



HAL
open science

Éducation Thérapeutique en Gériatrie : comment mieux comprendre nos patients

Nishal Neeliah

► **To cite this version:**

Nishal Neeliah. Éducation Thérapeutique en Gériatrie : comment mieux comprendre nos patients. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03196787

HAL Id: dumas-03196787

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03196787>

Submitted on 13 Apr 2021

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.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2021

Thèse n°39

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par NEELIAH Nishal

Né le 25 juin 1991 à Curepipe (Ile Maurice)

Le 31 mars 2021

**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN GÉRIATRIE :
comment mieux comprendre nos patients**

Sous la direction du
Docteur
Stéphanie MOSNIER-THOUMAS

Membres du jury :

Mademoiselle le Professeur SAUX Marie-Claude
Madame le Docteur MOSNIER-THOUMAS Stéphanie
Madame le Docteur ROUCH Laure
Madame le Docteur JENN Joanne

Présidente
Directrice de thèse
Juge
Juge

REMERCIEMENTS

Au Pr Marie-Claude SAUX,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Dr Laure ROUCH

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Dr Joanne JENN,

Je te remercie de m'avoir accueilli dans ton service. Certes, ces 5 mois sont passés comme un éclair mais j'en garderai un très bon souvenir. Tu me fais l'honneur de faire partie des membres du jury de ma thèse.

Au Dr Stéphanie MOSNIER-THOUMAS,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir accompagné pour mener à bien ce projet. Merci pour la disponibilité et la réactivité dont tu as fait preuve.

A toutes les équipes des différents hôpitaux de mon parcours,

CHU de Bordeaux (Hôpital Pellegrin, Hôpital St-André, Hôpital Haut-Lévêque, Hôpital Xavier-Arnoz), CH de Périgueux, CH de Libourne

Les préparateurs/préparatrices :

Vanessa, Caroline, MNJ, Aurore, certainement un de mes meilleurs stages passés avec vous. Florian, Coralie, Elodie, Anthony pour tous ces moments de fou rires.

Les co-internes :

Léa, pour ces deux fabuleux semestres passés avec toi, pour ta gentillesse et ta bonne humeur sans faille.

Océane, Thomas, Domitille, pour tous ces bons moments passés ensemble.

Pauline, Jeremy, Jean, Qandil, Olivier, pour ces merveilleux moments lors de mon premier semestre d'internat.

Les pharmaciens :

Arnaud, Vincent, Stéphane, Solène, Sigolène, Jérémy, Isabelle, Bérange, Clément, Chloé : merci pour tout ce que vous m'avez transmis tant sur le plan personnel que professionnel.

Marie-Amélie et Julien : merci pour votre disponibilité et votre réactivité dans la relecture de ce travail.

A mes amis de faculté,

Jean-Baptiste, Aurélie, Laurie L, Guillaume, Clémentine, Jodie, Laurie M, Rosy :

Pour tout ce que nous avons partagé, les moments de joie comme les moments de stress à la veille des examens. J'espère qu'on restera toujours en contact peu importe le lieu d'exercice de notre métier.

Hatim :

Pour tes conseils précieux, depuis notre première année de fac.

Zubeen et Arvin :

Pour tous ces moments et soirées passés ensemble.

A toute ma famille et mes proches,

Mes parents :

Pour votre patience et votre soutien pendant toutes ces années d'études, même si 10000 km nous séparent. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir permis d'être là où je suis aujourd'hui. Je vous en suis sincèrement reconnaissant.

Ishtina, Kevin, Thanish et Kairav :

Merci pour vos encouragements et le support sans faille que vous m'avez apportés durant ces longues années.

Ma Grand-Mère :

Celle qui a quitté ce monde trop tôt mais qui serait fière de moi.

Mes beaux-parents, et Yeshma, Avinash et Jihan :

Merci pour la gentillesse dont vous faites preuve envers moi, votre bienveillance et votre soutien quotidien.

Didier et Sylvie :

Mes parents de cœur, merci d'avoir été là pendant toutes ces années depuis mon arrivée en France.

Kushmee, Mimi, Miloud :

Sans vous, je ne serais peut-être pas en France aujourd'hui. Merci beaucoup pour tout.

Sheila, Ludovic, Rayyan, Prity, Olivier :

Merci pour tous les merveilleux moments qu'on a pu avoir ensemble.

Navishma :

Toi, qui as su m'épauler dans les moments les plus durs de la vie. Tout ce travail n'aurait pas été possible sans ton soutien et ton aide si précieuse jusqu'au bout de cette rédaction. Ta gentillesse, ton amour ainsi que ta tendresse me réconfortent de jour en jour. A nous l'avenir !

Merci à tous ceux et celles que j'ai oublié et que je n'ai pas cité ici.

Cesser d'apprendre, c'est cesser de vivre

– Wladimir Wolf Gozin

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIÈRES	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	8
LISTE DES FIGURES	9
INTRODUCTION	10
A. Généralités	10
B. Épidémiologie	11
Partie I : L'éducation thérapeutique du patient	13
A. Définition	13
B. Cadre réglementaire français	13
C. L'ETP en région	16
D. L'ETP au CHU de Bordeaux	18
Partie II : Pourquoi et comment éduquer la personne âgée ?	19
A. Besoin en éducation thérapeutique chez la personne âgée	19
B. L'éducation thérapeutique dans le service de SSR du CHU de Bordeaux : exemple d'un programme d'ETP	23
C. Programme OMAGE	25
OBJECTIFS	27
MATÉRIELS ET MÉTHODES	28
A. Type d'étude et population cible	28
1. Les critères d'inclusion	28
2. Les critères d'exclusion.....	28
B. Méthode de recueil de données	28
1. L'entretien de compréhension : modalités	28
2. Le questionnaire de satisfaction	29
C. Méthode d'analyse des données	30
RÉSULTATS	31
A. Spécificités de l'étude	31
1. La répartition des patients	31
2. Les différentes causes d'hospitalisation	32
3. Caractéristiques des entretiens	32
B. Comparaison des données issues du jeu de cartes versus guide d'entretien	33
1. Classification thématique des cartes.....	33
2. La priorité du patient	40
3. Problèmes relevés uniquement lors du guide d'entretien.....	41

C. Questionnaire de satisfaction	41
1. Taux de participation.....	41
2. Modes de remplissage du questionnaire.....	42
3. Les modalités pratiques	42
4. Le relationnel.....	46
5. Le point de vue général	48
DISCUSSION	50
A. Analyse de la méthodologie	50
1. Taux de participation.....	50
2. Représentativité de notre échantillon selon le genre	50
3. Durée de l'étude	50
4. Les entretiens.....	51
5. L'enquête de satisfaction.....	52
B. Synthèse des résultats	52
1. La priorité des patients	52
2. Jeu de cartes versus guide d'entretien	53
3. Notion d'empowerment.....	56
4. Enquête de satisfaction	57
5. Autre outil en ETP.....	58
6. Limites de l'étude.....	59
7. Perspectives	60
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	74
SERMENT DE GALIEN	94

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accidents Vasculaires Cérébrales
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COMETE	COMPétences psychosociales en Éducation du paTiEnt
COVID-19	COronaVirus Disease 2019
CSP	Code de la Santé Publique
DMP	Dossier Médical Partagé
EC	Entretien de Compréhension
EGS	Évaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Établissement d'Hébergement Pour Âgées Dépendantes
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
GE	Guide d'Entretien
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
JC	Jeu de Cartes
LEEM	Les Entreprises du Médicament
OMAGE	Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA	Parcours de Santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UTEP	Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La part des seniors en France selon l'étude LEEM

Figure 2 : La vulnérabilité des personnes âgées fragiles face à un changement soudain au niveau de leur santé après une pathologie mineure

Figure 3 : Proportion de patients inclus selon le genre

Figure 4 : Représentation des motifs d'hospitalisation

Figure 5 : Représentation de la mobilité

Figure 6 : Représentation des troubles nutritionnels et digestifs

Figure 7 : Représentation de l'adhésion thérapeutique

Figure 8 : Cartes explorant les ressources du patient

Figure 9 : Cartes explorant les troubles psychologiques

Figure 10 : Cartes explorant les troubles sensoriels

Figure 11 : Cartes explorant les autres problèmes

Figure 12 : Graphique représentant la priorité des patients lors du JC

Figure 13 : Proportion de patients ayant évoqué leur priorité comme élément d'information lors du GE

Figure 14 : Modalités de remplissage du questionnaire

Figure 15 : Proportion des patients intéressés par le JC

Figure 16 : Les points positifs du JC

Figure 17 : L'évaluation de la durée du temps d'échange lors du JC

Figure 18 : L'évaluation du nombre de cartes présentées aux patients

Figure 19 : Proportion de patients ayant eu un sentiment d'être perdu pendant le JC

Figure 20 : Proportion de patients qui ont pu s'exprimer lors du JC

Figure 21 : Proportion de patients qui ont apprécié d'être écoutés

INTRODUCTION

A. Généralités

1. *Personne âgée*

Selon Singh *et al.* (1), « *le vieillissement, un processus inévitable, est généralement jaugé par l'âge chronologique et de façon conventionnelle, une personne ayant 65 ans ou plus est considérée comme étant 'âgée'* ». Cette définition s'appuie elle-même conjointement sur celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) et Orimo *et al.* (3).

2. *Maladie chronique*

Selon l'OMS, une maladie chronique est une maladie qui demande une gestion de soins de santé continue pendant une longue durée, soit sur plusieurs années ou décennies. En général, elle est assimilée aux maladies non transmissibles même si elle a tendance à englober une partie des maladies transmissibles qui deviennent chroniques par exemple le VIH/SIDA ou l'hépatite C (4).

Le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardiovasculaires, la sclérose en plaques, l'endométriose, certains cancers, les maladies rares ou orphelines et les maladies psychiques de longue durée (par exemple la schizophrénie) font partie des maladies chroniques (5).

En 2016, dans son ouvrage, Revillot J.M (6) énumère « *quatre caractéristiques communes aux maladies chroniques* :

- a) *La durée : elle doit dépasser six mois pour parler de la chronicité.*
- b) *La répétition : elle concerne les symptômes mais aussi les habitudes de vie et les soins.*
- c) *Le risque des complications : il peut toucher le niveau organique, psychologique, cognitif et social.*
- d) *Le retentissement sur la vie quotidienne : il touche l'aspect physique, psychologique ou social, entraînant une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle, d'une aide psychologique, d'une surveillance spécifique, d'une prévention particulière et de tous soins paramédicaux et médicaux. Cette dépendance accentuée par une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale est souvent associée à un risque de rupture dans la trajectoire de vie. »*

3. Soins de suite et de réadaptation

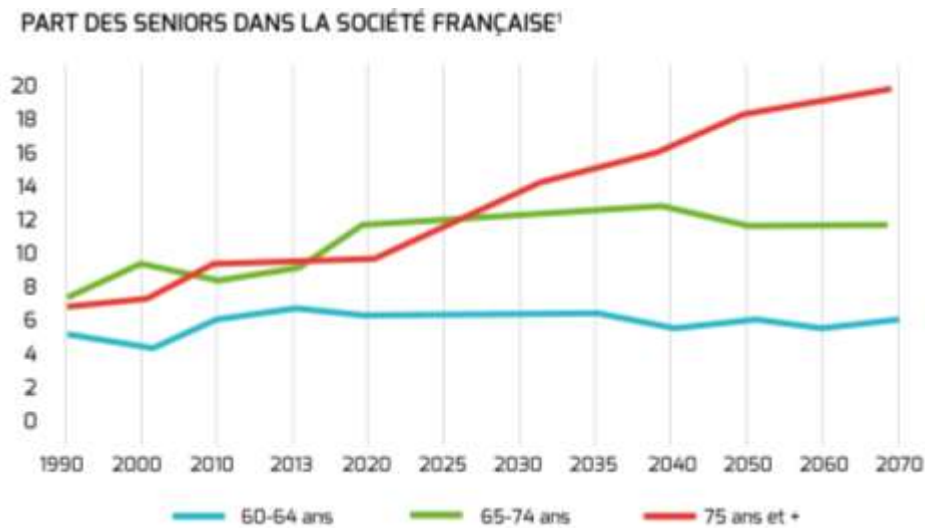
Les patients en centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) bénéficient des prises en charge en vue d'une réautonomisation et une amélioration de leur qualité de vie (7).

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) a fait ressortir que « *l'avancée en âge augmente le risque de perte d'autonomie des personnes* » (8). Des centres de SSR polyvalents et spécialisés en gériatrie prennent en charge les seniors tant pour des maladies chroniques que des pathologies plus lourdes (7). Parmi ces pathologies qui nécessitent l'hospitalisation des patients sur des moyennes ou longues durées (9), on retrouve souvent les chutes, les troubles de la marche et de l'équilibre, les complications associées à la fragilité du grand âge, les fractures du col du fémur, les pathologies métaboliques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les troubles cognitifs et démences (10).

Ces SSR pour « *adultes polypathologiques ou personne âgée* » en établissement hospitalier public ou privé, accueillent en général des patients de plus de 75 ans et présentant notamment des risques particuliers de décompensation. L'objectif est de maintenir l'autonomie de ces patients ou de les réautonomiser tout en poursuivant les soins médicaux (9)(10).

B. Épidémiologie

Le vieillissement de la population est un phénomène qui ne cesse de s'accroître à l'échelle mondiale (11). La France n'y échappe pas, plus particulièrement depuis 2011. Selon l'INSEE, 20,5% de sa population était des personnes âgées d'au moins 65 ans au 1^{er} janvier 2020. Ce chiffre était à 20,1% à la même période en 2019, et 19,7% en 2018 (12). À ce rythme, en 2050 la France recensera 4 millions de ses aînés en perte d'autonomie (13). D'autant plus qu'une étude menée par Les Entreprises du Médicament (LEEM) souligne qu'un français sur 6 souffre d'une maladie chronique aujourd'hui et qu'en 2035 environ 20 millions de patients seront probablement concernés. De plus, d'ici une décennie il y aura une augmentation des cas de patients avec multi-pathologies (14).



¹Source schéma : Insee Projection de population à l'horizon 2070, octobre 2018.

Figure 1 : La part des seniors en France selon l'étude LEEM (14)

Le vieillissement de la population demeure ainsi un défi sociétal majeur, avec la perte d'autonomie et le nombre croissant de seniors présentant des maladies chroniques. L'implication de ces patients âgés dans leur prise en charge à travers des actions thérapeutiques préventives ou éducatives, devient donc primordiale pour aider à faire face à ce défi. L'éducation thérapeutique est une des solutions envisageables dans cet objectif d'auto-implication des patients. Comprendre le cadrage de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) (Partie I) permettra d'expliquer pourquoi et comment éduquer la personne âgée (Partie II) pour que celle-ci devienne un véritable acteur de sa santé.

Partie I : L'éducation thérapeutique du patient

A. Définition

Dans son rapport publié en 1996 (15), l'OMS définit l'éducation thérapeutique comme un « *processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sagement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie* ».

Les patients, par le biais de l'éducation thérapeutique, devraient être en mesure d'assimiler et de maintenir les capacités et compétences pour mieux vivre avec leur maladie.

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) dans un guide méthodologique, décrit ainsi l'ETP comme une aide à « *l'amélioration de la santé du patient [...] et à l'amélioration de sa qualité de vie et celle de ses proches* » (16). Ce guide élabore quatre étapes de structuration d'un programme d'ETP :

- Identifier les besoins du patient par un diagnostic éducatif ;
- Définir avec le patient les compétences à acquérir par rapport à ses priorités et la stratégie thérapeutique, pour mettre en place un programme d'ETP personnalisé ;
- Choisir le contenu et la méthodologie de ce programme pour sa mise en œuvre ;
- Évaluer les compétences acquises par le patient afin de lui permettre, ainsi qu'aux professionnels de santé, de savoir où il se situe et sur quelle partie du programme se focaliser si besoin.

B. Cadre réglementaire français

Les textes apparus au fil des années 2000 font partie des grandes lignes marquant le cadre réglementaire de l'ETP en France.

- **2000**

Deux propositions, parmi plusieurs autres, sont formulées par la Conférence Nationale de la Santé (17) pour consolider les actions de prévention et l'ETP, et d'apporter aux professionnels (présents et futurs) du domaine de la santé des formations en la matière.

- **2001**

Le Plan National d'Éducation Pour la Santé (18) du ministère de la santé prévoit un accès à une éducation pour la santé de qualité à toute personne sans distinction, à travers la formation des professionnels concernés, la mise en valeur de l'éducation thérapeutique ainsi qu'un service public en éducation pour la santé. Ce dernier est repris par la circulaire DGS/SD6 N° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé (19), pour une organisation territoriale en incluant sa population et pour celle-ci.

- **2002**

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (20), dite loi Kouchner crée l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé dont l'une des missions est « *d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire [...]* », les actions d'éducation thérapeutique figurant parmi les objectifs de la politique de prévention.

- **2004**

La HAS, une création de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (21), a pour responsabilité « *d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins* ».

- **2007**

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques énumère quatre objectifs (22) :

1. « *Aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer.*
2. *Élargir la pratique médicale vers la prévention.*
3. *Faciliter la vie quotidienne des malades.*
4. *Mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie. »*

La HAS publie aussi son guide méthodologique (16) sur la structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques.

- **2008**

Le rapport « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » (23), soumis à la demande de la Ministre de la santé Roselyne Bachelot, propose des bases légales françaises de l'ETP. Il a pour objet la définition des modèles d'ETP en adéquation avec le système de soins en France ainsi que leurs moyens de mise en œuvre. Ce rapport souhaite en outre, mettre en exergue diverses « [...] actions d'accompagnement à la qualité de vie et d'aide à l'observance ».

- **2009**

La loi n° 879-2009 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) (24) est promulguée et transpose une partie des conclusions du rapport de 2008, via son article 84 dans le Code la Santé Publique (CSP).

Ainsi l'éducation thérapeutique, comme définit par l'article L1161-1 du CSP « *s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* ».

Cette loi introduit aussi dans le CSP différentes conditions pour sa mise en œuvre notamment les programmes d'éducation thérapeutique, les actions d'accompagnement et les programmes d'apprentissage, ainsi que des règles encadrant le volet financier.

- **2010**

L'arrêté du 2 août 2010 (25) précise les compétences requises pour dispenser l'ETP. Toute personne intervenant dans le domaine de la santé, qui souhaite dispenser l'ETP doit suivre une formation de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques au minimum, soit au titre de sa formation initiale ou en formation continue. Un certificat ou un diplôme est obtenu à l'issue de la formation.

- **2012**

Le ministère du travail, de l'emploi et de la santé publie une charte d'engagement à destination de tout intervenant des programmes d'ETP autorisés par les Agences Régionales de Santé (ARS), quel que soit son statut professionnel (26). Elle énonce les principes que doivent respecter les intervenants, en adéquation avec les règles déontologiques propres à leurs professions et les bases posées par la loi Kouchner relative aux droits des malades :

- L'accès équitable ;
- La liberté de choix ;
- L'autonomie ;
- Le respect de la personne et non-discrimination ;
- La confidentialité des informations concernant le patient ;
- La transparence sur les financements ;
- Le respect du champ de compétences respectif de chaque intervenant en éducation thérapeutique.

