

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Camille GAYRARD

Le 18 Mai 2017

**Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique visant à améliorer
la qualité de vie de la personne âgée évaluée à l'hôpital de la fragilité**

Directeur de thèse : Dr Julie SUBRA

JURY :

Monsieur (Madame) le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur (Madame) le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur (Madame) le Docteur Serge ANE	Assesseur
Monsieur (Madame) le Docteur Helene VILLARS	Assesseur
Monsieur (Madame) le Docteur Julie SUBRA	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREGINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUDA Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	M. SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie	P.U. Médecine générale	
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. RECHER Christian	Hématologie	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Medecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel Médecine Générale
M. BISMUTH Serge Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOLAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Remerciements aux membres du jury

A Monsieur le président du jury : le Professeur Stéphane OUSTRIC

Professeur des universités Médecine générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous prie de recevoir toute ma considération. Je vous remercie de votre investissement dans la formation des internes de médecine générale de Toulouse.

A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Maître de conférences associé de Médecine Générale

Vous avez accepté avec spontanéité de siéger à ce jury, je vous en remercie. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Serge ANE

Maître de conférences associé de Médecine Générale

Je vous remercie de votre disponibilité quand je vous ai sollicité pour faire partie de ce jury, et de l'intérêt que vous portez à l'éducation thérapeutique. Vous me voyez honorée de votre présence.

A Madame le Docteur Helene VILLARS

Praticien hospitalier, Gériatre CHU de Toulouse

Je vous exprime mes plus sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans ce jury.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Julie SUBRA

Maître de Stage des Universités, Médecin généraliste

Un grand merci à toi pour avoir accepté spontanément de diriger ma thèse. Merci pour ta patience, ta disponibilité, tes précieux conseils et ta gentillesse tout au long de la réalisation de ce travail. Tu as été d'une immense aide en m'encourageant dans les moments difficiles. Sois assurée de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Merci à **Mlle Audrey ZUERAS**, coordinatrice du programme d'éducation thérapeutique visant à améliorer la qualité de vie de la personne âgée évaluée à l'hôpital de la fragilité. Merci pour ton implication dans ce projet et le temps que tu m'as accordé.

Je tiens à remercier d'une manière générale tous les médecins et toutes les personnes que j'ai eu le plaisir de côtoyer au cours de ces longues années d'études.

Merci aux équipes hospitalières, médicales et paramédicales, du **service de médecine interne de l'hôpital de Lavour** pour mes premiers pas en tant qu'interne, du **service des urgences de l'hôpital d'Albi**, du **service de Pédiatrie/Gynécologie de l'hôpital de Foix** et du **service d'HAD** dirigé par le **Docteur Boulanger** pour leur accueil et la formation qui m'y a été dispensée. Merci à l'équipe de l'hôpital de jour de médecine interne de l'Oncopôle et notamment au **Docteurs COUGOUL, DELAVIGNE, PONTAC** et aux supers infirmières et aides soignantes : **Julia, Marie-Emilie, Deborah, Marie, Céline...**

Merci au **Docteurs Cathy CANCIO et Jacques LAGARDE** pour m'avoir fait découvrir la médecine générale lors de mon premier stage ambulatoire. Merci de m'avoir fait partager l'amour que vous portiez à votre métier. Et encore merci de m'avoir accueilli chez vous.

Merci aux **Docteurs CARCAILLET, PHILIPPE, BEX et DUQUENNE** pour m'avoir fait confiance en stage et lors de mes premiers remplacements, pour votre disponibilité et votre gentillesse. Je me suis sentie intégrée dans votre cabinet médical comme l'une des vôtres et je vous en remercie. Merci à **Emanuelle et Marie** qui ont participé à cela.

Merci à tous mes co-internes. Nous avons passés de bons moments.

Merci à l'équipe infirmière qui m'accompagne dorénavant dans mes premiers pas de médecin à la clinique Toulouse Lautrec d'Albi : **Mélanie, Edith, Cécile et Alexandra**, une équipe de choc sur qui je peux toujours compter !

Remerciements personnels

Je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenue de près ou de loin tout au long de mes études.

A ma famille,

A mes parents, pour l'amour que vous me portez, le soutien que vous m'apportez et la confiance que vous m'avez donnée. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir soutenue dans tous mes choix et d'avoir été à mes côtés dans les moments difficiles, y compris lors de mes sautes d'humeur.

À **ma mère** qui m'a transmis sa joie de vivre et son dynamisme.

À **mon père** qui m'a enseigné ses valeurs.

A mon frère **Thibaut** et ma belle-sœur **Elodie**, merci pour les tous les bons moments partagés ensemble et pour tout le soutien que vous m'apportez.

A mes nièces adorées **Emy et Nina**, qui illuminent nos moments en famille.

A mes grands parents,

Papi Raymond, tu es si fier de moi que cela me donne la force d'avancer.

Mamie Maria, tu me donnes toujours le soutien dont j'ai besoin.

Mamie Gisèle, qui nous a quitté il y a peu de temps mais laisse le souvenir d'une mamie toujours à l'écoute de ses petits-enfants.

A mes oncles, mes tantes, mes cousins et mes cousines, mes petits-cousins et mes petites cousines qui m'ont toujours encouragée dans cette voie.

A mes amis,

A **Aude**, ma plus fidèle amie, depuis notre coup de foudre amical en Seconde, tu ne m'as jamais déçue, tu as toujours été à mes côtés, dans les bons comme les mauvais moments. Je te remercie pour tout.

A **Marie**, mon amie d'enfance, bientôt 30 ans que nous nous connaissons, je te remercie d'avoir toujours été là pour moi. Tu as construit une belle petite famille et je te souhaite que du bonheur pour la suite.

A **Jennifer** et **Marie**, pour cette complicité que nous partageons toutes les 3 et qui je l'espère durera très longtemps. Merci pour votre soutien sans faille, pour votre oreille attentive et pour tous les bons moments passés ensemble. Je mesure la chance de vous avoir rencontré. Marie, reviens nous vite dans le sud et Jennifer reste ici le plus longtemps possible !

A **Anaïs** et **Sylvine**, avec qui j'ai partagé mes meilleurs moments durant l'externat. C'est chaque fois un plaisir de partager de nouvelles choses avec vous.

A **Anne-Sophie** et **Marielle**, pour les folles soirées limougeaudes.

A **Maele** et **Charlène**, pour nos soirées filles et tous les bons moments passés ensemble, et merci à **Alexis** et **Jeremy**.

A **Amélie** et le reste de la bande ruthénoise, pour votre bonne humeur à chacune de nos soirées.

Aux autres amis : **Maëlys**, **Sophie**, **Laure**, **Julie**, **Aurore**, **Nausicaa**...et à tous ceux qui m'ont soutenue de près ou de loin !

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS :	3
I) INTRODUCTION :	4
II) OBJECTIFS:	8
III) MATERIEL ET METHODES des premiers résultats :	9
1) Type d'étude :	9
2) Population d'étude :	9
3) Déroulement de l'étude :	10
4) Données recueillies	10
a. Critère principal	10
b. Critères secondaires :	12
c. Caractéristiques générales :	13
5) Analyse statistique :	14
IV) RESULTATS :	15
1) Mise en place du projet : figure 1	15
2) Recrutement des premiers patients :	19
3) Caractéristiques générales des 10 premiers patients :	20
4) Critères évalués au départ et à 6 mois :	21
5) Modifications des données entre M0 et M+6	22
V) DISCUSSION	23
VI) CONCLUSION :	31
REFERENCES	32
ANNEXES	36
Annexe 1 : Score de FRIED	36
Annexe 2 : Grille d'entretien diagnostique éducatif	37
Annexe 3 : Synthèse du diagnostic éducatif	39
Annexe 4 : Contrat éducatif	40

Annexe 5 : Synthèse des compétences et des objectifs atteints	41
Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction.....	43
Annexe 7 : Questionnaire WHOQOL-BREF	45
Annexe 8 : Tableaux de conversion du WHOQOL-BREF.....	47
Annexe 9 : Séances	48
Séance 1 :	48
Séance 2 :	49
Séance 3 :	50
Séance 4 :	51
Séance 5 :	52
Séance 6 :	53
Annexe 10 : Enquête de besoins	54

ABBREVIATIONS :

ETP : Education Thérapeutique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ADL : Activities of Daily Living

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

MMSE : Mini-Mental State Examination

SPPB : Short Physical Performance Battery

WHOQOL : World Health Organisation Quality of Life Assesement

MNA : Mini-Nutritionnal Assessment

GDS : Geriatric Depression Scale

MSP : Maison de Sante Pluridisciplinaires

I) INTRODUCTION :

La France connaît un vieillissement important de sa population et selon les projections de l'INSEE, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus en 2040, contre 18 % en 2013. La population âgée de 75 ans ou plus sera deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013, soit 7,8 millions de personnes¹. En 2013, l'espérance de vie à 65 ans était de 23,6 ans pour les femmes et 19,3 ans pour les hommes², il reste donc de nombreuses années où des actions de prévention sont possible pour permettre un vieillissement réussi. D'après Rowe et Kahn³, le «vieillissement réussi» passe par l'éviction des maladies, le maintien d'une bonne fonction cognitive et physique et le fait d'être engagé dans sa vie. Il existe un indicateur de la durée moyenne de la vie vécue en bonne santé : l'espérance de vie sans incapacité(EVSI), définie par l'absence de limitations d'activités dans les gestes de la vie quotidienne et l'absence d'incapacités. Elle n'a cessé de s'accroître au cours des dernières décennies⁴ mais de façon moins importante que l'espérance de vie globale. Il paraît donc important d'agir en amont afin de favoriser le bien-vieillir des séniors. Le but étant de donner de la vie aux années et pas l'inverse. La qualité de vie pour les séniors passe par le bien-vieillir à domicile avec un double enjeu : le bien-être des seniors d'une part, car 80 % des personnes âgées souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible⁵, et la capacité des individus et des pouvoirs publics à financer le coût de la dépendance d'autre part. En effet, celui-ci s'alourdit, la dépense publique liée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes est évaluée aujourd'hui à environ 21 milliards d'euros par an⁶.

C'est pourquoi la prévention de la dépendance est devenue une nouvelle priorité en matière de santé publique nationale⁷ et européenne⁸. La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. Le nombre de personnes âgées dépendantes serait augmenté d'un tiers entre 2010 et 2030, et multiplié par 2 entre 2010 et 2060, soit 10% de la population totale projetée en 2060⁹. En France, on l'évalue grâce à la grille AGGIR¹⁰ (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), elle permet le classement en six groupes qui vont de l'état d'autonomie (GIR6) à un état de dépendance lourde (GIR1) et peut donner droit à des aides financières. Le maintien de l'autonomie a donc un objectif économique certain. Depuis une quinzaine d'années, plusieurs études ont évalué l'intérêt de programmes de prévention de la dépendance chez des sujets âgés¹¹ : prévenir la chute par des ateliers collectifs et réguliers¹², lutter contre le

déclin fonctionnel par des programmes d'entraînement physique à domicile¹³ ou encore des activités intellectuellement stimulantes¹⁴ et donnent des résultats significativement mesurables. Il existe une approche médicale de la personne âgée, dans sa globalité médico-psychosociale, qui a vu le jour il y a une vingtaine d'années aux USA : l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). Rubenstein et al, en 1984, ont été les premiers à mettre en évidence les effets bénéfiques de cette évaluation sur l'institutionnalisation et la mortalité des sujets âgés¹⁵. Plusieurs travaux menés sur le sujet^{16, 17} ont montré que l'EGS, pour être efficace et efficiente, doit être ciblée sur une population âgée fragile. La notion de fragilité de la personne âgée s'est développée ces dernières années, différentes définitions ont été proposées et le concept a évolué. Elle se définit comme l'incapacité pour une personne âgée de vivre un événement aigu en maintenant son niveau fonctionnel, c'est à dire sans devenir dépendante. Le premier concept, élaboré par Linda Fried¹⁸, présente une approche phénotypique de la fragilité et la définit comme un ensemble de modifications physiologiques et métaboliques entraînant une perte progressive des réserves physiques de la personne âgée. L'index de fragilité de Fried comprend cinq critères : perte de poids involontaire, sensation subjective d'asthénie, sédentarité, vitesse de marche diminuée et faiblesse musculaire. La présence d'un ou deux critères définit l'état pré-fragile, alors que trois symptômes et plus, correspondent à la fragilité. Cette fragilité physique est imperceptible jusqu'au seuil de rupture où elle se manifeste cliniquement par la perte de l'autonomie fonctionnelle¹⁹. En France, la fragilité touche 15,5% des patients de plus de 65 ans²⁰.

