



HAL
open science

Opinion des médecins généralistes Niçois sur un compte rendu de programme personnalisé d'ETP sur la prévention des chutes du sujet âgé lors d'une hospitalisation dans un SSR en PACA

Fabien Anastasi

► To cite this version:

Fabien Anastasi. Opinion des médecins généralistes Niçois sur un compte rendu de programme personnalisé d'ETP sur la prévention des chutes du sujet âgé lors d'une hospitalisation dans un SSR en PACA. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01910232

HAL Id: dumas-01910232

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01910232>

Submitted on 31 Oct 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MEDECINE DE NICE

28 avenue de Valombrose-06107 Nice

Opinion des médecins généralistes Niçois sur un compte rendu de programme personnalisé d'ETP sur la prévention des chutes du sujet âgé lors d'une hospitalisation dans un SSR en PACA.

Année universitaire 2017-2018

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Nice

Le 26 Avril 2018

Par

Monsieur Fabien ANASTASI

Né le 11 Avril 1985 à Nice

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Jury de thèse

Président du jury : Pr FUZIBET Jean-Gabriel

Assesseur : Pr HOFLIGER Philippe

Assesseur : Pr TROJANI Christophe

Assesseur : Dr DESTOMBE Jacques

Directrice de thèse : Dr INGENUO Giovanna

UNIVERSITE DE NICE - SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent

M. DELLAMONICA Jean

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

Mme DONZEAU Michèle

M. EMILIOZZI Roméo

M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. PHILIP Patrick

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie - Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)

M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M. DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)

M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)

Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)

M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)

M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)

Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)

M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)

M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)

M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)

M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)

Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)

Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)

Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)

Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M. ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M. PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume	Chirurgie maxillo-faciale
M. PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS :

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Fuzibet Jean-Gabriel, pour avoir accepté de présider ce jury de thèse, je vous adresse mon profond respect et ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Hofliger Philippe, pour votre dévouement aux internes de médecine générale, je vous adresse ma plus profonde reconnaissance. Je suis très honoré de votre participation à ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Trojani Christophe, pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Veuillez recevoir mes remerciements les plus respectueux.

A Monsieur le Docteur Destombe Jacques, pour me faire l'honneur de siéger dans ce jury de thèse, veuillez croire en mon immense reconnaissance.

A la directrice de thèse, Madame le Docteur Ingenuo Giovanna,

Pour m'avoir proposé ce travail et épaulé tout le long de cette écriture. Tu m'as motivé, poussé et encouragé. Ton aide a été précieuse, alors que je désespérais d'y arriver un jour.

Aux participants de l'étude :

A tous les médecins qui ont accepté de me recevoir et de répondre à mes questions, ceci n'aurait pas été possible sans vous.

A toute l'équipe de la clinique St Dominique, qui est à la base de ce travail. Merci à la direction de m'avoir accueilli, à toutes les secrétaires qui ont travaillé avec moi pour récupérer les données d'ETP, aux membres du programme pour m'avoir expliqué votre travail.

TABLE DES MATIERES :

Liste des abréviations	16
Introduction	17
Matériel et méthode	19
Méthodologie	19
Description du programme d'éducation thérapeutique du sujet âgé à risque de chute	21
Description du courrier de synthèse envoyé au médecin traitant.....	23
Résultats	24
Population interviewée	24
Réception et lecture	26
Critique de la forme	27
Communication	28
Critique du fond	30
Avis des patients	33
Discussion	34
Réponse à l'objectif principal	35
Réponse à l'objectif secondaire.....	37
Comparaison avec la littérature	39
Les limites de l'étude	40
Perspectives	41
Conclusion	43
Références	44
Annexes	49
Guide d'entretien qualitatif semi dirigé, aux médecins généralistes.....	49
Diagnostic éducatif	52
Verbatims des critiques de forme et préférences en communication	55
Verbatims des critiques de fond.....	56
Contrat éducatif patient / soignants	57
Exemple d'un nouveau courrier de synthèse d'ETP	58
Verbatims.....	59
Serment d'Hippocrate	60
Résumé	61

LISTE DES ABREVIATIONS :

ETP : Education Thérapeutique du Patient

PAERPA : Personnes Agés En Risque de Perte d'Autonomie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

HAS : Haute Autorité de Santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

1. Introduction :

Le thème de cette étude concerne la mobilisation du médecin généraliste, pilier du parcours de soin, dans une stratégie thérapeutique de prévention des chutes chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) comprenant l'éducation thérapeutique du patient (ETP)⁽²²⁾.

En effet l'éducation thérapeutique du patient PAERPA a démontré une efficacité potentielle sur l'amélioration de la qualité de vie et la réduction du nombre de réhospitalisations non programmées⁽¹²⁾.

L'éducation thérapeutique⁽¹⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽⁷⁾ se développe depuis 30 ans⁽²¹⁾⁽¹⁾. Différents programmes nationaux et locaux sont en faveur de sa promotion, par l'intermédiaire de l'ARS et du ministère de la santé⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

Concernant la population des sujets âgés, les chutes sont un problème majeur de santé publique⁽²⁸⁾, par leur fréquence et leurs conséquences : blessures, fractures, perte d'autonomie et des repères identitaires, altération de la qualité de vie, institutionnalisation. La chute est un événement accidentel mais reflète l'état fonctionnel antérieur de la personne, elle annonce d'autres chutes, peut annoncer l'entrée dans la dépendance⁽²⁶⁾ et a des conséquences à long terme. Elle peut être considérée comme une maladie chronique⁽²⁴⁾.

L'objectif de la prise en soin du sujet âgé chuteur est de diminuer le risque de chute et de réduire le risque de conséquences graves tant physiques que psychologiques liées aux chutes. Le premier temps d'une démarche éducative consiste en une évaluation globale pour évaluer le niveau de risque et identifier les facteurs de risque⁽²²⁾⁽¹²⁾.

Ainsi l'éducation thérapeutique du patient du sujet âgé à risque de chute est en pleine expansion⁽²⁹⁾, surtout dans notre région PACA marquée par le vieillissement démographique⁽³⁾.

Ces programmes d'ETP au cours d'hospitalisations complètes dans des MCO ou SSR gériatriques s'inscrivent dans une démarche de prise en charge globale avec des intervenants multidisciplinaires⁽²²⁾⁽⁴⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁸⁾⁽⁹⁾, et répondent à un cahier des charges précis décrit par HAS⁽¹²⁾ avec des indicateurs de processus concernant la coordination des soins et la production d'un courrier

de synthèse envoyé au médecin traitant qui est au centre du parcours de soin en France ⁽²³⁾.

L'hypothèse de départ de ce travail est cependant un manque de communication de qualité entre ces différents intervenants ^{(16) (8) (2) (17) (6) (15)} et le médecin de ville car toute la communication se cristallise sur ce courrier de fin de séjour ^{(20) (5)} formalisé mais ne correspondant pas aux connaissances des médecins sur l'ETP.

Le programme d'ETP autour duquel notre étude a été réalisée est pratiqué à la clinique Saint Dominique, qui est un centre de soins de suites et de réadaptation à orientation gériatrique, à Nice. Après repérage des personnes âgées relevant d'une ETP, une évaluation des besoins du patient ayant chuté ou ayant des facteurs de risque de chute est réalisée, par le biais d'un bilan éducatif partagé et un programme personnalisé d'ETP leur est proposé. A la fin du programme, la synthèse de leur diagnostic éducatif individuel ainsi que le bilan de l'ensemble des ateliers suivis sont transmis par courrier au médecin traitant

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer la communication entre un établissement qui pratique l'éducation thérapeutique du sujet âgé à risque de chute et les médecins traitants des patients qui y participent, au cours d'une hospitalisation complète, en se basant sur le courrier de synthèse qui leur est adressé.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact de ce programme d'ETP sur les patients, par l'intermédiaire de l'avis des médecins traitants qui les suivent et qui sont les plus à même de constater les changements des habitudes de vie à domicile.

2. Matériel et Méthode :

2.1. Méthodologie :

Une communication efficace entre un établissement de santé et le médecin généraliste, pilier du parcours de soin, est un problème complexe. L'amélioration des courriers de sortie est un enjeu pour faire progresser la coordination des soins.

L'objectif principal de cette thèse se base donc sur l'évaluation d'un courrier de sortie d'un programme d'ETP grâce à l'opinion des médecins traitants l'ayant reçu, afin d'identifier leurs besoins en matière de communication sur l'ETP, comprendre les facteurs limitants une coordination efficace des soins, donner des pistes d'amélioration.

Les objectifs de l'étude correspondent à des valeurs qui ne peuvent être exprimées avec des pourcentages et des chiffres. De plus, le programme ETP choisi est relativement nouveau, avec peu de matière pour faire des statistiques et une étude quantitative.

La méthode qualitative par entretiens semi dirigés individuels nous a donc paru appropriée pour permettre de recueillir un éventail d'idées et de réactions concernant les besoins, les attentes des médecins généralistes et tenter d'identifier des solutions ⁽²⁵⁾.

Il s'agit donc d'une étude rétrospective qualitative utilisant la méthodologie de l'entretien semi structuré individuel après détermination de l'échantillon théorique selon les critères suivants :

Critères d'inclusion :

Médecin traitant des patients suivants :

- Patients admis à la clinique Saint Dominique en 2015 et 2016.
- Patients ayant participé à tous les ateliers du programme d'ETP du sujet âgé à risque de chute.

- Patients pour lesquels un courrier a été écrit et envoyé au médecin traitant concernant ce programme d'ETP du sujet âgé à risque de chute.

Critères d'exclusion :

- Absence d'un des critères d'inclusion.
- Refus du patient d'informer son médecin traitant.

Le guide d'entretien a été élaboré avec ma directrice de thèse selon les objectifs de l'étude et a été corrigé et validé en cellule thèse qualitative du DERMG.