- **2016**

Le premier pilier de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est de renforcer la prévention et la promotion de la santé (27).

Cette loi doit permettre d'apporter une réponse aux besoins et attentes de la population française en relevant trois défis (28) :

- *« L'allongement de la durée de la vie,*
- *Le développement des maladies chroniques et*
- *La persistance des inégalités en santé devant l'accès aux soins ».*

C. L'ETP en région

La loi HPST de 2009 (24) a apporté une évolution majeure dans l'organisation du système de santé par territoire, en créant les ARS. Ces dernières retrouvent leur définition dans le rapport Ritter comme « *un pilotage régional unifié et responsabilisé du système de santé* » (29). Elles sont pourvues d'un champ de compétences assez ample (30). Une de leurs missions principales consiste à coordonner à l'échelle régionale l'ensemble des objectifs de la politique nationale de santé, par la mise en œuvre des programmes et actions (31).

À ce titre, les ARS ont pour responsabilité de mettre en place (24) :

- L'autorisation des activités des établissements et services de santé ;
- La promotion de la santé ainsi que l'éducation de la population à la santé ;
- L'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.

Le décret n° 2010-904 du 2 août 2010 (32) précisent les conditions d'autorisation de mise en œuvre des programmes d'ETP par les ARS. Ces programmes doivent répondre à un cahier des

charges afin d'obtenir l'autorisation du directeur général de l'ARS. L'autorisation a une durée de validité de quatre ans. Toutefois, en cas de changement des éléments de l'autorisation initiale, une déclaration annuelle doit être faite.

L'arrêté du 2 août 2010 complète ce dispositif en élaborant les compétences requises par tout professionnel de santé qui souhaite dispenser l'ETP (25). Ce texte est lui-même repris par l'arrêté du 14 janvier 2015 (33) qui apporte en outre, des précisions relatives au cahier des charges (34) notamment sur :

- L'équipe engagée dans le programme

Elle doit être composée à minima de deux professionnels de santé de professions différentes. L'un des deux est un médecin, lorsque le coordonnateur du programme ne l'est pas.

- La coordination du programme

Un médecin, un autre professionnel de santé ou un représentant d'une association de patients agréée peut être responsable de la coordination du programme.

L'ordonnance du 18 novembre 2020 apporte une évolution importante dans les missions des ARS en remplaçant le régime d'autorisation des programmes d'ETP par une simple déclaration à compter de janvier 2021, facilitant ainsi les procédures administratives (35).

L'ARS Nouvelle-Aquitaine, née de la fusion des régions au 1^{er} janvier 2016 et dont le siège se trouve à Bordeaux, est pilote de la politique nationale de santé dans la région la plus vaste de France avec 5,9 millions d'habitants. La prévention et la promotion de la santé sont au cœur de son Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028. Elle estime avoir plusieurs défis à relever en Nouvelle-Aquitaine, caractérisée par une population vieillissante et un poids considérable en matière de maladies chroniques. En effet, plus de 11% de sa population est âgée de 75 ans et plus, et 19,8% des Néo-Aquitains souffrent d'une maladie chronique soit plus d'un million de personnes (en majorité les plus de 65 ans) (36).

Par ailleurs, l'ARS est impliquée dans la démarche dite Parcours de Santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) depuis 2013 en tant qu'un des pilotes du dispositif, avant la généralisation de son déploiement. Ce projet, à destination des « *personnes de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social* » vise à favoriser autant que possible leur maintien en autonomie. Il s'agit ici de s'assurer, en utilisant les ressources hospitalières et médicamenteuses le plus efficacement possible, que ces patients âgés soient pris en charge au bon moment, et qu'ils aient accès à des soins de qualité dispensés par les professionnels de santé compétents dans des établissements adaptés. Pour

schématiser, PAERPA coordonne de façon optimisée les acteurs, soit des professionnels de santé, du médico-social ou du social, autour du sujet âgé. De plus, le dispositif conduit à réduire, voire éviter l'hospitalisation des aînés en mettant en œuvre les actions préventives liées aux facteurs de risque tels que la dépression, la dénutrition, les chutes et les problèmes relatifs aux médicaments. L'ETP fait partie de cette démarche qui permet « [...] *d'adapter le parcours de soins et d'améliorer à terme la qualité de vie des personnes et de leurs aidants* » (37)(38).

S'appuyant sur le cadre législatif posé depuis quelques décennies en la matière, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a autorisé de nombreux programmes d'ETP dans la grande région, notamment en Gironde sur les trois sites géographiques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux. Au 6 juillet 2020 (39), l'établissement décomptait 62 programmes d'ETP dans divers domaines autorisés par l'ARS, contre 45 en 2017 (40).

D. L'ETP au CHU de Bordeaux

Au CHU de Bordeaux, l'éducation thérapeutique est considéré comme « *un accompagnement personnalisé qui est proposé [...] par des équipes de soins qui connaissent à la fois la maladie et les traitements, et qui sont également formées spécifiquement pour mettre en œuvre les séances d'éducation destinées aux patients et à leurs proches* » (41). Elle est organisée sous forme de programmes et s'intègre dans le parcours de soins, en plus des prises en charge normales. L'établissement de santé peut s'appuyer sur son Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique (UTEP) dans l'organisation de ces programmes.

Cette unité a vu le jour en janvier 2014. Comme son nom l'indique, elle est transversale et apporte son soutien dans tous les services de l'hôpital pour la formation et l'accompagnement des équipes soignantes qui pratiquent l'ETP (41). Elle favorise en outre « *les échanges de techniques et d'outils éducatifs adaptés* » mais aide aussi à la création d'outils. L'UTEP organise plusieurs activités relatives à l'ETP, notamment des colloques, afin d'encourager les relations entre les équipes aussi bien en interne qu'en externe.

Parmi les programmes d'ETP proposés par le CHU et autorisés par l'ARS, figure celui destiné à l'accompagnement des personnes âgées de plus de 75 ans, hospitalisées sur le pôle de gériatrie et présentant des maladies chroniques invalidantes et polythérapies médicamenteuses (42).

En gériatrie, chaque patient selon ses pathologies est différent et a des besoins variés en ce qui concerne son éducation thérapeutique.

Partie II : Pourquoi et comment éduquer la personne âgée ?

A. Besoin en éducation thérapeutique chez la personne âgée

L'âge augmente le risque de souffrir de multiples soucis de santé en même temps, par exemple le déficit auditif, la cataracte, les lombalgies, l'arthrose, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le diabète, la démence. Il fait aussi apparaître chez la personne âgée des « syndromes gériatriques ». Ces derniers sont définis par l'OMS comme « *plusieurs états de santé complexes qui ne surviennent généralement que tard dans la vie et ne constituent pas des catégories de maladies distinctes* » (11). Font parties de ces syndromes gériatriques : la fragilité, l'incontinence urinaire, les chutes, les états confusionnels, les escarres, la maigreur, l'isolement, la dépression, les troubles sensoriels, la polymédication, la démence, la dépendance (11)(43).

Fried *et al.* (44) ont démontré lors d'une étude qu'il existe trois catégories de patients au sein d'une population de personnes âgées ayant un âge chronologique équivalent mais des états physiologiques distincts :

- (i) Les personnes âgées « robustes »

Elles sont en général en bonne santé, ne souffrant pas de maladies chroniques invalidantes.

- (ii) Les personnes âgées « fragiles »

La fragilité est reconnue en tant que syndrome gériatrique (11). Les patients fragiles sont autonomes. En revanche, la fragilité implique pour eux un déclin de leur capacité fonctionnelle dû au processus de vieillissement, de même que leur capacité d'adaptation face à une situation de stress.

- (iii) Les personnes âgées « dépendantes »

Les sujets âgés ici ont une perte d'autonomie conséquente dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne comme par exemple, la toilette, l'habillage entre autres. La législation française (45) définit d'ailleurs très bien la dépendance comme « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* ». Elle fait donc référence aux « *états chroniques rencontrés au cours du vieillissement* » (46).

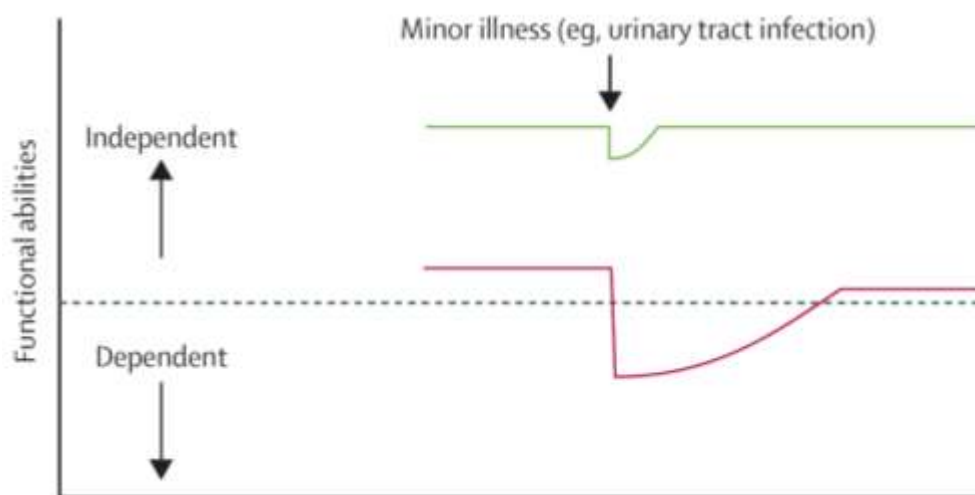


Figure 2 : La vulnérabilité des personnes âgées fragiles face à un changement soudain au niveau de leur santé après une pathologie mineure

Selon ce graphique issu de l'étude de Clegg *et al.* (47), le trait vert représente un patient robuste qui arrive à retrouver son état antérieur rapidement, après la survenue d'une situation de stress mineur provoquant une diminution légère de ses capacités fonctionnelles. Quant au trait rouge, il fait référence aux patients fragiles faisant face à une situation similaire mais qui présentent une détérioration plus importante et entraînant ainsi une perte d'autonomie. La récupération est plus lente pour ces patients, sans pour autant revenir complètement à l'état de base.

Indépendamment de la classification proposée par Fried *et al.*, ces patients âgés, généralement polypathologiques, nécessitent ainsi une prise en charge globale et intégrée pour les affections dont ils souffrent, pour pouvoir gagner en autonomie et améliorer leur qualité de vie (9). D'où l'importance de l'ETP qui tend à soutenir la personne âgée, d'une part dans l'acceptation de ses problèmes de santé et d'autre part à apprendre à mieux vivre avec (48).

L'OMS dans son rapport de 2015 insiste sur le fait « *qu'une approche clinique essentielle consiste à procéder à une évaluation gériatrique complète* » pour aider à faire face aux syndromes gériatriques tels que la fragilité, la dépendance, l'incontinence ou les chutes parmi tant d'autres. Plusieurs facteurs de risque relatifs aux caractéristiques de santé, aux capacités intrinsèques et à l'environnement du sujet âgé peuvent être pris en compte lors de ces évaluations pour ensuite développer des interventions personnalisées à chacun. Cette approche permet considérablement « *de prévenir de nombreux effets négatifs majeurs en matière de santé* » (11).

Comme démontré par les travaux de Stuck *et al.* ainsi que Rubenstein *et al.*, le *comprehensive geriatric assessment* ou l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS), est un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire qui consiste à identifier les problèmes médicaux, psychosociaux, fonctionnels et ceux liés à l'environnement de la personne âgée fragile, pour ensuite développer un plan global de traitement et de suivi sur le long terme (49)(50).

Cette méthode met l'accent sur le pluri-professionnalisme de l'équipe intervenante, pour qui l'EGS est considérée comme faisant partie des soins dans leur quotidien (51). Selon une étude menée par les Hôpitaux Universitaires de Genève (52), l'évaluation nécessite une approche clinique et porte de façon systématique sur les sujets suivants :

- « *La nutrition ;*
- *L'évaluation fonctionnelle, notamment la dépendance pour les actes courants de la vie ;*
- *La mobilité ;*
- *La fonction mentale ;*
- *Les troubles sensoriels ;*
- *La polymédication ;*
- *L'environnement et les ressources sociaux-économiques. »*

Cette évaluation globale, qui suscite des échanges avec le médecin traitant et l'entourage du patient le cas échéant, permet « *de détecter des pathologies traitables passées inaperçues, de réduire le déclin fonctionnel, de réduire le taux d'hospitalisation et le recours à l'institutionnalisation et de diminuer de 35% la survenue d'effets secondaires médicamenteux sévères* » (52). L'EGS doit pouvoir conduire à un plan de soins personnalisé pour la bonne prise en charge de chaque patient âgé (51).

Cette prise en charge implique notamment l'établissement d'un diagnostic éducatif, « *une approche méthodologique exhaustive, réalisée par le soignant, permettant de découvrir les acquis, les potentialités, la personnalité d'un patient, pour pouvoir ensuite élaborer avec lui un contrat d'éducation personnalisé [...] première étape indispensable à l'éducation* » (53). Il s'agit de construire le diagnostic éducatif en se basant sur les besoins du patient : d'abord prendre connaissance de ses différentes pathologies puis en les liant avec ses activités, ses exigences du traitement, ses capacités d'autosoins, ses propres connaissances des maladies dont il souffre et des traitements associés, ses ressentis sur le plan moral et social ainsi que ses projets (54).

Selon Iguenane *et al.* (55), le diagnostic éducatif présente quatre objectifs :

- La validation des modèles théoriques sur lesquels le professionnel de santé s'appuie pour « *comprendre et intervenir sur les comportements du patient* » ;
- Réunir les informations pour développer des « *stratégies d'éducation adaptatives* » ;
- Encourager le patient à s'exprimer ;
- L'information du patient sur la « *démarche pédagogique utilisée* », le plaçant donc au centre de cette démarche afin qu'il puisse assimiler chaque phase, préciser ses attentes, et y participer de façon active.

L'outil le plus adapté pour élaborer le diagnostic éducatif se trouve être l'entretien avec le patient (55). La différence avec l'interrogatoire traditionnel par question-réponse souvent à choix fermé est qu'ici en entretien, le patient et le professionnel de santé établissent ensemble un projet d'éducation commun en définissant les priorités selon les dires du patient pour qu'il acquiert les compétences nécessaires (53)(54). Cette négociation du contrat d'éducation est par la suite synthétisée de manière compréhensive avec toute l'équipe intervenante dans le programme d'ETP (54)(55).

Grimaldi l'expose très bien : « *Il ne peut y avoir d'éducation thérapeutique si la thérapeutique elle-même est erronée ou inadaptée au patient [...] L'éducation thérapeutique comporte deux éléments indissociables, d'abord une transmission de savoirs et de savoir-faire, ensuite une aide aux changements de comportement [...] L'éducation thérapeutique est et doit rester thérapeutique, c'est-à-dire intégrée aux soins* » (56).

Dans le processus d'apprentissage de l'ETP, la place de l'équipe soignante et l'entourage du patient âgé est tout aussi primordiale que celle du patient lui-même (48).

Dans son ouvrage, Revillot J.M (6) fait valoir que « *l'éducation thérapeutique passe par le renforcement de la parole du patient jusqu'à ce qu'il parvienne à exprimer ses volontés* ». Il est et reste maître du chemin que prend son éducation et des choix qu'il fait. C'est la raison pour laquelle le professionnel de santé doit adapter le projet de soins en fonction du potentiel et des capacités du patient. L'auteur parle ici d'une co-construction, non seulement pour apprendre au patient à gérer son traitement et à vivre avec ses pathologies, mais aussi pour l'aider à formuler ses souhaits s'il éprouve des difficultés à le faire lui-même.

Cette phase d'apprentissage et d'accompagnement repose sur la confiance dans ce partenariat entre le patient et le soignant (48). Les professionnels impliqués dans l'équipe d'ETP, même ceux qui ont déjà de l'expérience, doivent se former en permanence pour acquérir des

compétences à la fois biomédicales et thérapeutiques mais aussi pédagogiques (56). Comme expliqué par Grimaldi (56), « *pour que les patients apprennent, il ne s'agit pas principalement de dire ou de montrer, puis de répéter, mais de partir des connaissances, des croyances, des expériences, des représentations des patients pour les amener à acquérir d'authentiques compétences personnalisées [...]* ». Le médecin et tout autre professionnel de santé intervenant dans l'éducation thérapeutique doivent avoir de l'empathie et être capable de reformuler afin de s'assurer qu'ils comprennent bien le malade et que ce dernier se sente entendu (48).

Le pharmacien joue aujourd'hui, et ce depuis quelques années, lui aussi un rôle crucial dans la prise en charge éducative et l'accompagnement des patients (14)(57). Spécialiste du médicament, il est amené à s'impliquer dans le processus d'ETP notamment en matière d'observance au traitement médicamenteux, mais pas uniquement. Comme toute personne du domaine de la santé souhaitant participer à l'ETP, il « *doit également prendre en compte les facteurs psychosociaux et intégrer les notions fondamentales de pédagogie* » (57).

L'entourage du patient, soit le conjoint, les parents, les enfants, les autres membres de la famille voire les amis, est dans la plupart des cas très impacté psychologiquement et physiquement par les pathologies du patient, et se trouve par conséquent impliqué dans l'éducation thérapeutique dispensée par l'équipe (48). En fonction de la solidité du système familial et de la qualité des relations qu'entretiennent le patient avec ses proches, les réactions de ces derniers peuvent varier et rendre les échanges complexes dans certains cas. Même si le patient reste indéniablement au cœur du parcours éducatif, le proche aidant face à un sentiment d'impuissance doit lui aussi être soutenu pour aider le patient à aller mieux. Cette démarche permettra d'améliorer leur qualité de vie.

B. L'éducation thérapeutique dans le service de SSR du CHU de Bordeaux : exemple d'un programme d'ETP

Parmi les structures du pôle gérontologie clinique du CHU se trouvent deux unités de SSR gériatrique localisées à l'hôpital Xavier Arnoz (58) :

- Le SSR 1 qui accueille des patients en situation de post-chute, poste-décompensation cardiaque ou encore d'autres affections médicales aiguës ou interventions chirurgicales ;

- Le SSR 2 accueillant surtout les patients ayant des pathologies relatives à la neurologie notamment les AVC ou maladies neurodégénératives.

C'est l'unité de SSR 1 qui est chargée d'implémenter le programme d'ETP, initialement autorisé par l'ARS en février 2011, à destination des patients âgés (59). Ces derniers présentent souvent plusieurs maladies chroniques qui les fragilisent et les font perdre leur autonomie fonctionnelle. À cela s'ajoute aussi l'angoisse de se noyer dans un nombre important de prescriptions médicamenteuses pendant ou après une hospitalisation. D'où l'objectif du programme de leur apporter une meilleure qualité de vie et autonomie après une période d'hospitalisation, sans interruption des soins. Ces soins, dont fait partie l'ETP en impliquant l'entourage du patient, sont primordiales pour réduire au maximum les risques de chute, de ré-hospitalisation, de dégradation de l'état de fonctionnement et de placement en isolation.

