant la divergence entre le SAS et les SIIPS/AVQ	20
IV.1.4. Lien émotion et SAS	21
IV.1.5 Phénoménologie	21
IV.2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	22
IV.2.1. Population de l'étude.....	22
IV.2.2. Mode de recrutement.....	22
IV.2.3. Le recueil de données.....	22
IV.3. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	23
BIBLIOGRAPHIE	24
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....	26
ANNEXES	27

I. INTRODUCTION

I.1. Contexte

Une personne est dite dépendante s'il lui est impossible d'effectuer de manière partielle ou totale les activités quotidiennes de la vie sans aide. Cette définition provient de la Classification Internationale des Fonctionnements, des handicaps et de la santé (CIF) (1). Des échelles de cotation sont utilisées pour évaluer l'autonomie des patients hospitalisés(2). Elles ont une importance capitale pour identifier les besoins humains et financiers de chaque patient.

A ce jour les échelles de cotations utilisées par le personnel soignant ne semblent pas satisfaisantes(3)(4) :

- L'échelle Activité de la vie Quotidienne (AVQ) a pour avantage sa simplicité d'utilisation. Cette échelle a été créée en 1950 par le Dr Sidney Katz reconnu pour son succès dans l'élaboration de mesures et de processus standardisés(5). Elle est peu appréciée par les professionnels de santé car il s'agit avant tout d'un outil administratif plutôt qu'un outil de santé, et elle n'est pas validée par des études scientifiques(4). En effet, il existe un effet plafond important et une sous-estimation de la dépendance cognitive(6). Ce sont principalement les aides-soignants et les infirmiers qui l'utilisent à l'hôpital. De plus, cette échelle d'évaluation cote principalement les soins techniques et est corrélée à la dépendance physique du patient sans prendre en compte tous les aspects du travail du personnel soignant(7).

- Les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) représentent un ensemble d'outils statistiques, une méthode d'évaluation et de gestion de l'activité de dispensation des soins infirmiers(8). Ce système de mesure, explicite et indirect, utilise une classification et un score. Il a été mis en place en 1983 par Beaughon Marie-Claude, infirmière générale à l'Hôtel Dieu de Paris. Ils permettent l'évaluation des soins directs donnés aux malades (temps passé et complexité) et sont centrés sur le soin au patient et non sur le travail des infirmières et des aides-soignantes(9)(8)(10). Il s'agit d'un outil infirmier qui aide à la cotation de la charge en soins.

Ces deux outils sont globalement techniques, sans réelle dimension humaine ce qui nous amène sur une autre problématique, en effet le travail émotionnel n'est à ce jour pas reconnu(11).

Afin d'améliorer l'évaluation des patients hospitalisés et donc d'optimiser leur prise en charge, en 2015 la société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) a initié une étude proposant une nouvelle classification d'évaluation des activités physiques et cognitives, reposant sur le modèle de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)(12). Il s'agit du Score d'activité en SSR (SAS).

I.2. Descriptions et définitions

La classification SAS a été développée en deux phases qui ont nécessité plusieurs intervenants, des médecins, cadres de santé, kinésithérapeutes, soignants, auxiliaires puéricultrices, techniciens hospitaliers, attachés à la recherche clinique. La première phase a permis de créer la première version de la classification, SASV1. La deuxième phase était basée sur la méthode Delphi et a abouti à la version SASV1.2 (12). La classification SAS est un score d'évaluation des activités physiques et cognitives qui a pour ambition d'améliorer la description des capacités fonctionnelles des patients hospitalisés en SSR. Elle est constituée de quatre champs d'activités physiques (« Hygiène, habillage », « Alimentation », « Mobilité » et « Elimination ») ainsi que de quatre champs d'activités cognitives (« Communication », « Relations aux autres », « Mémoire et application des connaissances » et « Exécution de tâches »). Dans chaque champ d'activité et de participation, il y a cinq niveaux de réalisation de l'activité croissante permettant de définir le niveau de réalisation du patient :

Niveau 1 : Activité impossible quelle que soit l'aide

Niveau 2 : Activité possible avec une aide humaine pendant la totalité de l'activité

Niveau 3 : Activité possible avec une aide humaine

Niveau 4 : Activité possible avec aide technique et/ou adaptation mais sans aide humaine

Niveau 5 : Activité possible sans aide

A titre de comparaison :

Pour l'échelle AVQ, la cotation de la dépendance répond à la question : « **fait ou ne fait pas ?** ». Elle mesure la réalisation de six activités de la vie courante. Elle n'est pas réellement un instrument de mesure de la charge en soins :

1. Habillage ou toilette ;
2. Déplacement et locomotion ;
3. Alimentation ;
4. Continence ;
5. Comportement ;
6. Communication.

Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs actions de la vie quotidienne. Par exemple l'habillage inclut deux actions : le haut du corps et le bas du corps.

Chaque variable de dépendance est cotée selon les quatre niveaux suivants :

1. Indépendance
2. Supervision ou arrangement
3. Assistance partielle
4. Assistance totale

Pour la méthode des SIIPS, il existe trois types de soins qui représentent la totalité des soins directs au patient :

- Soins de bases
- Soins Techniques
- Soins relationnels et éducatifs

Il existe quatre possibilités de coefficient pour chaque partie 1,4,10,20.

La cotation revient à choisir un coefficient (1,4,10,20) de soins de base, un coefficient (1,4,10,20) en soins techniques et un coefficient (1,4,10,20) en soins relationnel et éducatif.

I.3. Objectifs

Le SAS a pour objectif d'améliorer la description des capacités fonctionnelles du patient et d'identifier de manière plus pertinente les ressources nécessaires à la prise en charge hospitalière. Plusieurs étapes seront nécessaires pour valider ce score.

Notre travail a pour but d'évaluer l'efficacité du SAS en pratique courante. Pour se faire nous comparerons les résultats du SAS à ceux des gold standard actuel, SIIPS et AVQ, chez des patients hospitalisés à la clinique du Château de Vernhes.

L'objectif principal est de comparer les scores afin de démontrer que le SAS amène une évaluation différente des autres scores.

Les objectifs secondaires sont :

- D'identifier s'il existe des similitudes entre le SAS et l'échelle visuelle analogique émotionnelle.
- Et entre le SAS et le temps passé avec le patient.

Nous voulons observer des similitudes dans la répartition des résultats.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive des différents scores de cotations de la charge en soins, chez des patients hospitalisés au sein de la clinique du Château de Vernhes. Il s'agit donc d'une étude pilote mono-centrique.