Après définition de la question de recherche, un questionnaire quantitatif en introduction de 9 questions permet de déterminer les caractéristiques socio démographiques de l'échantillon des médecins généralistes interrogés. Une question concerne le mode d'inclusion du patient dans le programme ETP (hospitalisation programmée ou pas). Ensuite un questionnaire semi directif concernant leur opinion sur le courrier reçu est découpé selon les thèmes suivants :

- Vérification de la réception et de la lecture effective du courrier.
- Forme et présentation du courrier.
- Mode de communication choisi.
- Pertinence du contenu et utilité du courrier.
- Propositions d'amélioration.
- Avis des patients, impact perçu.

Le recrutement des médecins participants à l'entretien a été fait par téléphone, pour présenter directement le sujet de thèse et pour fixer un rendez-vous d'entretien individuel au cours duquel chacun d'eux a répondu à mes questions.

Le guide d'entretien m'a permis de suivre une trame, reproductible à chaque entretien.

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone numérique puis retranscrit sur fichier Word, en Verbatim, et rendu anonymes.

L'analyse qualitative des Verbatims est faite avec le logiciel NVivo, directement après chaque entretien. Une analyse complémentaire pour vérifier l'exhaustivité des données a été réalisée par la directrice de thèse (triangulation).

Le recrutement des médecins a été stoppé lorsque l'analyse qualitative a mis en évidence une saturation des idées exprimées.

Le guide d'entretien est en annexe 1.

2.2. Description du programme d'éducation thérapeutique du sujet âgé à risque de chute, à la clinique Saint Dominique :

Le programme d'éducation thérapeutique sur la prise en charge du patient âgé à risque de chute est conçu pour la population prise en charge à la Clinique Saint Dominique. Le programme peut être proposé aux aidants à domicile.

Les critères d'inclusion :

Patients :

- Agés de plus de 65 ans,
- Dont le motif d'entrée fait mention d'une chute,
- Notification d'une chute récente dans les antécédents.
- Présentant dans le bilan d'admission des facteurs de risque de chute : dénutrition, une acuité visuelle diminuée, incontinence, poly médication, consommation de psychotropes, mobilité réduite, pathologie neurologique, atteinte articulaire, troubles cognitifs.

Les critères de non inclusion :

Patients :

- Présentant des troubles cognitifs importants, mais les aidants peuvent être intégrés au programme d'éducation thérapeutique,
- En soins palliatifs,
- Refusant de participer au programme,

- Présentant une fracture sur articulation portante non consolidée, avec appui non autorisé seront exclus des ateliers APA/Kinésithérapeute.

Objectif cadre :

Le programme d'éducation thérapeutique mis en place vise à accompagner chaque patient dans sa singularité en vue d'une amélioration lors de sa sortie que ce soit en EHPAD ou à domicile.

Objectifs généraux spécifiques au risque de chute :

Les activités et le suivi mis en place dans ce cadre, présentent différents objectifs d'acquisition de compétence physique et sécuritaire, d'adaptation et de comportement pour le patient.

Les objectifs seront :

- D'aider le patient chuteur ou à risque de chute, à prendre conscience du risque de chute et de ses limites,
- De repérer les facteurs de risques sur lesquels il peut agir,
- D'acquérir de nouvelles compétences bio-psycho-sociales pour faire face au risque de chute.

Le parcours éducatif sera organisé autour d'ateliers collectifs hebdomadaires :

Atelier « Chute- Mode d'emploi » : Physiologie simple de l'équilibre, les facteurs de risque et conséquences des chutes, les principes de la prévention et éviter les médicaments à risque, animé par un médecin.

Atelier « Muscler-moi ce plat ! » Prévenir la dénutrition : la diététicienne aborde les principes d'une nutrition enrichie en protéines grâce à un jeu d'élaboration de menu.

Atelier « Nos os, nos amis pour la vie ! » : Prévenir l'ostéoporose : la diététicienne aborde les principes d'une nutrition enrichie en calcium grâce à un jeu avec des aliments factices.

Atelier « Atelier pied et chaussage pour améliorer l'équilibre » : Améliorer le chaussage et l'habillement pour améliorer l'équilibre, animé par un aide-soignant avec un jeu d'erreurs à rechercher sur des photos.

Atelier « Eh hop ! Debout ! » : séance d'entraînement à une technique pour se relever, animé par un kinésithérapeute ou le professeur d'APA.

Atelier « Restez debout jusqu'au bout ! » : séance d'entraînement à des exercices simples d'équilibre afin de maintenir ou retrouver une activité physique animé par un kinésithérapeute ou le professeur d'APA.

Atelier « Estime de soi » : pour retrouver confiance en soi après une chute et prévenir le syndrome post chute, séance de photo langage animé par une psychologue.

Atelier « Aménager son environnement et adopter des stratégies sécuritaires à domicile » environnement, séance de jeu avec recherche d'erreurs sur des photos d'un logement non sécuritaire animé par un ergothérapeute. Atelier d'évaluation des acquis :

- Evaluation spécifique par questions après chaque atelier
- Atelier de synthèse avec jeu de parcours, type jeu de l'Oie adapté, avec des cartes questions en rapport avec les différentes thématiques concernant la prévention du risque de chute.

2.3. Description du courrier de synthèse envoyé au médecin traitant :

Un premier courrier informe le médecin traitant de l'intégration du patient dans un programme ETP après consentement éclairé. A la fin du programme un autre courrier type est envoyé au médecin traitant, constitué :

- du diagnostic éducatif.
- de la liste des ateliers éducatifs proposés au patient.

Ce diagnostic éducatif est un questionnaire semi dirigé portant sur tous les facteurs de risque de chute avec des 2 tests physiques simples de dépistage du risque de chute (durée de station debout unipodal, capacité à se lever d'un siège sans l'aide des mains). Ce bilan comprend aussi l'expression des besoins, des connaissances, des compétences en auto soin et des attentes du patient.

Il est réalisé par deux membres du personnel soignant après consentement éclairé du patient à participer à l'ETP. Ces soignants ont été formés à l'éducation thérapeutique mais ils n'ont pas forcément une compétence spécifique en ce qui concerne le risque de chute : ce diagnostic peut être réalisé tout aussi bien par un médecin, un kinésithérapeute, une aide-soignante, la diététicienne, la psychologue, l'infirmière

Ensuite les réponses sont saisies dans un masque informatique avec des cases à cocher appelé « écran bilan mesure » facilitant une synthèse rapide du diagnostic éducatif.

L'impression de cet écran bilan mesure est envoyé au médecin traitant après accord du patient.

Un exemple de courrier est en annexe 2.

3. Résultats :

3.1. Population interviewée :

Nous avons recueilli un échantillon de patients qui ont participé au programme d'ETP du sujet âgé à risque de chute à la clinique Saint Dominique en 2015 et 2016 au cours d'une hospitalisation complète. Ces patients sont âgés de 66 à 95 ans et un courrier a été adressé au médecin traitant, spécifiquement sur ce programme d'ETP après qu'ils aient participé à tous les ateliers du programme.

Ces patients sont suivis par des médecins généralistes différents, répartis sur le département, que j'ai contactés par téléphone les uns après les autres de façon aléatoire. J'ai pris des rendez-vous avec chacun d'entre eux au fur et à mesure jusqu'à atteindre la

saturation des données, soit un total de 11 entretiens. J'ai essuyé 10 absences de réponse et 3 refus de participer à l'entretien.

Le tableau 1 représente les caractéristiques des médecins interrogés.

	Age (an)	Sexe	Années d'exercice	Zone d'activité	Moyenne d'âge patientèle (an)	Type d'exercice	Nombre global de visites à domicile	Formation	Domicile du patient	Adressé à la clinique par
M01	52	H	27	Urbaine	55	Libéral	Beaucoup	MG	Inconnu	MT
M02	65	F	34	Urbaine	Inconnue	Libéral	Quelques-unes	MG	Inconnu	Autre
M03	57	H	32	Urbaine	56	Libéral	Quelques-unes	MG	Connu	Autre
M04	62	F	35	Urbaine	Inconnue	Libéral	Quelques-unes	MG	Inconnu	Autre
M05	57	F	20	Urbaine	Inconnue	Libéral et CSAPA	Plusieurs	MG	Connu	Autre
M06	63	H	36	Urbaine	55	Libéral	Aucune	MG	Inconnu	Autre
M07	68	H	40	Urbaine	50	Libéral	Très peu	MG	Connu	Autre
M08	60	F	35	Urbaine	Inconnue	Libéral	Beaucoup	MG	Connu	Autre
M09	63	H	36	Urbaine	50	Libéral	Beaucoup	Expert et MG	Connu	Autre
M10	65	F	35	Urbaine	> 65	Libéral	Quelques-unes	Expert et MG	Connu	Autre
M11	66	H	38	Urbaine	> 65	Libéral	Quelques-unes	MG	Connu	Autre

Tableau1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; MG : médecine générale ; MT : médecin traitant ; Autre : CHU ou clinique en post hospitalisation.

Tous les médecins interrogés sont installés en zone urbaine. Parmi eux, presque tous ont une activité de médecine libérale stricte et un médecin a une activité hospitalière avec des vacances au CSAPA.

Concernant leur formation, tous sont des médecins généralistes, deux sont également Expert judiciaire auprès du tribunal de Nice. Parmi les autres médecins, certains ont des connaissances particulières sans avoir de diplôme

validant spécialisé : certains sont formés à la gériatrie, à la gynécologie, à la pédiatrie ou à la cancérologie.

La moyenne d'âge de la patientèle n'est pas connue pour certains des médecins interrogés. Pour les autres, cette moyenne d'âge est comprise entre 50 et plus de 65 ans.