Cet état instable de pré-dépendance serait réversible par des modifications comportementales telles que l'alimentation, l'activité physique, les stimulations cognitives... On peut alors imaginer l'intérêt de l'éducation thérapeutique(ETP) sur les patients fragiles²¹ qui présentent souvent au moins une pathologie chronique. En effet, l'ETP a montré son efficacité dans les maladies chroniques comme le diabète ou l'asthme, en réduisant la morbidité et les effets négatifs de ces pathologies ainsi que les incapacités qu'elles engendrent²². L'éducation thérapeutique est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS)²³ comme devant permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. Ces éléments paraissent adaptés à la population fragile qui nécessite une approche globale et multidimensionnelle. De façon très générale, la démarche d'éducation thérapeutique repose sur quatre étapes : poser un diagnostic éducatif, proposer des objectifs personnalisés au patient, mettre en œuvre le programme d'éducation thérapeutique en

tenant compte des objectifs personnalisés et enfin évaluer les compétences acquises et le déroulement du programme. Elle est généralement organisée en séances collectives ou individuelles, qui visent à chaque fois une compétence ou un objectif bien défini. Elle permet d'aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie²⁴. L'éducation thérapeutique dans la population gériatrique a plusieurs spécificités²⁵. Chez les personnes âgées, les troubles cognitifs et sensoriels sont fréquents et augmentent avec l'avancée en âge, il faut donc les évaluer en amont pour adapter au mieux les séances. Avec le vieillissement le nombre de maladies chroniques se majore et retentit sur l'autonomie, elle peut être préservée grâce à une éducation thérapeutique optimisée. Pour les personnes âgées fragiles, le maintien de l'autonomie est synonyme de bonne santé.

Selon l'OMS, la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social²⁶ et peut donc être mesurée d'une certaine manière en évaluant la qualité de vie du patient. Cette mesure est subjective car elle est basée sur le ressenti du patient mais c'est une donnée primordiale pour les personnes âgées qui préfèrent vieillir mieux que longtemps. La qualité de vie est définie, là aussi par l'OMS, en 1994²⁷ comme : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ». Il s'agit d'une combinaison de facteurs psychologique, physique, social et matériel évaluant le bien-être de l'individu. C'est un concept multidimensionnel reposant sur des items objectifs (conditions de vie, santé fonctionnelle) et subjectifs (satisfaction, bonheur, bien-être), intégrant les nombreux intervenants et événements de la vie. Il est lié à la personne dans sa globalité, et à son évolution dans son environnement. C'est une notion souvent utilisée dans les programmes de santé publique pour évaluer le ressenti des patients. L'OMS a développé un instrument international d'évaluation de la qualité de vie liée à la santé et aux soins de santé, le WHOQOL²⁸ (World Health Organisation Quality of Life Assessement). Il contient 100 questions dans sa version longue (WHOQOL-100) et il existe une version courte, le WHOQOL-BREF, avec 26 questions regroupées en 4 échelles. La version française standardisée de ce dernier possède des propriétés psychométriques qui se sont avérées adaptés chez le sujet âgé (60-97 ans) et dans la population francophone^{29, 30}. Il est rapide à administrer et suffisamment compréhensible, pour être utilisé dans des populations d'âges

étendus (12-97 ans) et avec des facultés intellectuelles hétérogènes. Il a été conçu dans le cadre d'un projet collaboratif, impliquant de nombreux centres dans les cadres culturels différents. C'est un outil transculturel, traduit dans plus de 20 langues, dont le Français. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation générique et multidimensionnel. L'élaboration initiale effectuée par le groupe WHOQOL ainsi que son évaluation psychométrique ont été faites sur les personnes dans la population générale considérée en bonne santé, mais aussi sur des patients hospitalisés pour des problèmes aigus ou chroniques, en cours de rééducation et dans des cabinets de médecine générale. Cet instrument présente toutes les qualités métrologiques nécessaires : il est bien accepté par les patients (5% de réponses manquantes en auto évaluation) et est adapté à la population générale (effet de plancher et de plafond relativement faibles). L'objectif du questionnaire est d'évaluer les quatre facteurs susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie des personnes interrogées : la santé physique, la santé mentale, les relations sociales et l'environnement.

C'est donc en émettant l'hypothèse que l'éducation thérapeutique des patients fragiles peut améliorer leur qualité de vie qu'un projet a été créé au sein de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse. Nous souhaitons décrire la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique visant à améliorer la qualité de vie de la personne âgée fragile et analyser les premiers résultats de cette étude pilote.

II) OBJECTIFS:

L'objectif principal est de :

- Décrire la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique visant à améliorer la qualité de vie de la personne âgée fragile au sein de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance.

Les objectifs secondaires sont de décrire les résultats des 10 premiers patients avant/après les séances d'ETP à travers :

- la qualité de vie selon le score au questionnaire WHOQOL-BREF
- l'autonomie selon les critères Activities of Daily Living (ADL) et Instrumental Activities of Daily Living (IADL)
- la peur de chuter et le bien-être général auto évalués
- le statut cognitif selon le Mini-Mental State Examination (MMSE)³¹
- le nombre de médicaments au long cours

III) MATERIEL ET METHODES des premiers résultats :

1) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective sur une cohorte de 10 patients âgés de plus de 65 ans, évalués entre février 2016 et mars 2017 à l'hôpital de jour de la fragilité de Toulouse.

2) Population d'étude :

Seront inclus tous les patients âgés de plus de 60 ans admis en hospitalisation de jour d'évaluation de la fragilité et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse, avec troubles de l'équilibre, ayant chuté ou ayant peur de chuter et au moins l'une des caractéristiques suivantes : reconnus comme fragiles ou pré-fragiles selon les critères de Fried¹⁴(annexe 1) ou avec un statut nutritionnel à risque de malnutrition selon le Mini Nutritional Assesment (MNA) dont le score se situe entre 17 et 23,5/30

Les critères de non inclusion sont :

- les troubles cognitifs : personnes présentant une démence ou une altération significative des fonctions mnésiques et exécutives, dont le seuil est fixé à un MMSE \leq 24 et BREF \leq 12.
- le syndrome dépressif majeur, selon le Gériatic Depression Scale à 15 items (GDS 15) avec un seuil fixé à 12.

3) Déroulement de l'étude :

Tout d'abord, le patient est évalué à l'hôpital de jour de la fragilité. S'il présente les critères d'inclusion de l'étude, un intervenant formé à l'éducation thérapeutique lui fera passer un diagnostic éducatif (Annexe 2). Celui-ci consiste en un recueil détaillé d'informations sur le patient, son environnement et mode de vie ainsi que ses besoins et ses attentes pour permettre au soignant d'identifier les compétences qu'il est amené à acquérir grâce à l'ETP. Cela permettra la construction d'une synthèse du diagnostic éducatif (annexe 3) qui tiendra compte des ressources et difficultés du patient, de ses besoins en éducation et des compétences à acquérir. Selon ce diagnostic, des séances collectives et/ou individuelles seront proposées à un rythme d'une à deux séances par semaine d'une durée d'1h30, les coordonnées de la personne ressource en charge de la coordination lui seront communiquées et le contrat éducatif (annexe 4) sera ainsi réalisé précisant l'accord de participation du patient et l'information sur le respect de la confidentialité qui lui est dû. Chaque patient aura des objectifs pédagogiques individualisés, décidés de manière collective (patient et intervenants). Un courrier sera adressé à leur médecin traitant pour l'informer de cette prise en charge. Dans la semaine qui suit, le patient entame les séances d'éducation thérapeutique.

Pour terminer, un entretien de fin de programme à 6 mois permettra de faire une synthèse des compétences et des objectifs atteints (annexe 5). Il permettra de recueillir les différentes données et un questionnaire de satisfaction du patient vis-à-vis du programme sera distribué (annexe 6). Enfin, un programme d'activité physique et un plan nutritionnel personnalisés seront proposés avec la possibilité de participer à des séances de stimulation multi-domaine.

4) Données recueillies

a. Critère principal

Notre critère principal d'évaluation est la qualité de vie des patients. Elle sera évaluée grâce au questionnaire WHOQOL-BREF³² qui est composé de 26 items (annexe 7). C'est la version courte et plus récente (2004) du questionnaire WHOQOL-100 datant de 1998³³. Il s'agit d'une échelle d'auto évaluation subjective qui évalue la santé mentale, le bien être, l'environnement et les relations sociales. En pratique, il s'agit d'un

questionnaire de 26 questions courtes. Il contient un item concernant la qualité de vie globale auto-évaluée par le sujet, un item évaluant la santé générale perçue et les 24 autres items correspondent aux 24 facettes du WHOQOL-100 (donc une question dans le BREF par facette de WHOQOL-100).

Ces 24 items se répartissent selon les 4 domaines suivants :

- la santé physique (7 items) : douleur-gêne, sommeil-repos, fatigue-énergie, mobilité, activités-travail et dépendance aux traitements.
- la santé mentale (psychologique) (6 items) : émotions positives, pensée, apprentissage, mémoire et concentration, estime de soi, image corporelle, émotions négatives, spiritualité et croyances personnelles.
- les relations sociales (3 items) : relations personnelles, soutien social et activité sexuelle.
- l'environnement (8 items) : liberté, sécurité, environnement du domicile, ressources financières et médico-sociales, accessibilité et qualité des soins, accès aux informations, aux activités de loisirs, logement et transport.

La cotation se fait sur 4 types d'échelles de réponses en 5 points, permettant l'évaluation de l'intensité (« pas du tout-extrêmement »), la capacité (« pas du tout-complètement »), la fréquence (« jamais-toujours »), l'évaluation (« très satisfait/insatisfait, très bon/mauvais ») variables en fonction des questions posés. Chaque domaine a donc ses intervalles des scores possibles en chiffres absolus : pour la santé physique le score minimal possible est 7 et le maximal 35, pour la santé psychologique le score minimal est 6 et maximal 30, pour le domaine des relations sociales le minimal est 3 et maximal 15, pour l'environnement le minimal est 8 et maximal 40.

Le calcul pour chaque domaine se fait à l'aide d'une grille de calcul élaborée par l'équipe de création du WHOQOL-BREF (annexe 8), avec obtention d'un score transformé de 4 à 20. Etant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différent, dans les études utilisant le BREF, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleure score), appelé score transformé 0-100.

Ceci se fait en appliquant la simple formule de conversion :

$$\text{Score transformé} = \frac{100 \times (\text{score du patient au domaine} - \text{score le plus bas au domaine})}{\text{Score possible au domaine}}$$

Ce questionnaire sera distribué lors du diagnostic éducatif puis à 6 mois pour étudier les éventuelles modifications des scores aux différents domaines explorés.

Une variation de 5 points sur 100 pour les 4 domaines et de 1 point sur 5 pour l'évaluation globale de la qualité de vie et de la santé générale seront considérées comme une modification du score.

b. Critères secondaires :

- *l'autonomie selon les critères ADL³⁴ et IADL³⁵ :*

L'Activities of Daily Living de Katz (ADL) évalue l'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne (hygiène, habillage, aller aux toilettes, locomotion, continence, alimentation). Chaque item est coté selon l'autonomie du patient : complète : 1 point, besoin d'une aide partielle : 0,5 point ou dépendant : 0 point. Le score maximal est de 6 points et un changement de 0,5 point sur 6 est considéré comme une modification du score.

L'Instrumental Activities of Daily Living de Lawton (IADL) évalue l'autonomie pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (utilisation du téléphone, courses, préparation des repas, ménage, blanchisserie, utilisation des moyens de transport public ou individuel, gestion du traitement et de l'argent). Le score maximal est de 8 points et un changement de 0,5 point sur 8 est considéré comme une modification du score.

- *la peur de chuter et le bien être en général :*

Ces deux données seront évaluées subjectivement sur une échelle allant de 0 à 10.

La peur de chuter sera évaluée de 0 = jamais à 10 = tout le temps.

Le bien être sera coté de 0=se sent parfaitement bien à 10 = se sent mal.

Un changement de 1 point sur 10 est considéré comme une modification du score.

- le nombre de médicaments au long cours

Une modification est notée à partir d'une variation de 2 médicaments.

- le statut cognitif selon le score au MMSE :

Ce test d'évaluation cognitive globale explore l'orientation dans le temps et dans l'espace, l'apprentissage, l'attention et le calcul, le rappel libre, le langage et les praxies constructives. Le score est sur 30 points. Un changement de 1 point sur 30 est considéré comme une modification du score.

c. Caractéristiques générales :

Pour chaque patient, seront recueillies les données suivantes :

- l'âge,
- le genre,
- la fragilité selon le score de FRIED¹⁴, dont les critères sont au nombre de 5 : une perte de poids involontaire (-4,5 kg en 1 an), une sensation subjective d'asthénie, une sédentarité (calculée en kilocalories perdues/semaine : moins de 383 kcal pour l'homme 270 pour la femme) évaluée grâce à un questionnaire en 6 questions sur le niveau d'activité physique allant d'aucune activité physique à exercice physique intense plusieurs fois par semaine, une vitesse de marche diminuée (inférieure à 1m/s sur test effectué sur 4m57) et une faiblesse musculaire (mesurée par un dynamomètre, dans les 20 % inférieurs pour le sexe et l'IMC),
- s'il/elle vit seul(e),
- la présence d'aides à domicile,
- le statut nutritionnel selon le Mini-Nutritional Assessment³⁶ (MNA) qui est un outil d'évaluation permettant d'identifier les personnes âgées dénutries ou présentant un risque de dénutrition. Un score de 24 à 30 signe un bon état nutritionnel, entre 17 et 23,5, le patient est à risque de malnutrition et en dessous de 17, l'état nutritionnel est jugé mauvais. Il a été montré dans une étude³⁷ en 2013 que la fragilité était associée à la dénutrition et au risque de dénutrition. En effet, dans cette étude de 206 volontaires de 75 ans et plus,

90% des sujets à risque de dénutrition étaient fragiles ou pré-fragiles, 12 des 18 items du MNA étaient associés à la fragilité de façon significative.

