



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**ETAT DES LIEUX DES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE A
CARACTERE GERIATRIQUE EN FRANCE HORS DOM-TOM, DE 2012 A 2014**

Présentée et soutenue publiquement le 28 février 2017
au Pôle Formation de la Faculté de médecine

Par Mme Sobh BENDIAB

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

**Asseseurs : Monsieur le Docteur Jean-François RAULT
Monsieur le Professeur Emmanuel DELAPORTE
Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

RESUME

Contexte : À l'heure où une réflexion est menée sur l'éducation thérapeutique des patients (ETP) âgés, aucun état des lieux de l'ETP portée par les services de gériatrie en France n'a été réalisé.

Objectif : L'objectif du travail était de dresser un état des lieux des programmes d'éducation thérapeutique (ET) gériatriques sur le territoire national de 2012 à 2014.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée en deux temps :

- Une première enquête par questionnaire en ligne a été faite auprès des membres de la Société française de gérontologie et gériatrie (SFGG), à l'initiative du groupe ETP de la SFGG.
- Une seconde enquête élargie à tous les professionnels impliqués dans les programmes d'ETP gériatriques, en recherchant de manière systématique les programmes d'ETP autorisés sur les sites des ARS (Agence régionale de santé) et en adressant ensuite le même questionnaire aux porteurs identifiés.

Résultats : Quarante-vingt programmes d'éducation thérapeutique ont été recensés, dont :

- 25 programmes recensés après les retours de la 1^{ère} enquête auprès des membres de la SFGG.
- 55 autres programmes après les retours de la 2^{nde} enquête.

15 régions sur 22 selon l'ancien découpage portent ces programmes. Selon le nouveau découpage, ils sont portés par 10 régions sur 13.

Sur les 99 territoires de santé des ARS de France métropolitaine, la population cible réside sur 46 territoires.

Les thématiques principales sont la prévention des chutes, la maladie d'Alzheimer, le diabète, le médicament et la dénutrition.

La plupart des programmes s'adressent à des patients (et leurs aidants) ambulatoires. Un plus petit nombre concerne des patients hospitalisés notamment en Soins de suite et de réadaptation (SSR).

Conclusion : Le nombre de programmes reste encore faible, en comparaison du nombre de programmes portés par les autres disciplines médicales, compte tenu du fait que la population âgée atteinte de maladies chroniques est très concernée par l'Education Thérapeutique des Patients.

Mots clefs : Education thérapeutique des patients (ETP) âgés, programmes d'éducation thérapeutique des patients gériatriques, personne âgée, recensement, cartographie, SFGG, ARS.

LISTE DES ABREVIATIONS

- APA : Activité physique adaptée
- APHP : Assistance publique des hôpitaux de Paris
- ARS : Agence régionale de santé
- AS : Aide-soignant
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- AVK : Anti-vitamine K
- CARMI : Caisse régionale minière
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- DGS : Direction générale de santé
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale
- ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
- ET : Education thérapeutique
- ETP : Education thérapeutique du patient
- HAS : Haute autorité de santé
- IDE : Infirmier (e) diplômé (e) d'état
- IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- LR : Languedoc-Roussillon
- MPR : Médecine physique et de réadaptation
- OMAGE : Optimisation des médicaments chez le sujet âgé
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- PÂ : Personne âgée
- PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PAPA : Professeur d'activité physique adaptée

SÂ : Sujet âgé

SFGG : Société française de gérontologie et gériatrie

SSR : Soins de suite et de réadaptation

UPMC : Université Pierre et Marie Curie.