Une équipe spécialisée et formée, se composant de gériatres, psychologues, assistantes sociales, kinésithérapeutes entre autres, se consacre à animer ce programme, sous la coordination du Docteur Joanne Jenn, médecin gériatre au sein de l'unité de SSR 1.

Pour mener à bien le programme, en 2009 peu avant l'autorisation initiale de mise en œuvre, l'équipe éducative du service a élaboré un Guide d'Entretien (GE) sous la forme de questions-réponses pour conduire l'entretien éducatif de chaque patient âgé hospitalisé dans le service. Les professionnels de santé, en binôme, apprennent à connaître le patient à travers les questions du GE qui portent notamment sur ses conditions de vie, les raisons qui ont conduit à son hospitalisation, ses problèmes de santé, ses traitements, son projet de vie, son ressenti et l'apport de l'équipe dans son quotidien (Annexe 1). Les réponses sont analysées lors d'une réunion pluri professionnelle hebdomadaire pour prendre des décisions et échanger avec le patient et/ou sa famille le cas échéant.

Ainsi les besoins et attentes de chaque patient en gériatrie, recensés à l'aide du GE, sont pris en compte afin de proposer des séances éducatives adaptées et personnalisées autour de 3 thèmes (59) :

- La chute

L'objectif de l'ETP « chute » est de pouvoir identifier les facteurs de risque et développer des stratégies à adopter en cas de chute chez les patients âgés après une hospitalisation. Des ateliers sont proposés à ces patients, après avoir établi pour chacun d'eux un diagnostic éducatif, afin de partager leur expérience sur les chutes et leur peur de tomber mais aussi de trouver les bons gestes à adopter en cas de chute.

- Les médicaments

L'ETP « éducation médicamenteuse » est importante pour « *développer des actions visant à optimiser les traitements médicamenteux en fonction des pathologies [...] et à améliorer la continuité des soins après la sortie d'hospitalisation* ». Chaque patient en SSR bénéficie d'un entretien individuel au cours duquel une fiche pharmaceutique est renseignée. Les traitements de chaque patient sont revus lors des réunions de concertation pluridisciplinaire bimensuelles dans le cadre de l'optimisation médicamenteuse. L'ETP permet aux patients âgés de connaître leurs médicaments, de mieux comprendre la notion de l'observance et les limites de l'automédication, et aussi d'exprimer le besoin si une aide est nécessaire pour prendre un traitement. Une collaboration médecin-pharmacien est essentielle à la sortie d'hospitalisation pour refaire un point avec le patient sur les médicaments.

- Le projet de vie

Cet atelier, animé par la psychologue et l'assistante sociale, vise à soutenir le patient âgé après son hospitalisation en SSR pour toute question relative au lieu de vie. Des visites à domicile peuvent avoir lieu pour mieux les accompagner.

En fin de programme, il est proposé à chaque patient de participer à un entretien individuel afin d'évaluer plusieurs points : l'atteinte des objectifs définis au début du programme, les progrès relatifs aux troubles et des comportements du patient concernant sa prise en charge et autres soucis exprimés, la qualité de son programme d'ETP, son ressenti ainsi que son niveau de satisfaction. Cet entretien fait ensuite l'objet d'une synthèse envoyée à son médecin traitant.

Dans l'optique de faire évoluer ce programme d'ETP destiné à l'accompagnement des personnes âgées notamment le diagnostic éducatif, il a été proposé à l'ARS lors de son renouvellement en 2019 d'y intégrer l'outil Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs (OMAGE), décrit comme un « *guide d'entretien et de compréhension éducatif adapté à la population gériatrique* ».

C. Programme OMAGE

Le programme OMAGE a été développé par Legrain *et al.* (60), en collaboration avec le département d'ETP de Genève, pour « *répondre aux besoins éducatifs spécifiques des sujets âgés polypathologiques* » (61). L'objectif est de placer le patient au centre de l'ETP, de formaliser le programme éducatif et de faire ressortir des informations.

Un essai clinique OMAGE a eu lieu en 2007 pour deux ans en Ile de France afin de « *démontrer chez des sujets âgés hospitalisés en unité gériatrique aiguë, l'efficacité sur les ré-hospitalisations dans les 6 mois suivant la sortie d'une intervention multi-facette centrée sur le patient* ». La nouveauté de ce type d'intervention, consacrée pour la première fois aux patients âgés polyopathologiques, était l'accent mis sur des questions liées la dépression et la dénutrition, en plus des problèmes classiques liés aux médicaments tels que la iatrogénie, l'insuffisance de prescription et l'observance (61).

Lors de la 32^{ème} journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie en 2012 (62), un jeu de cartes (JC) a été présenté comme un des outils du dispositif OMAGE. À la base, ce jeu composé de 84 cartes a été construit afin de poser le diagnostic éducatif dans le cadre du programme OMAGE, avant de révéler sa pertinence dans l'entretien de compréhension (EC) du patient après une expérimentation (63). L'EC est primordial pour que le patient puisse non seulement se faire entendre sur ses problèmes de santé, mais aussi déterminer ses besoins, ses attentes et sa priorité. Cette démarche sert à « *(r)établir l'alliance thérapeutique avec le patient et d'augmenter la pertinence des soins* ».

Le JC OMAGE permet donc au patient âgé de s'exprimer (59). Alors que le patient « *mène lui-même l'entretien en choisissant les cartes* », le professionnel de santé quant à lui se retrouve « *dans une position d'écoute ce qui évite ainsi l'ornière de l'interrogatoire traditionnel* » (63). Différents liens peuvent s'expliquer à travers le JC, notamment entre les maladies, les symptômes et les traitements médicamenteux ou entre les maladies elles-mêmes (62).

Le jeu se compose de 29 cartes (63), sélectionnées parmi les 84 cartes après l'expérimentation, autour de plusieurs thèmes (59) (Annexe 2). Ces cartes sont illustrées chacune d'un dessin et d'une phrase simple correspondant « *à un souci exprimé fréquemment par les personnes âgées de plus de 75 ans dans la pratique clinique quotidienne* ». Ce souci exprimé est souvent un symptôme dû au fait que les patients en gériatrie ont la plupart du temps plusieurs pathologies et de nombreux traitements. Ces symptômes ont « *un fort impact sur leur qualité de vie, sont communs à plusieurs maladies et/ou peuvent révéler un effet indésirable médicamenteux* » (63).

Une expérimentation dans la vie réelle avec des patients adultes a conduit à l'élaboration de 4 cartes supplémentaires (Annexe 3) avec la collaboration des professionnels de santé pour y inclure les thématiques autour du travail, de la vie affective/sexuelle, du stress ainsi que la gestion des papiers (63).

Dans le service de SSR gériatrique du CHU de Bordeaux, ce JC en complément du GE et d'autres outils d'ETP est considéré comme un « *support au bilan éducatif* » (59).

OBJECTIFS

Objectif primaire

L'objectif principal consiste à déterminer l'apport du jeu de cartes OMAGE dans la compréhension des besoins des patients par rapport au guide d'entretien traditionnel.

Objectif secondaire

L'objectif secondaire consiste en l'évaluation de la satisfaction du patient vis-à-vis du jeu de cartes OMAGE.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. Type d'étude et population cible

Il s'agit d'une étude interventionnelle monocentrique.

1. Les critères d'inclusion

La population étudiée était les personnes âgées de plus de 75 ans présentant des maladies chroniques et polymédiquées hospitalisées en SSR 1 entre mai et octobre 2020. Tous les patients ayant bénéficié de l'entretien éducatif via le GE en amont du JC ont été inclus dans l'étude.

Exceptionnellement quelques patients du SSR 2 ont pu être inclus dans l'étude suite à la fusion des deux services de SSR pendant l'été, soit pendant les mois de juillet et août 2020.

2. Les critères d'exclusion

- Patients ayant des troubles cognitifs majeurs
- Patients aphasiques
- Patients ayant des difficultés de lecture

B. Méthode de recueil de données

1. L'entretien de compréhension : modalités

L'EC par JC est réalisé dans les jours qui suivent la réalisation du GE (idéalement au lendemain du GE). Les deux entretiens sont effectués par des professionnels de santé distincts (l'EC étant réalisé par l'interne en pharmacie, ou éventuellement par le médecin du service ou le pharmacien).

Les cartes sont présentées par vague de 6 et le patient choisit les cartes qui le concernent. Deux tas sont réalisés : le premier avec les cartes retenues et le second avec les cartes ne le concernant pas. Pendant l'entretien, il est important de déterminer les forces et les ressources du patient qui seront utiles lors de la synthèse. Une fois que toutes les cartes ont été présentées, celles choisies par le patient sont étalées sur la table. Il est alors demandé au patient de choisir celle qui

représente au mieux sa priorité du moment. Enfin, un résumé de la situation est effectué au patient en repartant de sa priorité et en s'appuyant sur les autres cartes choisies.

Une synthèse écrite de chaque EC à l'aide des différentes cartes retenues par le patient, est faite lors des réunions pluri-professionnelles hebdomadaires. Les éléments suivants sont évoqués : la priorité du patient, les problèmes (d'ordre éducatif ou non), le traitement médicamenteux (observance, contraintes, effets secondaires, automédication), les forces (volontaire, motivé, a des projets, analyse sa situation), les personnes ressources (entourage et/ou professionnels) et enfin, les points à approfondir (Annexe 4).

2. Le questionnaire de satisfaction

A l'issue de chaque EC, les patients sont invités à répondre à une enquête de satisfaction dans le but de connaître leur opinion du JC par rapport au GE.

Cette enquête de satisfaction s'appuie sur un questionnaire (Annexe 5) qui se compose de 7 à 12 questions (en fonction des réponses obtenues à certaines questions). Ces dernières sont réparties en thèmes :

- les modalités pratiques de l'entretien,
- la relation patient-professionnel de santé,
- le point de vue général.

Au début du questionnaire, un choix quant aux modalités de remplissage a été demandé. On retrouve ensuite des questions fermées de type oui/non, des questions à choix simple et multiple, des questions ouvertes et un espace libre à la fin du questionnaire pour des suggestions ou des remarques éventuelles.

Le questionnaire est rempli par le patient lui-même dans la mesure du possible ou avec l'aide d'une tierce personne (*famille, proche, étudiant en médecine/pharmacie ou un professionnel de santé autre que celui ayant mené l'EC*).

Il est important de souligner qu'après avoir présenté les objectifs et modalités de l'étude aux patients, tous ont donné leur accord pour y participer.

C. Méthode d'analyse des données

Les principales caractéristiques des patients ont été récupérées à partir du dossier médical commun. Un tableur Excel a ensuite été construit pour le traitement des données recueillies des deux entretiens ainsi que celles des questionnaires de satisfaction.

Pour chaque patient, nous avons renseigné les informations suivantes :

- l'âge et le sexe,
- le motif d'hospitalisation,
- le score *Mini Mental State examination* (MMS),
- le délai moyen de réalisation de l'EC par rapport au GE,
- la durée de chaque entretien,
- le nombre total de cartes retenues lors de l'EC,
- la priorité du moment lors de l'EC,
- les éléments ressortis uniquement lors du GE.

Nous avons ensuite comparé chaque élément des 33 cartes du JC OMAGE par rapport au GE. Les données ont été transcrites en variables binaires : 1 (carte retenue et/ou l'équivalent lors du GE) et 0 (carte non retenue et/ou absence d'éléments concordants avec les cartes lors du GE). Les problèmes relevés uniquement lors du GE ont été rajoutés au tableur Excel de façon à être la plus exhaustive possible.

Le sujet de la priorité du patient n'étant pas abordé lors du GE, nous avons donc croisé la priorité de chaque patient issue du JC, avec les données correspondantes du GE afin de voir si la priorité en question faisait partie des informations pertinentes évoquées ou pas.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne \pm écart-type [min ; max].

Les résultats sont présentés sous forme de graphiques.

De plus, les réponses aux questionnaires ont permis de générer des statistiques sur chaque question. Les règles suivantes ont été appliquées pour l'analyse des données :

- pour les questions fermées, si aucune réponse n'a été choisie, les résultats ont été comptabilisés comme « non rempli ».
- pour les questions ouvertes, on a fait le choix de présenter les réponses en reprenant les propos des patients.

RÉSULTATS

A. Spécificités de l'étude

Du 26 mai au 06 octobre 2020, 108 patients ont été hospitalisés en SSR gériatrique (dont 42 patients à l'unité SSR 2 pendant l'été). Parmi eux, sur les 51 patients sélectionnés pour participer à l'étude, 3 ont finalement été exclus (critères d'inclusion non remplis et l'entretien incomplet). Au total, le nombre de patients inclus était de 48 avec un âge moyen de $87 \pm 5,1$ ans [75 ; 96]. Le score MMS médian était de 23.

1. La répartition des patients

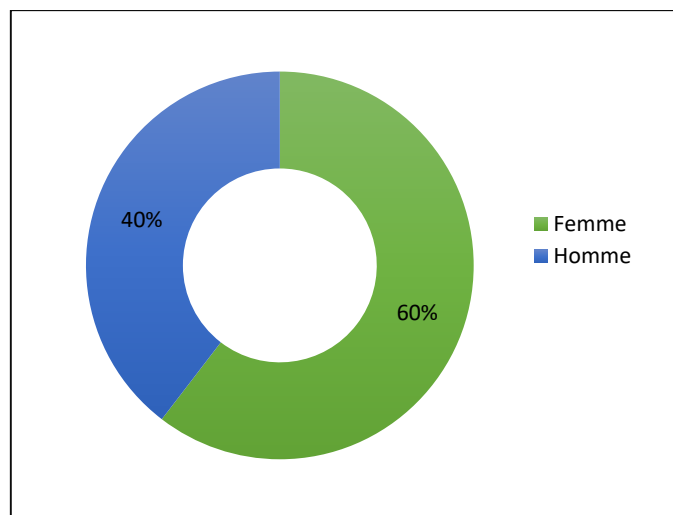


Figure 3 : Proportion de patients inclus selon le genre

Le sex ratio homme/femme est de 0,66.

2. Les différentes causes d'hospitalisation

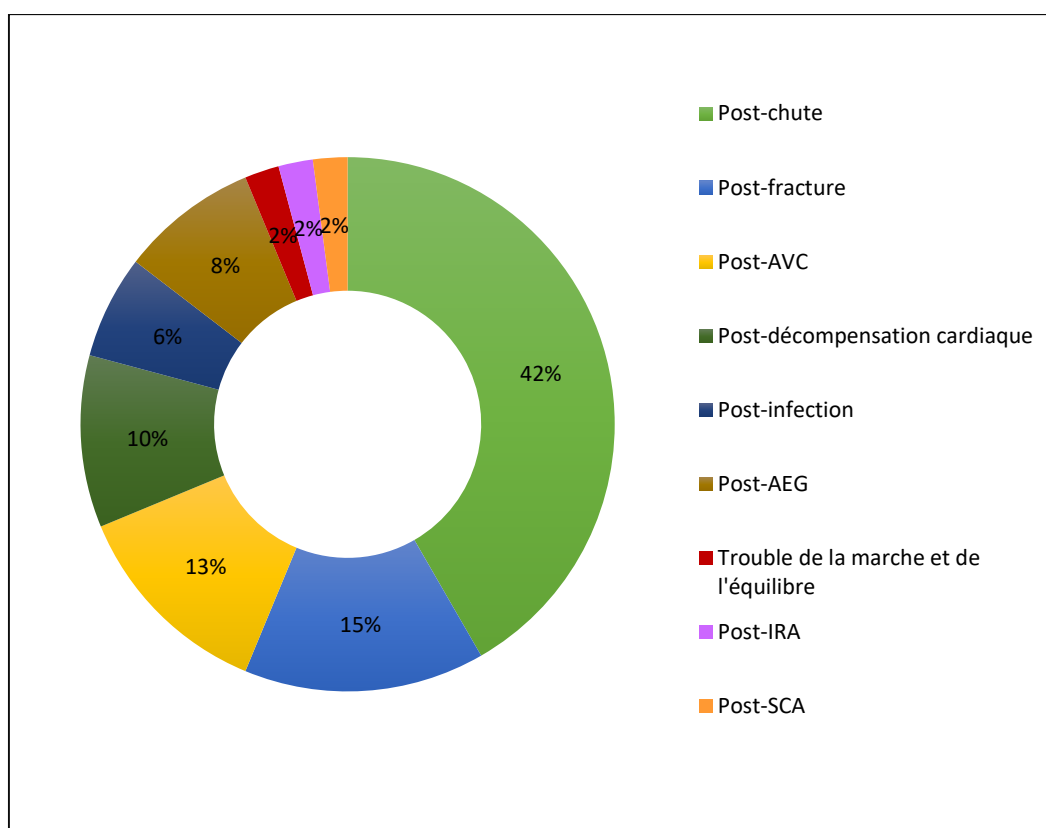


Figure 4 : Représentation des motifs d'hospitalisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral, AEG : Altération de l'état général, IRA : Insuffisance Rénale Aiguë, SCA : Syndrome Coronarien Aigu

Parmi les motifs d'hospitalisation les plus fréquents, la rééducation post-chute occupe une place importante avec 20 patients (42%), suivi de 7 patients (15%) et de 6 patients (13%) admis pour une réautonomisation post-fracture et post-AVC respectivement.

3. Caractéristiques des entretiens

- Le délai moyen de réalisation de l'EC par rapport au GE était de 4,5 jours [1 ; 16].
- La durée moyenne de l'entretien par JC était de 21,2 minutes [12 ; 60] contre 24,8 minutes [13 ; 75] pour le GE.
- En moyenne, 12 cartes [2 ; 22] ont été retenues lors du JC.

Les données obtenues lors de ce travail seront présentées en deux temps : d'abord les résultats issus des entretiens par JC et GE, suivi de l'évaluation de la satisfaction des patients.

B. Comparaison des données issues du jeu de cartes versus guide d'entretien

1. Classification thématique des cartes

Parmi les 33 cartes, 23 ont été classées en différents thèmes : la mobilité, les troubles nutritionnels et digestifs, l'adhésion thérapeutique, les ressources du patient, les troubles psychologiques, et enfin les troubles sensoriels. Les dix cartes restantes n'ont pas fait l'objet d'une classification particulière.