- les capacités physiques selon le Short Physical Performance Battery (SPPB) qui les évalue à l'aide de trois tests chronométrés : test de vitesse de marche sur 4 mètres, test de lever de chaise (5 fois et sans s'aider des membres supérieurs) et test d'équilibre pieds joints ou en tandem. Chaque test est coté de 0 à 4 avec un score total allant de 0 à 12 : de 0 à 6, les performances sont faibles, de 7 à 9, elles sont moyennes et de 10 à 12, elles sont bonnes. Ce test permet d'évaluer la performance physique d'un individu et prédit le déclin global et fonctionnel.
- L'évaluation thymique grâce au Geriatric Depression Scale de 15 items³⁸ (GDS15) qui est l'échelle gériatrique de dépression la plus connue et sans doute la plus utilisée. Elle peut être remplie directement par le patient ou être passée par un soignant (psychologue, médecin, infirmier). Si cette échelle fournit des indications précieuses sur l'état psycho-affectif du patient, elle ne permet toutefois pas, à elle seule, de faire un diagnostic de dépression. Par contre, c'est un excellent outil de suivi après la mise sous traitement antidépresseur chez des sujets non détériorés sur le plan intellectuel, afin de juger l'efficacité de ce dernier. Le score normal est inférieur à 5. À partir de 5 il y a un risque de dépression. Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.

5) Analyse statistique :

Le recueil de données et l'analyse statistique ont été effectués par le logiciel Microsoft Excel. Nous avons réalisé une analyse descriptive dont les variables quantitatives sont exprimées sous la forme de moyenne \pm écart type [min, max] et les variables qualitatives en nombre et pourcentage.

Ensuite nous avons comparé entre J-0 et 6 mois les moyennes aux différents domaines du WHOQOL BREF : évaluation globale de leur qualité de vie, évaluation globale de leur santé, santé physique, santé psychologique, relations sociales, environnement. Ont été également comparés : la peur de chuter, le bien être global, les scores ADL, IADL, le nombre de médicaments au long cours et le statut cognitif selon le score au MMSE.

IV) RESULTATS :

1) Mise en place du projet : figure 1

Le projet est né en **fin d'année 2013** suite à un mémoire de fin d'étude du diplôme universitaire sur l'éducation thérapeutique présenté par Mme A. Zueras, psychologue clinicienne du pôle gériatrique du CHU de Toulouse. Suite à une revue de la littérature, des cibles d'action pour un programme d'éducation thérapeutique des patients fragiles ont été identifiées : l'état nutritionnel, les capacités physiques et notamment la force musculaire et la vitesse de marche, les facteurs de risque cardio-vasculaire, les chutes, l'autonomie fonctionnelle, le statut cognitif et psycho-social.

Début 2014, une enquête de besoins (annexe 9) a été réalisée auprès de quelques patients et de l'équipe de l'« Hôpital de Jour Fragilité », avec la participation de partenaires locaux. Une équipe pluri professionnelle formée à l'ETP, composée d'une psychologue clinicienne coordinatrice du projet, de médecins, infirmiers, professeurs d'activité physique et diététicienne, a été créée. Grâce à cela, et en accord avec les priorités régionales du plan stratégique régional de santé (PSRS) 2012-2017 de Midi-Pyrénées que sont la promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique, la prévention des pathologies chroniques et le maintien de l'autonomie des personnes âgées, un programme a été conçu.

En **Avril 2014**, un dossier type de demande d'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, s'appuyant sur le cahier des charges national des programmes d'ETP, a alors été déposé à l'ARS Midi Pyrénées. Il mentionnait les objectifs du programme ainsi que ses modalités d'organisation, la qualité et la qualification des effectifs retenus et intervenant dans le programme, la population visée et les sources prévisionnelles de financement. Il suivait les recommandations de l'HAS en se déroulant en quatre étapes :

- élaboration du diagnostic éducatif
- définition du programme personnalisé d'ETP avec les priorités d'apprentissage
- planification et mise en œuvre des séances d'ETP individuelles et/ou collectives
- réalisation de l'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme

Le dossier de demande d'autorisation prend la forme d'un questionnaire que le promoteur doit compléter. L'intitulé du programme était : « Programme d'éducation thérapeutique visant à préserver ou améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées fragiles ». Les critères d'inclusion dans le programme étaient : les personnes âgées de 65 à 90 ans, admises en hospitalisation de jour à l'Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse et reconnues comme étant « fragiles » ou « pré-fragiles ». Les critères d'exclusion étaient : un déclin cognitif, repéré par un score au MMSE \leq 24 et BREF \leq 12, et une dépression majeure avec un score au GDS15 \geq 12. Une consultation sur le site de l'Hôpital de Jour leur était alors proposée pour l'inclusion dans le programme d'éducation thérapeutique et la réalisation du diagnostic éducatif.

L'aire géographique de recrutement était le département de la Haute-Garonne et les autres départements limitrophes.

La population cible : selon l'étude de Subra sur les caractéristiques des patients admis à l'hôpital de jour des fragilités au sein du département de Gériatrie du CHU de Toulouse³, 22.6% des personnes accueillies présentaient les critères d'inclusion. Le seuil de 50 bénéficiaires attendus la première année paraissait largement atteignable et on prévoyait une montée en charge progressive.

En juin 2014, l'ARS a refusé ce projet, sous réserve de modifications des séances prévues car celles-ci étaient jugées trop complexes. Les séances de stimulation cognitive étaient trop axées sur la recherche. Un accord temporaire sous réserve de modifications a été donné, de même que des conseils pour réadapter le projet aux objectifs de l'ARS. Par la suite l'équipe régionale du vieillissement a rencontré l'ARS qui s'est étonné de ne pas avoir reçu une nouvelle demande.

En avril 2015 l'équipe de soins a alors été relancée par l'ARS. Mlle Zueras a rencontré Mme Gardelle, responsable de l'ETP à l'ARS pour améliorer le projet.

Un programme, réaménagé, d'éducation thérapeutique en 6 séances collectives (annexe 10) a été proposé :

- La première séance est axée sur la thématique de la chute, avec la possibilité pour les patients d'exprimer leurs représentations de la chute et les craintes liées, découvrir la notion de fragilité et apprendre à repérer les facteurs et situations à risque afin de mieux les gérer. L'objectif est d'acquérir des compétences d'auto-soins et plus particulièrement de sécurité pour diminuer le risque de chute.

- La deuxième séance s'oriente sur les médicaments, en informant sur les traitements des pathologies les plus communes, mais aussi sur le risque iatrogène et de l'automédication. Le but est également d'apprendre la conduite à tenir en cas d'oubli ou de mauvaise prise et de déculpabiliser face à ce genre de situation.

- La troisième séance est collective et prône les bienfaits de l'activité physique pour rester autonome, en s'adaptant aux capacités de chacun. L'intérêt est aussi d'apprendre à se relever d'une chute et les gestes d'urgence à réaliser si besoin.

- La quatrième séance est là aussi collective et apprend aux patients à repérer les risques liés à leur environnement, au domicile et à l'extérieur, pour aménager leur habitation de manière adaptée.

- La cinquième séance, animée par la diététicienne, vise les spécificités de l'alimentation du sujet âgé et l'importance de l'adapter à chacun en fonction des besoins, dépenses énergétiques et pathologies, pour prévenir le risque de dénutrition, malnutrition et obésité.

- La sixième séance est animée par la psychologue qui explique ce qu'est le vieillissement cognitif, normal et pathologique, et quelles sont les clés pour préserver ses capacités cognitives au maximum.

En juin 2015, soit 2 semaines après avoir reçu un nouveau dossier, l'ARS a donné son accord pour financer ce programme à hauteur de 12500 € sur la base de 50 patients par an, soit un forfait de 250 € par an et par patient inclus. La première année d'autorisation du programme, le forfait d'aide au démarrage est donné quelque soit l'activité, entre 0 et 50 patients. A partir de la 2^{ème} année, la montée en charge progressive doit avoir produit ses effets pour atteindre le seuil minimal de 50 patients.

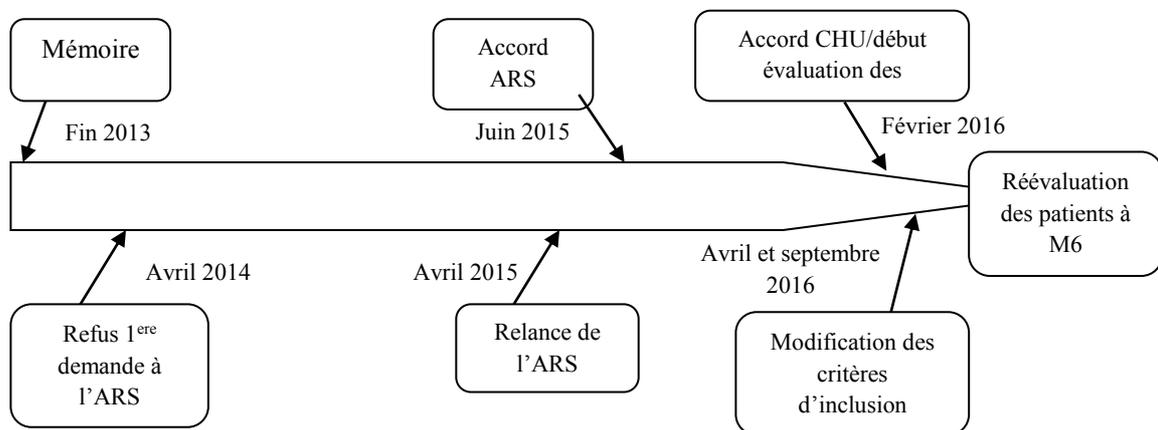
Il a fallu par la suite recevoir l'autorisation de l'hôpital car c'était le premier programme d'éducation thérapeutique gériatrique du CHU de Toulouse ! Une unité administrative a du être créée ainsi que les outils informatiques liés à ce nouveau programme. Ceci permet de cibler les dépenses et les recettes pour isoler l'activité d'ETP au sein du service. Les dépenses prévisionnelles concernaient surtout le matériel pédagogique et le financement du personnel.

En février 2016, soit 8 mois après, l'hôpital a donné son autorisation. Ce délai a été lié également à des difficultés d'assurance pour l'accueil des patients. Une réunion a pu être organisée au sein de l'hôpital de jour pour mettre en place le recrutement des patients potentiellement « incluables » en informant le personnel des critères d'inclusion de l'ETP. Les premiers patients ont été évalués le 25/02/2016.

En avril 2016, devant les difficultés de recrutement des patients, les critères d'inclusion ont été élargis. Tous les patients âgés de plus de 65 ans, fragiles, pré fragiles ou robustes mais ayant chuté et/ou peur de chuter pouvaient être admis.

En septembre 2016, les critères d'âge ont été retirés pour élargir à nouveau les possibilités d'inclusion. La figure 1 représente les étapes de la mise en place du programme d'ETP.