USSAP : Union sanitaire et sociale Aude (Association Audoise sociale et médicale (ASM 11))

UTEP : Unité transversale d'éducation et de prévention

Table des matières

RESUME	2
LISTE DES ABREVIATIONS	3
I- INTRODUCTION	7
II- CONTEXTE ET JUSTIFICATIFS	8
1- POUR UNE APPROCHE GERIATRIQUE SPECIFIQUE.....	8
2- DEFINITIONS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT.....	10
3- LA DIFFERENCE ENTRE ETP ET EDUCATION POUR LA SANTE	10
4- CE QUI DISTINGUE L'EDUCATION DE L'INFORMATION ET DU CONSEIL	11
5- LES BUTS DE L'ETP	11
6- QUI FAIT DE L'ETP DU POINT DE VUE DE LA LEGISLATION.....	12
7- ADAPTATIONS DE L'ETP CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE.	13
III- OBJECTIF DE L'ETUDE	15
IV- MATERIEL ET METHODE.....	16
TYPE D'ETUDE.....	16
PREMIERE ENQUÊTE.....	16
1- LA FICHE ENQUETE	16
2- LES DESTINATAIRES	17
3- MODE D'ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES.....	17
4- RETOUR DES FICHES ET SAISIE DES DONNEES.....	17
5- ETUDE COMPLEMENTAIRE	17
SECONDE ENQUETE	18
1- ETAPE 1 : IDENTIFICATION DES PROGRAMMES GERIATRIQUES AUTORISES PAR LES ARS.....	18
2- ETAPE 2 : CONTACTS DES PROSPECTS PAR TELEPHONE ET PAR COURRIELS.....	20
3- ETAPE 3 : RETOURS DES FICHES ENQUÊTES ET SAISIE DES DONNEES	20
4- ETAPE 4 : ETUDE COMPLEMENTAIRE ET ANALYSE DES DONNEES.....	21
V- LES RESULTATS.....	22
PROGRAMMES	22
LES THEMATIQUES	25
LES PROFESSIONNELS.....	26
LES BENEFICIAIRES, LES PROGRAMMES ET LES ANNEES RENSEIGNEES.....	28

1- LES BENEFICIAIRES ET LES PROGRAMMES POUR L'ANNEE 2012	28
2- LA PROGRESSION DU NOMBRE DES PROGRAMMES EN 2013 ET 2014	28
3- LA MOYENNE ANNUELLE DES BENEFICIAIRES PAR THEMATIQUE	30
LES TERRITOIRES ET LES REGIONS	31
LES STRUCTURES	35
LES SERVICES ET PÔLES.....	36
LES CONTENUS DES PROGRAMMES.....	38
L'UTILISATION DES OUTILS	38
LES PATHOLOGIES ET LES CONDITIONS DE PRISES EN CHARGE PAR LES PROGRAMMES.....	38
LES OBJECTIFS.....	39
LES PROGRAMMES EN AMBULATOIRE.....	39
PROGRAMMES AUTORISES PAR LES ARS	40
ANALYSE DE LA QUALITE DE RENSEIGNEMENT DES FICHES ENQUETE.....	40
VI- DISCUSSION.....	42
1- LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	42
2- FAIBLESSE QUANTITATIVE ET INEGALITE DE COUVERTURE TERRITORIALE DES PROGRAMMES 43	
3- LES CIBLES THEMATIQUES DES PROGRAMMES D'ETP A CARACTERE GERIATRIQUE	44
4- LES STRUCTURES ET LES SERVICES	45
5- LES EQUIPES MULTIPROFESSIONNELLES.....	45
6- FORMES DES SEANCES	46
7- DUREE DES SEANCES	46
8- L'ACCESSIBILITE DES PROGRAMMES D'ETP, OMAGE ET LES OBJECTIFS.....	46
9- LES TENDANCES QUI SE DESSINENT	47
10- PERSPECTIVES.....	48
VII- CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXES.....	54
ANNEXE 1	54
ANNEXE 2	56
ANNEXE 3	58
ANNEXE 4	60

I- INTRODUCTION

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est inscrite dans le Code de la santé publique, au titre IV de la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) [1]. Le développement de l'ETP est basé sur des programmes d'ETP soumis à un cahier des charges et à autorisation par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), conformément à l'article 84« Art. L. 1161-2.» de la Loi du 21 juillet 2009.

En avril 2012, 2680 programmes étaient autorisés par les ARS [2].