(a) *La mobilité*

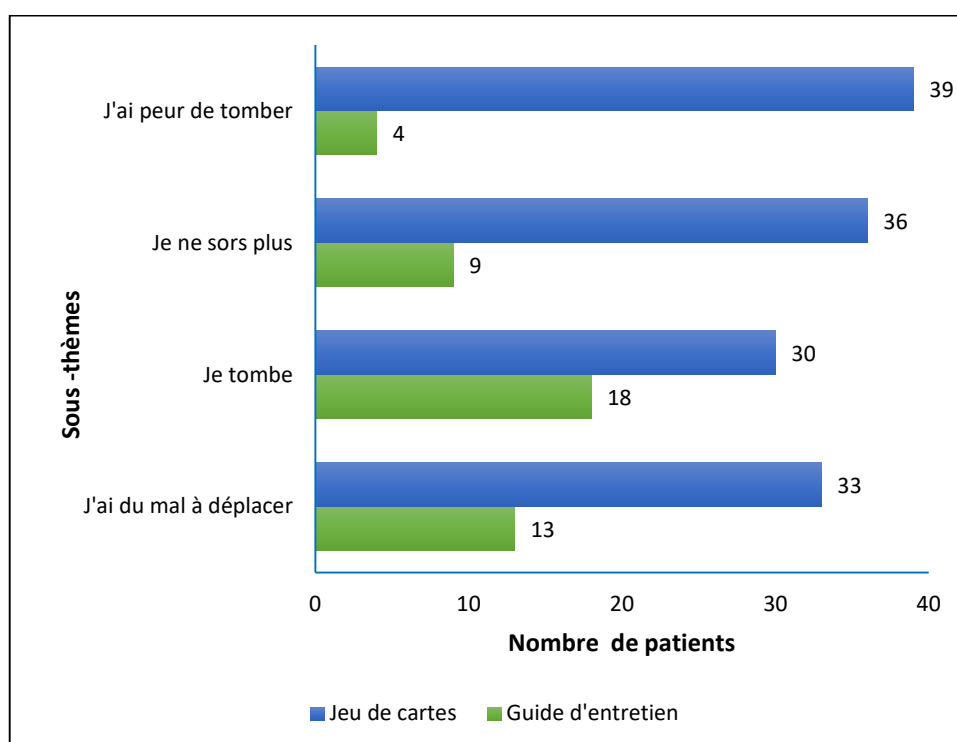


Figure 5 : Représentation de la mobilité

Globalement, plus de 62% des patients ont exprimé lors de l'EC, des problèmes relatifs à la mobilité. Ce chiffre descend à moins de 38% dans le cadre du GE. La carte « J'ai peur de tomber » arrive en tête avec 81% des patients concernés (n = 39) contre seulement 8% des patients (n = 4) ayant évoqué leur crainte de tomber lors du GE.

(b) Les troubles nutritionnels et digestifs

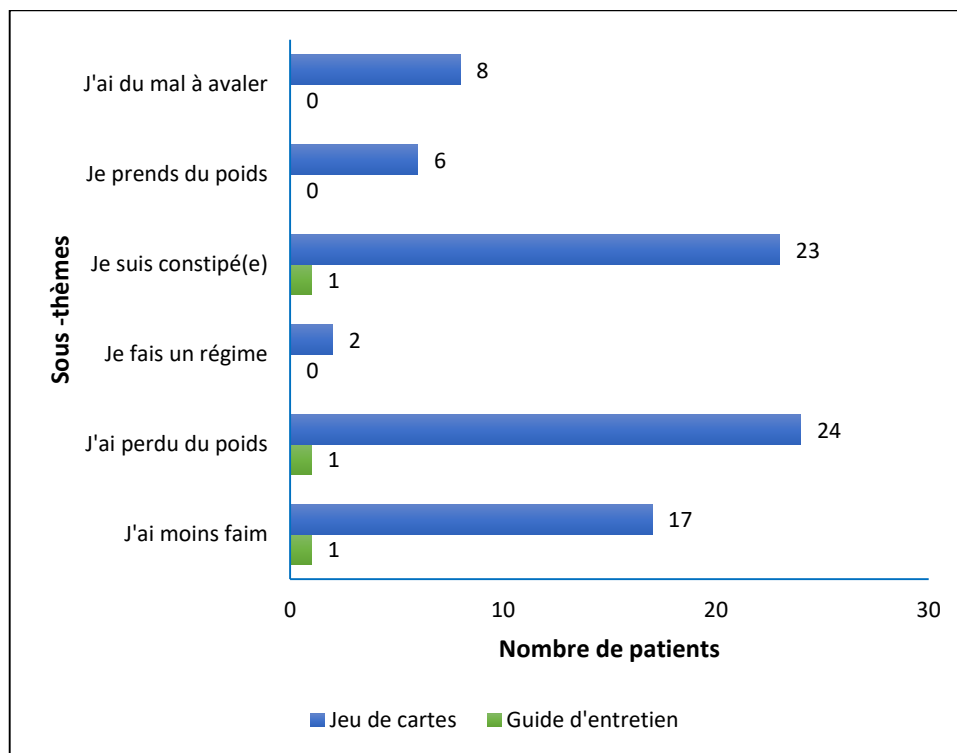


Figure 6 : Représentation des troubles nutritionnels et digestifs

Lors de l'EC, la perte de poids et le fait d'avoir moins faim ont posé problème pour 50% (n = 24) et 35,4% des patients (n = 17) respectivement contre seulement 1 patient ayant abordé ces mêmes difficultés lors du GE. Sur les 48 patients, 23 se sont plaints d'être constipés lors du JC. *A contrario*, la constipation a été évoquée par 1 patient uniquement lors du GE.

(c) *L'adhésion thérapeutique*

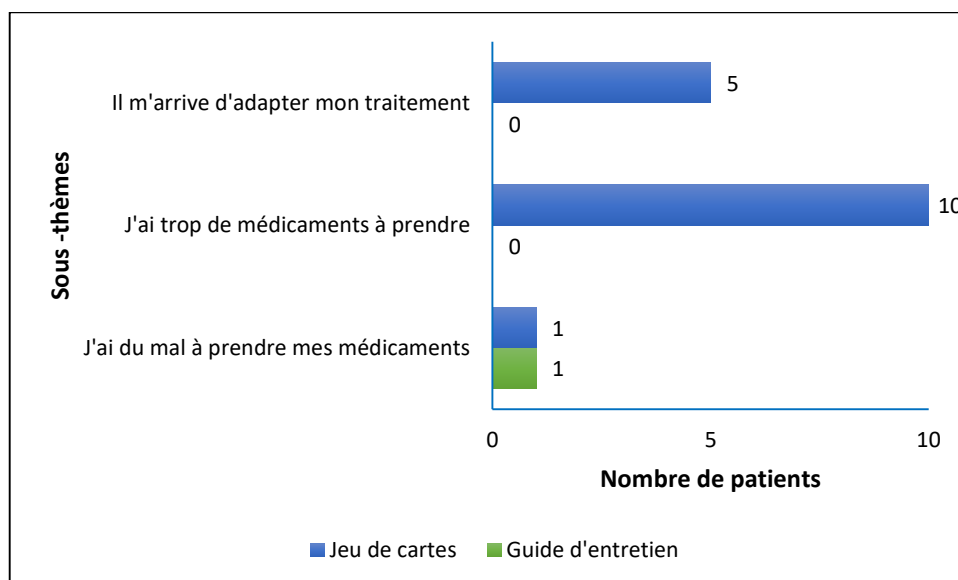


Figure 7 : Représentation de l'adhésion thérapeutique

Lors du JC, 20,8% des patients ont avoué avoir beaucoup de médicaments à prendre. Cinq patients ont reconnu avoir adapté leur traitement plusieurs fois (*refus de prise, modification de l'horaire, automédication, ...*). Par ailleurs, les items correspondant à ces 2 cartes n'ont été ressortis à aucun moment du GE. Les difficultés de prises de médicaments ont été évoquées à une seule reprise lors de chaque entretien.

(d) *Les ressources du patient*

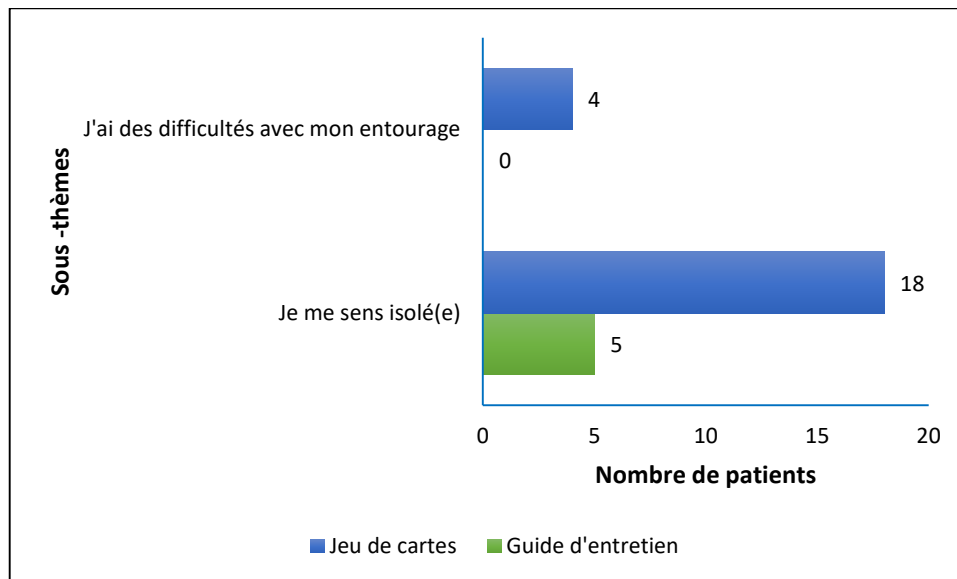


Figure 8 : Cartes explorant les ressources du patient

37,5% des patients (n = 18) ont exprimé un sentiment d'isolement lors de l'EC contre 10,4% des patients (n = 5) au cours du GE. Aucun patient n'a évoqué une quelconque difficulté avec leurs proches lors du GE alors que la carte correspondante fut retenue par 4 patients.

(e) *Les troubles psychologiques*

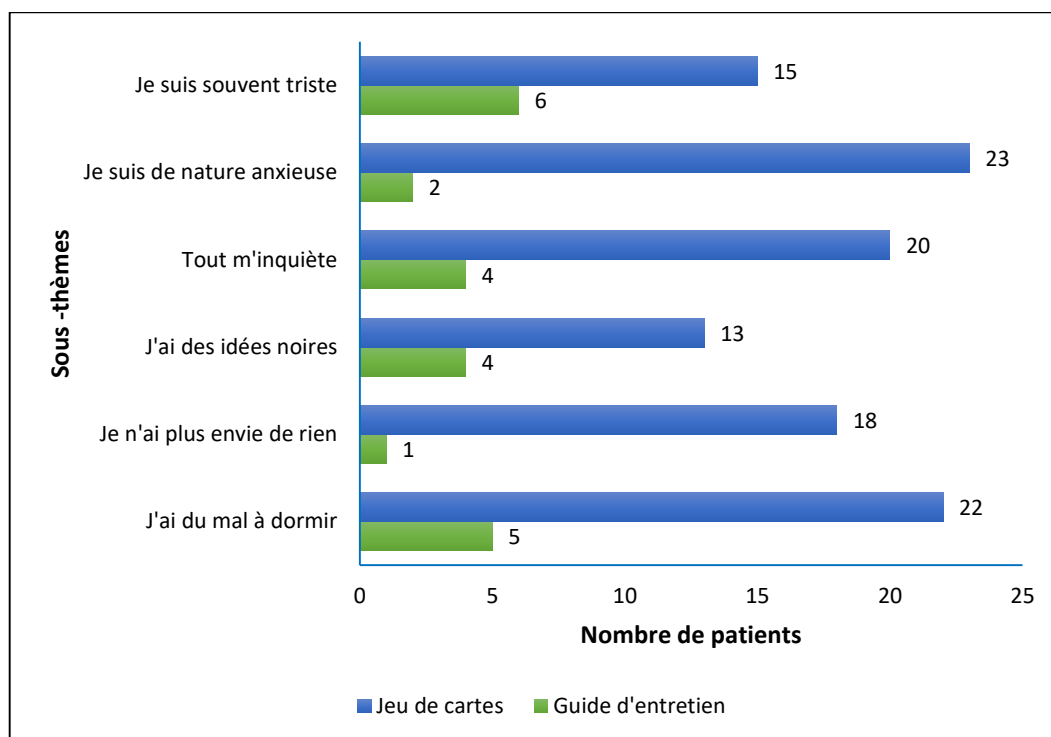


Figure 9 : Cartes explorant les troubles psychologiques

A l'aide du JC, plus de 37% des patients ont reconnu être anxieux ($n = 23$), avoir des troubles du sommeil ($n = 22$), avoir des inquiétudes pour une raison ou une autre ($n = 20$) et ne plus avoir envie de faire quelque-chose sur le moment présent ou dans le futur ($n = 18$). La tristesse et les idées noires concernent une part non négligeable des patients inclus (31,3% et 27,1% des patients respectivement). En revanche, moins de 13% des patients ayant bénéficié du GE ont abordé ces mêmes problématiques.

(f) *Les troubles sensoriels*

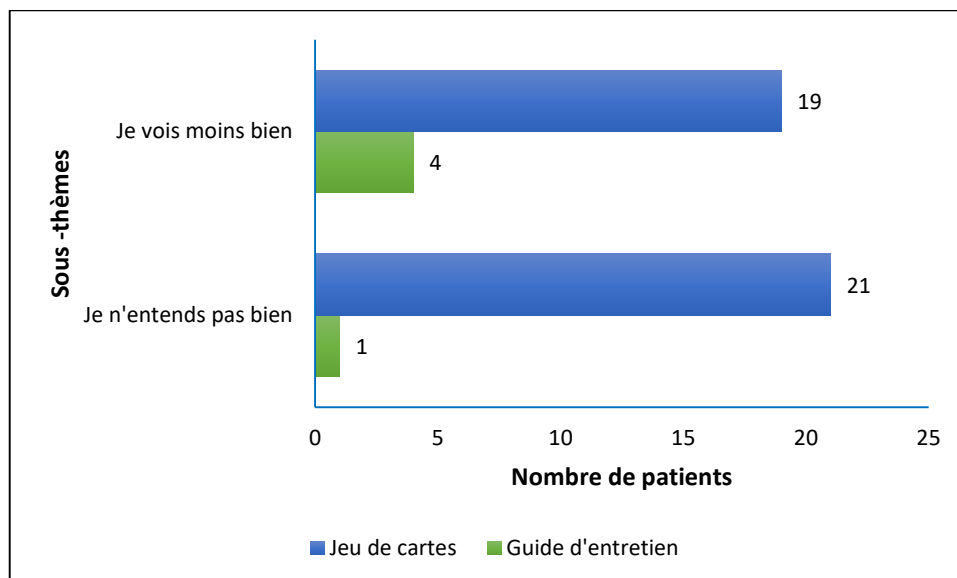


Figure 10 : Cartes explorant les troubles sensoriels

Les deux cartes permettant d'explorer l'audition et la vue ont concerné plus de 39% des patients. En revanche, ces mêmes items ont été très peu évoqués lors du GE.

(g) *Autres*

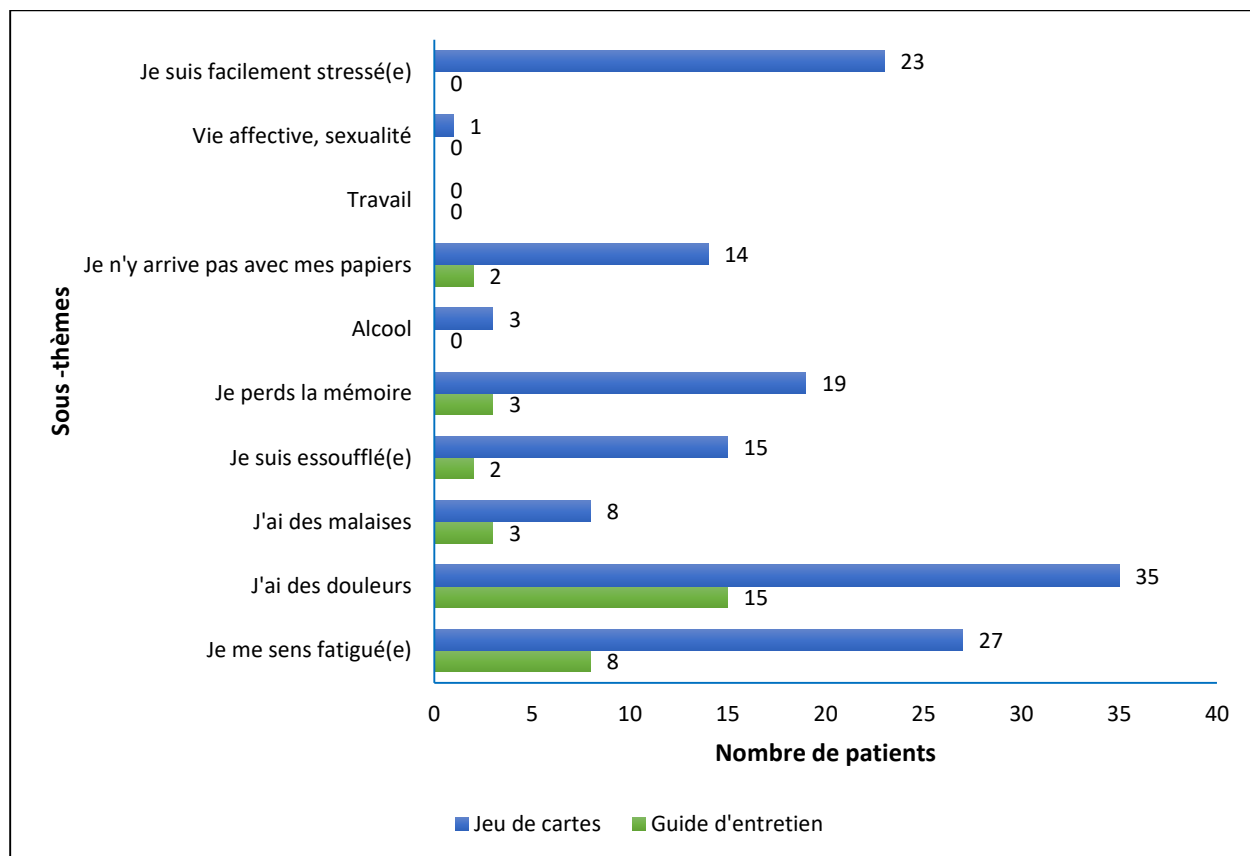


Figure 11 : Cartes explorant les autres problèmes

La douleur, le stress, la fatigue, la perte de mémoire et l'essoufflement sont les principales difficultés rencontrées lors du JC avec des différences considérables par rapport au GE.