II.2. Population

II.2.1. Lieu d'observation

L'étude se déroule dans une clinique médicale située à Bondigoux dans le département de la Haute-Garonne. Cette clinique est spécialisée en obésité mais comporte par ailleurs des services de SSR (13). Effectivement, nous pouvons globalement dichotomiser la clinique en 4 services représentant 4 populations de patients différentes :

- Le service d'obésité, il accueille les patients qui présentent un IMC supérieur à 30. Les patients peuvent avoir une obésité grade 1 ou 2, associée à des pathologies cardiovasculaires.
- Le service d'obésité morbide, les patients présentent un IMC supérieur à 40, avec très fréquemment des difficultés à la mobilisation et des pathologies cardiovasculaires associées.
- Le service de médecine polyvalente, il s'occupe des patients qui ont un âge inférieur à 75 ans ou supérieur à 75 ans mais autonome. Souvent les patients viennent dans ce service suite à une hospitalisation en médecine traditionnelle.
- Le service des patients âgés poly-pathologiques, les patients ont un âge supérieur à 75 ans, ils ne sont pas autonomes et présente plus soucis sur le plan médicale.

II.2.2 Périodes et méthodes d'observation

Le recueil de donné comprenait :

- AVQ
- SIIPS
- SAS
- L'échelle visuelle analogique émotionnelle
- Le temps réel passé avec le patient

La charge émotionnelle des soignants a été recueillie grâce à une échelle visuelle analogique allant de - 10 à + 10. Elle correspond au ressenti du soignant vis à vis du patient sur le plan émotionnel sans y voir le côté technique, dépendance et temporel. Il est suspecté un lien entre ces différentes notions. Plus on est proche du - 10 plus la prise en charge sur le plan émotionnel est négative et réciproquement pour le versant positif.

Le temps passé avec le patient correspond aux temps que les soignants ont passé en présence du patient. Il est noté en minute par les infirmiers et les aides-soignants dans le dossier du patient après chaque passage à son chevet.

Les scores SIPPS et AVQ sont inclus dans le dossier informatique du patient. Le Score d'Activité en SSR y a été rajouté. Ces scores ont été documentés une fois par semaine, par le personnel soignant, selon le protocole des SIPSS et AVQ. Le logiciel informatique Surgica de la clinique Bondigoux ne comprenait pas la grille de cotation Autonomie, nous l'avons rajouté. La grille de cotation Autonomie est composée du SAS, du temps réel passé avec le patient et de l'échelle visuelle analogique émotionnelle.

La grille Autonomie a été remplie pour chaque patient, par les infirmières et les aides soignantes via le logiciel Surgica. Le recueil a été effectué sur les patients hospitalisés d'octobre 2016 jusqu'à juin 2017, l'ensemble de la clinique était concerné. Pour une question de faisabilité nous avons choisi au hasard via un tirage au sort quelques chambres par service au prorata de leur taille et fait une moyenne des SAS obtenus de chaque patient. Nous avons pris quatre chambres dans le premier service, huit chambres dans le deuxième, six chambres au troisième neuf, neuf chambres au troisième ancien, cinq chambres au quatrième neuf, six chambres au quatrième ancien et cinq chambres au quatrième annexe. Nous avons sélectionné quarante-trois chambres sur les cent quarante-huit que comporte la clinique. Sur un total de mille sept cent soixante-seize patients sur la période souhaitée, nous avons inclus dans l'étude trois cent soixante-six patients dont les chambres des services cités précédemment ont été tirées au sort. Pour cent soixante-quatorze patients le recueil de données était complet permettant l'analyse statistique, tandis que pour cent quatre-vingt-douze patients il était incomplet.

Le recueil se présente sous la forme de quatre tableaux correspondant à quatre populations de patients :

- Les patients qui sont en obésité avec un IMC entre 30 à et 40.
- Les patients en obésité morbide avec un IMC supérieur à 40.
- Les patients hospitalisés avec un statut polyvalent correspondant au moins de 75 ans ou plus de 75 ans et autonome.
- Les patients âgés poly-pathologiques, d'un âge supérieur à 75 ans avec plusieurs pathologies et dépendants.

II.3. Analyse statistique

Afin de répondre à notre objectif principal nous avons comparé le Score SAS aux AVQ et SIIPS au sein de quatre populations :

- Groupe O : patients hospitalisés pour obésité
- Groupe OM : patients hospitalisés pour obésité morbide
- Groupe P : patients hospitalisés pour rééducation ayant moins de 75 ans ou plus de 75 ans et autonome
- Groupe PAP : patients hospitalisés pour rééducation, non autonome, poly-pathologiques

Pour répondre à notre objectif secondaire, nous avons repris les mêmes populations et nous avons comparé le SAS à l'échelle visuelle analogique émotionnelle.

Pour chaque population nous avons effectué une analyse descriptive pour l'ensemble des scores suivi d'une comparaison statistiques du Score SAS avec les AVQ, Les SIIPS et l'échelle visuelle analogique émotionnelle.

Les mesures ont été réalisé seulement sur les données alimentées. Les données absentes ont été ignoré. Ce sont des variables quantitatives. Le test choisi est non paramétrique car aucun jeu de données ne suit une loi normale. De plus il faudrait au moins vingt individus par échantillon.

Les données sont appariées car les quatre scores ont été mesuré sur les mêmes patients à quatre reprises dans le temps.

Le choix du test est donc le Wilcoxon. Les analyses statistiques ont été réalisées par une biostatisticienne de formation.

II.4. Ethique

Cette étude entre dans la méthodologie de référence MR003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Nous n'avons ainsi pas fait de demande à la CNIL, mais nous avons fait référencer l'étude auprès de la CIL. De plus dans le recueil de données, nous avons réalisé une procédure d'anonymisation afin d'éviter d'associer le nom et prénom aux patients.

II.5. Conflits d'intérêts

Il n'y avait pas de conflit d'intérêts à déclarer. L'étude n'a pas bénéficié de financement extérieur.

III. RESULTATS

III.1. Résultats sur l'objectif principal

Au terme du recueil de données nous avons inclus 174 patients dont 68 dans le groupe obésité, 66 dans le groupe obésité morbide, 21 dans le groupe PAP et 19 dans le groupe polyvalent.

La statistique descriptive nous permet d'évaluer la distribution des données de manière globale.

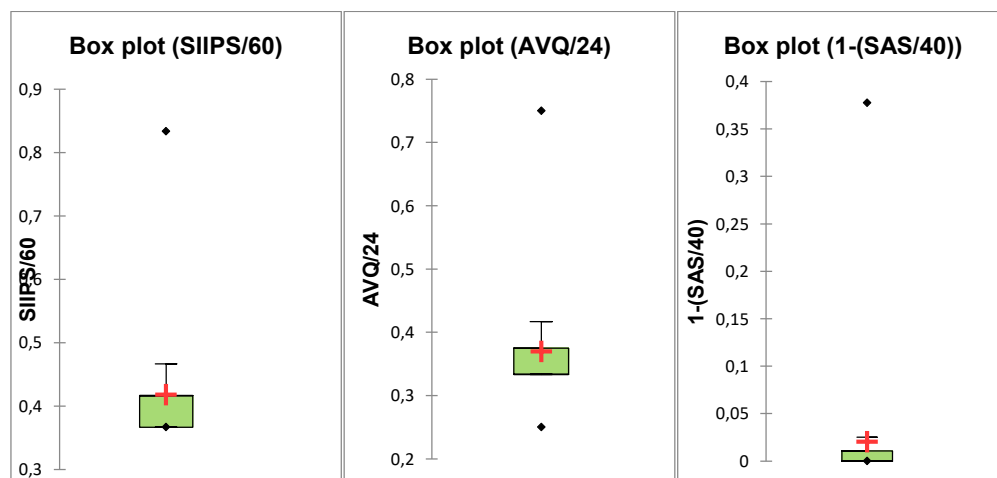
Le diagramme en moustache est une vision graphique de la distribution des données.