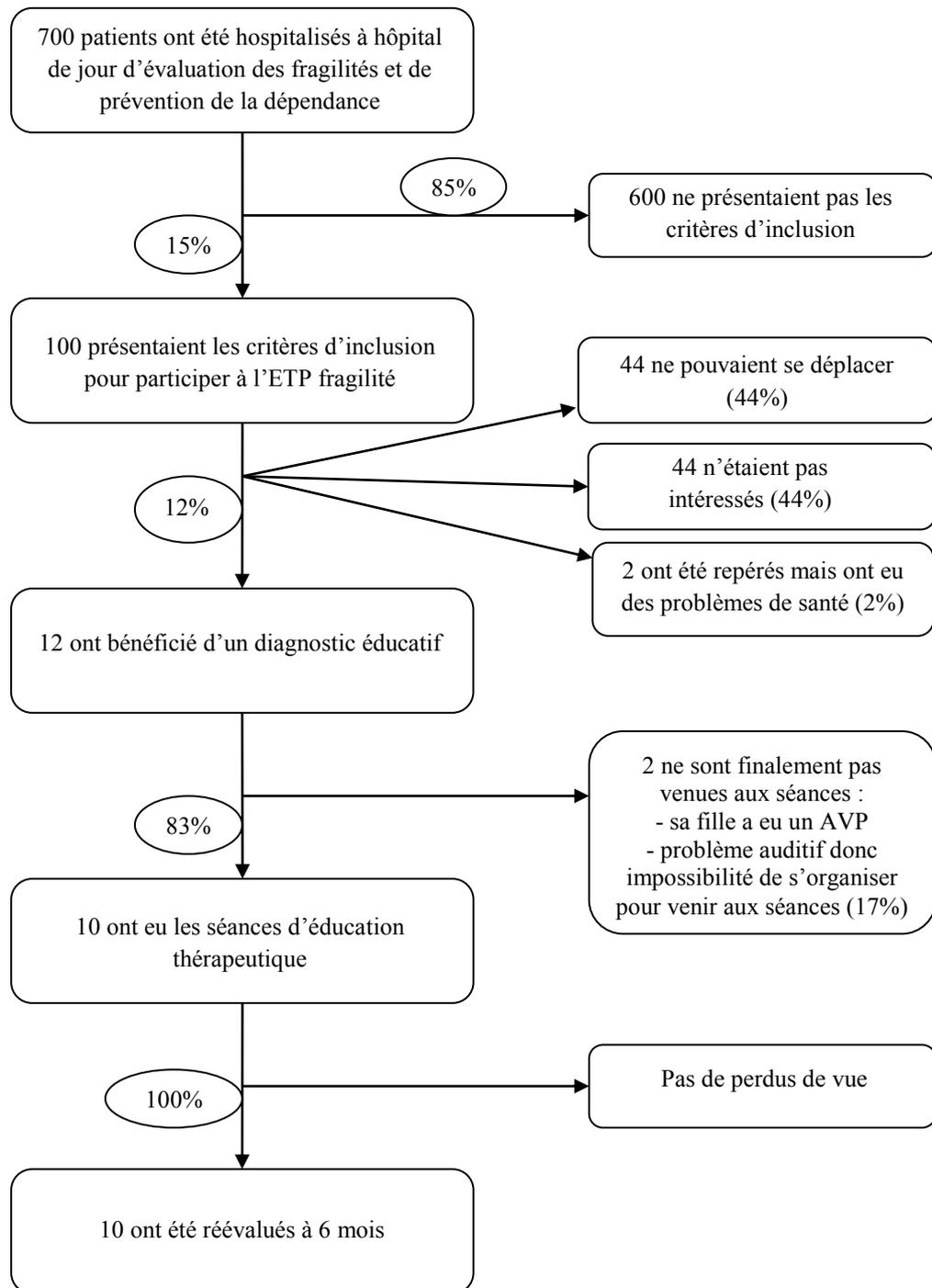
Figure 1 : Etapes de la mise en place d'un programme d'ETP



2) Recrutement des premiers patients :

Environ 700 patients ont été hospitalisés à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du 1^{er} février 2016 au 30 septembre 2016. Au final, sur cette période, 10 patients ont été inclus pour participer à ce projet. La figure 2 représente les détails du recrutement.

Figure 2 : Diagramme de flux



3) Caractéristiques générales des 10 premiers patients :

La moyenne d'âge de la population est de 77,1 ans. La population est exclusivement féminine. Le score de FRIED moyen est de 1,7. Concernant leur mode de vie : 4 sont mariées, 3 sont veuves et 3 sont célibataires. L'aide à domicile concerne 40 % des patients. Le score moyen au SPPB est de 8,9/12. Sur le plan nutritionnel, 80% ont un statut normal. Au point de vue thymique, la moitié d'entre elles ont un statut à risque. (Tableau 1)

Tableau 1 : Caractéristiques générales des 10 premiers patients

Caractéristiques	Moyenne ± écart type ou N(%)	Min-Max
Age	77.1 ± 7.6	63-87
Femme	10 (100)	
Mode de vie :		
Marié	4(40)	
Veuf	3(30)	
Célibataire	3(30)	
Aide à la personne :		
Oui	4(40)	
Score de FRIED	1.7 ± 1.05	0-3
Score SPPB	8.9 ± 2.37	6-12
Statut Nutritionnel		
Dénutri	0	
A risque	2(20)	
Normal	8(80)	
Evaluation thymique GDS		
A risque	5(50)	

4) Critères évalués au départ et à 6 mois :

Le score de santé psychologique au WHOQOL BREF s'est amélioré. Le score au bien être global a diminué mais équivaut en fait à une amélioration.

On peut dire que les scores ADL et IADL sont stables, de même que l'évaluation via le WHOQOL BREF de la qualité de vie globale, de la santé générale, des relations sociales et de l'environnement ainsi que le score MMSE et la peur de chuter.

Cependant, les scores de santé physique et environnement au WHOQOL BREF baissent et le nombre de médicaments augmente. (Tableau 2)

Tableau 2 : Critères des 10 premiers patients évalués à M0 et M+6

Données	M0	M0	M+6	M+6
	Moyenne ± écart type	Min-Max	Moyenne ± écart type	Min-Max
Score au WHOQOL-BREF :				
-qualité de vie globale/5	3.3 ± 0.7	2-4	3.4 ± 0.8	2-4
-santé générale/5	2.7 ± 0.9	1-4	2.7 ± 1.1	1-4
-santé physique/100	58.3 ± 17.6	38-88	51.8 ± 13.7	31-81
-santé psychologique/100	53.8 ± 12.3	31-69	58.2 ± 15	19-69
-relations sociales/100	63.4 ± 20.1	12.5-94	64.4 ± 17	25-81
-environnement/100	65 ± 15.8	31-88	63.2 ± 16	25-75
Score ADL	5.9 ± 0.3	5-6	5.9 ± 0.16	5.5-6
Score IADL	7.6 ± 0.8	6-8	7.7 ± 0.5	7-8
Bien-être global/10	5.6 ± 2.3	1-9	3.9 ± 2.1	1-8
Peur de chuter/10	6 ± 2	2.5-8.1	5.5 ± 1.7	3-8
Nombre de médicaments	4.8 ± 2.3	0-8	6 ± 3.6	0-12
Statut Cognitif MMSE	27.7 ± 2.11	25-30	28 ± 2.3	23-30

5) Modifications des données entre M0 et M+6 :

Lorsque l'on évalue les modifications de façon individuelle, on rapporte une amélioration des scores au WHOQOL BREF de la santé générale et psychologique. De même, le bien être global et la peur de chuter se sont améliorés.

Les scores de qualité de vie globale, ADL, IADL, le nombre de médicaments, et le score au MMSE sont restés stables.

Enfin les scores au WHOQOL BREF de santé physique et relations sociales se sont aggravés. (Tableau 3)

Tableau 3 : Modifications des données entre 0 et 6 mois

Données	Amélioration	Stabilité	Aggravation
Score au WHOQOL-BREF :			
-qualité de vie globale/5	2	6	2
-santé générale/5	4	3	3
-santé physique/100	2	1	7
-santé psychologique/100	5	3	2
-relations sociales/100	2	1	7
-environnement/100	4	2	4
Score ADL	1	9	0
Score IADL	2	6	2
Bien-être global	6	2	2
Peur de chuter	8	0	2
Nombre de médicaments	2	6	2
Score au MMSE	3	5	2

V) DISCUSSION

Nous avons présenté dans ce travail la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique visant à améliorer la qualité de vie de la personne âgée fragile et analysé les résultats des premiers patients inclus. Nous avons rencontré de nombreuses difficultés à mettre en place ce projet, notamment sur le délai de création et les contraintes liées au recrutement, nous amenant à analyser un petit échantillon de patients.

La mise en œuvre de ce programme d'éducation thérapeutique, dont le développement est pourtant une priorité de santé publique, n'a pas été facile à mettre en place. La chronologie du projet a montré la patience dont il faut s'armer lorsque l'on veut mettre en place ce type de programme, notamment en milieu hospitalier. Les programmes d'éducation thérapeutique doivent répondre à un cahier des charges national proposé par l'HAS³⁹, permettant la labellisation de ces programmes par les ARS et donc leur financement. En effet, l'ARS est la seule autorité compétente pour retenir les programmes, habiliter une équipe et financer l'ETP en évaluant sa pertinence et son opportunité. Les demandes doivent préciser les objectifs, la population concernée, les modalités d'organisation, les compétences des professionnels qui réalisent l'ETP, les éléments d'évaluation du programme et les sources prévisionnelles de financement (arrêté du 14 janvier 2015 modifiant le décret 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient). Cette exigence d'organisation structurée et coordonnée est cependant un gage de qualité. La HAS propose une grille pour faciliter l'instruction des demandes d'autorisation des programmes. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un projet personnalisé. La première demande adressée à l'ARS en avril 2014 a été refusée car les séances d'ETP avaient été jugées trop compliquées, visant plusieurs compétences à la fois sans pour autant bien les identifier et trop axées « recherche ». Il a donc fallu modifier l'organisation et le déroulé de chaque séances pour avoir finalement l'accord de l'ARS en juin 2015, soit plus d'un an après. La mise à disposition des programmes déjà validés pourrait être une idée intéressante pour faciliter la tâche des organisateurs, la construction des séances serait ainsi plus aisée. L'intérêt de fournir les coordonnées des coordinateurs de programmes d'ETP pourrait aussi favoriser les échanges et donc améliorer la qualité des séances d'ETP. Les programmes sont autorisés pour une durée de 4 ans et donnent lieu à des évaluations annuelles et une évaluation quadriennale, dans un objectif là aussi d'amélioration de la qualité de l'ETP dispensée. Ces difficultés dans la conception d'un programme d'ETP en lien avec des exigences élevées du cahier des charges, pas toujours adaptées aux réalités du territoire, et

des démarches lourdes et longues avait été rapportées lors d'une thèse de médecine générale sur les freins et dynamiques à la mise en place de programmes d'éducation du patient⁴⁰.

Faisant suite à l'accord de l'ARS, la tâche administrative s'est accentuée lors de la demande d'autorisation du programme au sein du CHU de Toulouse. Cela a pris 6 mois pour créer une nouvelle unité administrative, dont l'intérêt était de mieux répartir les coûts et recettes en lien avec ce projet d'ETP. Les séances se déroulaient à l'hôpital de jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance du CHU de Toulouse dans un cadre ambulatoire, il a donc fallu trouver un mode de financement spécifique car il n'en existe pas pour ce genre d'activité à l'hôpital. Puis une plaquette d'information a été distribuée, là aussi après autorisation du CHU, ce qui a pris un délai supplémentaire. Les équipes pluridisciplinaires intervenant dans le cadre de l'ETP et formées pour, n'étaient pas exclusivement dédiées à cette activité et cela a nécessité de s'organiser en fonction des plannings de chacun. Cette lourdeur administrative, liée au contexte hospitalier, nous laisse alors imaginer l'intérêt de développer l'ETP en médecine libérale, notamment au sein des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).

Le développement de l'ETP en soins primaires doit être une priorité car ils constituent le premier niveau de contact médical de la population⁴¹. Les intérêts de l'ETP de proximité, s'exerçant au plus près des lieux de vie et de soins des patients, sont nombreux. Sur le point de vue logistique, cela facilite le déplacement des patients en s'adaptant à leurs conditions de vie. Lorsque l'on pense aux maladies chroniques, l'ETP ambulatoire permet de toucher les patients dès le début de leur maladie, au stade de facteurs de risque, contrairement à la plupart des programmes hospitaliers, mais aussi les patients les plus isolés. Lorsque la démarche éducative s'initie avec le médecin traitant, un lien privilégié va se nouer, permettant l'élaboration d'un programme davantage personnalisé. Faciliter l'implication des médecins traitants est donc essentiel car ils jouent un rôle central dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques. Une des recommandations du rapport de M SAOUT ²¹ « Pour une politique Nationale d'éducation Thérapeutique du patient » était de dispenser à tous les futurs médecins un enseignement spécifique de l'éducation thérapeutique concernant la problématique, la méthodologie et les spécificités selon les différentes pathologies chroniques, dans le cadre de leur cursus de formation initiale. Ceci repose sur une formation des médecins à l'éducation thérapeutique, qui est en train de se développer, comme au sein du DUMG de Toulouse qui en propose une de 40h à une dizaine d'internes en médecine générale par an. Concernant les médecins installés, l'enseignement de l'ETP est financé par la Formation Médicale Continue donc les professionnels de santé sont de mieux en mieux formés.