Un des médecins ne fait jamais de visite à domicile pour raison de santé. Un autre médecin interrogé n'en fait que très peu. Certains médecins déclarent faire quelques visites et d'autres déclarent en faire de très nombreuses chaque jour. La majorité des médecins connaissent le domicile des patients étudiés.

Par ailleurs, seulement un patient a été adressé directement à la clinique St Dominique par le médecin traitant. Tous les autres ont été adressés par une structure hospitalière pour une convalescence suite à une pathologie aiguë.

Concernant la durée des entretiens, le plus court a duré 11 minutes et le plus long 25 minutes et ils ont tous été réalisés entre avril et septembre 2017.

3.2. Réception et lecture :

Comme indiqué en « matériel et méthodes » les médecins inclus ont été choisis car un courrier leur a été envoyé. Cependant, quelques médecins interrogés déclarent n'avoir rien reçu. Je n'ai pas d'explication à ce défaut de réception.

Par ailleurs, certains médecins déclarent avoir bien reçu le courrier mais ne pas l'avoir lu en entier, notamment pour des problèmes de forme : M02 « je ne suis pas allée plus loin que la première page », M08 « ce gros bloc m'empêche de tout lire ». Un autre médecin déclare ne pas avoir porté d'attention au courrier : M10 « Je ne l'ai pas enregistré sur mon ordi, mais j'ai dû le recevoir. Et j'ai dû le jeter parce que ce n'est pas médical ».

Enfin, concernant la lecture du courrier, j'ai systématiquement demandé s'ils avaient pris connaissance de la teneur du programme d'ETP dans le courrier où les différents ateliers sont décrits en introduction. Un seul médecin, M09, avait lu le descriptif des ateliers dans le courrier. La question n'a pas été posée au premier médecin mais les autres ne connaissaient pas les détails des

ateliers : M07 « on n'en parle pas dans le courrier », M10 « je n'étais pas au courant ».

Ainsi à ce propos, M06 propose de simplifier la présentation des ateliers en introduction, afin que ce soit plus clair et plus facilement identifiable : « il suffit de dire qu'il y a 2 ateliers de 2h puis une évaluation, et donner les grandes lignes du programme ». M01 propose de coupler ce courrier avec le compte rendu d'hospitalisation pour tout recevoir en même temps.

Le tableau 2 reprend les données de réception et lecture du courrier par les différents médecins traitants interrogés.

	Courrier reçu	Courrier lu en entier	Ateliers connus
M01	Oui	Oui	Non
M02	Oui	Non	Non
M03	Oui	Non	Non
M04	Oui	Oui	Non
M05	Oui	Oui	Non
M06	Non	Oui	Non
M07	Oui	Oui	Non
M08	Oui	Non	Non
M09	Non	Oui	Oui
M10	Oui	Non	Non
M11	Oui	Oui	Non

Tableau2 : Réception et lecture du courrier.

3.3. Critique de la forme :

La forme du courrier et la mise en page ont été critiquées. Au final, certains médecins n'ont émis aucune critique sur la forme, à savoir M01, M03, M04, M09 et M10.

Parfois le courrier est décrit comme trop long. Pour les médecins M02, M08 et M11 le texte est également trop dense et devrait être éclairci, avec une mise en page aérée : M11 « un peu dense, il faudrait aérer et éclaircir le texte », M07 « C'est trop long, il y a trop de détails sur l'interrogatoire du patient, on peut s'en passer », M02 « Pas la peine de tout retranscrire si les

réponses sont normales », M06 « Le texte d'introduction est trop long, la description est trop longue aussi ». Pour M06, le motif du courrier n'est pas assez clair en introduction et devrait être mis en évidence.

Une majorité des médecins trouvent malgré tout que le texte est clair et lisible, même s'il est trop long.

Enfin, un médecin suggère de ne pas écrire le courrier en recto verso, pour ne pas risquer de jeter le courrier si l'introduction n'est pas intéressante : M10 « Déjà il faudrait que ce soit sur 2 feuilles. Si l'intro en première page ne vous intéresse pas, rien ne vous incite à tourner la page et vous jetez le courrier. »

J'ai ensuite demandé aux médecins de comparer ce courrier à d'autres courriers d'ETP reçu, provenant d'autres établissements. Sur l'ensemble des médecins interrogés, seulement un avait déjà reçu des courriers provenant d'un autre établissement et concernant un programme d'ETP nutritionnelle (le médecin M08). Tous les autres médecins ne reçoivent jamais de compte rendu, sauf en provenance de la clinique St Dominique.

Le tableau 3 reprend les données des critiques sur la forme par les différents médecins traitants interrogés, en annexe 3.

3.4. Communication :

Pour améliorer la communication avec les médecins généralistes, chacun a ses préférences entre les courriers, fax, mails et le téléphone.

Le téléphone peut être un problème car il coupe la consultation, et sans secrétaire, c'est très vite ingérable : M02 « Le problème du téléphone c'est que ça coupe la consultation », M04 « généralement je suis en consultation, c'est compliqué de répondre ». Pour le médecin M09, le téléphone est souhaitable « pour les problèmes préoccupants seulement ». En même temps, le téléphone est apprécié par d'autres médecins : M05 « Par téléphone, c'est plus rapide », M08 « Le téléphone, c'est génial c'est rapide ». C'est même le moyen de communication le plus apprécié en cas de besoin de contact rapide, pour une majorité des médecins.

Le courrier reste le moyen préféré pour recevoir les comptes rendus. Mais il est critiqué car pas assez direct : M01 « avec un courrier il n’y a pas d’interactivité. Un courrier, je le lis, je le classe... », M03 « Le courrier pour les comptes rendus seulement ». Pour le médecin M05, il faut envoyer le courrier au médecin traitant mais également le donner au patient afin de faire un dossier à domicile et d’informer l’IDE : « Vous l’envoyez aussi car certains ne vont pas le donner, mais le leur donner aussi directement c’est intéressant. Pour les IDE à domicile, pour les visites, ça permet d’avoir un dossier à domicile aussi ».

Enfin il reste le fax et les mails. Cela dépend des habitudes des médecins et de leur niveau d’informatisation : M04 « Pas de mail car j’en reçois tellement », M05 « j’utilise les mails si besoin », M06 « mail je n’aime pas », M07 « Le mail. C’est rapide mais on répond quand on veut », M09 « Fax, mail, téléphone, un moyen plus direct, pour les problèmes préoccupants seulement », M10 « Après les mails j’en reçois tellement que j’ai du mal à suivre ». Ainsi le mail émerge comme 2eme moyen de communication rapide, apprécié en cas d’urgence. On retrouve également d’autres médecins qui apprécient recevoir les comptes rendus par mail. Un des médecins souhaite également intégrer les comptes rendus au messageries sécurisées, type « apycrypt », comme pour les résultats de biologie : M11 « Des mails sécurisés oui, il faudrait que ça fonctionne avec APICRYPT ».

J’ai également demandé s’ils souhaitent être contactés au début du programme d’ETP, après inclusion de leur patient, pour apporter d’éventuelles informations, notamment sur le domicile, à condition de le connaître. Pour plusieurs médecins, c’est une bonne idée, afin de leur permettre de s’impliquer dans l’ETP. Parfois, cela peut permettre de vérifier les déclarations du patient ou de compléter l’interrogatoire : M04 « après que l’interrogatoire ait été fait, pour que je puisse vous dire s’il y a des fautes ou non », M011 « ça permettrait aussi de mettre l’accent sur certains points omis par le patient. ». Pour le médecin M01, il pourrait ainsi faire des suggestions sur la prise en charge : « on pourrait me demander mon avis, ce qui est le mieux pour elle car je la connais bien. ».

Pour une autre partie des médecins, cela ne servirait à rien. Certains précisent même que c’est le patient qui est le mieux placé pour donner des

informations le concernant : M06 « Non, ce n'est pas utile, le patient peut expliquer comment est organisé son domicile ». Enfin, les derniers pensent que les médecins qui font l'interrogatoire n'ont pas besoin d'aide pour obtenir les informations : M07 « Non pas besoin, le médecin interroge le patient, c'est lui le mieux placé. », M03 « Mes confrères n'ont pas besoin de moi, ils peuvent avoir toutes les informations. », M10 « Non je ne vois pas ce que je peux apporter au début de l'ETP ».

Le tableau 4 reprend les préférences des médecins interrogés, en termes de communication, en annexe 4.

3.5. Critique du fond :

Sur la critique du fond, deux grands thèmes sont récurrents dans les remarques des médecins : la valeur du questionnaire et de ses réponses et le manque de synthèses et de conduite à tenir. D'autres éléments de critiques ont également été formulés, que je détaillerai par la suite.

A noter que quelques médecins n'ont fait aucune critique de fond, à savoir M05, M06 et M09.

3.5.1. Valeur du questionnaire :

Concernant d'abord la valeur du questionnaire. Plusieurs médecins ont été surpris de lire les réponses de leur patient au questionnaire éducatif. En effet, certains auraient menti ou déformé la réalité, de façon consciente ou pas : M03 « Je me pose des questions sur la valeur du questionnaire, parce que c'est fonction de la capacité de réponse des patients, de leur bonne foi, et de leur capacité de jugement. [...] C'est subjectif, donc ça suppose 2 choses : la capacité cognitive du patient et sa bonne foi. Donc c'est biaisé. [...] « Pouvez-vous tenir 5s sur une jambe ? » elle répond oui mais l'a t- elle jamais fait ? Personne ne fait ce genre d'exercice. Pareil pour se lever de la chaise sans l'aide des mains. », M04 « parce que je me suis rendu compte qu'il ment...

« Combien de fois êtes-vous tombé cette année ? Zéro » (rire) », M08 « Les patients répondent ce qu'ils veulent ».