L'ETP permet aux patients atteints de maladies chroniques d'acquérir les compétences et connaissances dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie, d'être partenaires actifs, afin d'avoir moins de complications, moins d'hospitalisations, et d'améliorer leur qualité de vie.

Le sujet âgé (SÂ) est concerné à plus d'un titre, du fait que la poly-pathologie est quasiment de règle chez lui, et du fait que la fréquence d'hospitalisation des SÂ et particulièrement des sujets gériatriques est élevée. A titre d'exemple, on a montré dans la région Nord- Pas-de-Calais qu'un tiers des lits d'hospitalisations étaient occupés par des personnes âgées de plus de 75 ans, dont 60% étaient poly pathologiques et en perte d'autonomie, selon une étude réalisée en 2003 [3].

Le but de ce travail était de faire un état des lieux de l'ETP portée par les services de gériatrie sur le territoire national. Il a été à l'initiative du groupe ETP de la SFGG : une première enquête a été menée en 2012 auprès de ses membres, par l'intermédiaire d'un questionnaire adressé par courriel. Il s'agissait de recenser tous les programmes d'ETP à caractère gériatrique développés sur le territoire national.

Le Pr François Puisieux, membre de ce groupe, m'a demandé de m'associer à cette étude à l'occasion de la relance de l'enquête en début de janvier 2014. Il m'a confié la mission de recueillir, compléter et présenter l'ensemble des résultats de cette enquête.

Au fil de l'étude, il est apparu en consultant les listes des programmes autorisés par les ARS que d'autres programmes d'ETP à caractère gériatrique existaient. Une seconde enquête, élargie à tous ces autres programmes, a été décidée. Les programmes à caractère gériatrique ont été identifiés. Le même questionnaire d'enquête a été utilisé.

II- CONTEXTE ET JUSTIFICATIFS

1- POUR UNE APPROCHE GERIATRIQUE SPECIFIQUE

Les sujets âgés définis selon OMS par un âge supérieur ou égal à 65 ans [4] sont nombreux du fait de l'évolution démographique, de l'augmentation de la durée de vie, et du fait que la génération des baby-boomers qui vient grossir maintenant les rangs des septuagénaires et sexagénaires va être très présente jusque vers les années 2050.

En effet, la proportion de sujets de plus de 60 ans dans notre société ne cesse de s'accroître et atteindra environ 30% de la population totale d'ici 2050 en France : de 12,6 millions en 2005 à 22,3 millions en 2050, soit 80% de hausse en 45 ans [5].

L'espérance de vie à la naissance augmente également pour atteindre aujourd'hui, en France, 84,8 ans chez la femme et 78,2 ans chez l'homme [6]. D'ici 2060, celle-ci atteindra 89 ans chez la femme et 84,5 ans chez l'homme dans l'Union européenne [6].

Les patients âgés sont hétérogènes à l'image de la population âgée. La Haute autorité de santé (HAS) [4], décrit ainsi la population générale : «Schématiquement, trois catégories de personnes âgées peuvent être individualisées en fonction de leur état de santé après 75 ans :

- Les personnes dites « vigoureuses » : en bon état de santé, indépendantes et bien intégrées socialement, c'est-à-dire autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel et qui sont assimilables aux adultes plus jeunes ;

-les personnes dites « malades » : dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une poly-pathologie chronique évoluée, génératrice de handicaps et d'isolement social ;

-les personnes dites « fragiles » : à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades. Elles sont décrites comme des personnes vulnérables, avec des limitations fonctionnelles motrices et cognitives et une baisse des capacités d'adaptation».

La volonté de considérer une éducation thérapeutique spécifique des patients âgés et gériatriques en la distinguant de celle de l'adulte plus jeune, n'est pas seulement dictée par la prise en compte des critères d'âge ou par des arguments épidémiologiques. Elle s'impose du fait des spécificités des malades âgés obligeant à une approche spécifique.