Les données ont été retravaillées afin de pouvoir être comparées. Pour cela elles ont toutes été ramenées à un intervalle entre 0 et 1. De plus, comme les scores SIIPS et AVQ ont une interprétation opposée par rapport au SAS, ce dernier a été inversé afin de pouvoir réaliser une comparaison cohérente.

III.1.1 Résultats dans le groupe obésité

OBESITE

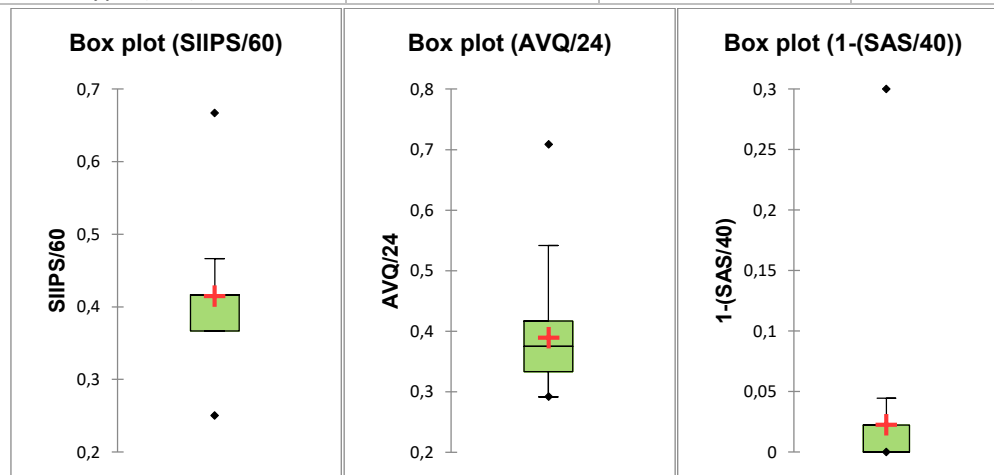
Statistique	SIIPS/60	AVQ/24	1-(SAS/40)
Nb. d'observations	68	68	68
Minimum	0,367	0,250	0,000
Maximum	0,833	0,750	0,378
1er Quartile	0,367	0,333	0,000
Médiane	0,417	0,333	0,000
3ème Quartile	0,417	0,375	0,011
Moyenne	0,418	0,369	0,020
Variance (n-1)	0,006	0,006	0,003
Ecart-type (n-1)	0,080	0,075	0,055



III.1.2 Résultats dans le groupe obésité morbide

OBESITE MORBIDE

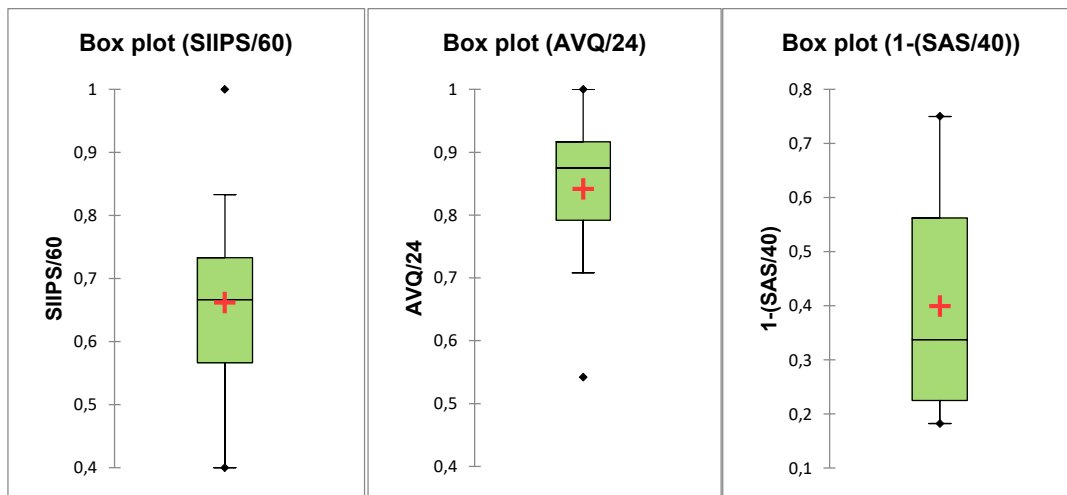
Statistique	SIIPS/60	AVQ/24	1-(SAS/40)
Nb. d'observations	66	66	66
Minimum	0,250	0,292	0,000
Maximum	0,667	0,708	0,300
1er Quartile	0,367	0,333	0,000
Médiane	0,417	0,375	0,000
3ème Quartile	0,417	0,417	0,022
Moyenne	0,415	0,389	0,022
Variance (n-1)	0,006	0,006	0,003
Ecart-type (n-1)	0,078	0,081	0,051



III.1.3 Résultats dans le groupe PAP

PAP

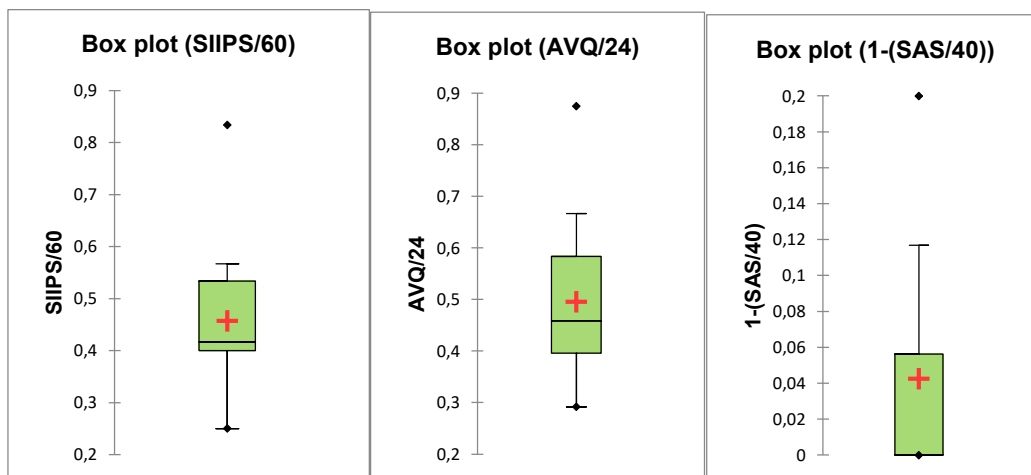
Statistique	SIIPS/60	AVQ/24	1-(SAS/40)
Nb. d'observations	21	21	21
Minimum	0,400	0,542	0,182
Maximum	1,000	1,000	0,750
1er Quartile	0,567	0,792	0,225
Médiane	0,667	0,875	0,338
3ème Quartile	0,733	0,917	0,563
Moyenne	0,662	0,841	0,400
Variance (n-1)	0,020	0,019	0,033
Ecart-type (n-1)	0,143	0,136	0,181