Le développement de l'éducation thérapeutique a débuté principalement dans les services hospitaliers sous l'impulsion de professionnels militants et y reste actuellement prédominante. En effet, l'hôpital présente de nombreux avantages : l'exigence de pluri disciplinarité se trouve plus aisément, avec des professionnels mieux formés à l'ETP, de même que des locaux adaptés. De nombreux patients potentiellement incluables peuvent être repérés lors de leur hospitalisation et cela peut permettre d'aborder avec eux les apports d'une action d'éducation thérapeutique. Concernant le coût, Bourdillon *et al*⁴² constataient dans un article sur les politiques publiques et les offres de soins actuelles un développement clairement hospitalocentré de l'ETP avec des financements dédiés uniquement aux activités éducatives structurées, ce qui facilite la création de plusieurs programmes. Les difficultés logistiques et administratives liées au montage d'un programme d'ETP de proximité ne faciliteraient pas non plus son développement, souvent par manque de temps. L'hôpital peut être un lieu privilégié pour faire de l'éducation thérapeutique, notamment au sein des centres hospitalo-universitaires, car des équipes de recherche sont disponibles pour valider les processus initiés en ETP et le temps de travail administratif est plus facilement gérable qu'en libéral. Enfin, le cadre réglementaire a été respecté, grâce à la coordination du projet assurée par Melle ZUERAS, psychologue clinicienne, qui a mis en place le programme dans le respect des recommandations et a fait le lien avec les partenaires. Le médecin traitant a été informé de l'entrée dans le programme d'ETP de son patient ainsi que son évaluation, cela a permis une continuité des soins. La notion d'éthique a été une priorité : le respect des droits des patients a été respecté grâce à un accord de confidentialité stipulant quelles données pourront ou non être transmises, à qui et pourquoi, signé par le patient et le coordinateur. De même, lorsque certaines données ont été informatisées, une demande d'autorisation préalable et une déclaration de fichier a été adressée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Enfin, tout acte de soin, d'éducation thérapeutique ou autre, a tenu à respecter les principes fondamentaux de La Charte de la Personne Hospitalisée. Ce cadre réglementaire est mieux respecté en milieu hospitalier car il est habituel.

Il faut maintenir cette activité hospitalière, la développer, mais être conscient que pour la grande majorité des programmes, il faut envisager à terme leur développement au plus près du lieu de résidence des patients atteints de maladies chroniques. On constate en effet dans notre étude que 44% des patients refusent de participer pour des problèmes de transport. Les principes qui lient les maladies chroniques aux questions de conditions de vie et de proximité du domicile doivent encourager les programmes en ville. Cependant il existe des freins au développement de l'ETP en soins primaires⁴³. On trouve principalement le manque de formation des professionnels de santé et le problème d'un financement insuffisant, hétérogène, non pérenne et inadapté aux soins de premier recours. Les médecins généralistes, dont

l'implication est particulièrement difficile à obtenir malgré un rôle central qu'ils reconnaissent pourtant, évoquent le manque de temps, de reconnaissance des actions d'ETP, de soutien des instances, de supports éducatifs, la charge administrative, la crainte d'une intrusion dans leur relation avec les malades, une perte de motivation et des freins liés aux patients⁴⁴. Par ailleurs il existe des difficultés de coordination des professionnels de santé de proximité, les référentiels et les modalités d'organisation sont mal adaptés aux soins primaires, les programmes existants sont trop hétérogènes et les critères de qualités ne sont pas suffisamment respectés⁴³.

Des pistes sont proposées dans différents travaux^{22, 45}. Il s'agirait d'une part de développer la formation des professionnels de santé, associées à une sensibilisation de tous à l'ETP. D'autre part, il faudrait établir un dispositif de financement harmonisé, spécifique aux soins de premier recours, intégrant de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels libéraux. En outre il serait important de mettre en valeur ce que font déjà et ce que pourraient faire les acteurs de proximité, de s'appuyer sur leur intérêt croissant pour l'ETP et sur les attentes des patients, et d'utiliser les programmes hospitaliers en deuxième intention. Enfin l'ETP de proximité devrait être développée de manière progressive et encadrée, en privilégiant les approches pluri-professionnelles, en améliorant la coordination sur chaque territoire et en encourageant les démarches de qualité⁴⁶. On peut alors imaginer une ETP en deux temps : au stade de facteur de risque, lors du diagnostic de maladie chronique, ou dans notre cas, lors des premiers signes de fragilité en médecine libérale de premier recours dans des MSP qui paraissent être le lieu le plus adapté, ne serait-ce que par la proximité avec les patients. L'hôpital prendra alors le relai de cette ETP dans un deuxième temps, lorsque la maladie ou la dépendance évolue à tel point qu'un délai d'hospitalisation est nécessaire. Il faudrait en amont évaluer les besoins dans les différents bassins de santé, et les ressources locales disponibles, souvent insuffisantes.

Le recrutement des patients est un des premiers freins évoqués par les promoteurs de l'ETP. En effet, entre février 2016 et septembre 2016, seulement 10 patients ont pu être inclus dans l'étude. On peut alors légitimement se poser la question de la difficulté du recrutement des patients. La cible était les sujets de 65 à 90 ans, repérés comme étant fragiles, pré-fragiles ou robustes mais ayant peur de chuter, et qui ne présentaient pas de démence ni d'altération des fonctions cognitives suffisamment significatives pour perturber les apprentissages. Selon l'étude de Subra³ en 2012 qui présentait les principales caractéristiques des patients admis au gérontopôle de Toulouse, le programme pouvait alors s'adresser à environ 22% des personnes accueillies à l'Hôpital de Jour Fragilité. La première année, l'objectif était de proposer le programme à 50 personnes, avec une montée en charge progressive les années suivantes.

Durant la période de l'étude, environ 100 patients présentaient les critères d'inclusion, qui ont été élargis, soit 15% des 700 patients admis en HDJ. Ceux-ci devaient être repérés par l'équipe soignante lors de leur passage en hôpital de jour, ce qui n'est pas aisé quand on a de nombreux patients à évaluer. De nombreux projets sont actuellement en cours dans ce service et pour ne pas fausser les résultats de chaque étude, les patients ne peuvent être inclus simultanément dans plusieurs études. Un lieu comme les maisons de santé pluridisciplinaires, qui n'auraient qu'un seul projet dédié à l'activité d'ETP fragilité, avec un personnel impliqué sur cette problématique, permettrait à notre avis d'intégrer plus de patients. Sur ces 100 patients, la moitié environ n'étaient pas intéressés par l'éducation thérapeutique, nous interrogeant alors sur les causes de cette indifférence vis-à-vis d'une nouvelle approche dont l'efficacité n'est plus à prouver. Le personnel n'avait peut être pas assez de temps pour informer sur les modalités et objectifs de ce programme d'ETP. Un questionnaire sur les connaissances et l'intérêt des patients pour l'ETP avait été distribué en amont lors de leur HDJ. Il révélait une méconnaissance de la fragilité et de l'éducation thérapeutique mais plusieurs étaient motivés par des activités organisées permettant d'acquérir les compétences nécessaires au maintien de l'autonomie. Il faut sûrement faire plus d'information sur ce sujet pour mieux sensibiliser les patients et comprendre leurs freins et il serait peut être intéressant d'élargir l'enquête de besoins à plus de patients pour évaluer leur engouement. L'objectif principal était d'améliorer la qualité de vie qui est pourtant une donnée essentielle pour les personnes âgées.

Une autre problématique rapportée le plus souvent par les patients était la difficulté pour venir à l'hôpital, le transport n'étant pas pris en charge dans le budget de financement des séances d'ETP. Si on doit mettre en place à nouveau ce type de programme il faudrait soit le faire au plus près des patients pour limiter le biais de transport, ce qui nous ramène à l'idée qu'une ETP de proximité simplifierait ce problème de déplacement, soit qu'il soit par la suite financé.

L'objectif de 50 patients par an et par programme d'ETP est un critère fixé afin de rendre un programme efficace avec des résultats épidémiologiques probants et viable sur le plan financier. En 2015, plus d'un tiers des programmes d'ETP en Midi-Pyrénées n'atteignait pas l'objectif des 50 patients par an⁴⁷. L'ARS a alors constitué un groupe de travail pour évaluer les freins au recrutement des patients et préconiser de nouvelles actions⁴⁸ :

- améliorer l'accessibilité aux programmes d'éducation thérapeutique
- les développer dans les territoires de proximité
- renforcer le recrutement des patients les plus à risque, notamment ceux issus des populations socialement défavorisées

-développer la formation des professionnels de santé et les sensibiliser à l'importance de l'approche éducative du patient (posture éducative)

-améliorer la visibilité de l'offre.

Finalement nous retombons sur notre réflexion qui est de : privilégier l'accessibilité aux programmes d'ETP pour les patients et nous pose la question du lieu le plus favorable pour agir, faire la promotion de l'ETP et enfin améliorer la formation des professionnels de santé.

Les critères d'inclusion ont du être modifiés au cours de l'étude pour augmenter le recrutement en les élargissant. Ceci nous donne alors un biais dans la méthodologie de notre étude et dans l'évaluation de nos premiers résultats, en modifiant l'impact de ce travail.

La mise en place de programmes d'ETP spécifiques pour les patients âgés n'est pas simple. En premier lieu, ces programmes destinés aux seniors doivent prendre en compte les particularités de la personne âgée. L'ETP en gériatrie doit également concerner les aidants familiaux, particulièrement impliqués dans la vie quotidienne de leurs parents. Ils étaient donc invités à accompagner les patients pour les séances mais celles-ci se déroulant en pleine semaine, aucun n'est venu accompagné. Bien que l'éducation thérapeutique du patient âgé soit un enjeu majeur, elle est encore peu développée sur le terrain. En 2013 sur les 2700 programmes autorisés au plan national par les ARS, 30 seulement (soit 1 à 2%) visaient spécifiquement les personnes âgées⁴⁹. Les troubles cognitifs se majorant avec l'âge, il a été intéressant de les diagnostiquer en amont, de même que le syndrome dépressif majeur car on sait que ce sont des freins aux apprentissages et modifications comportementales que constitue l'ETP. Les recommandations principales vis-à-vis de programmes d'ETP pour personnes âgées²⁴ sont : intégrer les aidants, adapter les techniques et outils utilisés afin de permettre leur compréhension pour le plus grand nombre, se dérouler dans un environnement adéquat en évitant les lieux bruyants et peu lumineux, privilégier des séances courtes et en petits groupes et enfin éviter les déplacements trop fréquents ou trop longs. Notre étude a été réalisée dans le respect de ces recommandations, en s'adaptant au mieux à ces patients fragiles, avec un plateau technique et une équipe pluridisciplinaire formée. Ce qui est confirmée par l'enquête de satisfaction distribuée en fin de programme et dont le ressenti global des patients a été très positif.

La description de notre échantillon nous montre des résultats encourageants. Les scores individuels au WHOQOL BREF de santé globale et psychologique se sont améliorés, de même que le bien être et la peur de chuter. Cependant on note une discordance entre la comparaison des moyennes globales et des scores individuels, mais qui peut s'expliquer par le faible nombre de patients inclus et le manque d'expérience dans l'analyse comparative de ce

test (aucune étude trouvée). Il faudrait avoir un nombre de sujets inclus plus importants pour conclure à une efficacité de notre programme.

L'analyse des caractéristiques générales de nos 10 patients nous a interpellés sur l'absence d'hommes. On sait que les femmes ont une plus grande espérance de vie, leur part chez les patients de plus de 65 ans est donc plus importante. On peut se demander si cette participation est liée à cela ou à un intérêt plus fort pour la prévention en matière de santé. Notre échantillon devrait être élargi pour être davantage représentatif de la population générale. Une fragilité thymique a été repérée chez la moitié de nos patients, donc cela peut limiter l'efficacité de l'ETP car la dépression est un frein aux changements de comportements et d'habitudes de vie que constitue l'ETP.

Notre critère principal d'évaluation était la qualité de vie car cette donnée nous paraît essentielle pour les personnes âgées qui favorisent le bien vieillir à la longévité. Concernant l'évaluation de la qualité de vie, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire WHOQOL BREF qui est une auto évaluation subjective. L'évaluation de la santé globale et psychologique s'est améliorée mais celle de la santé physique s'est dégradée. On peut alors s'interroger sur la stabilité des résultats à ce questionnaire car cette évaluation est aussi liée aux événements intercurrents dans la vie personnelle des patients, qui ne dépend donc pas des séances d'ETP. En effet nous avons pu apprendre que certains patients avaient eu des mauvaises nouvelles, concernant leur santé ou celle de leur famille, peu avant la réévaluation à 6 mois. Les résultats au WHOQOL BREF sont alors impactés de façon négative. Nous avons pu comparer nos résultats aux données normatives de référence dans la population générale en France qui existent grâce à l'étude faite en 2010 par C. Baumann et al⁵⁰ sur un échantillon de 16 450 personnes de 18 à 75 ans. Les moyennes pour les femmes sont de : 67,6 pour la santé physique, 61,3 pour la santé psychologique et 70,6 pour les relations sociales. Au regard des moyennes de notre échantillon, qui sont nettement inférieures (environ 8 points de moins), on peut se dire que la qualité de vie des personnes âgées est globalement moins bonne et tend à s'aggraver avec le temps. On peut aussi s'interroger sur la relative précocité d'une réévaluation à 6 mois et il serait intéressant de faire un nouveau recueil de données à un an. L'ETP implique des modifications comportementales et d'habitude de vie qui nécessitent un délai de mise en place. D'un autre côté, les perdus de vue sont nombreux en gériatrie donc les délais de suivis ne peuvent être trop longs. Nous n'avons pas trouvé de durée optimale de réévaluation dans la littérature concernant la qualité de vie et nous avons choisi 6 mois de façon arbitraire. De façon globale, on perçoit une constance de la qualité de vie, concordante avec les autres scores. En effet, l'autonomie évaluée par l'ADL et l'IADL et le nombre de médicaments sont restés stables et ce sont des marqueurs de qualité de vie. La peur de chuter et le bien être global sont également importants car ils participent à la perception qu'ont les

personnes âgées de leur santé. La peur de chuter est souvent associée à une altération de la qualité de vie⁵¹, elle augmente le risque de chute et limite les personnes dans leurs activités. Le bien-être ne diminue pas avec l'âge mais plutôt avec la perte d'autonomie, c'est donc un critère intéressant à évaluer. Ces deux données se sont améliorées dans notre échantillon mais il existe un biais de réponse car ces mesures pouvaient être mal interprétées. La peur de chuter était évaluée logiquement de 0 à 10, de façon proportionnelle, mais le bien être était évalué à l'inverse, 10 correspondant au mal être, ce qui peut porter à confusion.