Les particularités des malades âgés sont principalement [7] :

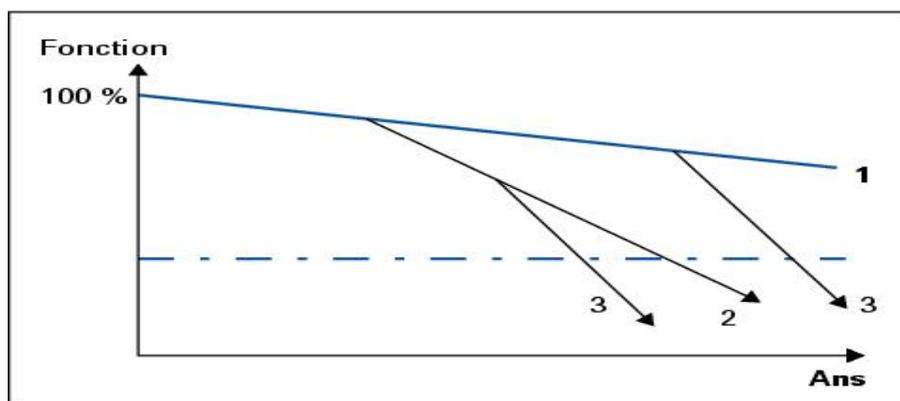
- 1. Le cumul des effets du vieillissement physiologique et des maladies,
- 2. La fréquence de la poly-pathologie,
- 3. Le risque élevé de décompensations fonctionnelles et de syndromes gériatriques,
- 4. La fragilité, les pathologies en cascade et le risque élevé de dépendance,
- 5. La fréquence de la pathologie iatrogène,
- 6. Les modifications de l'expression clinique des maladies,
- 7. Le retentissement psychologique de la maladie.

Certaines de ces particularités sont illustrées par le modèle 1+2+3 de Bouchon [8], telle que la 1^{ère} particularité citée qui peut mener progressivement vers les décompensations fonctionnelles qui se présentent sous forme de symptômes et de syndromes gériatriques.

La survenue de ces décompensations fonctionnelles peut être accélérée par des facteurs dits « précipitants » tels que des pathologies intercurrentes et un stress psychologique.

Décompensation fonctionnelle : le Schéma I+II+III de Bouchon est illustré sur la figure suivante

Figure 1- La règle du 1 + 2 + 3 de Bouchon



Facteurs prédisposants : vieillissement (1), pathologies chroniques (2),
Facteurs précipitants: pathologies intercurrentes, stress psychologique,... (3)

C'est en intégrant ces particularités du patient âgé que les programmes d'ETP âgés et/ou gériatriques devraient être pensés.

2- DEFINITIONS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

- En 1998, l'Organisation mondiale de la santé a donné une définition de l'ETP qui a été reprise par la HAS et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : "L'éducation thérapeutique du patient est définie comme l'aide apportée aux patients et/ou à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé, afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie. C'est un processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents acteurs. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées, de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient" [9].

- Selon le Pr Pierre-Yves TRAYNARD, « L'éducation thérapeutique doit être comprise comme un apprentissage des compétences décisionnelles, techniques et sociales, dans le but de rendre le patient capable de raisonner, de faire des choix de santé, de réaliser ses propres projets de vie et d'utiliser au mieux les ressources du système de santé » [10].

3- LA DIFFERENCE ENTRE ETP ET EDUCATION POUR LA SANTE

L'ETP et l'éducation pour la santé ont le même but qui est « d'acquérir des compétences pour entretenir et développer son capitale santé » [10].

Ce qui les distingue ce sont leurs démarches pédagogiques respectives.