2. La priorité du patient

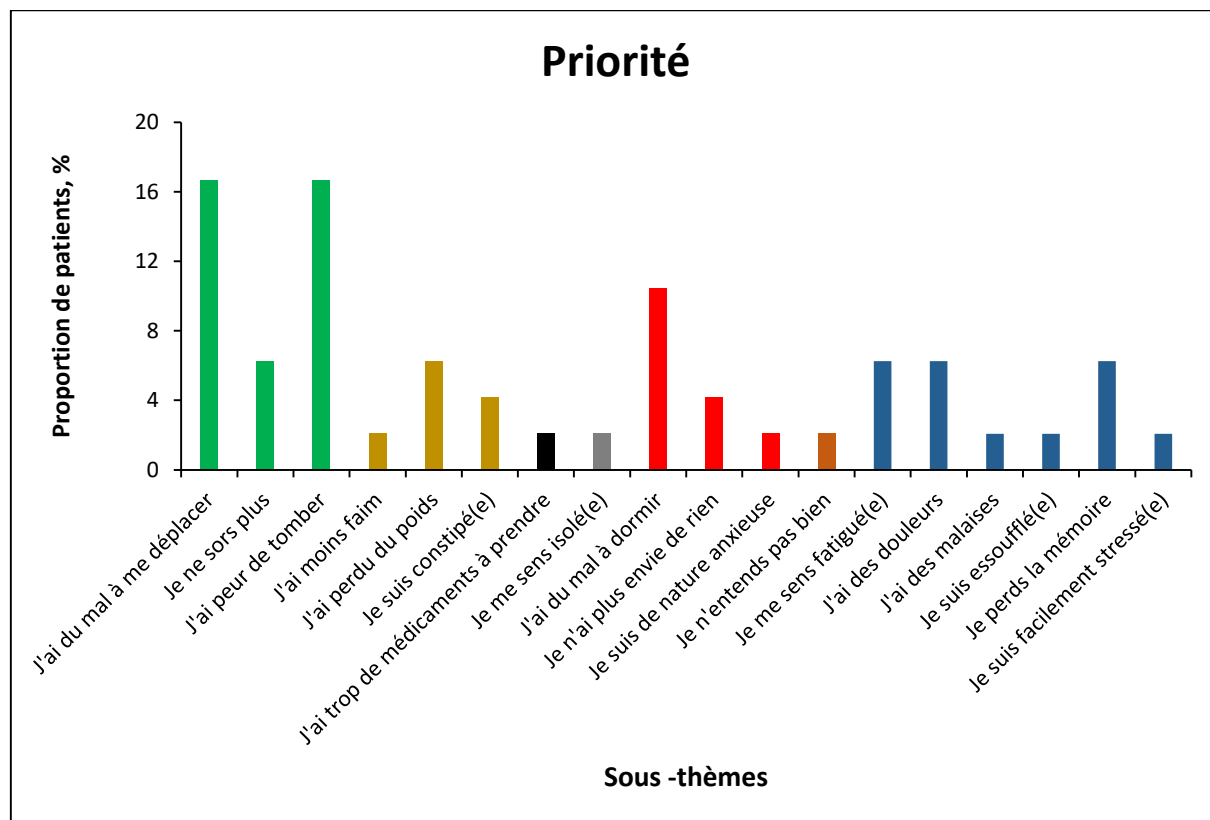


Figure 12 : Graphique représentant la priorité des patients lors du JC

Au total, 18 cartes sur les 33 présentées ont retenu l'attention de nos patients. Les cartes correspondant à la thématique « mobilité », notamment celles relatives aux difficultés de déplacement ainsi que la peur de tomber, concernent un tiers des sujets inclus ($n = 16$). Les troubles du sommeil arrivent en 2^{ème} position avec 5 patients. Les cartes « fatigue », « douleurs », « mémoire », « perte de poids » et « je ne sors plus » ont concerné pour leur part 2 patients chacun.

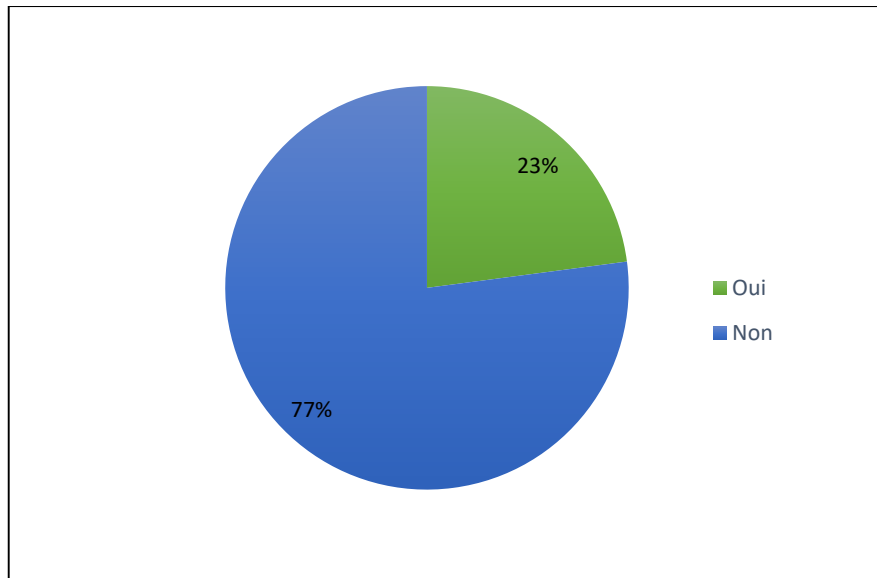


Figure 13 : Proportion de patients ayant évoqué leur priorité comme élément d'information lors du GE

Les priorités mentionnées lors du JC les sont aussi lors du GE pour 23% des patients. En revanche, pour une grande majorité de patients (n = 37), les priorités ne sont pas évoquées lors du GE.

3. Problèmes relevés uniquement lors du guide d'entretien

Le GE a révélé plusieurs problèmes médicaux et/ou symptômes parmi lesquels l'incontinence urinaire (29%), le reflux gastro-œsophagien (4%) et les difficultés à se relever en cas de chute (4%).

C. Questionnaire de satisfaction

1. Taux de participation

Le questionnaire a été distribué aux 48 patients ayant participé au JC OMAGE. 47 des 48 patients ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 98%.

2. Modes de remplissage du questionnaire

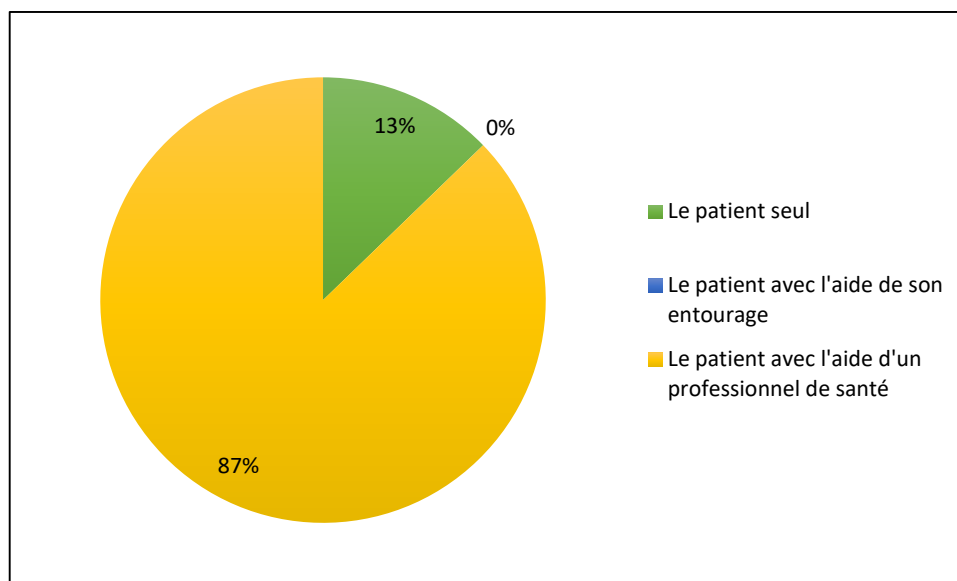


Figure 14 : Modalités de remplissage du questionnaire

Le questionnaire a été rempli le plus souvent par le patient avec l'aide d'un professionnel de santé (87%). 6 patients ont répondu seuls au questionnaire. Aucun patient n'a sollicité l'aide de leur entourage pour le remplir.

3. Les modalités pratiques

(a) *Question 1 : Avez-vous trouvé ce jeu de cartes intéressant ?*

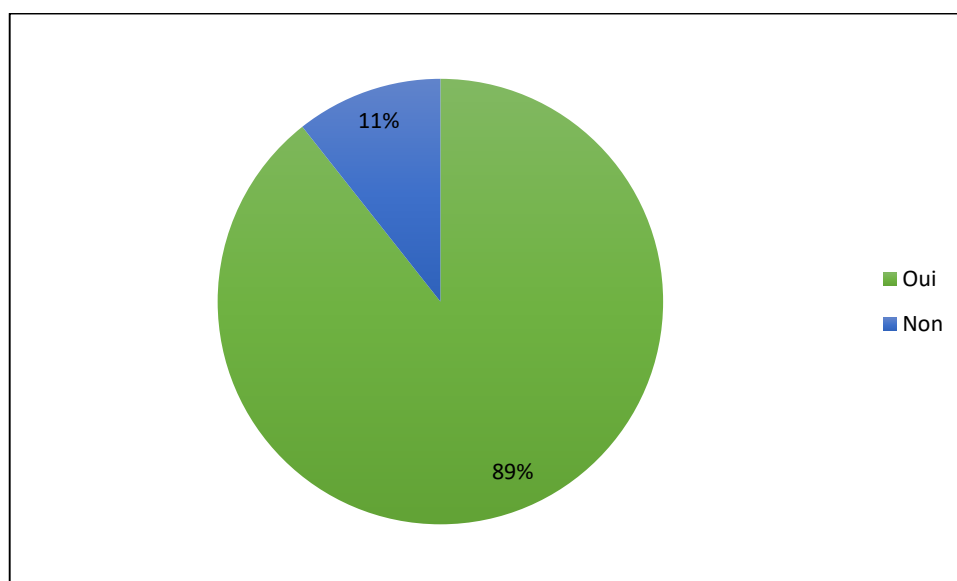


Figure 15 : Proportion de patients intéressés par le JC

La majorité des patients (89%) a trouvé le JC intéressant.

- *Si oui, quels sont les points positifs par rapport à l'entretien traditionnel ?*

Quatre propositions ont été faites aux 42 patients ayant trouvé le JC intéressant. Parmi eux, seul un patient n'a rien coché. Plus de trois-quarts d'entre eux l'ont trouvé « compréhensible ». En revanche, moins de la moitié l'ont estimé « interactif ».

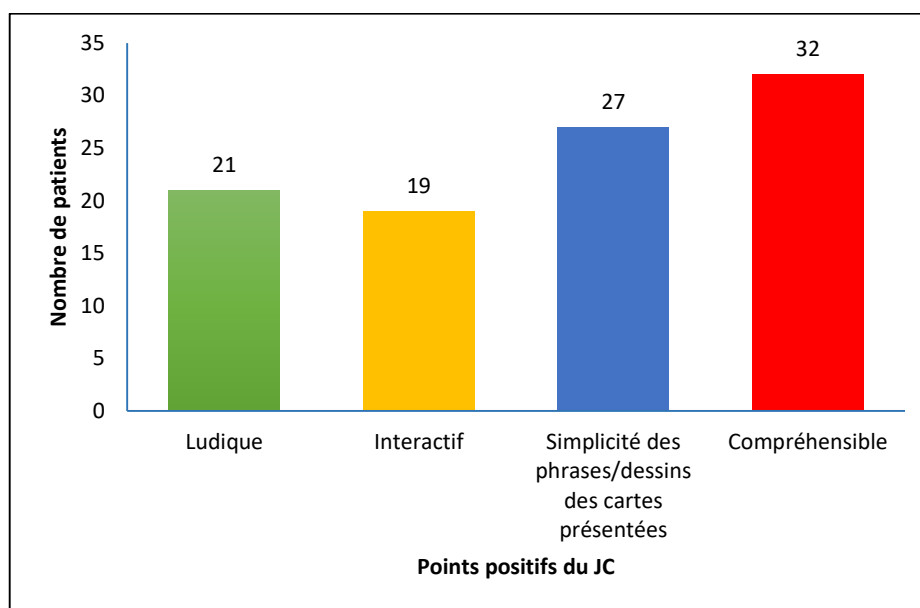


Figure 16 : les points positifs du JC

Les patients avaient aussi le choix de répondre librement via une case « autre ». Il en est ressorti les points suivants :

« C'est intéressant car cela correspond bien aux malades comme moi. C'est un nouveau système médical, je ne lis pas bien le français, donc c'est bien. »

« Réalité où on peut discuter. »

« C'est plus amusant que l'entretien traditionnel. »

« Complet. »

« Pratique. »

« Largement bien. »

- Si non, quels sont les points à améliorer ?

La possibilité a été donnée aux 5 patients qui ont répondu défavorablement, de proposer les points à améliorer à travers une question ouverte. Les réponses suivantes ont été obtenues de 3 d'entre eux :

« Je n'en trouve pas l'utilité. »

« Préfère une discussion pour rebondir sur les idées du médecin/professionnel de santé. Plus d'échanges et stimule plus la mémoire. »

« J'aime plutôt l'entretien traditionnel où je peux m'exprimer. »

(b) Question 2 : La durée de ce temps d'échange était

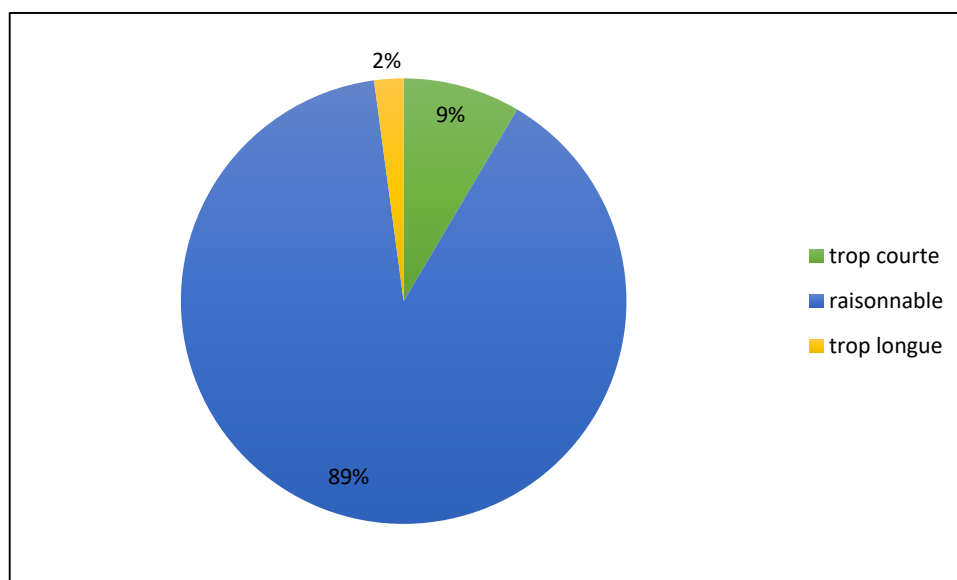


Figure 17 : L'évaluation de la durée du temps d'échange lors du JC

Il s'avère que 89% des patients ont trouvé raisonnable la durée du temps d'échange lors du JC. Elle était jugée trop courte pour une minorité d'entre eux, soit 9% (n = 4). 1 patient l'a estimée trop longue, malgré son intérêt pour le JC.

(c) Question 3 : Le nombre de cartes présentées était

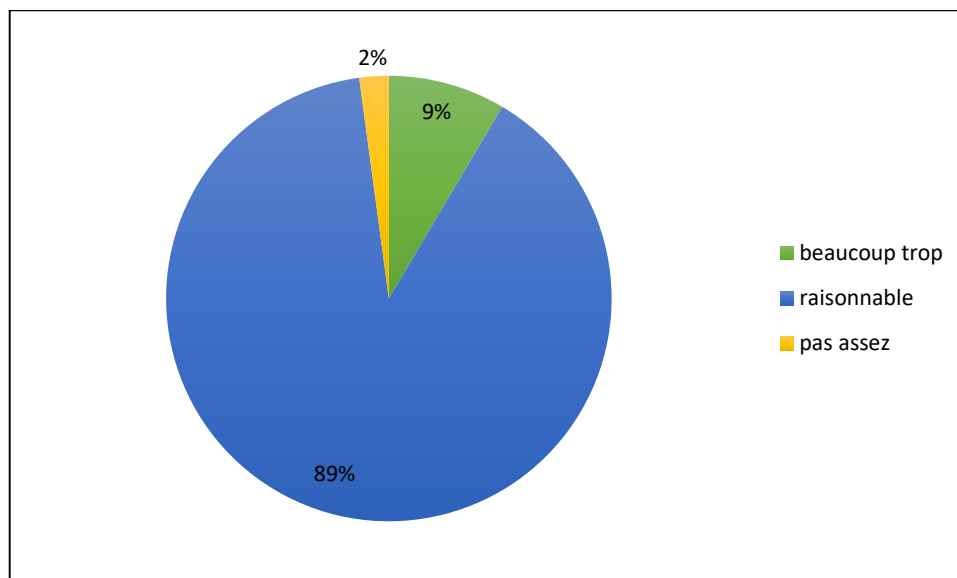


Figure 18 : L'évaluation du nombre de cartes présentées aux patients

La grande majorité des patients ($n = 42$) a considéré que le nombre de cartes présentées lors du jeu était raisonnable, soit 89%. 4 patients l'ont trouvé beaucoup trop important alors qu'un seul patient a trouvé qu'il n'y en avait pas assez.

(d) Question 4 : Vous êtes-vous senti(e) perdu(e) à un moment donné de ce jeu de cartes ?

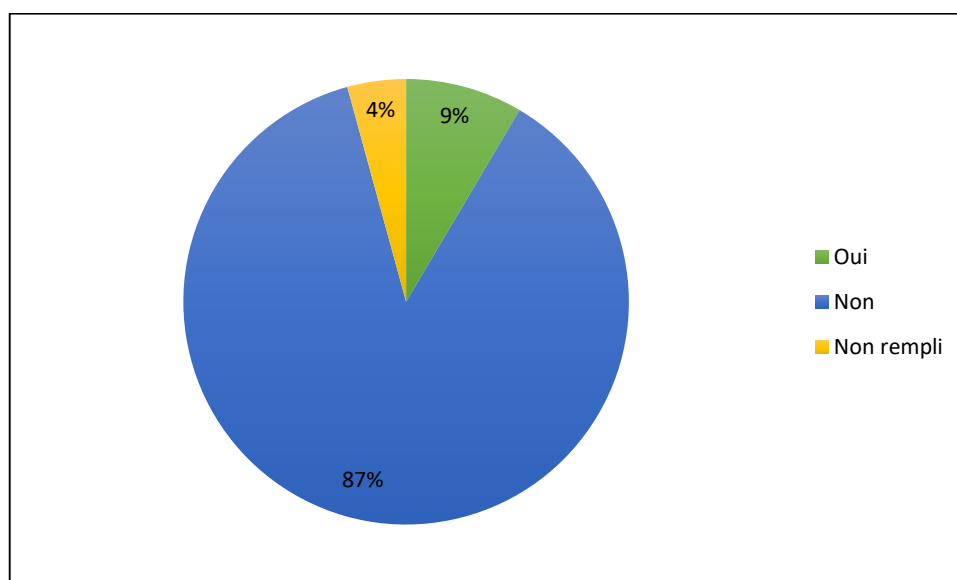


Figure 19 : Proportion de patients ayant eu un sentiment d'être perdu pendant le JC

Une faible minorité de patients ($n = 4$) se sont sentis perdus pendant le JC.

- Si oui, qu'est-ce qui vous a gêné le plus ?