Le premier rendez vous consistait en un temps privilégié pour faire connaissance avec chaque patient et ainsi construire un diagnostic éducatif personnalisé. Les séances étaient par la suite décidées en fonction des objectifs d'apprentissages. Elles étaient le plus souvent collectives, pour favoriser la participation des patients et permettre d'échanger leur vécu mais parfois l'hétérogénéité du groupe peut faire peur à certains participants. Les séances individuelles offrent une meilleure écoute aux patients et permettent une prise en charge plus personnalisée mais sont chronophages et coûteuses pour certains. Parfois, pour arranger les patients, deux séances étaient organisées dans la même journée mais on peut s'interroger sur la capacité à intégrer trop d'informations à la fois chez cette population fragile.

Ce travail a été novateur, l'éducation thérapeutique n'était axée jusqu'à présent que sur des maladies chroniques et on imagine peu à peu son intérêt sur la fragilité de par son approche globale et multi dimensionnelle. Il a été fait de façon collaborative et pluri professionnelle et a montré une stabilité des résultats.

Les limites concernaient notre faible échantillon de patients impliquant un biais de sélection. Le recrutement se poursuit au sein de l'hôpital de jour donc on peut espérer évaluer par la suite un plus grand nombre de patients. Les délais de mise en place et les difficultés de recrutement ont été également des contraintes auxquelles il a fallu faire face lors de notre étude.

VI) CONCLUSION :

Ce travail, qui avait pour but de présenter la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique et d'analyser les premiers résultats, a montré des difficultés d'organisation, de longs délais d'application et des difficultés de recrutement. Pour palier à ces problématiques, plusieurs idées peuvent améliorer cela. La mise en commun des différents programmes nationaux d'éducation thérapeutique et l'échange de coordonnées des organisateurs pourrait faciliter les demandes d'autorisation et allégerait la charge administrative. Favoriser le développement de l'ETP de proximité, au plus près des patients et dès le début de leur maladie ou perte d'autonomie faciliterait l'accès à cette nouvelle forme de soins, tout en faisant sa promotion. Enfin, l'élargissement du recrutement et donc l'augmentation du nombre de sujets inclus, permettrait de mieux évaluer l'intérêt de notre programme d'ETP.

REFERENCES

¹BLANPAIN N., BUISSON G., « Projections de population 2013–2070 pour la France », Insee Résultats n° 187 Société, novembre 2016

²OCDE, Espérance de vie à 65 ans (indicateur)

³SUBRA, J., GILLETTE-GUYONNET, S., CESARI, Matteo, et al. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gerontopole. The journal of nutrition, health&aging, 2012, vol. 16, no 8, p. 714-720

⁴CAMBOIS, Emmanuelle et ROBINE, Jean-Marie. Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France. Actualité et dossier en santé publique, 2012, vol. 80, p. 28-32.

⁵ Institut Montaigne, 2015. Faire du bien-vieillir un projet de société. Logement, patrimoine et emploi des séniors.
<http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/rapport%20vieillessement.pdf>

⁶ Pôle documentation de l'Irdes - Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Suhard V. Le financement de la dépendance des personnes âgées en France. [Internet]. 2014. Available from: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/lefinancement-de-la-dependance-des-personnes-agees-en-france.pdf>

⁷LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

⁸Programme healthy aging européen www.healthyaging.eu

⁹CHARPIN JM, T.C., Perspectives démographiques et financières de la dépendance. La documentation Française, 2011. 6.

¹⁰ DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE (DAS, 1999). Comment remplir la grille AGGIR, La Revue du Praticien – Médecine Générale, 13 (473): 1581-1586

¹¹FERRUCCI L., GURALNICK J.M., STUDENSKI S. & al. (2004). Designing randomized controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons : a consensus report, J Amer, GeriatrSoc, 52, 625-634

¹²CORNILLON, E., BLANCHON, M. A., RAMBOATSISETRAINA, P., et al. Impact d'un programme de prévention multidisciplinaire de la chute chez le sujet âgé autonome vivant à domicile, avec analyse avant-après des performances physiques. In : Annales de réadaptation et de médecine physique. Elsevier Masson, 2002. p. 493-504.

¹³GILL T.M., BAKER D.I., GOTTSCHALK M. & al. (2002). A program to prevent functional decline in physically frail elderly persons who live at home, N Engl J med, 347, 1068-1074

¹⁴FRIED L. P., CARLSON M. C. , FREEDMAN M. & al. (2004). A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the experience corps model, J Urban Health, 81, 64-78.

¹⁵RUBENSTEIN, Laurence Z., JOSEPHSON, Karen R., WIELAND, G. Darryl, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. New England Journal of Medicine, 1984, vol. 311, no 26, p. 1664-1670.

- ¹⁶ ROCKWOOD, Kenneth, HOGAN, David B., et MACKNIGHT, Chris. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs & aging*, 2000, vol. 17, no 4, p. 295-302.
- ¹⁷ WELLS, Jennie L., SEABROOK, Jamie A., STOLEE, Paul, et al. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 2003, vol. 84, no 6, p. 890-897.
- ¹⁸ FRIED, Linda P., TANGEN, Catherine M., WALSTON, Jeremy, et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2001, vol. 56, no 3, p. M146-M157.
- ¹⁹ STRAWBRIDGE, William J., SHEMA, Sarah J., BALFOUR, Jennifer L., et al. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 1998, vol. 53, no 1, p. S9-S16.
- ²⁰ SANTOS-EGGIMANN, Brigitte, CUÉNOUD, Patrick, SPAGNOLI, Jacques, et al. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2009, vol. 64, no 6, p. 675-681.
- ²¹ VILLARS, H., DUPUY, C., DE PERETTI, E., et al. Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle du sujet âgé fragile. *Les cahiers de l'année gériatologique*, 2014, vol. 6, no 4, p. 187-190.
- ²² SAOUT, Christian, CHARBONNEL, Bernard, BERTRAND, Dominique, et al. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2008.
- ²³ Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé. Therapeutic patient education - Continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease. Rapport de l'OMS-Europe. 1996; Traduction française 1998.
- ²⁴ Haute Autorité de santé. Education Thérapeutique du Patient-Définition, finalités et organisation- Recommandations. Saint Denis: Haute autorité de santé, 2007.
- ²⁵ PARIEL, S., BARDET, A., DACHRAOUI, S., et al. Les spécificités de l'éducation thérapeutique en gériatrie. *Les cahiers de l'année gériatologique*, 2014, vol. 6, no 4, p. 146-149.
- ²⁶ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- ²⁷ WHOQOL Group, « Development of the WHOQOL: Rationale and current status », *International Journal of Mental Health*, no 23, 1994, p. 24-56
- ²⁸ CARIA, A. et QUEMADA, N. L'OMS développe un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie: le WHOQOL. *Information psychiatrique*, 1995, vol. 71, no 3, p. 261-266
- ²⁹ BAUMANN, C., ERPELDING, M.-L., REGAT, S., et al. The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2010, vol. 58, no 1, p. 33-39.
- ³⁰ VON STEINBÜCHEL, Nicole, LISCHETZKE, Tanja, GURNY, Madeleine, et al. Assessing quality of life in older people: psychometric properties of the WHOQOL-BREF. *European Journal of Ageing*, 2006, vol. 3, no 2, p. 116-122.

- ³¹FOLSTEIN, Marshal F., FOLSTEIN, Susan E., et MCHUGH, Paul R. "Mini-mental state" : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 1975, vol. 12, no 3, p. 189-198.
- ³²The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 1998, vol. 46, no 12, p. 1569-1585.
- ³³The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social science & medicine*, 2005, vol. 41, no 10, p. 1403-1409.
- ³⁴KATZ, Sidney, FORD, Amasa B., MOSKOWITZ, Roland W., et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, 1963, vol. 185, no 12, p. 914-919.
- ³⁵LAWTON, M. P. et BRODY, E. M. Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL). 1988.
- ³⁶VELLAS, Bruno, GUIGOZ, Yves, GARRY, Philip J., et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 1999, vol. 15, no 2, p. 116-122.
- ³⁷ BOLLWEIN, Julia, VOLKERT, D., DIEKMANN, R., et al. Nutritional status according to the mini nutritional assessment (MNA[®]) and frailty in community dwelling older persons: a close relationship. *The journal of nutrition, health&aging*, 2013, p. 1-6.
- ³⁸YESAVAGE, Jerome A. et SHEIKH, Javaid I. 9/Geriatric depression scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinicalgerontologist*, 1986, vol. 5, no 1-2, p. 165-173.
- ³⁹HAS : guide méthodologique : structuration d'un programme d'ETP dans le champs des maladies Chroniques –Juin 2007
- ⁴⁰ HAMY-SHOSHANY, Sandrine. Freins et dynamiques à la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique du patient en soins primaires. 2015. Thèse de doctorat.
- ⁴¹GAY, B. Repenser la place des soins de santé primaires en France–Le rôle de la médecine générale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2013, vol. 61, no 3, p. 193-198.
- ⁴²GRENIER, Béatrice, BOURDILLON, François, et GAGNAYRE, Rémi. Le développement de l'éducation thérapeutique en France: politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé publique*, 2007, vol. 19, no 4, p. 283-292.
- ⁴³Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport. HCSP ; Novembre 2009.
- ⁴⁴MIDY, F. et DEKUSSCHE, C. L'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire. *Actualité et dossier en santé publique (Adsp)*, 2009, vol. 66, p. 43-5.
- ⁴⁵Société Française de Santé Publique. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France. Paris : SFSP ; 13 Juin 2008
- ⁴⁶JACQUAT, Denis. Education thérapeutique du patient. HEGEL [ISSN 2115-452X], 2011, 3, 2011.
- ⁴⁷ Bilan ETP au 31 décembre 2015, ARS-Midi-Pyrénées-DSP-DPPS-P. Moreau VF mai 2016

⁴⁸Enquête Solen, ARS Midi Pyrénées février 2013

⁴⁹PARIEL, Sylvie, BOISSIERES, Amelie, DELAMARE, Delphyne, et al. Patient education in geriatrics: Which specificities? *Pressemedicale* (Paris, France: 1983), 2013, vol. 42, no 2, p. 217-223.

⁵⁰BAUMANN, C., ERPELDING, M.-L., REGAT, S., et al. The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*, 2010, vol. 58, no 1, p. 33-39.

⁵¹CUMMING, Robert G., SALKELD, Glenn, THOMAS, Margaret, et al. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2000, vol. 55, no 5, p. M299-M305.

ANNEXES

Annexe 1 : Score de FRIED

Les cinq critères proposés	Définition et positivité des critères pour la fragilité	
Perte de poids involontaire	– Perte de façon non intentionnelle ≥ 5 kg durant les 12 derniers mois – Ou indice de masse corporelle (IMC) $< 18,5$ kg/m ²	
Sensation d'épuisement	Selon les réponses apportées à 2 des 20 questions de l'échelle de dépression CES-D: « J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort » « J'ai manqué d'entrain »	Cotation des réponses : 0 = jamais, très rarement 1 = occasionnellement 2 = assez souvent 3 = fréquemment, tout le temps Critère positif pour la fragilité si la personne répond 2 ou 3 à l'une ou l'autre des questions
Niveau d'activité physique	Évalué selon la version courte du <i>Minnesota Leisure Time Activity questionnaire</i> , renseignant sur le niveau d'activité de 9 domaines d'activité incluant les activités domestiques sur les 4 dernières semaines. La dépense énergétique associée mesurée en Kcal est calculée selon un algorithme standardisé	Selon le sexe, le critère est positif pour la fragilité si le niveau d'activité physique est : < 383 Kcal chez l'homme < 270 Kcal chez la femme
Réduction de la vitesse de marche	Temps nécessaire pour parcourir 4,57 mètres (15 pieds dans la version originale; 1 pied $\approx 0,3048$ m)	La positivité du critère est stratifiée pour le sexe et la taille : <i>Pour l'homme :</i> Taille ≤ 173 cm ≥ 7 secondes Taille > 173 cm ≥ 6 secondes <i>Pour la femme :</i> Taille ≤ 159 cm ≥ 7 secondes Taille > 159 cm ≥ 6 secondes
Diminution de la force de préhension	La mesure de la force de préhension en kg, en utilisant généralement un dynamomètre	La positivité du critère est stratifiée pour le sexe et l'IMC (kg/m ²) <i>Pour l'homme :</i> IMC $\leq 24 \leq 29$ kg IMC $24,1-26 \leq 30$ kg IMC $26,1-28 \leq 30$ kg IMC $> 28 \leq 32$ kg <i>Pour la femme :</i> IMC $\leq 23 \leq 17$ kg IMC $23,1-26 \leq 17,3$ kg IMC $26,1-29 \leq 18$ kg IMC $> 29 \leq 21$ kg
Fragilité = présence d'au moins 3 critères parmi 5 Pré-fragilité = présence de 1 ou 2 critères parmi 5		

Annexe 2 :Grille d'entretien diagnostique éducatif

1• Parlez-moi un peu de vous pour que nous fassions mieux connaissance : (*Qui il est*)

* Votre nom, prénom et âge ?