Ainsi le médecin M03 propose des questions plus directes afin d'éliminer ce biais. Par exemple : « Au lieu de demander si elle mange 3 repas par jour, demandez si les compléments alimentaires lui rendent service ? Ou si on peut les supprimer ? ». Ou encore : « lui demander comment vous faites vos courses ? Dans le quartier ou plus loin ? Est-ce que vous vous faites livrer ? Est-ce que vous demandez de l'aide pour porter ? ».

3.5.2. Demande de synthèse :

Par ailleurs, beaucoup de médecins ont formulé une demande de synthèse, afin d'avoir un bilan de ce qui a été fait et de ce qui a évolué chez leurs patients et de résumer certains éléments du courrier, afin d'aller à l'essentiel : M11 « Qu'on me précise ce qui a été fait, mais après... Je les connais... Mais si des choses ont changés ça je veux le savoir. Mais allez à l'essentiel ! », M01 « J'aimerais savoir comment elle s'est comportée pendant les ateliers, s'il s'est passé des évènements particuliers pour ma patiente, savoir si l'ETP lui a apporté un progrès ou pas. », M03 « Après moi ce que j'aimerais savoir c'est si elle n'arrivait pas à tenir 5s sur une jambe au début et qu'à la fin de séjour elle peut le faire. », M07 « quelque chose de plus synthétique, sur les problèmes retrouvés à l'interrogatoire. », M02 « Certaines questions sont répétitives. Pas la peine de tout retranscrire si les réponses sont normales. Il faudrait en faire une synthèse. [...] S'il est plus aéré et avec des synthèses ça sera mieux, en faisant ressortir les points importants rapidement ».

Dans ces remarques on retrouve le souhait d'un texte épuré, de résumer les passages rébarbatifs de l'interrogatoire et de mettre en valeur l'évolution et les progrès (ou régressions) des patients.

3.5.3. Demande de conduite à tenir :

Enfin, certains médecins ont passé beaucoup de temps sur une demande de conduite à tenir après le programme d'ETP. M07 et M08 ont fait le constat qu'on leur donne un bilan sans solution à mettre en place ni conduite à tenir :

M07 « On fait un bilan mais ça ne donne pas les solutions à mettre en place. J'aimerais lire une synthèse avec les recettes... enfin les recettes, les techniques qui ont été retenues pour cette personne... Pour que je puisse éventuellement revoir ça avec elle. C'est le côté pratique, synthèse et application. Les techniques à mettre en œuvre au retour au domicile. Il me faut des solutions à mettre en pratique ou qu'on lui a soumises et que je dois appuyer au retour au domicile. Que je puisse suivre et faire un rappel. Peut-être une prescription particulière. »

M08 « Il manque une vraie conclusion et une conduite à tenir. Là j'ai le diagnostic mais il manque le bilan. A moins qu'il soit sur un autre courrier et qu'il ne soit jamais arrivé. Ça c'est le diagnostic éducatif mais je n'ai pas de bilan. Il manque la conclusion. ».

Le tableau 5 reprend les critiques de fond proposées par les différents médecins traitants interrogés, en annexe 5.

3.5.4. Autres propositions :

Le médecin M08 a émis une proposition, faire un passage à domicile après la participation au programme d'ETP afin de s'assurer que la « leçon » a été retenue et que des changements au domicile ont eu lieu : « Je pense que ça serait vraiment mieux directement au domicile pour se rendre compte. Donc si on pouvait avoir un passage à domicile après l'atelier ça serait parfait. ».

Le médecin M04 propose lui des ateliers d'éducation sur l'observance, et des dangers que l'inobservance implique : « J'aimerais qu'il ait de l'éducation sur l'observance (rire...). Qu'il prenne conscience du danger et qu'il soit observant. ».

3.5.5. Utilité du courrier :

Pour quelques médecins interrogés, le courrier est clairement inutile finalement : M01 « Je ne m'en souvenais pas. », M08 « Il est très détaillé mais ça ne m'est pas forcément utile. ».

Par ailleurs, pour un grand nombre de médecins le courrier est utile. Ainsi, cela permet d'être au courant de ce qui s'est passé pendant l'hospitalisation : M02 « pour qu'on soit au courant », M11 « Qu'on me précise ce qui a été fait. [...] Si des choses ont changé, ça je veux le savoir. ». Pour d'autres, cela permet de mieux connaître son patient et de poser des questions auxquelles ils ne pensent plus au quotidien. Ceci étant l'inconvénient de penser très bien connaître son patient, ou de ne pas avoir le temps de tout explorer en consultation : M03 « toutes ces questions nous interpellent, ça nous permet à notre tour de penser à certains points clés et de poser des questions particulières. », M05 « Oui ça me paraît utile. Par exemple la question « mangez-vous au moins 3 repas par jour », ce n'est pas des questions qu'on a l'habitude de poser, donc ça apporte une information. [...] Parce qu'on n'a pas forcément le temps de faire tout ça. », M10 « ça me permet de la connaître un peu mieux. [...] Pour nous ça paraît évident, on pense qu'ils savent gérer leur pathologie. »

3.6. Avis des patients :

Pour terminer, j'ai demandé aux médecins s'ils avaient parlé de ce programme avec leur patient, directement en consultation. Seulement un médecin a reçu l'avis de son patient sur le programme, sans entrer dans les détails. Les autres médecins n'ont pas du tout évoqué l'ETP avec les patients.

J'ai également posé une question sur d'éventuels changements du domicile constatés après l'ETP, pour me rendre compte de ce que connaissent les médecins des habitudes et du domicile des patients et pour évaluer l'impact du programme d'ETP.

Ainsi, la plupart des médecins interrogés ont un avis sur le domicile et les habitudes des patients. La plupart font des visites à domicile et seraient donc capable de voir les changements impulsés par l'ETP.

Cependant, il faut noter qu'aucun des médecins n'a remarqué de changement chez leurs patients, ni au domicile, ni dans les habitudes des patients, ni dans leur façon de communiquer, ni dans leur relation avec le médecin.

4. Discussion :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le courrier de sortie concernant la synthèse d'un programme d'ETP sur « la prévention des chutes » chez le sujet âgé lors d'une hospitalisation complète en SSR en se basant sur l'opinion des médecins traitants ayant reçu ce courrier et ainsi de donner des pistes de réflexion pour l'amélioration de la communication entre un établissement de santé et les médecins généralistes de ville.

Cette étude peut être considérée comme un indicateur sur la coordination entre un établissement de soin promouvant un programme d'ETP qui répond au cahier des charges des programmes ETP recommandés par l'HAS^{(12) (13) (14)} pour une prise en charge globale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et le médecin traitant qui est le pilier du parcours de soin⁽²²⁾.

Le courrier de synthèse qui a été formalisé et informatisé au sein de la clinique Saint Dominique répond bien aux critères de nécessité d'un diagnostic éducatif individuel accompagnée du programme personnalisé. La plupart des médecins en perçoivent l'utilité car dans une démarche éducative et préventive ce bilan exhaustif est nécessaire et pas toujours compatible avec les contraintes de temps en médecine de ville^{(4) (12) (22)}.

Par contre ce courrier ne répond pas aux besoins des médecins de synthèse d'évaluation des compétences acquises accompagnée d'une proposition de modalité de suivi éducatif. De plus les médecins souhaitent renforcer le niveau de communication avec l'établissement de soin et s'impliquer dans le diagnostic éducatif. Pour y parvenir l'établissement devra sans doute renforcer les moyens et le personnel affecté au programme ETP et améliorer ce courrier de synthèse.

Cependant certaines critiques des médecins généralistes montrent une méconnaissance en matière d'éducation thérapeutique et la difficulté de les mobiliser dans une stratégie thérapeutique globale de longue durée et considérant le patient âgé comme un acteur de santé⁽²²⁾. Il est nécessaire de promouvoir la formation des médecins traitants à l'ETP.

4.1. Réponse à l'objectif principal :

Après lecture des résultats, le premier constat est la difficulté d'établir une communication par le biais d'un courrier :

Deux médecins déclarent ne pas l'avoir reçu, 4 déclarent de pas l'avoir lu ou pas entièrement, les autres ne se souviennent pas du contenu du courrier. Aucun des médecins n'est capable de restituer ou de se souvenir du contenu des ateliers, sauf un. Tous ont dû relire le courrier pour se le remémorer avant de répondre aux questions concernant leur opinion sur ce courrier. Les médecins interrogés se divisent quasiment en deux groupes : ceux satisfaits par la forme et le contenu du courrier envoyé et l'autre groupe le jugeant non informatif et trop long.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

4.1.1. Le manque de temps :

Les médecins reçoivent de nombreux courriers, mails, coups de téléphone et ils ciblent dans les courriers reçus les éléments importants à la prise en charge de leurs patients : complications, changement de traitement, résultats d'examens complémentaires. Cela soulève le problème de la sollicitation permanente des médecins par tous les moyens modernes de télécommunications (téléphone, portable, fax, mails, courriers) et donc le manque de transmissions et de communication authentique. D'ailleurs certains médecins citent ce manque de temps par hyper sollicitation et ne souhaitent pas communiquer plus que par courrier concernant l'ETP (voir le tableau en annexe 4).

4.1.2. Le manque d'intérêt pour l'ETP :

Du manque de temps accordé à la lecture de ces courriers l'hypothèse est émise d'un manque d'intérêt envers un courrier sur un programme d'ETP qui n'est donc pas perçu par les médecins traitants comme un soin à part entière.

En effet l'éducation thérapeutique instaure une conception moderne du soin dans laquelle le patient devient acteur : l'ETP devient un moyen de prise de conscience par le patient des comportements à risque et vise à induire un changement durable dans ses habitudes de vie.