III.1.4 Résultats dans le groupe polyvalent

Patient Polyvalent

Statistique	SIIPS/60	AVQ/24	1-(SAS/40)
Nb. d'observations	19	19	19
Minimum	0,250	0,292	0,000
Maximum	0,833	0,875	0,200
1er Quartile	0,400	0,396	0,000
Médiane	0,417	0,458	0,000
3ème Quartile	0,533	0,583	0,056
Moyenne	0,457	0,496	0,043
Variance (n-1)	0,018	0,020	0,004
Ecart-type (n-1)	0,134	0,142	0,063



Comparaisons des échantillons :

	SAS comparé aux AVQ		SAS comparé aux SIIPS	
	Test du signe	Test de Wilcoxon des rangs signés	Test du signe	Test de Wilcoxon des rangs signés
Obésité	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Obésité morbide	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
PAP	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Patient polyvalent	< 0,0001	0	< 0,0001	0

Interprétation du test :

H0 : Les deux échantillons suivent la même loi de distribution.

Ha : Les distributions des deux échantillons sont différentes.

Pour tous les résultats, on retient un seuil classique de 5%. Ici, l'hypothèse nulle est rejetée au seuil de significativité de 5 %, car si H0 était vérifiée, ce résultat serait improbable (moins de 5 % de chance selon le seuil conventionnel retenu). On retient donc l'hypothèse alternative : les distributions des deux échantillons sont différentes.

On ne peut donc pas conclure que le score SAS varie de manière significativement identique au score AVQ et SIIPS.

III.2 Résultats sur l'objectif secondaire

Statistique descriptive :

Ici aussi, les données ont été retravaillées afin de pouvoir être comparées. Pour cela, elles ont toutes été ramenées à un intervalle entre 0 et 1, après les avoir ramenés à une valeur positive (entre 0 et 20 correspondants au -10 +10). A titre informatif, il nous a paru pertinent de garder les statistiques descriptives des données bruts.

On compare ce résultat au SAS ramené à un indice entre 0 et 1 et inversé pour pouvoir être comparé : appelons le SAS-.

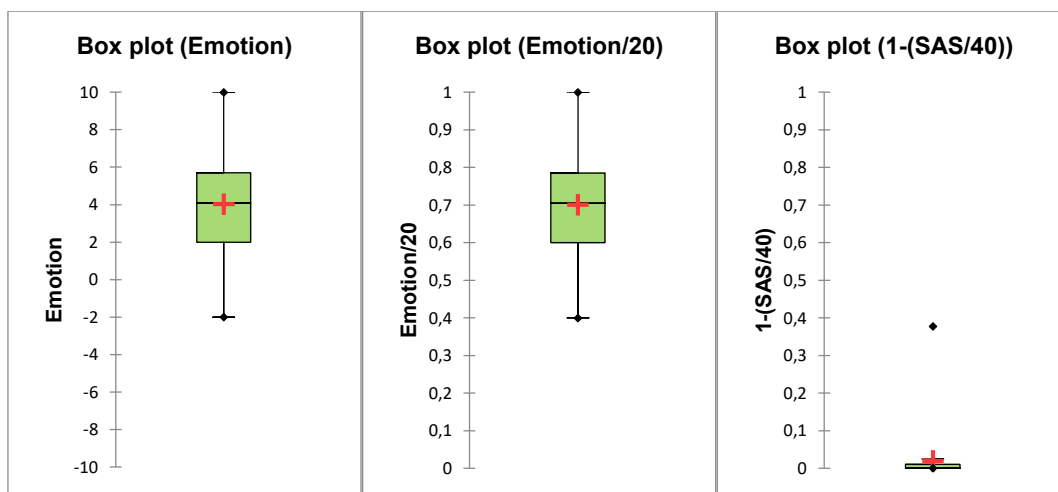
Dans cette étude, plus le score SAS- est élevé, plus le patient est dépendant, ce qui correspond à l'inverse de sa signification à l'origine.

Nous nous attendons à ce que plus la charge émotionnelle du personnel soignant est élevée, plus le SAS- des patients est important.

III.2.1 Résultats dans le groupe obésité

OBESITE

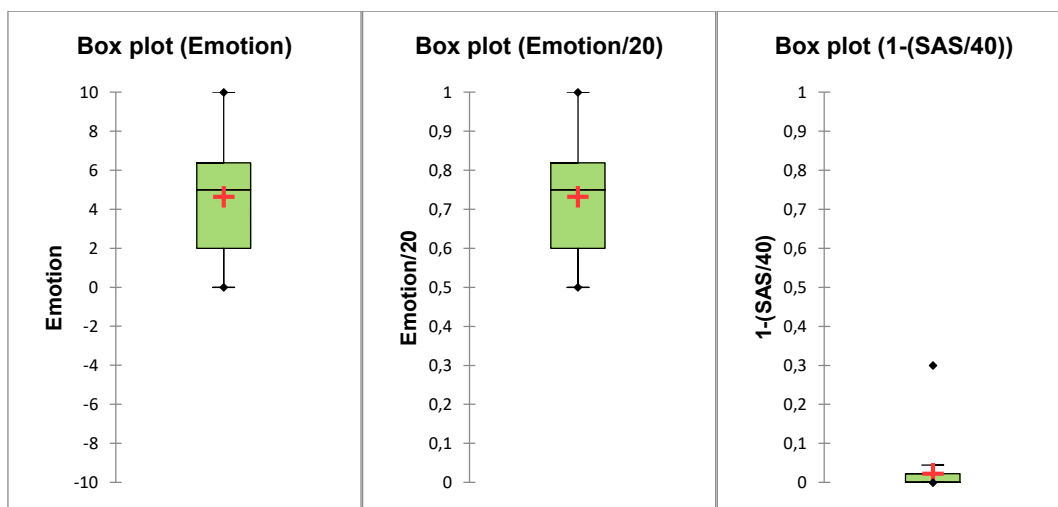
Statistique	Emotion	Emotion/20
Nb. d'observations	68	68
Minimum	-2,000	0,400
Maximum	10,000	1,000
1er Quartile	2,000	0,600
Médiane	4,100	0,705
3ème Quartile	5,695	0,785
Moyenne	4,027	0,701
Variance (n-1)	6,795	0,017
Ecart-type (n-1)	2,607	0,130