- Dans l'éducation pour la santé, la personne est estimée être en bonne santé ; il n'y a pas d'urgence pour s'approprier des compétences. L'éducation intervient alors comme pour faciliter la réflexion en cas de future nécessité d'apprentissages significatifs pour raison de santé [10]. Elle serait un préliminaire à l'ETP.
- Dans l'ETP, soit la personne est malade, soit elle a des facteurs à haut risque d'entraîner une maladie à court ou moyen terme. L'ETP peut devenir une urgence d'apprentissage pratique pour réaliser des auto-soins et/ou des réaménagements psychoaffectifs conséquents à toute maladie chronique [10]. Dans cette situation, les choix pédagogiques centrés sur le patient, « doivent favoriser l'accélération des transformations des compétences de santé, tout en veillant à respecter leur appropriation par le patient » [10] et son entourage. C'est un pari difficile qui nécessite des compétences à acquérir et une prise en charge multidimensionnelle.

4- CE QUI DISTINGUE L'EDUCATION DE L'INFORMATION ET DU CONSEIL

La distinction réside dans la nature des connaissances que le patient s'approprie et leurs objectifs respectifs. L'ETP vise à aider le sujet patient à devenir autonome et autogestionnaire de ses soins. Elle aide le patient à acquérir des compétences spécifiques, à apprendre à vivre avec sa maladie, donner un sens à sa vie, puis construire et maintenir un projet de vie et enfin, à devenir un véritable partenaire thérapeutique [10].

“L'information médicale relève en général du souci légitime des soignants de dire l'état exact des données disponibles. Mais, le plus souvent centrée sur leur propre activité et leurs références, elle prend peu en compte les représentations de santé des patients et n'est pas très efficace pour faire acquérir un savoir-faire” [10].

Un conseil est une information imprégnée de l'avis du fournisseur du conseil.

5- LES BUTS DE L'ETP

Selon la HAS : « l'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de la qualité de sa vie et celle de ses proches.

Les finalités de l'éducation thérapeutique sont :

- L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient ;
- La mobilisation pour l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales » [11].

Selon la HAS les **compétences d'auto-soins** sont :

«- Soulager les symptômes.

- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto mesure, adapter les doses de médicaments, initier un auto traitement.

- Réaliser des gestes techniques et des soins.

- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.)

- Prévenir des complications évitables.
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent. » **[11]**.

Selon la HAS **les compétences d'adaptation** sont :

- « - Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer les compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.» **[11]**.

6- QUI FAIT DE L'ETP DU POINT DE VUE DE LA LEGISLATION

A- LA FORMATION ET LES COMPETENCES

Le rôle d'éducateur du patient nécessite une formation.

L'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences des soignants éducateurs impose une formation d'une durée d'au moins 40h.

Les compétences attendues des participants en fin de formation ne sont pas précisées et il est de même des compétences des formateurs qui donnent la formation **[12]**.

Mais les compétences requises pour faire de l'ETP sont citées dans l'arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Ces compétences sont reprises par l'INPES. **[13]**. Ce sont des compétences:

- techniques,
- relationnelles et pédagogiques,
- organisationnelles.

Les compétences biomédicales et de soins ne sont plus mentionnés comme elles l'avaient été dans l'arrêté du 2 août 2010.

B - L'EQUIPE

L'équipe est déterminée par le décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP [1, 14] : «L'équipe pluri professionnelle qui dispense l'ETP doit être formée d'au moins deux professionnels dont au moins un doit être formé à l'ETP.

Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin ”

Ces professionnels sont ceux répertoriés au code de la santé publique:

- « médecin, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur en radiologie ... »
-auxquels peuvent s'adjoindre les compétences spécifiques de : « professeur d'activité physique, assistante sociale, psychologue, représentant d'association agréée de patients, patient expert, aide-soignant ...”

C- LES PROGRAMMES

Le directeur général de l'ARS autorise les programmes. Quelle que soit la structure porteuse, ces programmes peuvent être conduits dans les établissements de santé, en médecine de ville, dans un réseau de santé ou par une association.

Le programme concerne une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30), ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional, et /ou exception répondant à un besoin particulier à expliciter.

Le programme s'appuie sur des données disponibles relatives à son efficacité potentielle.

7- ADAPTATIONS DE L'ETP CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE.