Nous ne sommes plus dans une conception ancienne patriarcale de la médecine dans laquelle le médecin, le « sachant » administre des « ordonnances » à son patient : celui-ci doit comprendre sa pathologie, ses causes, ses conséquences et participe à l'ensemble des éléments pouvant influencer la prise en charge ⁽¹⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ ⁽⁷⁾ ⁽²¹⁾. Le retard d'évolution des mentalités des médecins ou le manque de formation concernant l'éducation thérapeutique peut expliquer le faible intérêt voire la résistance à la lecture d'un courrier concernant l'éducation thérapeutique.

Notamment les remarques concernant le manque de pertinence et de fiabilité du diagnostic éducatif basé sur le déclaratif du patient traduit une méconnaissance des objectifs l'ETP : le but n'est pas de savoir si le patient ment ou pas, mais de déterminer à l'aide de l'entretien motivationnel et du diagnostic éducatif, ses besoins et ses aptitudes à acquérir des compétences.

4.1.3. Un courrier mal construit :

Evidemment l'hypothèse majeure est que le courrier est mal construit, mal agencé et ne suscite pas l'intérêt des médecins, n'attire pas leur attention et ne marque pas leur esprit. La lettre produite n'est donc pas adaptée à la communication avec les médecins traitants.

Effectivement ce courrier est un courrier type, informatisé, standardisé qui informe le médecin traitant que son patient a intégré ce programme d'ETP. Il synthétise le diagnostic éducatif initial qui est en fait un bilan de tous les facteurs de risque (c'est un tableau informatique avec des cases à cocher et simplement imprimé) et il décrit brièvement les ateliers auxquels le patient a participé.

Ce courrier est assez « automatique », systématique. En effet dans cet établissement tout le dossier médical, y compris ce qui concerne l'éducation thérapeutique est informatisé. Cela permet de systématiser l'impression et l'envoi de ce courrier, et permet de contourner le problème du manque d'effectif dédié à

l'éducation thérapeutique. Cependant ce courrier automatisé est sûrement trop stéréotypé et donc peu accessible ou agréable à la lecture.

Effectivement parmi les critiques des médecins se trouvent celles que le courrier n'est pas synthétique, est trop dense, trop long, rébarbatif, pas assez aéré (voir le tableau en annexe 3).

Cela implique une remarque concernant l'informatisation des données médicales : celle-ci permet la systématisation des prises en charge, l'automatisation des informations mais le manque de personnalisation des courriers déshumanise la communication.

4.2. Réponse à l'objectif secondaire :

L'objectif secondaire était de permettre une évaluation indirecte de l'impact de ce programme chez ces patients une fois retournés au domicile, en interrogeant le médecin qui les suit régulièrement et qui est le plus à même de s'apercevoir d'un changement.

Parmi les médecins interrogés, un seul de leur patient a évoqué le fait d'avoir suivi un programme ETP et aucun n'a remarqué de changement dans les habitudes de vie des patients. On peut en déduire un faible impact de l'éducation thérapeutique sur les patients et sur leur médecin traitant. Et sur ce point se joue tout l'intérêt d'améliorer le courrier de synthèse sur l'ETP et d'améliorer la communication avec le médecin généraliste qui est le pivot du suivi et de la prise en charge du patient.

La chute d'un patient est rarement un événement ponctuel purement accidentel. Elle est souvent la conséquence d'un ou plusieurs facteurs plus ou moins chroniques qui se cumulent ⁽²⁸⁾. Parmi ces facteurs certains sont liés aux habitudes de vie et à l'environnement du patient : sédentarité, manque d'exercice, carences nutritives, domicile non sécuritaire, dépendances aux médicaments psychotropes, alcool, négligence de traitements, etc.

L'éducation thérapeutique repose sur le postulat d'une nécessaire prise de conscience par le patient et d'un changement durable des habitudes à risque (19) (21).

Cette philosophie de prise en charge repose sur le cycle de Prochaska et DiClemente (27) qui est un modèle de changement individuel et qui décrit comment les gens modifient un comportement problématique ou acquièrent un comportement positif. La volonté des personnes à s'autoréguler constitue un élément central sur lequel repose l'ETP.

Evidemment l'espoir d'un changement est atténué par le fait qu'il s'agit de personnes âgées poly pathologiques et que parfois des difficultés matérielles entravent la mise en application des messages de l'ETP (par exemple travaux d'aménagement du domicile, ou enrichir l'alimentation en protéines).

De plus ces personnes sont hospitalisées pour une pathologie aiguë qui n'est pas forcément une conséquence directe d'une chute mais elles sont dépistées à risque de chute ou présentent différents facteurs de risque de chute. D'ailleurs, de nombreux patients refusent d'intégrer l'ETP par fatigue ou ne percevant pas le lien entre le motif d'hospitalisation et cette démarche.

Cependant les médecins interrogés sont les médecins traitants de personnes qui ont accepté de participer à l'ETP et qui ont suivi l'ensemble du programme, qui sont donc au moins au stade de contemplation. D'après plusieurs études (4) portant sur ETP des personnes âgées poly pathologiques, celles-ci sont demandeuses d'être des partenaires actifs dans leurs soins. L'ETP des PAERPA hospitalisées est possible et efficace si elle est combinée à une action sur les prescriptions et la coordination avec comme critère de pertinence une diminution des réhospitalisations non programmées (12).

Les ateliers ont été menés ponctuellement, en 3 après midi au cours d'une hospitalisation de 3 – 4 semaines.

Il serait utile et souhaitable que les médecins traitants prennent le relais, et permettent la consolidation de cette intention de changement. Encore faut-il qu'ils soient formés à l'ETP, intéressés à cette démarche et surtout informés

correctement que cette démarche a été initiée en institution. D'où l'importance capitale prise par ce courrier de sortie.

4.3. Comparaison avec la littérature :

4.3.1. Les enjeux de l'ETP :

Dans la littérature, l'ETP prévention des chutes se développe en France ^{(12) (22) (18)} et à l'étranger ^{(9) (11)}, surtout en EHPAD ^{(9) (26)} et en ambulatoire ^{(18) (22)} mais aussi en SSR ^{(18) (22)}. Elle fait partie intégrante de la stratégie thérapeutique de prise en charge globale de la personne âgée ^{(12) (28) (29)}.

L'ETP a démontré de faibles résultats concernant l'amélioration fonctionnelle de la marche, une amélioration notable de la perception d'une meilleure qualité de vie et une meilleure estime de soi, un impact sur la diminution du taux de réhospitalisation pour chute et sur la gravité des conséquences des chutes mais cet impact positif est faible et s'atténue dans le temps.

4.3.2. La communication avec le médecin traitant :

Dans la littérature nous retrouvons plusieurs articles soulignant l'importance de la communication entre un établissement de soin hospitalier et le médecin traitant pour la coordination du parcours de soin, l'amélioration de la qualité de la prise en charge, la limitation de la perte d'information et des événements indésirables ^{(2) (5) (6) (8) (15) (16) (17) (20)}.

Plusieurs articles soulignent les difficultés et les manques dans cette communication : problèmes organisationnels, retards, courriers de mauvaise qualité rédactionnelle, oublis et imprécisions, difficultés culturelles, erreurs déontologiques ^{(2) (15) (17) (20)}.

Des articles précisent les attentes des médecins généralistes en matière de communication avec l'hôpital ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾ : clarté, exhaustivité, synthèse, confraternité. Plusieurs guides d'élaboration des courriers ⁽¹⁵⁾ et de recommandations déontologiques ⁽²⁰⁾ sur la qualité des courriers existent mais tous ces articles concernent le courrier médical de sortie, de synthèse du séjour ou de transferts. Aucun ne traite spécifiquement du courrier concernant l'information sur un programme d'ETP. Un seul article souligne la difficulté à mobiliser le médecin généraliste dans un parcours de prise en charge multidisciplinaire de la personne âgée à risque de chute ⁽²²⁾.

4.4. Les limites de l'étude :

La discussion est limitée par le faible nombre d'études comparables et l'absence de données bibliographiques concernant le courrier adressé au médecin traitant sur un programme ETP. Cela ne permet aucune comparaison de résultats.

Une étude qualitative cherche à déduire et non pas à prouver. Elle permet de produire des pistes de réflexion. Le faible échantillon de médecins interrogés et le ciblage sur des médecins ayant au moins un patient ayant suivi le programme ETP « prévention des récurrences de chute » ne permet pas une extrapolation à l'opinion de l'ensemble des médecins généralistes sur l'amélioration d'un courrier concernant un programme d'ETP.

Il y a certainement un biais de sélection puisque les médecins interrogés sont des médecins auxquels a été envoyé un courrier concernant au moins un de leur patient ayant suivi un programme ETP. Le choix des médecins aurait pu se faire de manière aléatoire avec lecture d'un courrier anonyme leur demandant leur avis, mais les données concernant l'impact de l'ETP auraient été perdues. Nous aurions également été confrontés à des patients n'ayant pas tous participé au même programme d'ETP, ce qui aurait complexifié l'analyse des résultats.

Il a pu y avoir un biais de désirabilité sociale lors des entretiens face à face. Les médecins par sympathie pour moi ou pour la clinique où a été hospitalisé le

patient ont pu ne pas dire ce qu'ils pensaient vraiment du courrier ou du programme et donner un avis favorable pour « faire plaisir ».

Le guide d'entretien s'est voulu le plus ouvert possible mais les questions de relance ont pu orienter les réponses. De même mon attitude s'est voulue la plus neutre possible mais certains médecins ont pu adapter leurs réponses à mes réactions et cela induit encore une fois un biais de subjectivité.

5. Perspectives :

Les propositions des médecins s'articulent donc autour de 3 grands axes, qui montrent que le courrier n'est pas adapté :

- Synthétiser le diagnostic éducatif.
- Mettre en valeur les acquis des patients.
- Proposer un projet éducatif.

Ainsi j'ai rendu ces résultats de l'enquête d'opinion à l'équipe éducative de la clinique Saint Dominique.