III.2.2 Résultats dans le groupe obésité morbide

OBESITE MORBIDE

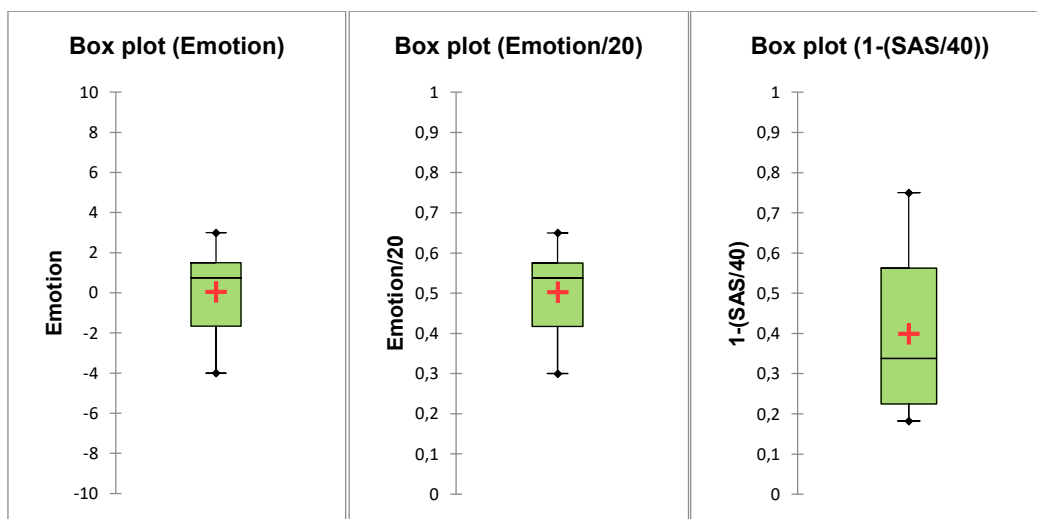
Statistique	Emotion	Emotion/20
Nb. d'observations	66	66
Minimum	0,000	0,500
Maximum	10,000	1,000
1er Quartile	2,000	0,600
Médiane	5,000	0,750
3ème Quartile	6,383	0,819
Moyenne	4,650	0,733
Variance (n-1)	8,058	0,020
Ecart-type (n-1)	2,839	0,142



III.2.3 Résultats dans le groupe PAP

PAP

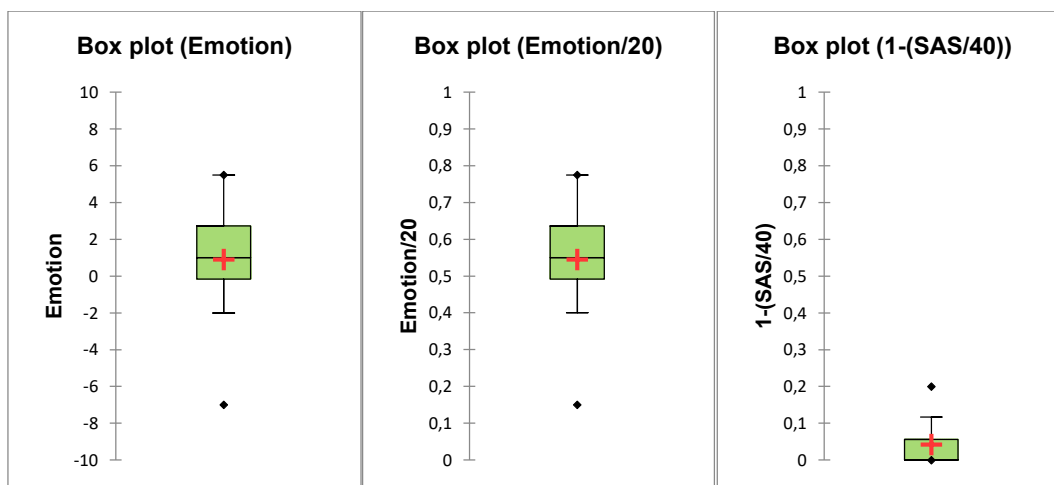
Statistique	Emotion	Emotion/20
Nb. d'observations	21	21
Minimum	-4,000	0,300
Maximum	3,000	0,650
1er Quartile	-1,660	0,417
Médiane	0,750	0,538
3ème Quartile	1,500	0,575
Moyenne	0,059	0,503
Variance (n-1)	4,040	0,010
Ecart-type (n-1)	2,010	0,100



III.2.4 Résultats dans le groupe polyvalent

Patient Polyvalent

Statistique	Emotion	Emotion/20
Nb. d'observations	19	19
Minimum	-7,000	0,150
Maximum	5,500	0,775
1er Quartile	-0,165	0,492
Médiane	1,000	0,550
3ème Quartile	2,730	0,637
Moyenne	0,902	0,545
Variance (n-1)	8,244	0,021
Ecart-type (n-1)	2,871	0,144



Comparaisons des échantillons

	SAS comparé à l'émotion	
	Test du signe	Test de Wilcoxon des rangs signés
Obésité	< 0,0001	< 0,0001
Obésité morbide	< 0,0001	< 0,0001
PAP	0,189	0,079
Patient polyvalent	< 0,0001	0

Interprétation du test :

H0 : Les deux échantillons suivent la même loi de distribution.

Ha : Les distributions des deux échantillons sont différentes.

Pour tous les résultats sauf les patients PAP, on retient un seuil classique de 5%. Ici, l'hypothèse nulle est rejetée au seuil de significativité de 5 %, car si H0 était vérifiée ce résultat serait improbable (moins de 5 % de chance selon le seuil conventionnel retenu). On retient donc l'hypothèse alternative : Les distributions des deux échantillons sont différentes

On ne peut pas conclure que le score SAS varie de manière significativement identique au score émotionnel pour les patients atteints d'obésité morbide et les patients polyvalent.

En revanche, pour les patients PAP, étant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil $\alpha=0,05$, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0. Les deux échantillons suivent la même loi de distribution et le SAS et le score émotionnel varient de manière significativement identique.

IV. DISCUSSIONS

IV.1. Principaux résultats

L'objectif du SAS est d'améliorer la description des capacités fonctionnelles du patient et de mieux identifier les ressources nécessaires à sa prise en charge hospitalière. Il doit proposer une échelle générique permettant de quantifier précisément la dépendance et la charge en soins des patients en SSR valide, facile d'application, simple d'apprentissage, reproductible, sensible au changement ; non normative et commune chez le sujet adulte, chez l'enfant et le sujet âgé. En effet, beaucoup d'outils de mesure sont méthodologiquement validés ou évalués sur ces critères (14)(15).

Dans cette étude la méthodologie mise en place pour le recueil du temps passé avec le patient n'était pas assez rigoureuse. Nous n'avons pas été en mesure de comparer le SAS, les AVQ et les SIIPS au temps passé avec le patient. Certaines études montrent que le temps passé avec le patient permettrait d'avoir un regard sur toutes les actions des soignants, sur la charge en soins globale et pas seulement sur les soins techniques. Par exemple, il peut s'agir d'éducation, de soutien psychosocial aux patients et à leurs familles (16).

Il aurait été pertinent statistiquement de comparer le SAS au temps passé avec le patient pour pouvoir conclure qu'il est le score qui coterait le mieux la charge en soins.

Nous nous sommes focalisés sur l'efficacité du SAS en le comparant avec les SIIPS, les AVQ et l'échelle visuelle analogique émotionnelle. D'après notre étude, le SAS semble coter différemment la charge en soins par rapport aux SIIPS et AVQ.