La HAS propose, sur la base d'exemples pratiques, quelques adaptations qui sont rapportés dans ce tableau (1)[15].

Tableau 1- Exemples de ressources éducatives pour l'apprentissage de compétences

Ressources	Exemples
Techniques de communication	Écoute active, attitude encourageante, entretien motivationnel, reformulation, questions ouvertes.
Adaptations	<ul style="list-style-type: none"> □ Reformulation par la personne et avec ses propres mots de ce qu'elle a compris et comment elle compte s'y prendre dans sa vie quotidienne. □ Mise à disposition si besoin du matériel d'aide auditive et orientation de la personne vers un professionnel si l'appareillage est mal adapté ou mal utilisé ou non utilisé. □ Utiliser un éclairage suffisant, adapter la taille des caractères, les contrastes entre les couleurs et le fond de tout document, et orienter vers un professionnel pour corriger les troubles de la vision ou de l'appareillage.
Techniques pédagogiques	Analyse réflexive des situations auxquelles la personne a été confrontée. Simulation à partir de l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance, simulations de gestes et de techniques, technique du photo langage.
Adaptations	<p>Pour faciliter l'attention, la mémorisation, les opérations de la pensée :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ reformulation par la personne de ce qu'elle a compris et comment elle compte s'y prendre dans son lieu de vie ; □ aide-mémoire lisible et compréhensible ; □ participation d'un membre de l'entourage proche de la personne au choix des compétences à acquérir, à la séance d'ETP, à son évaluation et à son suivi. <p>Pour faciliter le contrôle, le raisonnement, la planification, l'organisation, les mouvements complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ découpage des activités en séquences courtes et chronologiques ; □ organisation de situations de résolution de problèmes simples à l'aide de jeux ou de simulation proche du contexte de vie ; □ analyse des problèmes rencontrés dans la vraie vie.
Outils	Supports d'information : affiche, brochure. Supports d'animation : classeur-imagier, vidéo, représentations d'objets de la vie courante, jeux.
Adaptations	<ul style="list-style-type: none"> □ Simplicité des messages, niveau de langage adapté. □ Présence d'un membre de l'entourage. □ Utilisation de situations proches du contexte de vie des personnes. □ Caractères foncés sur fond clair et d'une taille élevée pour une meilleure lisibilité

III- OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de ce travail était de dresser un état des lieux des programmes d'éducation thérapeutique (ET) à caractère gériatrique sur le territoire national.

IV- MATERIEL ET METHODE

TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective en deux temps :

- Une première enquête par questionnaire en ligne auprès des membres de la SFGG, à l'initiative du groupe ETP de la SFGG
- Une seconde enquête élargie à tous les professionnels impliqués dans les programmes d'ETP gériatriques autorisés par les ARS et répertoriés sur leurs sites internet. Le même questionnaire a été adressé aux porteurs identifiés.

PREMIERE ENQUÊTE

1- LA FICHE ENQUETE

Le groupe ETP de la SFGG a ciblé des informations pertinentes à recueillir auprès des professionnels responsables des programmes d'ETP à caractère gériatrique. Le cahier des charges des programmes d'ETP fourni par les ARS (**Annexe 1**) et la fiche de demande d'autorisation auprès des ARS ont servi de support.

Variables recueillies par la fiche enquête de la première enquête (Annexe 2):

- La région
- La structure sanitaire, le pôle et/ou le service
- L'intitulé du programme
- Le nom et les coordonnées du responsable
- Le nombre total de bénéficiaires de ce programme en 2012
- L'âge de la population cible du programme d'ETP
- Le territoire de santé sur lequel se déploie le programme
- Les professionnels impliqués dans le programme
- Les pathologie(s) ou les condition(s) prise(s) en charge par le programme d'ETP

- L'(les) objectif(s) du programme
- Le contenu du programme en séances individuelles et/ou collectives, le nombre de jours ou demi-journées.
- L'usage d'outils pédagogiques spécifiques
- Les outils pédagogiques proprement dits.