J'ai proposé au médecin coordonnateur, à la qualicienne et l'ensemble de l'équipe une réflexion sur une nouvelle trame de courrier en tenant compte des critiques, des propositions, des idées et des attentes des médecins généralistes interrogés.

Ce courrier, pour des contraintes de personnel, doit rester de saisie facile et rapide.

Le courrier de synthèse de la participation du patient à l'ETP serait à intégrer au courrier de sortie de l'établissement. Ainsi des données cliniques seront déjà indiquées, comme les progrès fonctionnels du patient durant le séjour (périmètre de marche, amplitudes articulaires), l'évolution de son poids, les prescriptions médicamenteuses de sortie, les justifications des changements

thérapeutiques, les démarches administratives d'aides à domicile débutées par l'assistante sociale, le suivi diététique ou psychologique durant le séjour.

La synthèse concernant l'ETP serait un chapitre bien différencié du courrier de sortie, avec un intitulé spécifique.

A la fin du diagnostic éducatif une synthèse courte serait rédigée en staff d'ETP hebdomadaire et reprise par les secrétaires dans ce courrier.

Suivrait un tableau récapitulatif de l'ensemble des ateliers en 8 lignes, où des cases seraient simplement cochées pour indiquer ceux auxquels aura participé le patient.

Sur ce même tableau, 3 colonnes (« acquis », « en cours d'acquisition » et « non acquis ») permettraient pour chaque atelier suivi d'indiquer les progrès en matière de compétences et de connaissances du patient selon les réponses données en fin de chaque atelier et des résultats de l'évaluation finale.

Enfin des propositions de suivi et de projet éducatif seraient faites au médecin traitant en fonction des acquis du patient, des facteurs de risque dépistés, de ses besoins et de ses attentes, dont voici quelques exemples :

- Vérifier l'absence d'automédication.
- Poursuivre la rééducation de la marche et de l'équilibre par kinésithérapeute.
- Orienter vers un kinésithérapeute spécialisé dans la rééducation vestibulaire ou adresser à un ORL.
- Constituer un dossier APA afin d'obtenir des aides financières pour l'aménagement du domicile.
- Surveiller et encourager le suivi du menu enrichi en protéines constitué par la diététicienne de la clinique, avec surveillance de courbe pondérale, IMC, albuminémie et renouveler la prescription de compléments nutritionnels oraux si besoin.
- Suivre et encourager le renouvellement de corrections visuelles.
- Adresser le patient à un ophtalmologiste.
- Adresser le patient à un chirurgien orthopédiste.

- Vérifier régulièrement le bon état des aides techniques à la marche, des chaussures, etc.

Enfin l'ensemble du contenu du programme éducatif avec fiche résumé pour chaque atelier serait mis à disposition, en ligne sur site de la clinique (www.saintdo.com) et cela serait systématiquement indiqué dans le courrier de sortie. En effet un livret récapitulatif est remis au patient en fin de programme d'ETP avec ces fiches. Si ces fiches sont disponibles sur le site cela permettra au médecin traitant de connaître les messages transmis et de reprendre si besoin les fiches avec le patient.

Ces propositions d'amélioration sont soumises à l'équipe éducative de la clinique de Saint Dominique et en cours de réflexion pour en permettre la mise en œuvre. Une évaluation ultérieure pourrait être intéressante.

Un exemple du nouveau courrier type est proposé en annexe 7.

6. Conclusion :

Cette étude confirme les difficultés de communication entre un établissement de soin et les médecins généralistes. Les contraintes institutionnelles induisent un formalisme qui ne répond pas aux attentes des médecins traitants. Cette étude met aussi en évidence la méconnaissance des médecins généralistes sur les principes et enjeux de l'éducation thérapeutique. Enfin elle a permis d'élaborer un nouveau courrier type.

REFERENCES :

- 1) Albano MG, Deccache A, Godibile A, D'Ivernois JF.
Développement des publications sur l'éducation du patient dans les maladies chroniques de 1999 à 2009.
Ther Patient Educ 2009 ; 1: S101-S107.

- 2) Arora VM, Prochaska ML, Farnan JM, D'Arcy MJ 5th, Schwanz KJ, et al.
Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors : a mixed methods study.
J Hosp Med. 2010 ; 5 (7) : 385-91

- 3) Bilan démographique – La croissance démographique portée par les naissances. [en ligne]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285635>.

- 4) Bonnet D, Legrain S.
L'éducation thérapeutique chez le sujet âgé : un défi à relever. [en ligne]
<http://www.soc-nephrologie.org/PDF/epart/industries/gambro/2010/06-bonnet.pdf>

- 5) Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T.
Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes.
spub 2015 ; 27 (5) : 701-11

- 6) Crosnier A, Morio B. Attentes des professionnels de santé concernant la communication dans une maison de santé pluriprofessionnelle : exemple du bassin de santé de la Save. Th D : Université Toulouse III - Paul Sabatier : 2016.
- 7) Education Thérapeutique du Patient : Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques.
Recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. [en ligne]
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
- 8) Fabre Laure, Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Th D : Université Toulouse III - Paul Sabatier : 2014
- 9) Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al.
Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12;(9):CD007146
- 10) Golay A, Lagger G, Giordan A.
Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique. Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques. [en ligne]
<http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/giordan/LDES/publi/rech/pdf/eduThera.pdf>
- 11) Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F.
The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital readmission in older patients with heart failure : a systematic review and metaanalysis of published reports.
Eur Heart J. 2004 (18):1570-95.

12) Haute Autorité de Santé

Cadre référentiel ETP PAERPA, Prévention des chutes. [en ligne]

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa_chutes.pdf

13) Haute Autorité de Santé

Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. [en ligne]

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

14) Haute Autorité de Santé

Éducation thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ? [en ligne]

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf

15) Haute Autorité de Santé

Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé, 2014. [en ligne]

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf

16) Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F.

Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ?

Lpm 2009 ; 38 (10) : 1404-09

17) Hubert Gaël, La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. Th : Université Paris 13 – Bobigny : 2006.

18) Lagardere P, Pardessus V, Beghin V, Sepieter C, Petit V, Puisieux F. Introduire une démarche éducative dans la prise en soin du sujet âgé chuteur. Rev Geriatr 2013 ; 38 (1) : 47-57

19) Lagger G, Pataky Z, Golay A.
Efficacité de l'éducation thérapeutique.
Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 688-90.

20) Les courriers entre médecins. [en ligne]

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/courriers.pdf>

21) Maldonato A, Piana N, Donatella B, Baldelli A. Research in therapeutic patient education: current challenges
Ther Patient Educ 2009 ; 1(2) : S213-S217

22) Marissal JP, Defebvre MM, Pelisset A, Caron B, Pollez B, Beaucamp F, et al.
Parcours de prise en charge multidisciplinaire de la personne âgée à risque de chute entre la ville et l'hôpital : éléments de répliquabilité.
Rev Geriatr 2016 ; 41 (3) : 133-46

23) Parcours de soins coordonnés : définition. [en ligne]

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf

- 24) Pariel S, Boissière A, Delamare D, Belmin J.
L'éducation thérapeutique en gériatrie : quelles spécificités ?
Lpm 2013 ; 42 (2) : 217-23
- 25) Pierre Paillé.
La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche
professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires.
Recherches Qualitatives 2007 ; 27 (2) : 133-51
- 26) Podvin-Deleplaque J, Dreuil D, Huvent D, Puisieux F.
Prévention des chutes en EHPAD.
Rev Geriatr 2015 ; 40 : 355-62.
- 27) Prochaska, JO, DiClemente, CC, Norcross GC. In search of How
People Change : Applications to addictive behaviors. American
Psychologist ; 1992, 1102-1114.
- 28) Rubenstein LZ.
Falls in older people : epidemiology, risk factors and strategies for
prevention.
Age Ageing. 2006 ;35 Suppl 2:ii37-ii41.
- 29) Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad
V, Gano A Jr, et al.
Interventions used in disease
management programmes for patients with chronic illness-
which ones work ? Meta-analysis of published reports.
BMJ. 2002;325(7370):925.

ANNEXES :

1) Guide d'entretien qualitatif semi dirigé, aux médecins généralistes :

Généralités sur votre activité :

Nom et Prénom :

Sexe :

Age :

Nombre d'années d'exercice :

Type d'exercice (libéral strict, salarié à mi-temps, EHPAD, ...) :

Rural, semi urbain, urbain :

Quelle est la moyenne d'âge de vos patients ?

Suivez-vous des patients avec des pathologies chroniques ?

Avez-vous un domaine de prédilection ou des formations complémentaires (DU de nutrition, capacité de gériatrie, diplôme pour dispenser une éducation thérapeutique, DU médecine du sport, ou autre) ?

Guide d'entretien :

Votre patient a intégré un programme d'ETP sur la chute en SSR, lors de son séjour à la clinique St Dominique.

Un courrier d'information ainsi que le diagnostic éducatif vous ont été adressés.

Au sujet de votre patiente est ce que vous aviez demandé une hospitalisation à la suite de laquelle elle a été en convalescence, ou a-t-elle été adressée directement à la clinique St Dominique ?

Pour cette patiente dont vous avez reçu le courrier, est ce que vous faites des visites ?

Est-ce que vous avez reçu le courrier ?

Qu'est-ce que vous pensez de la forme ? La mise en page et la présentation ?

Et cela vous paraît clair et facile à lire ?

Est-ce que vous savez quels sont les ateliers auxquels elle a participé ?

(Je décris les ateliers).

Est-ce que cela vous paraît suffisant ?

Est-ce qu'il y a des choses que vous auriez aimé lire dans ce courrier et qui n'y sont pas ?

Est-ce que vous avez déjà reçu ce genre de courrier pour un autre patient, depuis un autre établissement ?

Pas de comparaison possible ? Pour savoir si d'autres font mieux ?