De plus, le but de ce travail n'était pas d'étudier la sensibilité à la variabilité du SAS.

Par ailleurs une étude a montré que le temps moyen pour obtenir le SAS est de 4,5 min et que les qualités métrologiques (les items qui constituent le score) de l'échelle SAS semblaient meilleures que celles des AVQ(12).

IV.1.1. Difficultés méthodologiques dans le recueil

Nous avons eu des difficultés dans le recueil du temps passé avec le patient.

Effectivement, nous avons décidé que le personnel soignant devait noter dans la grille autonomie le temps passé avec le patient (TPP) en le quantifiant par leur propre moyen. La méthodologie n'était pas la bonne dans la mesure où le personnel soignant a sous-estimé le

TPP. Les répercussions sur le recueil de données du TPP sont grandes car ce dernier comportait trop de valeurs basses ce qui ne correspond pas à la réalité. Des études ont recueilli le TPP à l'aide de boîtier électronique, quand le personnel soignant rentre dans la chambre du patient il appuie sur le bouton du boîtier et il en fait de même en sortant(16). D'autres études se servaient de capteurs mobiles qui étaient portés par le personnel soignant, et environnementaux qui étaient dans la chambre des patients. Cela permettait d'observer les interactions et à l'aide d'algorithmes d'en déduire le TPP(17).

IV.1.2. Similitude entre les AVQ et les SIIPS

Dans cette étude, nous avons obtenu des résultats similaires en comparant ces deux échelles. Ces résultats ne sont pas surprenants car les SIIPS sont souvent associés aux AVQ en hospitalier pour coter la charge en soins par le personnel soignant. Historiquement, les AVQ ont été créés pour mesurer la dépendance des personnes âgées et dans le domaine infirmier les SIIPS ont été conçus dans la perspective d'aider à la mise en œuvre d'un plan de soins(18).

En outre, si on regarde la construction interne de ces outils on s'aperçoit qu'ils comprennent les mêmes items et quatre niveaux de cotations. Effectivement, il y a seulement deux points de divergence entre ces deux échelles. Les soins techniques, ils ne sont pas présents dans les AVQ et l'item Comportement qui est absent des SIIPS. Ces différences n'apportent donc pas de changement significatif.

IV.1.3. Facteurs favorisant la divergence entre le SAS et les SIIPS/AVQ

Cette étude a mis en évidence que le SAS était un outil différent pour mesurer la charge en soins. Du moins il permet une mesure différente. Le SAS comporte huit items avec cinq niveaux de cotations par item, cela donne plus de possibilité dans la cotation. Cet outil comporte quatre items sur le cognitif et quatre sur la motricité tandis que les AVQ en présentent deux sur le cognitif et quatre sur la motricité. Pour finir les SIIPS présentent seulement un item sur le cognitif. Le SAS comporte plus d'item sur le cognitif. Cela montre en partie qu'il accorde une certaine importance à la charge en soins psychologique et empathique. Nous nous rapprochons donc d'une nouvelle notion qui est le travail émotionnel. A ce jour, ce travail est sous-estimé dans les hôpitaux, il est pourtant réel(11)(19). Des études montrent l'importance capitale de ce travail sur l'impact diagnostic et thérapeutique(20).

IV.1.4. Lien émotion et SAS

Notre travail n'a pas mis en évidence un lien entre l'échelle visuelle analogique émotionnelle et le SAS hormis dans le groupe PAP. Ce dernier groupe représente de manière plus classique une partie de la population en SSR habituelle. L'émotionnelle est une notion difficile à quantifier ce qui peut en parti expliquer les résultats. Elle varie en fonction de l'expérience, la personnalité des individus. Nous avons donc comparé une notion rationnelle à une autre qui est irrationnelle. Il s'agissait ici d'une première approche.

IV.1.5 Phénoménologie

Introduire une notion telle que l'émotionnel dans le domaine médical est difficile. Effectivement, nous identifions souvent deux dimensions concernant la charge en soins : Il s'agit du TPP et des soins techniques. La charge en soins n'évolue pas forcément de manière proportionnelle et dans le même sens que le TPP, c'est-à-dire qu'elle peut être importante alors que ce dernier est court et vice versa. Cela va dépendre des soins réalisés donc de la technicité des soins mais aussi de l'interaction humaine. Nous identifions alors une troisième dimension qui est le travail émotionnel. La cotation de ce dernier est fastidieuse, et nécessite souvent une analyse phénoménologique avec entretien(21)(22). Il s'agit de l'étude de phénomène subjectif en prenant en compte l'expérience, le vécu et la perception des individus(23). Ainsi pour une même douleur chez deux individus, nous aurions deux souffrances différentes.

Dans cette étude nous n'avons pas utilisé cette approche, nous avons rationalisé la charge émotionnelle en la ramenant à une échelle visuelle analogique de -10 à +10. Les résultats obtenus ne prennent pas en compte le vécu, l'expérience et la perception du personnel soignant.

IV.2. Forces et limites de l'étude

Le SAS est un score en cours de validation, notre travail et les résultats qui en découlent font parties des premières données sur le sujet.

Nous ne reviendrons pas dans ce chapitre, sur les biais d'interprétations de nos résultats que nous avons choisi d'évoquer précédemment pour plus de clarté.

IV.2.1. Population de l'étude

La principale faiblesse de notre étude est son caractère mono-centrique, caractère choisi pour des raisons de faisabilité. Les résultats qui en découlent sont des indicateurs d'une tendance mais ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population. Ils étaient difficiles de mettre en corrélation nos résultats avec la littérature étant donné que le SAS est en cours de validation ; un seul article traitant de celui-ci a été retrouvé.

Cependant, l'importante patientèle drainée par cette clinique médicale et ce même, avec un échantillonnage, nous ont permis d'obtenir un nombre de sujets de 68 en « obésité », 66 en « obésité morbide », 21 en « âgé poly-pathologique » et 19 en « polyvalent » pour notre étude. Nous n'avons pas pris en compte l'âge et le sexe car l'analyse et l'interprétation statistique étaient fastidieuses, mais ces données sont archivées pour un possible travail ultérieur.

IV.2.2. Mode de recrutement

Nous avons inclus, par un tirage au sort, les patients sur une période allant d'octobre 2016 à juin 2017. La durée moyenne de séjour était de trois semaines, mais certains patients ont été hospitalisé sur une période plus longue ou plus courte.

IV.2.3. Le recueil de données

L'ensemble de nos données ont été récolté sur le logiciel Surgica, dans les dossiers médicaux informatisés des patients. Quelques membres du personnel soignant ont eu besoin d'un temps d'adaptation pour compléter le SAS correctement, il est alors possible que certains de nos résultats aient été biaisés par des données erronées. Afin d'éviter ce biais sur notre résultat principal, nous avons interrogé oralement le personnel soignant dès le début de l'étude, et tout au long de son déroulement. Cela nous a permis de ne pas laisser l'erreur se reproduire.