Une question ouverte a été posée aux patients qui ont répondu positivement à cette question, afin de comprendre les raisons de ce sentiment. Les réponses apportées par 3 des 4 patients ont été :

« Je me suis trompé une fois pour les cartes. Au lieu de dire oui, j'ai dit non, après je suis revenu dessus. »

« On me demande de parler de ma vie et c'est très privé. »

« J'ai hésité mais j'ai fait des choix. »

4. Le relationnel

- (a) *Question 5 : Avez-vous apprécié la qualité des échanges avec le professionnel de santé ?*

Tous les patients ont apprécié à l'unanimité la qualité des échanges avec le professionnel de santé, soit un taux de 100%.

- Si non, quels sont les points à améliorer ?

Cette question est restée par conséquent sans réponse de la part des patients.

(b) Question 6 : Avez-vous pu dire tout ce que vous vouliez ? (Aspect médical, entourage, attentes, priorités...)

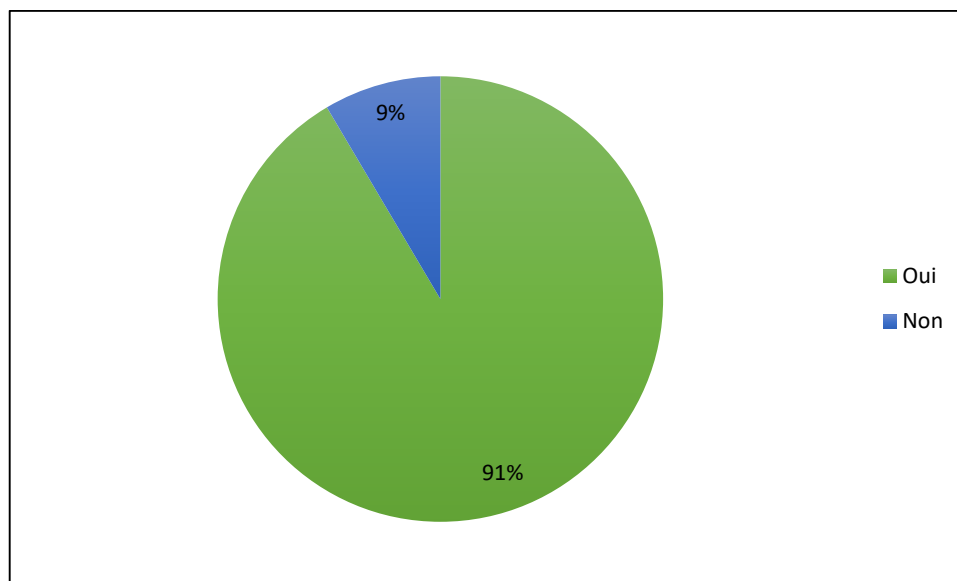


Figure 20 : Proportion de patients qui ont pu s'exprimer lors du JC

Une grande partie des patients (n = 43) ayant participé au JC ont estimé avoir pu dire ce qu'ils voulaient. 9% (soit 4 patients) ne partageaient pas cet avis.

- Si non, pourquoi ?

Les patients qui ont répondu « non » étaient invités à motiver leur choix. Les raisons suivantes ont été évoquées par 2 des 4 patients :

« *Manque de temps.* »

« *Développer d'avantages certains points.* »

(c) Question 7 : Est-ce que cela vous a fait du bien d'être écouté(e) ?

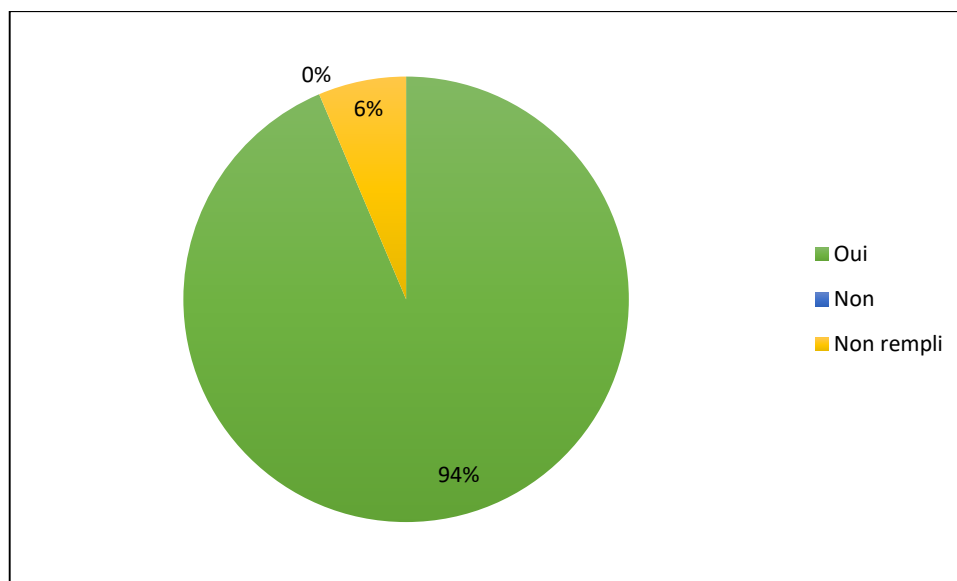


Figure 21 : Proportion de patients qui ont apprécié d'être écoutés

Au total, 44 patients ont trouvé bénéfique le fait d'être écouté. Aucun n'a répondu négativement et 3 ont préféré ne rien choisir.

5. Le point de vue général

Commentaires libres ou suggestions

« Du bien d'avoir quelqu'un pour parler. »

« Original. »

« Jeu permet de se livrer, de se distraire. Content de discuter avec une personne agréable durant la journée. »

« Moment agréable de détente, pas de tension. Beaucoup aimé d'être écouté. »

« Une personne ayant toute sa tête ne trouve pas vraiment l'utilité de cet entretien. Je sais utiliser un ordinateur. »

« Ça va, c'est nouveau, cela peut aider les gens à décider. Le professionnel de santé a bien expliqué. Ça fait parler et ça fait du bien. »

« Ça fait du bien qu'on s'intéresse à moi. »

« *Ecouter du monde qui sait de quoi il parle, c'est très important. Le nombre de cartes n'était pas assez car beaucoup d'autres questions à poser. Toujours intéressant de connaître l'avis d'un professionnel. D'habitude on a très peu de rapport avec les spécialistes. »*

« *C'est plus facile avec les cartes car on a le dessin, le sujet en face de soi. »*

« *Entretien très apprécié. »*

« *Ça s'est très bien passé. J'ai tout dit au professionnel de santé. »*

« *C'était normal, il n'y avait pas de questions indiscretes. C'était net, les dessins. Je crois que j'ai tout dit, je ne me souviens plus. »*

« *Je suis énervée par mes enfants des fois, on ne me comprend pas toujours. »*

« *Tous les sujets sont passés en revue. »*

« *Très satisfaite des échanges. Pas de remarques particulières. Je me suis sentie très libre et à l'aise. »*

« *Certaines cartes sont peu claires/ambigües par exemple adaptation des traitements.»*

« *Pourquoi ne pas présenter ce questionnaire à l'arrivée du patient et refaire ultérieurement un second questionnaire pour voir l'évolution de l'échange entre le médecin et le patient. »*

« *Jeu sympa qui correspond tout à fait à mes états d'âme. Ça fait toujours du bien d'être écouté. »*

« *Apprécie les précisions faites par les professionnels. Apprécie d'être à l'écoute. »*

« *Ça permet de poser des questions. On est toujours disponible. Je me sens utile. Votre travail est très utile. »*

« *Cela m'a peut-être ouvert à certains points de ma personnalité que je ne connaissais pas. »*

DISCUSSION

A. Analyse de la méthodologie

1. Taux de participation

Sur les 108 patients admis au SSR gériatrique pendant la période étudiée, 48 ont pu participer à l'étude, soit 44%. La non-participation des 56% restants peut s'expliquer par plusieurs éléments :

- Présence d'une ou plusieurs critères d'exclusions ;
- Non disponibilité des soignants pour la réalisation du GE et/ou de l'interne en pharmacie pour le JC ;
- Réticence des patients à la participation.

Les deux premiers critères représentent en effet la majorité des patients pour lesquels les entretiens n'ont pu être réalisés. Le fait d'avoir choisi d'exclure les patients aphasiques et/ou ayant des difficultés de lecture limite déjà le nombre de patients certes, mais l'idée était de ne pas influencer les patients en leur lisant chaque carte.

2. Représentativité de notre échantillon selon le genre

Notre échantillon peut être considéré comme représentatif ($p = 0,93$) au vu des proportions d'hommes (40%) et de femmes (60%) ayant participé à l'étude par rapport à la totalité des patients hospitalisés pendant la période de recueil de données avec 39% d'hommes et 61% de femmes.

3. Durée de l'étude

Ce travail a été réalisé pendant un peu plus de 4 mois par un interne en pharmacie à temps partiel et d'autres soignants. Compte tenu du contexte sanitaire lié à la COVID-19, nous avons fait le choix de limiter les interactions avec les patients et de s'en tenir aux nombres de patients déjà inclus dans l'étude.

4. Les entretiens

(a) Généralités

Le choix de réaliser d'abord le GE puis le JC s'est porté sur le fait qu'on voulait voir ce que le JC apportait de plus en termes d'informations pertinentes sur le patient et ensuite proposer un questionnaire de satisfaction aux patients pour avoir leur ressenti par rapport à l'entretien traditionnel (GE). Le délai entre la réalisation du JC par rapport au GE était de 4,5 jours en moyenne. En effet, au-delà de 7 jours, il devenait difficile pour certains patients de se souvenir qu'ils avaient eu le GE au préalable et donc, compliqué de faire le lien entre les deux entretiens et de donner leur avis sur le JC au moment du répondre au questionnaire de satisfaction.

Le protocole établi concernant les entretiens était la réalisation de ces derniers par des professionnels de santé distincts afin de ne pas créer un biais lors de l'entretien par JC. Dans la majorité des cas, le GE était effectué par une personne à la fois, soit par le gériatre ou un kinésithérapeute ou encore l'ergothérapeute alors que le JC était réalisé quant à lui quasi-exclusivement par l'interne en pharmacie.

(b) Le guide d'entretien

Dans la plupart des cas, un seul soignant réalise le GE. Au début de sa mise en place, le GE s'effectuait en binôme. En effet, un binôme est une bonne idée dans la mesure où le recueil des informations se fait plus aisément. La première personne se concentre sur le patient en posant les questions et en portant une écoute active et la deuxième personne se consacre au recueil de données. Au fil du temps, par manque d'effectifs et de temps, cette pratique a été abandonnée.

Aussi, l'analyse de données n'était pas toujours facile étant donné que les réponses étaient rédigées en mode « texte libre ». On a donc analysé le GE de chaque patient entièrement en se focalisant majoritairement sur les problèmes de santé et les traitements, afin de pouvoir faire ressortir les éléments utiles pour comparer avec le JC.

(c) Le jeu de cartes

Contrairement au GE, le JC est un outil qui permet au patient de diriger lui-même l'entretien et place donc le professionnel de santé dans une situation d'écoute active et d'empathie sans jugement de valeur.

33 cartes étaient présentées systématiquement à chaque patient. Or, certaines d'entre elles auraient pu ne pas être incluses dans le jeu notamment la carte « Travail ». En effet, cette

dernière n'était pas adaptée pour notre étude puisque que le programme d'éducation thérapeutique au SSR concernait uniquement les patients polyopathologiques de plus de 75 ans. Or, la plupart de ces personnes étaient en perte d'autonomie et n'occupaient aucun poste de travail.

5. L'enquête de satisfaction

Bien que le questionnaire comportait peu de questions avec une durée moyenne de remplissage de 4 minutes, certains aspects ont posé problème pour certains patients. D'abord, le fait que le questionnaire ne soit pas anonyme, les patients se sont peut-être sentis moins libres dans les réponses transmises même si le questionnaire était rempli par eux-mêmes ou par une personne autre que celle ayant réalisé le JC. Ceci a probablement généré un biais dans l'étude.

B. Synthèse des résultats

Comme le montrent nos résultats, les patients arrivent à s'exprimer plus facilement avec le JC pour faire ressortir certains problèmes ou besoins qu'ils ne pensent pas forcément à évoquer au moment du GE. Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Soit le patient n'a pas envie ou n'exprime pas le besoin d'en parler pour quelque chose qui lui semble banale,
- Soit il peut s'agir d'un oubli,
- Soit ce n'est tout simplement pas le bon moment pour réaliser le GE.

1. La priorité des patients

La priorité du moment est un des points forts de l'EC OMAGE. Elle permet d'une part de connaître la préoccupation majeure du patient à un moment donné et d'autre part, de voir si la priorité envisagée par le soignant coïncide avec celle du patient.

Les deux grandes priorités de cette étude sont :

(a) La mobilité

Il n'est pas surprenant que la thématique « mobilité » ait été prioritaire pour un tiers des patients inclus dans l'étude. Parmi eux, 50% ont estimé que « les difficultés de déplacement » leur posaient problème et quant à l'autre moitié, « la peur de tomber » était leur crainte principale.

Pour la plupart de ces patients, les causes d'hospitalisation (post chute, post-fracture et le trouble de la marche et de l'équilibre) étaient plutôt cohérentes avec leur priorité. Toutefois, 3 patients admis pour une rééducation post-AVC et un autre patient en situation post-infection avaient aussi pour priorité la mobilité ; les troubles de la marche et de l'équilibre faisant partie des séquelles de l'AVC. Leurs restaurations constituent donc un enjeu important afin de pouvoir favoriser la réinsertion sociale des patients.

Dans le centre de SSR de l'hôpital Xavier-Arnoz, la rééducation post-chute est au cœur de la prise en charge des patients. Chacun d'eux bénéficie d'un accompagnement adapté au plus juste de leur situation. Trois séances consécutives sont consacrées à l'ETP autour de la chute, d'abord le vécu du patient puis la prévention et enfin que faire si le patient tombe.

(b) Troubles du sommeil

Sur les 22 patients (46%) ayant choisi la carte « J'ai du mal à dormir », 5 d'entre eux l'ont considérée comme élément perturbateur majeur, faisant donc de ce symptôme la deuxième grande priorité de notre cohorte. A noter que seuls 5 patients (10%) ont évoqué des troubles du sommeil lors du GE.

2. Jeu de cartes versus guide d'entretien

Les résultats de l'étude mettent en évidence plusieurs aspects intéressants.

(a) Troubles nutritionnels et digestifs

Une part non négligeable de patients a parlé de leurs difficultés sur cette thématique lors du JC. Pour rappel, 50% avaient évoqué une perte de poids, 35% une perte d'appétit et 48% une constipation. En revanche, ces problèmes ont été à peine abordés par les patients lors du GE.

Le lien avec la dénutrition peut se faire avec la perte d'appétit et la perte de poids chez ces patients-là. En ce qui concerne la constipation, on peut penser que celle-ci n'est pas toujours facile à évoquer au premier abord avec le soignant lors du GE alors qu'avec une carte « constipation » en face de lui, le patient peut se sentir plus à l'aise pour en discuter.

(b) Traitements

La gestion des traitements des patients dépendants n'est pas toujours facile. Heureusement, pour la plupart d'entre eux, un proche aidant ou une infirmière à domicile permet de surmonter ce problème. Cependant, le JC a permis de constater que 2 patients avaient des difficultés quant à la prise de certains médicaments notamment avec les grosses gélules de Doliprane® ou le Diffu-K®. Une alternative telle que le changement de forme galénique a donc été trouvée face à cette situation, d'une part pour améliorer l'observance et d'autre part, pour diminuer les risques de fausses routes.

Lors du JC, 10 patients avouent avoir beaucoup de traitements à prendre. A l'entrée, on dénombre 9 médicaments en moyenne [4 ; 15] chez ces patients. Parmi eux, 1 patient sur 2 pense que certains médicaments ne sont pas nécessaires alors que l'autre moitié estime que si les médicaments sont prescrits, c'est parce qu'il y a bien une indication. Certains patients ont même signalé qu'ils avaient vu une amélioration de leur état de santé. A l'inverse, au moment du GE, aucun patient ne s'est plaint d'avoir beaucoup de médicaments, ce qui peut être le signe d'une mauvaise observance.

10% des patients (n = 5) reconnaissent avoir adapté leur traitement en une ou plusieurs façons : l'oubli ou le refus de prise de médicaments, le changement d'horaire de prise, ou encore une automédication pour la constipation par exemple. Une fois de plus, ces éléments n'ont pas été évoqués lors du GE.

(c) Ressources du patient

Même si un peu plus de 60% des patients ayant participé au JC nous ont confiés d'être bien entourés par leurs proches, amis ou voisins, 38% des patients (contre 10% lors du GE) ont exprimé un sentiment d'isolement qui pourrait bien évidemment avoir des répercussions plus ou moins graves sur leur qualité de vie. Il est important de noter que notre étude s'est déroulée tout juste après le premier confinement dans le cadre du contexte sanitaire lié à la COVID-19. Pendant le confinement, les visites en SSR ou en Établissement d'Hébergement Pour Âgées Dépendantes (EHPAD) étaient interdites de façon à limiter le plus possible les contacts étroits avec d'autres personnes susceptibles de véhiculer le virus. Afin de faire face à cette situation et pour que les patients puissent garder le contact avec leurs proches, des moyens divers tels que les appels téléphoniques via Skype ont dû être déployés.

Compte tenu de ces faits, on peut considérer que ce confinement a eu un impact négatif sur les patients qui étaient déjà hospitalisés dans ce service ou hébergés en EHPAD pendant cette période.

(d) Troubles psychologiques

C'est de loin la thématique ayant affecté le plus de patients lors du JC. En effet, l'anxiété et les inquiétudes de toute nature ont concerné 48% et 42% des patients respectivement. Tristesse (31%), idées noires (27%) ou encore l'anhédonie (38%) sont plusieurs symptômes des troubles de l'humeur pouvant évoquer une dépression. Ces données ont permis d'orienter le patient en consultation avec la psychologue du service. A l'opposé, ces problématiques ont été repérés chez moins de 13% des patients lors du GE.

(e) Troubles sensoriels

Les troubles de la vision et de l'audition font partie des déficiences sensorielles dont la prévalence augmente progressivement avec l'âge. En effet, le JC a permis de constater que 44% des patients (n = 21) ont exprimé une perte auditive et 40% (n = 19) une baisse de la vision probablement liée à une cataracte. Parmi eux, 11 patients avaient une double déficience sensorielle. Ces problèmes peuvent générer chez ces patients une anxiété et de la solitude pouvant mener vers un état dépressif réactionnel.

(f) Autres symptômes et problèmes

Selon nos résultats, 73% des patients se plaignent de douleurs au moment du JC contre 31% lors du GE. La même tendance s'observe dans le cadre de la fatigue (JC : 56%, GE : 17%). On peut donc s'interroger sur la grande différence pour ces deux symptômes entre nos deux entretiens. En effet, les douleurs peuvent concerner tout le monde mais ce qui est important, c'est l'évaluation de cette douleur. Récemment, la HAS a publié une liste des échelles utilisées pour évaluer la douleur (64). On retrouve les échelles d'auto-évaluation telles que l'Échelle Visuelle Analogique, l'Échelle Numérique ou encore l'Échelle Verbale Simple. Parmi les échelles d'hétéro-évaluation, certaines sont plus spécifiques pour la personne âgée, Doloplus et Algoplus pour en citer quelques-uns.