Est-ce qu'il y aurait un intérêt à ce qu'on vous contacte au début de la prise en charge dans le programme d'ETP ? Pour avoir des renseignements en plus ?

En cas de besoin de communiquer avec un établissement, quel moyen préférez-vous ?

Est-ce que la patiente vous a parlé du programme ou de ce qu'elle a appris ?

Est-ce que vous avez remarqué des changements dans votre relation avec elle ?

Le fait qu'elle participe à de l'ETP, est ce qu'elle est plus à l'écoute de vos conseils ?

Pour finir, est ce que vous trouvez ce courrier utile ?

Que pensez-vous de la synthèse ?

Fin.

2) Diagnostic éducatif :

Clinique Saint Dominique

Soins de Suite et Réadaptation
18 avenue Henry Dunant
06100 NICE

Tel: 04 92 07 57 57 - Fax: 04 93 51 78 26

Docteur Christel FENOLLAR-SALVIETTI
Médecin - Coordonnateur

Nice, le 15/03/2018

Docteur Inès BELKHEIR
Docteur Carole-Anne BOUDY
Docteur Thomas COLLERY
Docteur Giovanna INGENUO
Docteur Laure MAURIZI
Docteur Anne-Sophie ROTH
Médecins - Adjointes
Maxime HERON - Remplaçant

Dr I S , Généraliste

Cher(e) confrère,

Nous vous informons que votre patient(e), Madame A né(e) le 06/05/ séjournant actuellement dans notre établissement depuis le 27/02/2018, a accepté de participer au programme d'Education Thérapeutique que nous lui avons proposé concernant la prise en charge du risque de chute.

Ce programme, adapté aux besoins et aux demandes du patient, comporte des ateliers théoriques et pratiques réalisés par une équipe pluridisciplinaire formée. L'objectif est d'aider votre patient à identifier ses facteurs de risques de chute, les conséquences directes et indirectes d'une chute, et les moyens de prévention et de réduction des risques afin d'améliorer sa qualité de vie au quotidien et maintenir son autonomie.

Veuillez trouver en copie le diagnostic éducatif de Madame A réalisé par l'ensemble des intervenants. En fin de programme, nous vous adresserons son bilan éducatif afin que vous puissiez poursuivre au mieux son accompagnement compte tenu de l'ensemble des éléments qui vous seront communiqués.

Restant à votre disposition pour toute information complémentaire,

Confraternellement,

Dr MAXIME HERON

Diagnostique éducatif - Risque de chute :

Environnement socio familial - Contexte familial actuel et aidants à domicile :

Avez-vous des contacts réguliers avec le monde extérieur (amis, famille, voisins...) ? : Oui ; Voisins , amis.

Connaissez-vous les principaux services médico-sociaux de votre région ? : Oui ;

Lorsque vous avez des préoccupations administratives, financières ou autres, quelqu'un peut-il vous aider ? : ; Je me débrouille

Avez-vous informé votre entourage de vos troubles de l'équilibre, vos difficultés à la marche ? avez-vous demandé de l'aide ? : Oui ;

Demandez-vous de l'aide pour les activités qui vous semblent dangereuses ? : Oui ;

Environnement socio familial - Habitat :

Habitat : Présence d'ascenseur

Vous vivez : En ville

Avez-vous des escaliers ou des marches chez vous ? : Oui

Les escaliers sont-ils bien éclairés ? : Oui

Les marches d'escaliers sont-elles entretenues ? : Oui

Des mains courantes sont-elles présentes le long de tous les escaliers ? : Oui

Des mains courantes sont-elles présentes sur toute la longueur des escaliers ? Oui

L'éclairage est-il suffisant et adapté dans toutes les pièces ? : Oui

Pouvez-vous allumer la lumière sans vous lever du lit la nuit ? : Oui

Les interrupteurs sont-ils faciles à trouver ? : Oui

Les objets utilisés régulièrement sont-ils à portée de main ? :

Les vêtements et chaussures ? : Oui

La batterie de cuisine et les couverts ? : Oui

Les provisions alimentaires ? : Oui

Le téléphone a portée de main même au lit ? : Oui

Existe-t-il des surfaces glissantes ? : Non

Est-ce que le sol est antidérapant ? : Non

Est-ce que la moquette adhère bien au sol ? :

Des objets, fils ou cordons sont présents au sol ? : Non

Tous les meubles sont-ils stables ? : Oui

L'aménagement est-il fait de manière à laisser le passage libre ? : Oui

Les lieux de passage obligatoires sont-ils débarrassés (porte, escalier, couloir) ? : Oui

Les appareils électriques mobiles (radiateur, ventilateur...) sont-ils rangés contre le mur ? : Oui

Des tapis, carpettes... sont présents au sol ? : Oui

Tous les tapis sont-ils fixés ou pourvus d'un anti glisse ? : Non

Présence de barres dans la salle de bains (au dessus de la baignoire ou dans la douche) ? : Non

La baignoire et la douche sont-elles équipées d'un tapis anti glisse ? : Non

La hauteur des toilettes est adaptée : Oui

La hauteur du fauteuil et du lit sont-elles adaptées ? : Oui

Avez-vous une téléalarme ? : Oui

Les numéros de téléphone importants sont-ils près de l'appareil (famille, voisins, ambulances, police, médecin...) : Oui

Avez-vous l'intention de réaliser des travaux d'aménagement dans votre domicile ? : Non

Mode de vie :

Loisirs, activités de temps libre : Oui ;

Vie sociale : Oui ; Sort avec des amis, restaurant, promenade

Activité physique régulière : Non ;

Aides techniques à la marche : Non ;

Sont-elles en bon état (stabilité, embouts en caoutchouc) ? :

Avez-vous besoin d'aides humaines et/ou techniques à votre domicile ? : Non ;

Facteurs de risque et retentissement fonctionnel :

Combien de fois êtes-vous tombé cette année ? : 1

Où : Cuisine

Quand :

Comment : Malaise

Pourquoi :

Conséquence de chute : Traumatisme tête

Côte fêlée

Avez-vous des douleurs (articulaires chroniques) ? : Oui ; Polyarthrite
Avez-vous des vertiges, troubles de l'équilibre, notamment quand vous changez de position ? : Non ;
Avez-vous eu des tremblements ? : Non ;
Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe (considéré comme anormal si tient moins de 5 sec) ? : Oui ;

Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans l'aide des mains ? : Oui ;

Vos chaussures et vêtements sont faciles à mettre et à enlever ? : Oui ;
Mettez-vous toujours des chaussures adaptées (fermées derrière avec semelles non glissantes) ? : Oui ;

Prenez-vous soin de vos pieds ? : Oui ;
Avez-vous un siège à disposition pour vous laver et vous habiller ? : Oui ;
Souffrez-vous d'incontinence urinaire ? : Non ;
Portez-vous des lunettes et sont-elles adaptées à votre vue ? : Oui ;
Avez-vous des appareils auditifs ? : Oui ;

Avez-vous perdu du poids ? Combien de kilos et en combien de temps ? : Non ;
Mangez-vous au moins 3 repas par jour ? : Oui ;
Mangez-vous au moins 3 produits laitiers par jour ? : Non ;
Mangez-vous régulièrement de la viande, du poisson ou des oeufs ? : Oui ;
Buvez-vous au moins 1.5L par jour ? : Oui ;

Avez-vous plus de 4 médicaments ? Citez votre traitement ? : Non ;
Pour vos médicaments, suivez-vous des instructions du médecin ? : Oui ;
Consultez-vous votre médecin avant de prendre des médicaments en vente libre ? : Oui ;

Retentissement psychologique :

Avez-vous peur de tomber ? de sortir de chez vous ? : Oui ;
Évitez-vous certaines activités par peur de tomber ? : Oui ;

Renforcer sa motivation :

Comment qualifiez-vous votre état de santé ? : Fragile
Quelles sont vos attentes par rapport à l'ETP chute ? : Aime apprendre, voulait faire de la recherche médicale.

Synthèse :

Patiente qui peut encore avoir certaines activités si accompagnée,
aime la vie sociale
Fille à Hambourg
Se sent fragile mais appartement et organisation semblent adaptés.

3) Verbatims des critiques de forme :

Critique de la forme	
M01	« Facile à lire » « (Le) coupler avec le compte rendu d'hospitalisation »
M02	« Ça me paraît long et rébarbatif, il faut peut-être aérer le texte, les titres un peu plus voyant... » « Pas la peine de tout retranscrire si les réponses sont normales »
M03	« La mise en forme ne me choque pas. Ce n'est ni trop long ni trop court et c'est lisible. »
M04	« Très bien, ce n'est pas trop long »
M05	« C'est un peu long là, mais il est bien, c'est intéressant, c'est clair, mais long »
M06	« Le texte d'introduction est trop long, le motif de ce courrier n'est pas clair en introduction. La description est trop longue aussi » « Il suffit de dire qu'il y a 2 ateliers de 2h puis une évaluation, et donner les grandes lignes du programme. »
M07	« C'est trop long, il y a trop de détails sur l'interrogatoire du patient, on peut s'en passer »
M08	« La première page est claire, mais la deuxième est trop dense. Pas lisible et trop longue. »
M09	« Non aucun problème avec la forme, mais il y a des fautes de frappe »
M10	« C'est bien comme ça, c'est clair, pas trop long. Facile à lire » « Déjà il faudrait que ce soit sur 2 feuilles. Si l'intro en première page ne vous intéresse pas, rien ne vous incite à tourner la page et vous jetez le courrier »
M11	« Un peu dense, il faudrait aérer et éclaircir le texte »

4) Préférences en termes de communication :