Cette étude a montré qu'il était possible d'extraire des données importantes d'un logiciel médical, ce logiciel a été fait par l'éditeur Medialog en 1994. L'extraction des données a été fait de manière manuelle, nous n'avons pas trouvé de solution informatique qui aurait pu nous apporter les résultats rapidement en fonction de certains paramètres. Cette étape a été longue et quelques erreurs de collecte sont possibles. En médecine hospitalière le Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI) est obligatoire depuis 1996. Il permet une extraction aisée des données et un traitement statistique de celles-ci, à visée économique (tarification des actes) et de recherche statistiques(24).

IV.3. Conclusions et perspectives

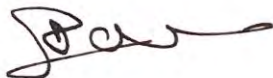
Le SAS semble coter la charge en soins de manière différente que les SIIPS et AVQ. Sur le plan émotionnel, son utilisation semble intéressante dans un service de SSR d'après cette étude. De nouvelles études dans différent services pourraient apporter de nouveaux éléments quant à l'utilisation et la fiabilité du SAS.

Le manque de succès méthodologique est à nuancer. Effectivement, elle ne nous a pas permis d'étudier la sensibilité à la variabilité du SAS au cours du séjour. Or nous savons que ce type de données dans l'étude d'un score qui cote la charge en soins sont intéressantes.

Enfin, un financement permettrait de mettre en place des outils pour mesurer de manière rigoureuse le TPP, Il serait pertinent de comparer le SAS au TPP et les SIIPS/AVQ au TPP.

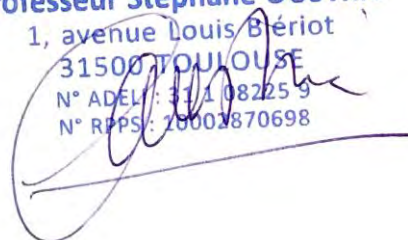
Toulouse, le 18.04.2019

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



Toulouse 17/04/19
Professeur Stéphane OUSTRIC

1, avenue Louis Bériot
31500 TOULOUSE
N° ADEL: 311082259
N° RPPS: 28003870698



BIBLIOGRAPHIE

1. Chapireau F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*. 2001;24 / n° 99(4):37-56.
2. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiburger E. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Aging Clin Exp Res*. 6 sept 2018;
3. Petit S, Bergua V, Peres K, Bouisson J, Koleck M. [Construct and validation of a quality of life's scale for older French people]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2014;12(4):379-86.
4. Boyer L, Murcia A, Belzeaux R, Loundou A, Azorin J-M, Chabannes J-M, et al. Caractéristiques psychométriques de l'échelle des activités de la vie quotidienne (AVQ). /data/revues/00137006/v36i5/S0013700610000023/ [Internet]. 28 oct 2010 [cité 21 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/270198>
5. Noelker LS, Browdie R. Sidney Katz, MD: a new paradigm for chronic illness and long-term care. *Gerontologist*. févr 2014;54(1):13-20.
6. McDougall GJ, Becker H, Vaughan PW, Acee TW, Delville CL. The revised direct assessment of functional status for independent older adults. *Gerontologist*. juin 2010;50(3):363-70.
7. Cress ME, Buchner DM, Questad KA, Esselman PC, deLateur BJ, Schwartz RS. Continuous-scale physical functional performance in healthy older adults: a validation study. *Arch Phys Med Rehabil*. déc 1996;77(12):1243-50.
8. Jeannine L. Les indicateurs d'activité et de charge en soins dans le dimensionnement des équipes : place du directeur des soins. 2010;52.
9. Clemens-Carpiaux A. La gestion du soin dans le management hospitalier : Approche d'indicateurs d'activité infirmière en Belgique et en France. *Recherche en soins infirmiers*. 2005;(81):6-20.
10. Köberich S, Feuchtinger J, Farin E. Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2016;15:14.
11. Roux A. Rationalisation des émotions dans les établissements hospitaliers : pratiques des soignants face à un travail émotionnel empêché. *Communiquer Revue de communication sociale et publique*. 1 janv 2013;(8):81-98.
12. Morard MD, Gonzalez-Monge S, Rippert P, Roche S, Bernard JC, Lagauche D, et al. Construction and feasibility study of the SOFMER Activity Score (SAS), a new assessment of physical and cognitive activity. *Ann Phys Rehabil Med*. sept 2018;61(5):315-22.
13. Barbat-Artigas S, Garnier S, Joffroy S, Riesco É, Sanguignol F, Vellas B, et al.

Caloric restriction and aerobic exercise in sarcopenic and non-sarcopenic obese women: an observational and retrospective study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. juin 2016;7(3):284-9.

14. Siegert RJ, Turner-Stokes L. Psychometric evaluation of the Northwick Park Dependency Scale. *J Rehabil Med*. nov 2010;42(10):936-43.

15. Furlan JC, Catharine Craven B. Psychometric analysis and critical appraisal of the original, revised, and modified versions of the Japanese Orthopaedic Association score in the assessment of patients with cervical spondylotic myelopathy. *Neurosurg Focus*. juin 2016;40(6):E6.

16. Rundquist J, Gassaway J, Bailey J, Lingefelt P, Reyes IA, Thomas J. Nursing bedside education and care management time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *J Spinal Cord Med*. mars 2011;34(2):205-15.

17. Rosen MA, Dietz AS, Lee N, Wang I-J, Markowitz J, Wyskiel RM, et al. Sensor-based measurement of critical care nursing workload: Unobtrusive measures of nursing activity complement traditional task and patient level indicators of workload to predict perceived exertion. *PLoS ONE*. 2018;13(10):e0204819.

18. Coutton V. Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR):une tentative en France avec la grille agir. *Gérontologie et société*. 2001;24 / n° 99(4):111-29.

19. Kim J. Emotional Labor in the Care Field and Empathy-enhancing Education by Reading Literature: A Brief Review. *Iran J Public Health*. août 2018;47(8):1084-9.

20. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Riskin-Geuz KS, Ziv A, Sela R, et al. Rudeness and Medical Team Performance. *Pediatrics*. févr 2017;139(2).

21. Ribau C, Lasry J-C, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes J-P. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*. 2005;N° 81(2):21-7.

22. Testoni I, Carafa ML, Bottacin M, Zamperini A, Galgani M. [The nursing hospice care: Critical incidents in managing the relationship with patients and their families]. *Prof Inferm*. sept 2018;71(3):151-9.

23. Zalm JEV der, Bergum V. Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1 janv 2000;31(1):211-8.

24. Kanouni T, Aubas P, Heshmati F. The use of a medico economic database as a part of French apheresis registry. *Transfus Apher Sci*. févr 2017;56(1):82-5.

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

- CIF : Classification Internationale des Fonctionnements, des handicaps et de la santé.
- AVQ : Activité de la vie Quotidienne.
- SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée.
- SOFMER : Société Française de Médecine physique Et de Réadaptation.
- SAS : Score d'Activité en SSR.
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.
- IMC : Indice de Masse Corporelle.
- PAP : Personne Âgée Poly-pathologique.
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- TPP : Temps passé avec le patient.
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

INTRODUCTION ET INSTRUCTIONS POUR L'UTILISATEUR

Le classement SAS (Score d'Activité SSR de la SOFMER) est un score d'évaluation des activités physiques et cognitives, adapté du modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), permettant d'améliorer la description des capacités fonctionnelles des patients hospitalisés en SSR et de mieux identifier les ressources nécessaires à leur prise en charge en termes de limitations d'activité et non de déficiences.