2- LES DESTINATAIRES

Les destinataires de l'enquête étaient les membres de la SFGG, géiatres et gérontologues.

3- MODE D'ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES

Les fiches enquêtes ont été envoyées par courriel à l'ensemble des membres de la SFGG, en un seul envoi, le 3 janvier 2014. Les réponses pouvaient être retournées par voie électronique ou par voie postale au secrétariat de la SFGG.

4- RETOUR DES FICHES ET SAISIE DES DONNEES

Les données ont été reportées dans des tableaux Excel dès les premiers retours, le 3 janvier 2014, et jusqu'à la fin des retours, le 15 mars 2014. Ce travail a été réalisé avec l'aide de Madame Hélène BOUVIER, secrétaire de la SFGG. Une base de données a été ainsi constituée.

5- ETUDE COMPLEMENTAIRE

Les fiches enquêtes ont été complétées et mises à jour par appels téléphoniques. Ces appels ont été passés début avril 2014, durant l'été 2014 et au début 2015. Ces appels avaient pour objectif, d'une part de renseigner les questions laissées sans réponse et d'actualiser le statut d'autorisation obtenu auprès des ARS. D'autre part de recueillir les informations des trois items manquants sur la fiche enquête envoyée aux membres de la SFGG, items rajoutés sur la fiche enquête de la 2nd enquête (cf. chapitre 2nde enquête, étape 3). Ce travail complémentaire nous a permis d'homogénéiser les deux fiches enquêtes.

SECONDE ENQUETE

1- ETAPE 1 : IDENTIFICATION DES PROGRAMMES GERIATRIQUES AUTORISES PAR LES ARS

A- CONSULTATION DES LISTES DE PROGRAMMES AUTORISES PAR LES ARS

Le site national des ARS permet d'accéder aux différents sites régionaux via un menu déroulant. Nous avons consulté ces différents sites à la recherche de liens vers les programmes d'ETP proposés dans chaque région. Nous avons alors consulté les différentes listes et les avons enregistrées. Ces listes enregistrées étaient celles affichées de fin février à début avril 2014, puis celles renouvelées et ce, jusqu'à fin septembre 2014.

Nous avons aussi consulté des sites comme CART'EP, le répertoire des programmes ETP en Ile-de-France développé par l'Université Paris 13, et EPHORA pour notre recherche en région Rhône-Alpes. Un autre site, OSCAR ETP PACA, a aussi été visité, mais il s'est révélé d'exploitation peu aisée.

B- SELECTION DES PROGRAMMES A CARACTERE GERIATRIQUE

B.1- Critères de sélection

Les programmes non retenus concernent les programmes d'ETP qui relèvent nettement d'une spécialité non gériatrique. C'est le cas des programmes dédiés à la pédiatrie, aux femmes ayant une pathologie gravidique, ceux relevant de la psychiatrie et autres pour adultes. Ils ont été identifiés dans l'intitulé, et/ou la thématique et/ou la pathologie, Ils l'ont été pour :

- la pédiatrie par des mots type « enfant, adolescent, pédiatrie »,
- la gynécologie-obstétrique par des mots ou des expressions type « gestationnel, femme enceinte »,
- la psychiatrie par « psychiatrie adulte, psychiatrie et autres conditions ou pathologies plus fréquentes chez les adultes jeunes »,
- les adultes non âgés : par « jeune, adulte, télémedecine et insuffisance cardiaque », et l'association de services non gériatriques et de pathologies peu fréquentes en gériatrie.

Les programmes retenus ont été identifiés sur la présence d'un des deux critères suivants :

1-Par l'intitulé du programme quand y étaient cités des syndromes gériatriques ou des pathologies ou conditions de prise en charge particulièrement fréquentes en gériatrie, par exemple chute ou maladie d'Alzheimer. Par des items qui comprennent les mots « âgés », « vieillissement » ou « senior », ou la spécialité du service, exemple « géronto-psychiatrie ».