	Outils de com. rapide	Outils pour les CR	A contacter avant ETP ?
M01	Tel ou Mail	Mail ou Courrier	Oui
M02	Tel	Fax	Oui
M03	Mail	Courrier	Non
M04	-	Courrier ou Fax	Oui
M05	Tel	Courrier ou Mail	Non
M06	-	Courrier	Non
M07	Mail	Mail	Non
M08	Tel	Courrier	Oui
M09	Tel, Fax ou Mail	Courrier	Oui
M10	Tel	Courrier ou Mail	Non
M11	Tel	Courrier ou Mail sécurisé	Oui

com. : communication ; CR : compte rendu ; Tel : téléphone

5) Verbatims des critiques de fond :

Critique de la valeur du questionnaire	
M03	« Je me pose des questions sur la valeur du questionnaire, parce que c'est fonction de la capacité de réponse des patients, de leur bonne foi, et de leur capacité de jugement. [...] C'est subjectif, donc ça suppose 2 choses : la capacité cognitive du patient et sa bonne foi. Donc c'est biaisé. [...] « Pouvez-vous tenir 5s sur une jambe ? » elle répond oui mais l'a-t-elle jamais fait ? Personne ne fait ce genre d'exercice. Pareil pour se lever de la chaise sans l'aide des mains. »
M04	« Parce que je me suis rendu compte qu'il ment... « Combien de fois êtes-vous tombé cette année ? Zéro (rire) »
M08	« Les patients répondent ce qu'ils veulent »
Demande de synthèse	
M01	« J'aimerais savoir comment elle s'est comportée pendant les ateliers, s'il s'est passé des événements particuliers pour ma patiente, savoir si l'ETP lui a apporté un progrès ou pas. »
M02	« Certaines questions sont répétitives. Pas la peine de tout retranscrire si les réponses sont normales. Il faudrait en faire une synthèse. [...] S'il est plus aéré et avec des synthèses ça sera mieux, en faisant ressortir les points importants rapidement. »
M03	« Après moi ce que j'aimerais savoir c'est si elle n'arrivait pas à tenir 5s sur une jambe au début et qu'à la fin de séjour elle peut le faire. »
M07	« Quelque chose de plus synthétique, sur les problèmes retrouvés à l'interrogatoire. »
M10	« Le texte d'intro est inintéressant »
M11	« Qu'on me précise ce qui a été fait, mais après... Je les connais... Mais si des choses ont changé ça je veux le savoir. Mais allez à l'essentiel ! »
Demande de conduite à tenir	
M07	« On fait un bilan mais ça ne donne pas les solutions à mettre en place. J'aimerais lire une synthèse avec les recettes... enfin les recettes, les techniques qui ont été retenus pour cette personne... Pour que je puisse éventuellement revoir ça avec elle. C'est le côté pratique, synthèse et application. Les techniques à mettre en œuvre au retour au domicile. Il me faut des solutions à mettre en pratique ou qu'on lui a soumises, et que je dois appuyer au retour au domicile. Que je puisse suivre et faire un rappel. Peut-être une prescription particulière. »
M08	« Il manque une vraie conclusion et une conduite à tenir. Là j'ai le diagnostic mais il manque le bilan. A moins qu'il soit sur un autre courrier et qu'il ne soit jamais arrivé. Ça c'est le diagnostic éducatif mais je n'ai pas de bilan. Il manque la conclusion. »
Autres propositions	
M04	« J'aimerais qu'il ait de l'éducation sur l'observance (rire...). Qu'il prenne conscience du danger et qu'il soit observant. »
M08	« Je pense que ça serait vraiment mieux directement au domicile pour se rendre compte. Donc si on pouvait avoir un passage à domicile après l'atelier ça serait parfait. »

6) Contrat éducatif patient / soignants :

Clinique Saint Dominique Soins de suite, réadaptation et de Soins Palliatifs	CONTRAT EDUCATIF PATIENT / SOIGNANTS	Réf : OPEP 084 Version : 2 Page 1 sur 1
--	---	---

Identité du patient :

Nom : _____ Prénom : _____

Date : / /

Vous avez l'opportunité de participer à un programme d'éducation thérapeutique relatif à la prise du risque de chute. Plusieurs ateliers animés par des infirmières, aides-soignants, médecins, diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, professeur d'activité physique adaptée, psychologue vous seront proposés durant votre séjour dans notre établissement. Ce programme est mis en place afin de vous apporter des informations complémentaires et vous aider à mieux prendre en charge le risque de chute.

Nous vous informons qu'à tout moment vous avez la possibilité de quitter le programme sans préjudices. L'équipe met à disposition plusieurs ateliers :

Nom de l'atelier	Descriptif
Chute – Mode d'emploi	Physiologie de l'équilibre, facteurs de risque et conséquences des chutes, médicaments / par médecin / IDE
Musclez moi ce plat !	Lutter contre dénutrition protéino énergétique et fonte musculaire / Diététicienne
Nos os, nos amis pour la vie	Lutter contre carence en calcium / vitamine D et ostéoporose / par Diététicienne
Eh hop ! Debout !	Méthode pour se relever en cas de chute sans fracture – kinésithérapeute / professeur APA / aide soignante
Debout jusqu'au bout !	Bienfaits d'une activité physique adaptée et exercices de renforcement musculaire et d'équilibre / kinésithérapeute et ou professeur APA
Aménagement du domicile	Sécuriser et adapter son domicile / Ergothérapeute
Chaussage et habillement adapté	Choisir un habillement et un chaussage sécuritaire / aide soignante / infirmière
Estime de soi	Groupe de parole / psychologue
Evaluation des acquis	Jeu de parcours avec cartes – questions pour évaluer acquisitions

"J'autorise l'établissement à informer mon médecin traitant, de ma participation au programme d'éducation thérapeutique ainsi que mon bilan en fin de séjour."

"Je n'autorise pas l'établissement à informer mon médecin traitant, de ma participation au programme d'éducation thérapeutique ainsi que mon bilan en fin de séjour."

Signatures précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

7) Exemple d'un nouveau courrier de synthèse d'ETP :

Votre patient Mr X. a participé durant le séjour à une programme d'éducation thérapeutique de prévention des chutes animé par une équipe pluridisciplinaire formée.

Suite à un diagnostic éducatif ont été dépisté chez Mr X les facteurs de risque de chute suivants :

- consommation excessive de psychotropes.
- une polyarthrose invalidante notamment au niveau de la hanche droite.
- des troubles visuels avec baisse acuité visuelle non corrigée.
- un domicile non adapté avec la présence de tapis au sol.
- une dénutrition protéino-énergétique modérée.
- une appréhension à la marche avec un syndrome post chute et une sédentarité excessive.

Les ateliers suivants lui ont été proposés et les acquis évalués comme indiqué dans tableau suivant :

Atelier ETP	Atelier proposé	Atelier suivi	Acquis	En cours d'acquisition	Non acquis
Médical : physiopathologie de l'équilibre, médicaments à risque	✓	✓		✓	
Aménagement domicile	✓	✓	✓		
Diététique : Prévention dénutrition, carence calcium	✓	✓		✓	
Exercices d'équilibre	✓	✓		✓	
Exercice « comment se relever ? »	✓	✓	✓		
Chaussage, habillage	✓	✓		✓	
Estime de soi	✓	✓		✓	

Pour poursuivre cette stratégie thérapeutique de prévention globale et cette démarche éducative :

- Encourager l'arrêt ou la diminution des somnifères débutés en clinique.
- Renouveler la prescription de rééducation de la marche et de l'équilibre par un kinésithérapeute.
- Surveiller et encourager le suivi du menu enrichi en protéines constitué par la diététicienne de la clinique, surveillance de la courbe pondérale du poids, de l'IMC, de l'albuminémie et renouveler la prescription de compléments nutritionnels oraux si besoin.
- Adresser le patient à un ophtalmologiste.
- Adresser patient à un chirurgien orthopédiste pour pose de PTH.

L'ensemble du programme éducatif proposé ainsi que des fiches de synthèse des ateliers sont sur le site « [www. Saintdo.com](http://www.Saintdo.com) / ETP chute ».

8) Verbatims :

Les Verbatims sont consultables en sollicitant l'auteur.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

RESUME :

Introduction : Les programmes d'ETP prévention des chutes chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) se développent en France et en région PACA. La clinique Saint Dominique, Centre de SSR sur Nice propose un programme pluridisciplinaire aux patients hospitalisés dépistés à risque de chute. Il s'inscrit dans un parcours de soin avec le médecin traitant qui reçoit un courrier de synthèse du bilan éducatif partagé et un bilan de tous les ateliers suivis conformément au cahier des charges des programmes ETP en établissement de santé recommandé par l'HAS et promulgué par les ARS.

Objectif : L'objectif de cette thèse est d'évaluer la communication entre un établissement qui pratique l'éducation thérapeutique du sujet âgé à risque de chute et les médecins traitants des patients qui y participent, au cours d'une hospitalisation complète, en se basant sur le courrier de synthèse qui leur est adressé.

Méthode : Etude qualitative avec entretiens semi dirigés auprès des médecins traitants ayant reçu un compte rendu d'ETP pour leurs patients.

Résultats : 11 entretiens individuels ont permis de mettre en évidence l'utilité de ce courrier mais également de faire ressortir des critiques : les médecins attendent une synthèse du diagnostic éducatif et des compétences acquises par les patients, et une proposition de modalité de suivi éducatif à domicile, formulé dans un courrier simple, clair et court. Plusieurs médecins souhaitent également être impliqués dans le diagnostic éducatif et renforcer le niveau de communication avec l'établissement de soin.

Conclusion : Cette étude confirme les difficultés de communication entre un établissement de soin et les médecins généralistes. Les contraintes institutionnelles induisent un formalisme qui ne répond pas aux attentes des médecins traitants. Cette étude met aussi en évidence la méconnaissance des médecins généralistes sur les principes et enjeux de l'éducation thérapeutique. Enfin elle a permis d'élaborer un nouveau courrier type.

Mots clés : **ETP, Chute, Courrier, Communication, Médecin traitant.**