.....
.....

* Parlez-moi de votre famille ? Êtes-vous marié ? Avez-vous des enfants ?

.....
.....

* Parlez-moi de vos études ? Votre métier ? La retraite ?

.....
.....

* Quels sont vos loisirs actuels? Pratiquez-vous une activité physique ?

.....
.....

* Quelles sont vos habitudes alimentaires ? Buvez-vous de l'alcool ?

.....
.....

2• Parlez-moi un peu de vos difficultés actuelles si vous en avez : (*Ce qu'il a*)

* Avez-vous des pathologies en cours ?

.....
.....

* Vous sentez-vous plus faible et/ou plus fatigable qu'avant ?

.....
.....

* Avez-vous stoppé certaines de vos activités de loisir progressivement ?

.....
.....

* Si c'est le cas, quelles en sont selon vous les raisons ?

.....
.....

3• Nous sommes ici à l'Hôpital de Jour des Fragilités : (*Ce qu'il sait*)

* Que savez-vous de la fragilité ? Qu'est-ce que cela représente pour vous ?

.....
.....

* Quels sont selon vous les bienfaits de l'activité physique ? Leurs effets néfastes ? Pourquoi pratiquez-vous ou non une activité physique ? Par plaisir ou par contrainte ?

.....
.....

* Que connaissez-vous des bienfaits d'une alimentation équilibrée ? Suivez-vous certains conseils très connus et que cela représente-t-il pour vous ?

.....
.....

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

* Pensez-vous pouvoir conserver votre mémoire et comment procéder selon vous?

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

4• Que faites-vous pour rester autonome et en forme (activités physiques, intellectuelles, lien social, loisirs...) ? *(Ce qu'il fait)*

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

5• Que souhaiteriez-vous faire à l'avenir pour rester autonome et en forme (activités physiques, intellectuelles, lien social, loisirs...) ? Quelles sont vos sources de motivation ? *(Ses projets)*

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

6• EVA « Echelle visuelle analogique »

Sur cette échelle, veuillez indiquer où se situe votre peur de chuter :

Jamais Tout le temps

Sur cette échelle, veuillez indiquer où se situe votre bien-être :

Se sent parfaitement bien Se sent mal

7• Scores à l'échelle de Qualité de vie « WHOQOL BREF » :

Domaine physique :	/20 et	/100
Domaine psychologique :	/20 et	/100
Domaine relationnel :	/20 et	/100
Domaine environnemental :	/20 et	/100

Annexe 3 : Synthèse du diagnostic éducatif

Date : / /

Mr/Mme accueilli(e) à l'« Hôpital de Jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance » du CHU - Toulouse- La Grave, s'est ce jour vu proposé de bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique afin d'acquérir ou maintenir des compétences pour préserver ou améliorer sa qualité de vie au domicile. Le diagnostic éducatif a mis en évidence les éléments suivants :

Représentations et croyances en matière de santé:

Selon le patient :

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

Perçues par l'équipe :

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

Atouts principaux et difficultés principales:

Selon le patient :

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

Perçues par l'équipe :

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

Compétences à acquérir et objectifs:

Selon le patient :

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

Perçues par l'équipe :

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

Annexe 4 : Contrat éducatif

Suite à la synthèse du diagnostic éducatif réalisée ce jour en discussion avec Mr/Mme et l'équipe multi professionnelle de l'«Hôpital de Jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance», le programme éducatif suivant a été validé :

Nombre de séances :

Contenu des séances :

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

Compétences à acquérir :

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

Objectifs spécifiques :

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

Les séances proposées se dérouleront au sein de l'« Hôpital de Jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance », et pourront être collectives et/ou individuelles. Ce programme sera évalué et revu au fur et à mesure des séances selon les compétences acquises de façon à répondre au mieux aux attentes et objectifs de Mr/Mme.....

Je soussigné Mr/Mme, atteste avoir été informé des modalités de déroulement du programme éducatif qui m'est proposé et donne ce jour mon accord pour y participer. Les données me concernant resteront confidentielles à moins que je ne donne mon accord pour qu'elles soient divulguées. Pour toute question, je pourrai joindre Mme Zueras, en charge de la coordination du programme au n° suivant :

Date : / /

Signature participant :

Date : / /

Signature professionnel :

Annexe 5 : Synthèse des compétences et des objectifs atteints

- Nom :
Prénom :
Age :
Niveau socio-culturel :
- EVA « Echelle visuelle analogique »

Sur cette échelle, veuillez indiquer où se situe votre peur de chuter :

Jamais

Tout le temps

Sur cette échelle, veuillez indiquer où se situe votre bien-être :

Se sent parfaitement bien

Se sent mal

- Scores à l'échelle de Qualité de vie « WHOQOL BREF » :

Domaine physique :	/20 et	/100
Domaine psychologique :	/20 et	/100
Domaine relationnel :	/20 et	/100
Domaine environnemental :	/20 et	/100

- Ressenti concernant sa fragilité et son autonomie:

.....

.....

.....

.....

- Compétences acquises :

.....

.....

.....

- Atteinte des Objectifs personnels ? Satisfaction personnelle ?

.....

.....

.....

.....

Quel est votre projet personnel suite au programme d'éducation thérapeutique ?

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

Envisagez-vous de suivre le programme personnalisé qui vous est proposé par l'équipe dans les domaines de l'activité physique et de la nutrition ? Pourquoi ?

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

Avez-vous l'intention de vous engager dans une activité proposée par nos partenaires ? Si oui, laquelle ?

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

Souhaitez-vous bénéficier d'une reprise d'éducation si certains de vos objectifs n'ont pas été atteints ? Si oui, pourquoi ?

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

Souhaitez-vous bénéficier d'une visite de suivi dans un an ? Pourquoi ?

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

Fait à

Le

Signature membre de l'équipe

Fait à

Le

Signature patient

Il ne vous reste qu'à remplir le « questionnaire de satisfaction vis-à-vis du programme » et ainsi se termine l'éducation thérapeutique initiale ! Nous nous reverrons lors de la reprise d'éducation ou pour votre visite de suivi ! Bonne continuation !

Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction

Questionnaire de satisfaction vis-à-vis des séances collectives d'Education Thérapeutique Fragilité et Chutes

Ce questionnaire vise à évaluer votre satisfaction vis-à-vis du programme, merci de répondre aux questions en entourant le chiffre correspondant à votre degré de satisfaction.

1 : non, pas du tout, 2 : plutôt non, 3 : plutôt oui, 4 : oui, tout à fait

D'une manière générale ?

De façon globale, ce programme a-t-il répondu à vos attentes ?	1	2	3	4
Pensez vous que le contenu des séances soit adapté à vos attentes ?	1	2	3	4
Pensez vous que le rythme des séances soit adapté ?	1	2	3	4
Pensez vous que la durée des séances soit adaptée ?	1	2	3	4
Pensez vous que l' ordre des séances soit adapté à vos attentes ?	1	2	3	4
Pensez vous que les supports des séances soient adaptés ?	1	2	3	4
Pensez-vous que l' animation des séances soit adaptée ?	1	2	3	4

A propos de la séance 1 : « Fragilité, chutes et risques de chute » ?

Cette séance a-t-elle répondu à vos attentes ?	1	2	3	4
Cette séance vous a-t-elle apporté des outils concrets ?	1	2	3	4
Pensez vous que les supports de cette séance soient adaptés ?	1	2	3	4
Pensez-vous que l' animation de cette séance soit adaptée ?	1	2	3	4

A propos de la séance 2 : « Médicaments : bénéfiques et risques, connaître leurs effets pour mieux les utiliser » ?

Cette séance a-t-elle répondu à vos attentes ?	1	2	3	4
Cette séance vous a-t-elle apporté des outils concrets ?	1	2	3	4
Pensez vous que les supports de cette séance soient adaptés ?	1	2	3	4
Pensez-vous que l' animation de cette séance soit adaptée ?	1	2	3	4

A propos de la séance 3 : « L'activité physique adaptée : un allié de choc pour rester autonome ! »

Cette séance a-t-elle répondu à vos attentes ?	1	2	3	4
Cette séance vous a-t-elle apporté des outils concrets ?	1	2	3	4
Pensez vous que les supports de cette séance soient adaptés ?	1	2	3	4
Pensez-vous que l' animation de cette séance soit adaptée ?	1	2	3	4

A propos de la séance 4 : « L'environnement : ami ou ennemi ? faire confiance ou se méfier ? »

Cette séance a-t-elle répondu à vos attentes ?	1	2	3	4
Cette séance vous a-t-elle apporté des outils concrets ?	1	2	3	4
Pensez vous que les supports de cette séance soient adaptés ?	1	2	3	4
Pensez-vous que l' animation de cette séance soit adaptée ?	1	2	3	4

A propos de la séance 5 : « L'alimentation équilibrée : un allié de poids pour rester en forme ! »

Cette séance a-t-elle répondu à vos attentes ?	1	2	3	4
Cette séance vous a-t-elle apporté des outils concrets ?	1	2	3	4
Pensez vous que les supports de cette séance soient adaptés ?	1	2	3	4
Pensez-vous que l' animation de cette séance soit adaptée ?	1	2	3	4

A propos de la séance 6 : « Les clés pour maintenir une mémoire efficace et rester autonome »

Cette séance a-t-elle répondu à vos attentes ?	1	2	3	4
Cette séance vous a-t-elle apporté des outils concrets ?	1	2	3	4
Pensez vous que les supports de cette séance soient adaptés ?	1	2	3	4
Pensez-vous que l' animation de cette séance soit adaptée ?	1	2	3	4

Avez-vous l'impression que participer au programme d'éducation thérapeutique vous a apporté dans votre quotidien une aide:

0 <input type="checkbox"/> Nulle	1 <input type="checkbox"/> Faible	2 <input type="checkbox"/> Modérée	3 <input type="checkbox"/> Importante
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

Y-a-t-il d'autres thèmes que vous auriez souhaité voir abordés ?

.....

Comment pensez-vous que ce programme pourrait être amélioré ?

.....

Merci pour votre participation.

Annexe 7: Questionnaire WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

1	Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible <input type="checkbox"/>	faible <input type="checkbox"/>	ni faible ni bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>
2	Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
3	La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	modérément <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	extrêmement <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	très difficilement <input type="checkbox"/>	difficilement <input type="checkbox"/>	assez facilement <input type="checkbox"/>	facilement <input type="checkbox"/>	très facilement <input type="checkbox"/>
16	Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
17	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	assez souvent <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>

Annexe 8 : Tableaux de conversion du WHOQOL-BREF

DOMAIN 1			DOMAIN 2			DOMAIN 3			DOMAIN 4		
Raw Score	Trasnformed scores		Raw score	Trasnformed scores		Raw score	Transformed scores		Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

	Equations for computing domain scores	Raw score	Transformed scores*
--	---------------------------------------	-----------	---------------------

Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	=	4-20 0-100
Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □	=	
Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □	=	
Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	=	

Annexe 9 : Séances

Séance 1 :

Séquences	Techniques et outils pédagogiques	Compétences visées	Objectifs spécifiques envisageables
<p>Animée par la psychologue ou autre intervenant formé à l'ETP, cette séance devra permettre de faire le point sur les connaissances, représentations et croyances des participants sur la fragilité et la chute.</p> <p>Faire le lien entre fragilité et chutes : Quand survient la chute ? pourquoi ? Peut-on l'éviter et si oui, sur quels facteurs peut-on agir ?</p> <p>La peur et l'anxiété face à la chute : anticiper sans dramatiser et reprendre confiance en soi après une chute en sachant agir pour diminuer les risques (concept de « self-efficacy », être actif dans le milieu social, savoir s'entourer)</p>	<p>Mémaplan Fragilité</p> <p>Exposé interactif sur la fragilité</p> <p>Etude de cas (repérer les facteurs de risques de chute)</p> <p>Discussion</p> <p>Comment améliorer cette situation ? (les différents aspects sur lesquels on peut agir ; médicaments, environnement, forme physique, alimentation et mémoire : suite du programme)</p>	<p>Comprendre, s'expliquer</p> <p>Repérer, analyser, mesurer</p> <p>Faire face, décider Résoudre un problème de gestion de sa vie, un problème de prévention</p>	<p>Exprimer ses représentations et son vécu, comprendre son corps, sa fragilité, s'expliquer d'où vient le danger. Exprimer ses craintes et ses sentiments, apprendre d'où vient l'anxiété et s'expliquer ses propres peurs pour pouvoir les contrer.</p> <p>Repérer les signes d'alerte (vertiges...), analyser une situation à risque (faiblesse musculaire, malnutrition...), mesurer ces risques (se poser les bonnes questions)</p> <p>Connaître les facteurs anxiogènes, décider de la conduite à tenir pour les éliminer et savoir faire appel aux personnes ressources. Faire valoir son vécu et son expérience et affirmer ses choix et ses désirs.</p>