La classification SAS s'adresse à tous patients quels que soient leur âge ou leurs pathologies. Il est renseigné par un professionnel médical ou paramédical (par exemple AS ou IDE), de préférence pendant un temps de synthèse pluriprofessionnel, à partir de l'observation pendant au moins 4 jours de ce que le patient réalise réellement pendant son hospitalisation en SSR. Il permet de décrire, pour une personne donnée, son niveau de réalisation de différentes activités physiques et cognitives de la vie quotidienne dans un contexte d'hospitalisation en SSR.

Dans chaque champ d'activité et de participation, 5 niveaux croissants de réalisation de l'activité permettent de définir le niveau de réalisation du patient. Pour chaque champ d'activités, les niveaux de sévérité sont :

[	Niveau 1 : Activité impossible quelle que soit l'aide
[	Niveau 2 : Activité possible avec une aide humaine pendant la totalité de l'activité
[	Niveau 3 : Activité possible avec une aide humaine
[	Niveau 4 : Activité possible avec aide technique et/ou adaptation mais sans aide humaine
[	Niveau 5 : Activité possible sans aide

Les règles générales pour la cotation des patients sont :

- **En cas de fluctuations sur 24 heures ou selon les jours**, on choisira le niveau d'activité le plus bas.
- **En cas de différences de niveau de réalisation entre les activités d'un même champ**, on choisira de coter l'activité nécessitant le plus d'aide.
- **En cas d'hésitation entre deux niveaux**, on choisira le niveau le plus sévère.
- Dans la mesure du possible **il faut se référer aux réalisations d'activité effectuées par le patient en dehors de l'aide apportée par l'entourage** (aidants non hospitaliers).
- L'enfant du fait de son développement psychomoteur progressif a par nature une dépendance physiologique variable en fonction des champs d'activités de la classification. Les limitations d'activités cotées dans la classification SAS sont la conséquence **des déficiences, mais également de la dépendance physiologique** en rapport avec l'âge de l'enfant. Pour les activités cognitives, en particulier, le niveau maximum ne pourra être atteint qu'à partir de la fin de l'adolescence.

Vous trouverez après la classification SAS quelques cas cliniques illustrant son utilisation en pratique.

CLASSIFICATION SAS

<u>Champ d'activité</u>	<u>Définition des activités</u>	<u>Cotation du patient</u>
-------------------------	---------------------------------	----------------------------

Hygiène, habillement	Ces activités portent sur les soins personnels : le fait de se laver et de se sécher, de réaliser ses soins d'apparence, de s'habiller et de se déshabiller, et de mettre en place son appareillage.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Alimentation	Ces activités portent sur la prise des repas lorsque ceux-ci sont préparés et présentés de manière habituelle sur une table ou sur un plateau, l'utilisation des ustensiles habituels pour porter les aliments à la bouche, la mastication et la déglutition (avalier la bouchée ou la gorgée).	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Mobilité	Ces activités portent sur les transferts (lit, fauteuil, toilettes, baignoire/douche) et les déplacements hors utilisation des escaliers.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Elimination	Ces activités portent sur la gestion et l'hygiène de la miction et de la défécation en dehors des transferts éventuels.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Communication	Ces activités portent sur les communications (verbales et non verbales), en particulier la réception et production de message durant les échanges.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Relations aux autres	Ces activités portent sur la capacité à établir des relations sociales avec d'autres personnes.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Mémoire et application des connaissances	Ces activités portent sur l'orientation temporo-spatiale, les capacités de mémorisation et l'application des connaissances acquises.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Exécution de tâches	Ces activités portent sur la capacité à initier, organiser et adapter les tâches quotidiennes.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Assessment score of physical and cognitive activities: The score of activity in follow-up care and rehabilitation (SAS)

Les échelles de cotations sont utilisées pour évaluer l'autonomie des patients hospitalisés, elles sont importantes pour identifier les besoins humains et financiers. L'objectif principal de notre travail est de comparer un score en cours de validation, le score d'activité en soins de suite et de réadaptation (SAS) aux Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et aux Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) aux seins des patients hospitalisés à la clinique de Bondigoux. L'objectifs secondaire est d'identifier des similitudes de distribution entre le SAS et une échelle visuelle analogique émotionnelle allant de -10 à +10.

Matériels et méthodes : études mono-centrique, rétrospective et descriptive par comparaisons des scores SAS, AVQ et SIIPS entre eux, dans 4 populations de patients hospitalisés à la clinique de Bondigoux, Obésité (O), Obésité morbide (OM), Patient âgées poly-pathologique (PAP) et polyvalent (P).

Résultats : 174 patients ont été inclus dans l'études, 68 dans le groupe O, 66 dans le groupe OM, 21 dans le groupe PAP et 19 dans le P. Le score SAS avait une distribution différente des SIIPS et AVQ sur les diagrammes en moustache et la comparaison statistique par le test de Wilcoxon obtenait un résultat inférieur au seuil classique de 5%. Le score SAS avait une distribution différente du score émotionnel sauf dans le groupe PAP où la P-Value calculée été à 0,189 (soit $> 0,05\%$).

Conclusion : Le SAS cote la charge en soins de manière différente que les SIIPS et AVQ. Sur le plan émotionnel, son utilisation semble intéressante uniquement dans le service PAP.

Rating scales are used to assess the autonomy of hospitalized patients; they are important for identifying human and financial needs. The main objective of our work is to compare a score undergoing validation, the follow-up care and rehabilitation activity score (SAS) to the Activities of Daily Living (ADL) and Individualized Nursing Care to the Neat Person (SIIPS) to the breasts of patients hospitalized at the Bondigoux Clinic. The secondary objective is to identify similarities of distribution between SAS and a visual-analogical emotional scale ranging from -10 to +10.

Materials and Methods: Monocentric, retrospective and descriptive studies comparing SAS, AVQ and SIIPS scores among themselves, in 4 populations of patients hospitalized at the Bondigoux clinic, Obesity (O), Obesity morbid (OM), Poly elderly patient -pathological (PAP) and polyvalent (P).

Results: 174 patients were included in the studies, 68 in the O group, 66 in the OM group, 21 in the PAP group and 19 in the P. The SAS score had a different distribution of SIIPS and AVQ on the diagrams mustache and statistical comparison by the Wilcoxon test obtained a result below the standard threshold of 5%. The SAS score had a different distribution of emotional score except in the PAP group where the P-Value was calculated to be 0.189 ($> 0.05\%$).

Conclusion: The SAS rates the care burden in a different way than the SIIPS and AVQ. On the emotional level, its use seems interesting only in the PAP service.

MOTS-CLES: individualized care, nursing, nursing care, individualized care scale, activity scoring system, émotion, temps passé avec patient.