Les troubles amnésiques figurent aussi parmi les symptômes très évoqués lors du JC à l'inverse du GE. Ils peuvent être de plusieurs origines :

- psychologique (fatigue, stress, anxiété, insomnie, syndrome dépressif),
- cérébrale (maladies neurodégénératives),
- médicamenteuse (anxiolytique et hypnotique avec la classe des benzodiazépines, anti-psychotiques, anti-histaminiques).

Parmi les patients ayant choisi la carte « Je perds la mémoire », nombre sont ceux ayant aussi tiré au moins une carte relevant des troubles psychologiques. En revanche, on ne peut considérer cela comme une généralité puisque 3 patients avaient quand même une perte de mémoire sans pour autant avoir une quelconque problème psychologique.

Par ailleurs, deux cartes ont parfois surpris certains de nos patients.

- i. La première étant celle concernant le travail, qui d'ailleurs, n'a été retenue par aucun patient. En effet, tous les patients inclus dans l'étude avaient 75 ans et plus et donc, pour la totalité, des personnes à la retraite.
- ii. Et la seconde, « la vie affective et la sexualité » qui reste un sujet un peu plus intime. Elle fut retenue par un patient uniquement. Pour certains patients, c'était tout à fait normal d'en parler alors que pour d'autres, cette carte générait en quelque sorte un sentiment lointain.

3. Notion d'empowerment

On peut constater qu'avec le JC, on arrive à balayer non seulement plusieurs aspects de la vie quotidienne du patient, mais aussi à faire le lien entre les symptômes eux-mêmes d'une part et d'autre part entre les symptômes et les maladies. A la fin du JC au moment de résumer la situation du patient, ce dernier arrive à intégrer les différents éléments le concernant, lui donnant donc plus de motivation pour prendre sa situation en main dans le but de gérer au mieux sa ou ses maladie(s) chronique(s) afin de gagner en autonomie. On a pu constater que la priorité évoquée lors du JC est très peu, voire pas du tout retrouvée au moment du GE. On peut donc se poser la question suivante, « est-ce que le patient s'est réellement senti entendu quant à sa priorité et ses besoins ? »

C'est dans cette perspective que la notion de « *empowerment* » ou le pouvoir d'agir en français, prend tout son sens dans le cadre l'éducation thérapeutique.

En 2017, un séminaire de recherche-action portant sur le concept de l'empowerment impliquant des patients, des soignants ainsi que des formateurs en ETP, mené par Legrain *et al.*, a permis,

d'une part, d'établir plusieurs constats pour lesquels des préconisations concrètes ont émergé et d'autre part, de prendre conscience qu'il fallait aller au-delà des représentations soignantes pour être plus efficace (65). Ces résultats concordent avec les nôtres sur plusieurs points :

- La mobilité : souvent les chutes sont responsables d'une vie sédentaire chez les personnes âgées. Or, elles savent très bien que l'activité physique est essentielle pour se faire plaisir, « d'aller et venir » et pour voir d'autres personnes (constat fait lors du colloque). Le JC OMAGE nous a montré que 81% et 75% des patients inclus avaient peur de tomber et sortaient très peu de chez eux respectivement. Un temps de (ré)éducation de la mobilité avec un binôme kinésithérapeute/ergothérapeute est donc primordial. C'est d'ailleurs le cas à l'unité de SSR gériatrique mais l'idée est d'aller encore plus loin pour que cette démarche s'inscrive dans un processus continu tout en intégrant un proche aidant et pas seulement lors d'une hospitalisation.
- Les médicaments : certes ils sont importants pour les personnes âgées, mais s'ils dépassent un certain seuil, ils peuvent peser sur leur quotidien. En effet, avoir 15 médicaments à prendre quotidiennement en plus des effets secondaires qui peuvent être engendrés, peut sembler difficile à concevoir pour certains patients. Ceci peut aboutir à des adaptations de traitement par le patient lui-même comme le montrent nos résultats. De ce fait, il est primordial de réviser les traitements de chaque patient au moins une fois par an que ce soit par le médecin généraliste ou lors d'un séjour hospitalier en collaboration avec un pharmacien.

4. Enquête de satisfaction

Le grand point positif de cette enquête de satisfaction est le taux de retour du questionnaire qui s'élève à 98% et peut donc être qualifié de satisfaisant. Bien qu'une majorité de patients ont trouvé le JC intéressant, 5 patients n'ont pas vu les choses de la même manière. Le fait que le JC permette aux patients de diriger l'entretien les a peut-être mis en difficulté par rapport à la façon classique de procéder avec le GE traditionnel.

En générale, la durée de l'entretien était jugée satisfaisante avec un gain en moyenne de 3,6 minutes par rapport au GE. Cependant, une patiente a avoué que l'entretien était trop long malgré que celui-ci ait duré 14 minutes. En creusant un peu plus, on a constaté qu'elle avait tout de même trouvé le nombre de cartes raisonnables. On pourrait donc en déduire qu'il s'agissait d'une erreur de compréhension de la question ou une erreur lors du recueil de données. Pour ce qui est du nombre de cartes présentées, 4 patients ont considéré qu'il y en

avait trop et parmi eux, une patiente avait même constaté que la durée de l'entretien était trop courte (17 minutes), rendant cohérent son avis sur le nombre de cartes.

De plus, 4 patients ont eu le sentiment d'être perdus au moment du JC. Parmi eux, 1 patient a confié que parler de sa vie était quelque chose de privé. Pourtant, le problème principal du patient, selon lui, était le trop grand nombre de médicaments (11 à l'entrée versus 10 à la sortie).

Enfin, on peut constater au vu des commentaires laissés par les patients que le JC leur a fait du bien, d'une part de sentir écouté par des professionnels de santé et d'apprécier à ce que ces derniers s'intéressent encore à eux. Et d'autre part, pour certains patients, ce JC leur a permis de voir leur situation sous un angle différent.

5. Autre outil en ETP

Malgré nos recherches dans la littérature, aucune étude similaire comparant un guide d'entretien papier versus un jeu de cartes n'a été publiée. Néanmoins, nous avons décidé de présenter un autre outil servant de support aux bilans éducatifs pour mieux comprendre le malade.

COMETE

L'outil COMETE (COMPétences psychosociales en Éducation du paTiEnt), développé par le Comité Régional de l'Éducation pour la Santé (Provence-Alpes-Côte d'Azur), permet d'aider l'intervenant/le professionnel de santé lors du bilan éducatif ou des séances éducatives, en développant les compétences psychosociales des patients en lien avec le vécu de leurs maladies chroniques (66)(67)(68).

L'outil présente plusieurs thématiques : l'appropriation de la maladie, l'identification et la résolution de problèmes, l'image de soi, les projets de vie, l'avenir, les émotions, le rapport aux autres, l'entourage et les ressources, la confiance en soi. Ces différentes thématiques sont elles-mêmes déclinées en plusieurs compétences. Six jeux de cartes viennent compléter l'outil en tant que support d'animation. Ils concernent notamment les aidants, les émotions, les valeurs, les événements, les situations de la vie quotidienne, les stratégies d'adaptation (66)(67)(68). Quelques similitudes peuvent être faites avec certaines cartes du JC OMAGE notamment sur l'état émotionnel, les liens sociaux et l'identification des aidants du patient.

Tout comme que le jeu de cartes OMAGE, COMETE est un moyen d'aide pour les équipes intervenant dans un programme d'éducation thérapeutique.

6. Limites de l'étude

Malgré son intérêt, notre étude présente quelques limites dues aux conditions pratiques de sa réalisation. Tout d'abord, ce travail a eu lieu peu après le premier confinement où les gestes barrières telles que le port du masque obligatoire et la distanciation étaient de rigueur. Ceci nous a paru contraignant au début de la réalisation des entretiens, d'autant plus en gériatrie où il a fallu parler bien plus fort que d'habitude sans pouvoir montrer notre expression visuelle tout au long de nos échanges. Aussi, la taille de notre échantillon reste restreinte du fait des ressources humaines notamment avec un interne en pharmacie à temps partiel et des soignants non formés à la réalisation du JC. La durée de l'étude relativement faible figure aussi parmi les facteurs limitants.

De plus, en ce qui concerne le JC en lui-même, on ne peut considérer qu'il est exhaustif puisque plusieurs symptômes importants tels que l'incontinence urinaire ou encore le reflux-gastro-œsophagien n'y figurent pas alors que ces derniers ont été évoqués par plusieurs patients lors du GE. La notion de temporalité des symptômes n'était pas forcément évidente pour tous les patients dû fait des troubles cognitifs. Bien que globalement la plupart des patients ait trouvé la durée de l'entretien raisonnable, certaines cartes très peu choisies au cours de cette étude peuvent faire l'objet d'une réflexion adaptée au profil du patient. Il s'agit des cartes « Travail », « Vie sexuelle et affective », « Alcool ».

Aussi, certains patients n'étaient pas toujours disponibles au moment de notre passage pour des raisons diverses (séance de kinésithérapie, consultation avec la psychologue, rendez-vous médical de dernière minute). Il a donc fallu pour ces patients qu'on réorganise notre activité pour qu'ils puissent bénéficier du JC dans un délai relativement proche du GE.

Enfin, même si le JC présente plusieurs atouts, il est à noter que l'échange est assez structuré et articulé autour des cartes présentées et donc, le patient peut moins se livrer sur d'autres choses à l'opposé du GE.

7. Perspectives

Le jeu de cartes comme un outil de support au guide d'entretien

Comme le guide d'entretien est utilisé depuis de nombreuses années, il ne s'agit pas de le supprimer mais faire de sorte que le JC soit un outil complémentaire de façon à accroître au maximum le recueil d'informations pertinentes. On peut garder le GE en première intention en simplifiant certaines questions et élaborer un outil d'aide à la décision avec plusieurs paramètres en fonction desquels on pourrait proposer ou non le JC au malade. Prenons le cas d'un patient qui s'est très peu exprimé sur ses problèmes de santé et/ou ses traitements, le JC pourrait dans ce cas venir en tant qu'outil de support dans un second temps afin de gagner en efficacité. A l'inverse, l'apport du JC serait peu contributif chez un patient bavard ayant exposé ses soucis et ses besoins clairement lors du GE.

Rappelons-le, plus le patient se sent entendu, meilleure sera l'alliance thérapeutique et *de facto*, une meilleure qualité de vie.

Formation pratique des soignants au JC

La formation des professionnels de santé représente un enjeu important notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Une formation spécifique est nécessaire pour s'approprier ce jeu de cartes. Actuellement, plusieurs professionnels de santé du service sont formés à l'utilisation de cet outil mais seules la gériatre et la pharmacienne en font dans la pratique courante. Il serait judicieux que les autres soignants (interne en médecine et pharmacie, infirmières, psychologue et ergothérapeute) puissent également en pratiquer. Aussi, comme le changement des internes s'effectue tous les 6 mois, il serait adéquat de renouveler cette formation à chaque début de semestre au même titre que les autres formations.

Création d'un outil de traçabilité informatique

Pour tracer chaque entretien par JC, il serait judicieux de créer un questionnaire informatique en reprenant les différents éléments de la version papier dans le but d'élaborer la synthèse. Cela permettrait d'avoir accès aux informations plus facilement et pourrait donc servir lors de la rédaction du compte rendu de l'hospitalisation du patient.

Technologies et environnement

En 2021, à l'ère du numérique, nous devons sans cesse nous adapter dans l'intérêt premier du patient. D'ailleurs, le contexte sanitaire a montré que la technologie était encore plus importante que ce qu'on l'imaginait. De ce fait, il nous paraît opportun d'intégrer une synthèse de l'entretien éducatif JC et/ou du GE au compte rendu hospitalier sur une plateforme dématérialisée telle que le dossier médical partagé (DMP). Le but est d'inciter le patient, via son médecin traitant, son pharmacien ou tout autre professionnel de santé habilité, à ouvrir son DMP. Ce dernier est d'autant plus utile chez les patients âgés vivants avec des maladies chroniques. Plusieurs professionnels de santé (médecin traitant, médecin coordonnateur d'un EHPAD, infirmière, pharmacien) peuvent avoir accès après autorisation du titulaire du DMP afin d'avoir une bonne connaissance du parcours de soins et des problèmes éventuels objectivés par l'ETP.

Dans le cadre du PRS 2018-2028 de l'ARS Nouvelle Aquitaine, le déploiement des outils numériques constitue une des dix cibles importantes. Notre proposition concorde donc, non seulement avec le PRS, mais aussi avec les objectifs du PAERPA afin d'améliorer la transmission des informations au moyen d'outils informatiques.

Si ce système fonctionne correctement, on pourrait diminuer les nombreux courriers papiers imprimés quotidiennement pour chaque patient, limitant ainsi l'impact écologique de ces impressions.

CONCLUSION

La prévalence des maladies chroniques augmente dû au vieillissement de la population. Ces personnes âgées sont souvent en situation de perte d'autonomie et de vulnérabilité physique et sociale, affectant ainsi leur qualité de vie.

L'éducation thérapeutique est reconnue comme faisant partie intégrante de la prise en charge des patients vivant avec une maladie chronique. Historiquement conçue pour une pathologie chronique, l'ETP doit être repensée au vu de la complexité des maladies chroniques pour que le patient puisse apprendre à gérer au mieux plusieurs maladies de façon concomitante. En effet, la conception d'un programme d'ETP polypathologique ne peut être la sommation de plusieurs programmes « centrés sur une maladie » car cela peut aboutir à des informations erronées et donc, une prise en charge non optimale pour le patient. Peu d'études s'intéressent aux patients polypathologiques et aux relations pouvant exister entre les différentes maladies. Le programme OMAGE fait partie des rares travaux dédiés spécifiquement aux sujets âgés polypathologiques.

A travers notre étude, il a été mis en exergue que l'apport du jeu de cartes OMAGE est non négligeable et a permis d'avoir une meilleure connaissance des patients gériatriques. Il est complémentaire au GE et ne peut donc être utilisé seul pour établir le diagnostic éducatif. La priorité des patients constitue un enjeu majeur dans leur prise en charge. C'est pourquoi une écoute active sans jugement est primordiale tout au long de l'entretien de compréhension. Entendre et prendre en compte ce que le patient nous dit peuvent favoriser une meilleure alliance thérapeutique avec ce dernier.

Le JC est un outil ludique permettant au patient de s'exprimer autrement. D'ailleurs, les résultats de l'enquête de satisfaction ont montré que les patients ont bien adhéré à ce nouvel outil mis en place dans le service de SSR 1.

Enfin, il serait intéressant d'évaluer la satisfaction des patients sur le programme éducatif ou l'atelier thérapeutique qui leur sont proposés suite aux entretiens par JC. Ceci devrait permettre une meilleure prise en charge médicale adaptée au besoin du malade.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) SINGH S *et al.* Defining 'elderly' in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharmacy Practice* 2014 Oct-Dec 12(4) : 489. [consulté le 12/01/21] Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282767/pdf/pharmpract-12-489.pdf>
- (2) WHO. Men ageing and health. Geneva 2001. [consulté le 12/01/21] Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf
- (3) ORIMO H *et al.* Reviewing the definition of « elderly ». *Geriatrics and Gerontology International* 6: 149-158, 2006. [consulté le 28/01/21] Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/263589932_Reviewing_the_definition_of_elderly
- (4) WHO. Innovative care for chronic conditions : building blocks for action : global report. 2002. [consulté le 30/11/20] Disponible sur https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_ch1.pdf
- (5) ComPaRe. Référentiel des maladies chroniques. 2016. [consulté le 13/01/21] Disponible sur <https://compare.aphp.fr/1-etude/liste-maladies.html>
- (6) REVILLOT Jean Marie. Manuel d'Éducation Thérapeutique du Patient. Paris : Dunod, 2016.
- (7) FHP CSSR. Soins de Suite et de Réadaptation : Pour un autre regard sur notre système de santé. Juin 2011. [consulté le 20/08/20] Disponible sur <http://www.fhp-ssr.fr/presse/livre-blanc>
- (8) INSEE. France, portrait social, Éditions 2019. Insee Références. Novembre 2019. [consulté le 26/11/20] Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>
- (9) THIERCELIN Virginie. Réussir son stage infirmier en gériatrie. Paris : Éditions Vuibert, 2018.