Séance 2 :

Séquences	Techniques et outils pédagogiques	Compétences Visées	Objectifs spécifiques envisageables
<p>Animée par le médecin ou autre intervenant formé à l'ETP, cette séance vise à permettre aux participants de comprendre ce qu'implique la prise de médicaments, les risques iatrogènes, l'auto-médication.</p> <p>Apprendre à déculpabiliser si le traitement n'a pas été suivi de manière idéale, comprendre les freins et trouver des motivations.</p>	<p>Jeu d'assemblage : Quels médicaments pour quelles pathologies ?</p> <p>Exposé interactif : Les pathologies les plus communes avec l'âge et leurs traitements, l'automédication et le risque iatrogène</p> <p>J'ai mélangé des médicaments sans ordonnance ou je n'ai pas pris mes médicaments correctement : comment réagir ? Qui contacter ?</p>	<p>Comprendre, s'expliquer</p> <p>Faire face, décider</p> <p>Utiliser les ressources du système de soin (et sociales)</p>	<p>Exprimer son vécu et ses représentations quant aux médicaments. Connaître les effets attendus des médicaments, s'expliquer leurs effets et les effets secondaires et iatrogènes potentiels, faire valoir ses choix.</p> <p>Adapter et réajuster ses traitements dans un autre contexte de vie. Connaître et appliquer la conduite à tenir, déculpabiliser, comprendre les freins et y faire face.</p> <p>Savoir qui consulter, qui appeler, faire confiance à ses proches.</p>

Séance 3 :

Séquences	Techniques et outils pédagogiques	Compétences Visées	Objectifs spécifiques envisageables
<p>Animée par le professeur d'activité physique adaptée, et avec la participation d'un membre de l'association BEST 31, cette séance vise à apporter des connaissances sur les bienfaits de l'activité physique adaptée tout en tenant compte des freins et des atouts de chacun, en lien avec la fragilité.</p> <p>Elle vise également l'acquisition de gestes pratiques et de sécurité, et la connaissance des systèmes de sécurité spécifiques.</p>	<p>Qu'est-ce que l'activité adaptée ? Ses bienfaits ? Ses risques ? Où en êtes-vous ?</p> <p>Exercices physiques (mise en pratique) Présence d'un « patient expert » pour appuyer les bienfaits de l'activité physique</p> <p>Mise en pratique « Apprendre à se relever d'une chute lorsque c'est possible »</p>	<p>Comprendre, s'expliquer</p> <p>Repérer, analyser, mesurer</p> <p>Faire face, décider</p> <p>Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention</p> <p>Utiliser les ressources du système de soin (et sociales)</p>	<p>Exprimer ses croyances et ses représentations sur l'activité physique, apprendre d'où viennent les faiblesses musculaires, raideurs... et les expliquer pour mieux assimiler l'utilité de l'activité physique.</p> <p>Repérer une situation à risque, analyser le danger et les ressources pour y faire face, mesurer ses propres capacités. Faire valoir ses choix.</p> <p>Réaliser un équilibre global on modifiant sensiblement ses habitudes de vie.</p> <p>Pratiquer les gestes d'urgence (savoir se relever d'une chute ou contacter les secours)</p> <p>Savoir qui consulter, qui appeler en cas de fracture, si on ne parvient pas à se relever. Connaître les dispositifs de téléalarme et les lieux où pratiquer l'activité physique adaptée selon ses besoins et ses désirs.</p>

Séance 4 :

Séquences	Techniques et outils pédagogiques	Compétences Visées	Objectifs spécifiques envisageables
<p>Animée par un professionnel formé à l'ETP, elle vise à permettre aux participants d'apprendre à repérer les risques « cachés » dans leur environnement familial et à voir différemment l'environnement extérieur.</p> <p>Prendre conscience que le danger n'est pas toujours là où on le croit.</p> <p>Sortir en toute confiance.</p>	<p>Quels sont selon vous les risques chez vous et à l'extérieur ? (La vue, l'ouïe, les muscles, les animaux de compagnie...)</p> <p>Plan de l'intérieur : les pièges, aménagement du domicile</p>	<p>Comprendre, s'expliquer</p> <p>Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention</p> <p>Utiliser les ressources du système de soin (et sociales)</p>	<p>Exprimer ses craintes, ses ressentis, ses représentations et apprendre à voir d'où vient le danger : celui qu'on imagine, celui qu'on voit et celui qui se cache...</p> <p>Réaliser un équilibre global on modifiant sensiblement ses habitudes de vie, prévenir les complications, aménager l'habitat de manière adaptée. Faire valoir ses choix et ses décisions.</p> <p>Savoir qui consulter, quels organismes existent, s'entourer de proches. Participer à la vie associative pour conserver un style de vie actif en adéquation avec ses représentations et ses envies.</p>

Séance 5 :

Séquences	Techniques et outils pédagogiques	Compétences Visées	Objectifs spécifiques envisageables
<p>Animée par la diététicienne ou autre intervenant formé à l'ETP, elle vise à comprendre les spécificités de l'alimentation du sujet âgé et l'importance de l'adapter selon ses besoins, ses dépenses et ses pathologies.</p> <p>Prévenir la malnutrition, la dénutrition et l'obésité.</p>	<p>Que faudrait-il manger selon vous chaque jour ?</p> <p>Pyramide alimentaire vide (à compléter) puis conseils nutritionnels selon le Plan national Nutrition Santé et les outils proposés (Fiches nutrition + recettes et posters)</p>	<p>Comprendre, s'expliquer</p> <p>Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention</p> <p>Utiliser les ressources du système de soin (et sociales)</p>	<p>Exprimer ses représentations, ses connaissances et ses choix vis-à-vis de l'alimentation et savoir d'où viennent les problématiques alimentaires pour mieux les gérer.</p> <p>Réaliser un équilibre global en modifiant sensiblement ses habitudes de vie, prévenir les complications, ajuster les prises alimentaires.</p> <p>Savoir qui consulter, qui appeler pour obtenir des conseils sur son alimentation en cas de complications et exprimer ses choix.</p>

Séance 6 :

Séquences	Techniques et outils pédagogiques	Compétences Visées	Objectifs spécifiques envisageables
<p>Animée par la psychologue ou autre intervenant formé à l'ETP, cette séance vise à permettre aux participants de connaître le fonctionnement cognitif et de comprendre ce qui se passe avec l'avancée en âge.</p> <p>Gérer ses craintes et son anxiété en prenant par au maintien de ses capacités</p> <p>CCL : retour sur le contenu des séances précédentes</p>	<p>Que pensez-vous de la mémoire avec l'avancée en âge ? Exposé interactif sur vieillissement cognitif normal et pathologique</p> <p>Comment agir ? quelques exercices pratiques. Aspects psychosocial et culturel des activités intellectuelles.</p>	<p>Comprendre, s'expliquer</p> <p>Résoudre un problème de gestion de sa vie, résoudre un problème de prévention</p> <p>Utiliser les ressources du système de soin (et sociales)</p>	<p>Partager ses connaissances et ses croyances, exprimer ses représentations et apprendre d'où viennent les troubles de la mémoire pour savoir préserver ses capacités cognitives.</p> <p>Réaliser un équilibre global on modifiant sensiblement ses habitudes de vie, prévenir les complications, ajuster son comportement dans un but de prévention et de maintien de ses capacités.</p> <p>Savoir qui consulter, qui appeler, s'entourer. Conserver un style de vie actif et exprimer ses choix de vie. Ajuster ses traitements, réaliser un équilibre alimentaire et aménager son mode de vie (activité physique adaptée, environnement), utiliser ses ressources et celles de son environnement. Avoir conscience de ses capacités d'action et de son importance dans la société.</p>

Annexe 10 : Enquête de besoins

AUPRES DES PERSONNES ACCUEILLIES A
« L'HOPITAL DE JOUR D'EVALUATION DE LA FRAGILITE ET DE
PREVENTION DE LA DEPENDANCE »

Mesdames, Messieurs,

Nous souhaiterions mettre en place un programme d'éducation thérapeutique au sein de « l'Hôpital de Jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de le Dépendance ». C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce court questionnaire afin d'évaluer la pertinence d'un tel projet :

- Connaissez-vous l'éducation thérapeutique ?

oui non

- Vous êtes aujourd'hui à « l'Hôpital de Jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de le Dépendance », savez-vous ce qu'est la fragilité ?

oui non

- Quelles-sont vos principales difficultés au quotidien (physiques, médicales, mémoire, familiales...)?

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

- Souhaiteriez-vous que notre équipe vous apporte quelques conseils et de nouvelles compétences pour maintenir votre niveau d'autonomie et votre qualité de vie au domicile ?

oui non

- Si oui, quels sont les thèmes qui vous intéressent ?

La chute : risque et prévention, gérer la peur et l'anxiété

L'activité physique adaptée à visée de santé

Les médicaments, l'automédication et les risques d'interaction

La stimulation pour préserver ses capacités de mémoire et de réflexion

L'importance d'une alimentation équilibrée pour la santé

_ Lutter contre l'isolement : connaître les ressources

L'éducation thérapeutique est un ensemble d'activités organisées vous permettant d'acquérir les compétences nécessaires au maintien de votre autonomie.

Elle est menée par une équipe de professionnels dont le but est de vous apporter (à vous et vos proches si vous le souhaitez) les conseils et compétences pour gérer au mieux votre vie quotidienne en toute autonomie et en toute sécurité afin de préserver ou améliorer votre qualité de vie.

Au vu de ces informations, souhaiteriez-vous participer à un programme d'éducation thérapeutique dans le cadre de la fragilité et de la prévention de la dépendance (avec un suivi individuel et des séances de groupe) ?

_ oui_ non

Merci pour votre participation et à bientôt !

NOM : GAYRARD

Prénom : Camille

Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique visant à améliorer la qualité de vie de la personne âgée évaluée à l'hôpital de la fragilité

Ville et Date de soutenance : Toulouse, le 18 mai 2017

Directeur de thèse : Docteur SUBRA Julie

Introduction : Dans le cadre de la prévention de la dépendance, l'éducation thérapeutique des patients âgés fragiles peut permettre d'améliorer leur qualité de vie en maintenant leur autonomie.

Méthode : Nous avons décrit la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique visant à améliorer la qualité de vie de la personne âgée fragile au sein de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. Une étude descriptive et observationnelle a permis d'analyser les résultats des dix premiers patients avant/après les séances d'ETP entre février 2016 et mars 2017 et le critère principal d'évaluation était la qualité de vie selon le WHOQOL-BREF.

Résultats : Nous avons retrouvé des difficultés dans l'élaboration du programme (lourdeur administrative, délais importants), dans sa mise en place à l'hôpital de jour (autorisations du CHU, inclusion des patients) et dans le recrutement des patients (problème de transport, manque d'intérêt). Nous n'avons recruté que 10 patients en 9 mois, qui ont été réévalués à 6 mois et la description des résultats montre une stabilité globale de la qualité de vie selon le questionnaire WHOQOL-BREF et de l'autonomie selon l'ADL et IADL.

Discussion : Le développement de l'ETP de proximité faciliterait son accès aux patients qui rapportent souvent des difficultés de déplacement. L'augmentation du recrutement permettrait alors de mieux évaluer l'impact de ce programme.

Development of a patient education program to improve the quality of life of the frail elderly assessed at the Fragility Hospital

Introduction: In the context of the prevention of dependence, the patient education of frail elderly patients can improve their quality of life by maintaining their autonomy.

Methods: We described the development of a patient education program aimed at improving the quality of life of the frail elderly at the Geriatric Frailty Clinic for the assessment of frailty and prevention of disability. A descriptive and observational study analyzed the results of the first 10 patients before / after the ETP sessions between February 2016 and March 2017 and the primary endpoint was quality of life according to WHOQOL-BREF.

Results: We found difficulties in the development of the program (administrative burden, significant delays), in its implementation at the outpatient clinic (authorizations of the CHU, inclusion of patients) and in the recruitment of patients (transport, lack of interest). We recruited only 10 patients in 9 months, who were re-evaluated at 6 months and the description of the results shows an overall stability of the quality of life according to the WHOQOL-BREF questionnaire and autonomy according to ADL and IADL.

Discussion: The development of local patient education programs would facilitate its access to patients who often report travel difficulties. The increase in recruitment would make it possible to better evaluate the impact of this program.

Mots-Clés : Prévention de la dépendance, Education thérapeutique, Fragilité, Qualité de vie

Key-Words: Prevention of dependence, Patient education, Frailty, Quality of life

Discipline Administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31 062 Toulouse Cedex 4 – France