- (10) MORANGE Ghislain. Réussir son stage infirmier en soins de suite et de réadaptation. Paris : Éditions Vuibert, 2018.
- (11) OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 2016. [consulté le 11/01/21]
Disponible sur <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
- (12) INSEE. Tableau de l'économie française, Éditions 2020. Insee Références. Février 2020. [consulté le 11/01/21] Disponible sur
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
- (13) INSEE. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee Première N° 1767. Juillet 2019. [consulté le 26/11/20] Disponible sur
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
- (14) LEEM. Santé 2030 : une analyse prospective de l'innovation en santé. Éditions 2020. [consulté le 12/01/21] Disponible sur <https://www.leem.org/publication/sante-2030-une-analyse-prospective-de-linnovation-en-sante>
- (15) OMS. Éducation Thérapeutique du Patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague 1998. [consulté le 28/05/20] Disponible sur
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151>
- (16) HAS. Guide Méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. [consulté le 08/06/20] Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

- (17) Conférence Nationale de Santé. Rapport 2000, Professeur Marc BRODIN, 21-23 mars 2000. [consulté le 14/06/20] Disponible sur <https://www.vie-publique.fr/rapport/24383-conference-nationale-de-sante-rapport-2000>
- (18) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'État et à la Santé. Plan Nationale d'Éducation Pour la Santé. Janvier 2001. [consulté le 14/06/20] Disponible sur <https://www.sfsp.fr/content-page/item/9778-education-pour-la-sante#plans-programmes>
- (19) Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé. [consulté le 14/06/20] Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-46/a0463058.htm>
- (20) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [consulté le 14/06/20] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- (21) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. [consulté le 20/06/20] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158>
- (22) Ministère de la santé. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Avril 2007. [consulté le 20/06/20] Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
- (23) SAOUT C, CHARBONNEL B, BERTRAND D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Septembre 2008. [consulté le 21/06/20] Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-pour-une-politique-nationale-d-education-therapeutique>

- (24) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [consulté le 21/06/20] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- (25) Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Journal Officiel de la République Française n° 0178 du 4 août 2010 page 14397 texte n° 30. [consulté le 23/06/20] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581&categorieLien=id>
- (26) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Charte d'engagement pour les intervenants des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés par les ARS. 2012. [consulté le 02/12/2020] Disponible sur https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/charte_d_engagement_ETP.pdf
- (27) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [consulté le 23/06/20] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
- (28) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Infographie Pourquoi la loi de la santé. Février 2015. [consulté le 23/06/20] Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/elaboration-de-la-loi-de-sante/article/pourquoi-la-loi-de-sante>
- (29) RITTER P. Rapport sur la création des agences régionales de santé. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Janvier 2008. [consulté le 17/10/20] Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_-_Rapport_Ritter.pdf

- (30) LE MENN J, MILON A. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les agences régionales de santé. Sénat. Session ordinaire de 2013-2014. [consulté le 17/10/20] Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r13-400/r13-4001.pdf>
- (31) CALVEZ C. La loi HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire (2009). Dossier documentaire. Service Documentation EHESP. Février 2016. [consulté le 06/07/20] Disponible sur https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/02/DD_LoiHPST_201602.pdf
- (32) Décret n° 2010/904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. [consulté le 23/08/20] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664533>
- (33) Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Journal Officiel de la République Française n° 0019 du 23 janvier 2016 texte n° 19. [consulté le 18/10/20]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030135866/>
- (34) Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Éducation thérapeutique du patient. Novembre 2020. [consulté le 19/11/20] Disponible sur <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-etp-8>
- (35) Ordonnance n° 2020-1407 du 18 novembre 2020 relative aux missions des agences régionales de santé. Consulté le [02/12/20] Disponible sur https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-12/ETP_Ordonnance_2020_407_18_11_2020.pdf

- (36) Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Agir pour la santé de tous. 2020. [consulté le 18/10/20]. Disponible sur https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-01/ARS_Plaquette_presentation_ARS_NA_01_2020.pdf
- (37) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Mai 2016. [consulté le 21/11/20] Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
- (38) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. L'évaluation des projets pilotes PAERPA. Mai 2016. [consulté le 21/11/20] Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
- (39) Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. ETP – Liste des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés en Nouvelle-Aquitaine. Juillet 2020. [consulté le 06/09/20]. Disponible sur https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-07/Liste_Pgm_Contacts_ETP_06_07_2020.pdf
- (40) Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Espace média. Actualités 2017. [consulté le 06/09/20]. Disponible sur <https://www.chu-bordeaux.fr/Espace-m%C3%A9dia/Actualit%C3%A9s/ACTUALITES-2017/L%E2%80%99%C3%A9ducation-th%C3%A9rapeutique-%C3%A0-l%E2%80%99h%C3%B4pital/>
- (41) Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Offre de soins. Pôle santé publique. Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTEP). [consulté le 12/09/20] Disponible sur <https://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s->

[m%C3%A9dicales/Unit%C3%A9-transversale-d-%C3%A9ducation-th%C3%A9rapeutique-\(UTEP\)/D%C3%A9couvrir/](https://www.chu-bordeaux.fr/Patient-proches/Education-th%C3%A9rapeutique-(UTEP)/D%C3%A9couvrir/)

- (42) Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Patients et proches. Éducation thérapeutique. Programmes d'éducation thérapeutique. [consulté le 12/09/20]. Disponible sur <https://www.chu-bordeaux.fr/Patient-proches/Education-th%C3%A9rapeutique/Programmes-d-%C3%A9ducation-th%C3%A9rapeutique/Education-th%C3%A9rapeutique-propos%C3%A9e-aux-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-de-plus-de-75-ans,-hospitalis%C3%A9es-et-pr%C3%A9sentant-des-maladies-chroniques-invalidantes-et-polyth%C3%A9rapies-m%C3%A9dicamenteuses/>
- (43) TABUE-TEGUO M *et al.* Prevalence and Co-Occurrence of Geriatric Syndromes in People Aged 75 Years and Older In France : Results from the Bordeaux Three-city Study. *The Journals of Gerontology : Series A*. Volume 73. Issue 1. January 2018. 109-119. [consulté le 17/01/21] Disponible sur <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/73/1/109/3852138?login=true>
- (44) FRIED L.P *et al.* Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology : Series A*. Volume 56. Issue 3. March 2001. M146-M156. [consulté le 17/01/21] Disponible sur http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fenotipo_frailty.pdf
- (45) Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. [consulté le 17/01/21] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000747703>
- (46) RUTTEN P. Soutenir les liens sociaux de la personne âgée dépendante pour une vie de qualité à domicile. Mémoire de l'École Nationale de Santé Publique. 2003.

[consulté le 17/01/21] Disponible sur

<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2003/cafdes/rutten.pdf>

(47) CLEGG A *et al.* Frailty in elderly people. The Lancet. Volume 381 : 752-762. 2013.

[consulté le 31/01/21] Disponible sur

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62167-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62167-9/fulltext)

(48) DE LA TRIBONNIERE Xavier. Pratiquer l'éducation thérapeutique. Paris. Elsevier Masson. 2016.

(49) STUCK A *et al.* Comprehensive Geriatric Assessment : a meta-analysis of controlled

trials. The Lancet. Volume 342. October 1993. [consulté le 21/01/21] Disponible sur

https://www.researchgate.net/profile/G_Darryl_Wieland2/publication/15094521_Comprehensive_Geriatric_Assessment_A_Meta-Analysis_of_Controlled_Trials/links/5a2c02a1a6fdccfbbf871501/Comprehensive-Geriatric-Assessment-A-Meta-Analysis-of-Controlled-Trials.pdf

(50) RUBEINSEIN L.Z *et al.* Effectiveness of a geriatric evaluation unit : a randomized clinical trial. The New England Journal of Medicine. 311 : 1664-1670. December 1984. [consulté le 21/01/21] Disponible sur

https://www.researchgate.net/publication/313767439_Effectiveness_of_a_geriatric_evaluation_unit_A_randomized_clinical_trial/link/5aab08ef45851517881b49cf/download

(51) CHASSAGNE P. Concept d'évaluation gériatrique : Applications à la médecine gériatrique en 2009. Les Cahiers de l'Année Gériatologique. 1 : 207-208. 2009.

[consulté le 16/01/21] Disponible sur

https://cag.revuesonline.com/gratuit/CAG1_4_12612_2009_Article_35.pdf

(52) Hôpitaux Universitaires de Genève. Évaluation Gériatrique Standardisée. Novembre 2010. [consulté le 16/01/21] Disponible sur

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf

- (53) MARTIN F *et al.* Le diagnostic éducatif. La Lettre du Pneumologue. Volume IV. N° 4. Juillet-Août 2003. [consulté le 16/01/21] Disponible sur <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/7660.pdf>
- (54) IVERNOIS J.F *et al.* Éducation thérapeutique chez les patients pluripathologiques : Propositions pour la conception de nouveaux programmes d’ETP. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 5(1) : 201-204. 2013. [consulté le 27/11/20] Disponible sur <https://www.etp-journal.org/articles/tpe/pdf/2013/01/tpe120021.pdf>
- (55) IGUENANE J *et al.* L’éducation thérapeutique du patient : le diagnostic éducatif. Kinésithérapies, les cahiers. N° 29-30. 58-64. Mai-Juin 2004. [consulté le 16/01/21] Disponible sur https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/J_Iguenane_2004_Bilan_Educatif.pdf
- (56) GRIMALDI A. L’éducation thérapeutique en question. La Revue de médecine interne. 31. 533-534. 2010. [consulté le 27/11/20] Disponible sur <https://ipcem.org/pathologies/generalites/etp-generalites>
- (57) BRUNIE V *et al.* Le rôle du pharmacien dans l’éducation thérapeutique du patient. Journal de Pharmacie Clinique. Volume 29. N° 2. 90-92. 2010. [consulté le 17/01/21] Disponible sur <https://ipcem.org/img/articles/10-JPC-Le-roA-EC-le-du-pharmacien-dans-l-ETP.pdf>
- (58) Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Les Pôles. Pôle Gériatrie Clinique. [consulté le 06/12/20]. Disponible sur <https://www.chu-bordeaux.fr/Les-p%C3%B4les/P%C3%B4le-g%C3%A9rontologie-clinique/>

- (59) JENN J. Programme pour les séniors ayant une maladie chronique avec polythérapie. Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Éducation Thérapeutique. Groupe Hospitalier Sud. 2019.
- (60) LEGRAIN S *et al.* A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalizations of Older Adults : The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. JAGS 59: 2017-2028, 2011. [consulté le 27/06/20] Disponible sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2011.03628.x>
- (61) BONNET D, LEGRAIN S. L'éducation thérapeutique chez le sujet âgé : un défi à relever. 2010. [consulté le 05/10/20]. Disponible sur <http://www.soc-nephrologie.org/PDF/epart/industries/gambro/2010/06-bonnet.pdf>
- (62) LEGRAIN S, BONNET D, SAINT GAUDENS P. Éducation thérapeutique et médicaments. Un exemple – le programme OMAGE. Société Française de Gériatrie et Gérontologie. 32^{èmes} journées annuelles. 2012. [consulté le 05/10/20] Disponible sur <https://sfgg.org/media/2009/11/diaporama-sylvie-legrain.pdf>
- (63) OMEDIT Ile de France. L'entretien de compréhension OMAGE. Fiche technique. 2019. [consulté le 07/06/20]. Disponible sur <http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2019/06/Doc-1-Fiche-technique-de-lentretien-de-comprehension-OMAGE.pdf>
- (64) HAS. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. Mai 2020. [consulté le 17/02/21] Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf
- (65) LEGRAIN S *et al.* Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs. Rennes: EHESP (Ecole des hautes études en santé publique); 2018. 95 p. [consulté le 10/01/21] Disponible sur https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=944453

- (66) CRES PACA. COMETE - Livret de l'utilisateur. 2016. [consulté le 20/02/21].
Disponible sur http://www.cres-paca.org/depot_arkcms_crespaca/depot_arko/articles/687/livret-de-l-utilisateur_doc.pdf
- (67) CRES PACA. COMETE - Les fiches pédagogiques. 2016. [consulté le 20/02/21].
Disponible sur http://www.cres-paca.org/depot_arkcms_crespaca/depot_arko/articles/688/les-fiches-pedagogiques_doc.pdf
- (68) SAUGERON B, SONNIER P, MARCHAIS S. COMETE : un outil pour développer les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient. 2016. [consulté le 20/02/21]. Disponible sur <https://www.sfsp.fr/content-page/item/3049-comete-un-outil-pour-developper-les-competences-psychosociales-en-education-therapeutique-du-patient>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'Entretien



1 Binôme = 15 minutes

GUIDE D'ENTRETIEN

NOM :	Date d'entrée :
Prénom :	Date d'entretien :
Âge :		

*Preamble : resituer le guide d'entretien dans une démarche d'éducation thérapeutique
Pour faire plus ample connaissance, nous voudrions vous poser quelques questions.*

1. Avant votre hospitalisation, où viviez-vous ?

.....
.....
.....
.....

Quelles étaient vos conditions de vie ?

• Familiales

.....
.....
.....

• Aides

.....
.....
.....

• Loisirs

.....
.....
.....

• Autonomie

.....
.....
.....

1 Binôme = 15 minutes

↳ Mobilité :

.....
.....

↳ Hygiène :

.....
.....

↳ Continence :

.....
.....

2. Pourquoi êtes-vous hospitalisé ?

.....
.....
.....

Pourquoi êtes-vous dans ce service ?

.....
.....
.....

3. Quels sont vos problèmes de santé qui vous gênent le plus ?

.....
.....
.....
.....

Et pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

4. Que savez-vous de votre traitement ?

.....
.....
.....
.....

5. Qu'envisagez-vous après l'hospitalisation ? Avez-vous des projets ?

1 Binôme = 15 minutes

6. Que ressentez-vous ?

7. Que pourrions-nous apporter dans votre quotidien ?

8. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Donner une information sur les différents ateliers et sur la démarche finale.

Demander quels sont les ateliers qui l'intéressent :

Atelier autour de la chute

Connaissance des médicaments

Troubles de la déglutition

1 Binôme = 15 minutes

Projet de vie

Continence

Annexe 2 : Les 29 cartes du jeu OMAE



Je tombe



Je ne sors plus



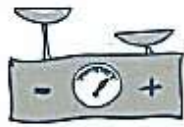
J'ai peur de tomber



J'ai du mal à me déplacer



Je fais
un régime



Je prends
du poids



Je suis
constipé(e)



J'ai moins
faim



J'ai du mal
à avaler



J'ai perdu
du poids



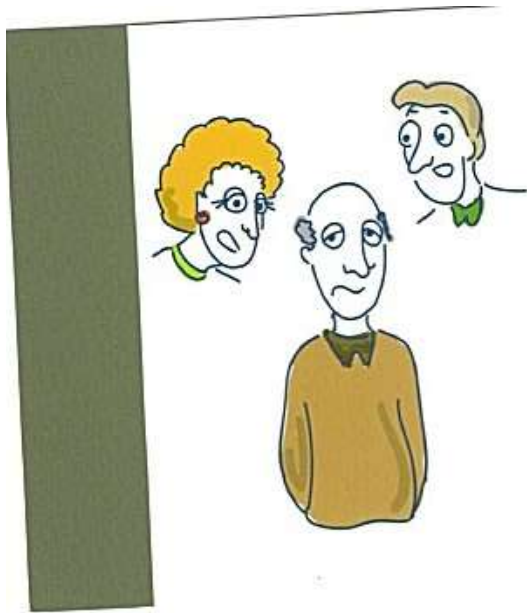
J'ai du mal
à prendre mes
médicaments



J'ai trop de
médicaments
à prendre



Il m'arrive
d'adapter
mon traitement



J'ai des
difficultés
avec mon
entourage



Je me sens
isolé(e)



J'ai du mal
à dormir



Je suis
souvent triste



Tout
m'inquiète



J'ai des
idées noires



Je n'ai plus
envie de rien



Je suis
de nature
anxieuse



Je vois
moins bien



Je n'entends
pas bien



Je me sens
fatigué(e)



J'ai des
douleurs



J'ai des
malaises



Je suis
essoufflé(e)



Je perds
la mémoire



Alcool

Annexe 3 : Les 4 cartes supplémentaires du jeu OMAGE



Je suis
facilement
stressé (e)



Vie affective
Sexualité



Travail



Je n'y arrive
pas avec
mes papiers

Annexe 4 : Trame de synthèse de l'entretien de compréhension OMAGE (modifiée) - OMEDIT Ile de France



1

Synthèse de l'entretien de compréhension OMAGE

Nom du patient :

Priorité du patient :

Problèmes :

Traitement :

Forces :

Personnes ressources :

Points à approfondir :

Cartes retenues :

Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction

Nom prénom (facultatif) ou N° de chambre :

Date :

Questionnaire rempli par le :

- patient seul
- patient avec l'aide de son entourage
- patient avec l'aide d'un professionnel de santé

Madame, Monsieur,

Afin de vous accompagner dans votre parcours de soins et de répondre au mieux à vos attentes, nous vous invitons à consacrer quelques minutes pour compléter ce questionnaire et vous remercions pour votre collaboration.

Pour ce faire, merci de cocher les cases que vous validez.

Thème 1 : les modalités pratiques

1. Avez-vous trouvé ce jeu de cartes intéressant ?



Oui



Non

Si oui, quels sont les points positifs par rapport à l'entretien traditionnel ?

- Ludique
- Interactif
- Simplicité des phrases/dessins des cartes présentées
- Compréhensible
- Autre :

Si non, quels sont les points à améliorer ?

.....
.....
.....
.....

2. La durée de ce temps d'échange était

- trop courte
- raisonnable
- trop longue

3. Le nombre de cartes présentées était

- beaucoup trop
- raisonnable
- pas assez

4. Vous êtes-vous senti(e) perdu(e) à un moment donné de ce jeu de cartes ?

 
Oui Non

Si oui, qu'est-ce qui vous a gêné le plus ?

.....
.....
.....
.....

Thème 2 : le relationnel

1. Avez-vous apprécié la qualité des échanges avec le professionnel de santé ?

 
Oui Non

Si non, quels sont les points à améliorer ?

.....
.....
.....
.....

2. Avez-vous pu dire tout ce que vous vouliez ? (*aspect médical, entourage, attentes, priorités...*)

 
Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

3. Est-ce que cela vous a fait du bien d'être écouté(e) ?

 
Oui Non

Thème 3 : votre point de vue générale

Commentaires libres ou suggestions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Éducation Thérapeutique en Gériatrie : comment mieux comprendre nos patients

Résumé : Le vieillissement de la population constitue un enjeu majeur de santé publique notamment avec une augmentation de l'espérance de vie depuis plusieurs années. Les personnes âgées souffrent souvent de polypathologies mais présentent aussi des syndromes gériatriques tels que la fragilité, la chute et l'isolement, les faisant perdre en autonomie et entraînant une perte de qualité de vie. Pour mettre en place un programme d'ETP adapté aux sujets polypathologiques, l'entretien avec le patient reste le moyen le plus efficace pour établir un diagnostic éducatif. L'objectif de ce travail consistait donc à déterminer l'apport du jeu de cartes (JC) OMAGE à cette étape, dans la compréhension des besoins du malade par rapport à un guide d'entretien (GE) réalisé traditionnellement. Contrairement au GE, un des points forts du JC consiste à cibler la priorité du patient pour pouvoir activer un ou plusieurs leviers. Les résultats de cette étude ont démontré lors du JC que la mobilité (33% des patients) ainsi que les troubles sommeils (10%) font partie des préoccupations majeures des patients. En outre, il a été constaté que les patients révélaient plus leurs problèmes liés aux médicaments (33%) et d'isolement social (38%) lors du JC contre seulement 2% et 10% respectivement au moment du GE. Une meilleure connaissance des patients pour les différentes thématiques étudiées est obtenue avec le JC. Pour obtenir une bonne adhésion thérapeutique, il est important que le malade soit entendu. Une enquête de satisfaction réalisée après le JC a démontré l'intérêt des patients pour ce nouvel outil ludique. L'étude présente certes de nombreux atouts, mais le JC ne peut être considéré comme seul moyen de diagnostic éducatif, et doit donc être utilisé comme un outil de support au GE.

Mots clés : *Éducation thérapeutique, personnes âgées, jeu de cartes, OMAGE*

Therapeutic Education in Geriatrics : understanding our patients in a better way

Abstract : Ageing population is a major public health related issue especially due to an increase in life expectancy since several years. Elderly people, very often known to be multimorbidity patients, also present geriatric syndromes such as frailty, falls and loneliness, thus leading to a loss of independence and a lower quality of life. To develop a self-management educational program fit for multimorbidity patients, interview remains the most efficient way to establish an educational diagnosis. Therefore, this study aimed to determine the contribution of the OMAGE set of cards at this particular level with regard to understanding the needs of patients compared to the traditional interview undertaken. One of the strengths of the game of cards is targeting the patient's priority to be able to activate one or more levers compared to the traditional interview. Results showed that with the game of cards, mobility problems (33% of patients) and sleep disorders (10%) were among the major issues of the patients. Moreover, it was found that patients were more likely to reveal their drug-related problems (33%) and loneliness (38%) through the set of cards rather than the traditional interview where those were only 2% and 10% respectively. The set of cards helped to know the patients better through the different themes studied. In order to attain a good therapeutic adherence, it is important that the patient is listened to. The survey conducted after the game of cards showed patients' interest for this new interacting tool. In spite of the numerous advantages shown by the study, the set of cards cannot be considered as the only method for educational diagnosis. Instead, it should be used as a complementary tool to the traditional interview.

Keywords : *Patient education, elderly, set of cards, OMAGE*

Thèse de Doctorat en Pharmacie

Université de Bordeaux, UFR des Sciences Pharmaceutiques, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux CEDEX