2 – Par le nom de la structure porteuse quand elle était évidemment gériatrique, c'est le cas des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou d'autres structures portant les mots « géronto/gériatrie »

En cas de doute, une recherche sur le web pour déterminer si la structure était gériatrique a été faite pour retenir ou exclure des programmes.

B. 2- Programmes non classés

Ce sont des programmes qui d'une part, n'avaient aucun critère pour faire partie des programmes cités précédemment, et qui d'autre part sont des programmes dont la thématique est fréquente chez les PÂ mais dont le service qui les porte n'est pas un service de gériatrie, c'est l'exemple de la maladie de Parkinson, de l'auto-sondage urinaire, de la broncho-pneumopathie chronique obstructive, des insuffisances cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux, des prothèses de hanche ou de genou, des cancers du sein, ... etc.

C -SOLLICITATION DES ARS ET DE LA DGS

A la fin de cette étape pour être certains d'identifier tous les programmes d'ETP portés par les services de gériatrie, nous avons sollicité les ARS.

Fin octobre-début novembre 2014, nous avons alors contacté les ARS, d'abord par téléphone puis par courriel. Nous les avons informées de notre travail d'enquête sur les programmes d'ETP pour personnes âgées. Nous leur avons fait état des programmes que nous avons pu repérer sur leurs sites et de nos souhaits de compléter ce recensement par ceux qui auraient pu nous échapper, faute d'éléments d'identification évidents.

A cette date, les agences elles-mêmes n'avaient pas cette information disponible ou facilement mobilisable.

Une seule agence nous a renseigné sur quasiment tous les programmes d'ETP pour personnes âgées sur sa région (Lorraine). Mais ces programmes destinés aux personnes âgées incluaient aussi des bénéficiaires âgés de plus de 55 ans comme sont définis socialement les sujets âgés.

Certaines agences nous ont renseigné sur des programmes qui incluaient majoritairement les personnes âgées.

D'autres nous ont fourni les listes des programmes autorisés avec les coordonnées nécessaires pour contacter les coordonnateurs des programmes et les interroger.

Nous avons obtenu du Bureau des maladies chroniques de la Direction générale de la santé (DGS) le nombre total des programmes autorisées par les ARS.

2- ETAPE 2 : CONTACTS DES PROSPECTS PAR TELEPHONE ET PAR COURRIELS

Nous avons téléphoné aux professionnels de santé impliqués dans les programmes d'ETP pour nous assurer que les programmes retenus étaient bien à caractère gériatrique en fonction des critères de sélection suivants :

- La structure porteuse était gériatrique et/ou le médecin responsable un gériatre,
- les bénéficiaires étaient majoritairement des personnes âgées de plus de 65 ans

Après ces contacts téléphoniques, certains programmes ont été écartés faute de critères d'inclusion.

Les porteurs des programmes sélectionnés après contact et ceux qui n'ont pas pu être contactés ; le même questionnaire que pour la première enquête leur a été adressé complété des trois items suivants (**Annexe 3**) :

- Le nombre total des bénéficiaires en 2012, 2013 et 2014
- Le nombre des bénéficiaires âgés de plus de 65 ans et de moins de 75 ans en 2012, 2013 et 2014
- Le nombre des bénéficiaires âgés de plus de 75 ans pour chacune de ces années

3- ETAPE 3 : RETOURS DES FICHES ENQUÊTES ET SAISIE DES DONNEES

Les réponses ont été retournées par voie électronique à mon adresse durant la même période.

Les données des programmes retenus ont été reportées dans des tableaux Excel dès les premiers retours et au fur et à mesure. Une base de données a été ainsi constituée.

4- ETAPE 4 : ETUDE COMPLEMENTAIRE ET ANALYSE DES DONNEES

Les fiches enquêtes ont été complétées et mises à jours par appels téléphoniques. Ces appels ont été passés au fil des réceptions, étalé sur la même période que les envois. Ces appels avaient pour objectif de renseigner les questions laissées sans réponse, y compris celles qui relevaient des critères d'inclusion.

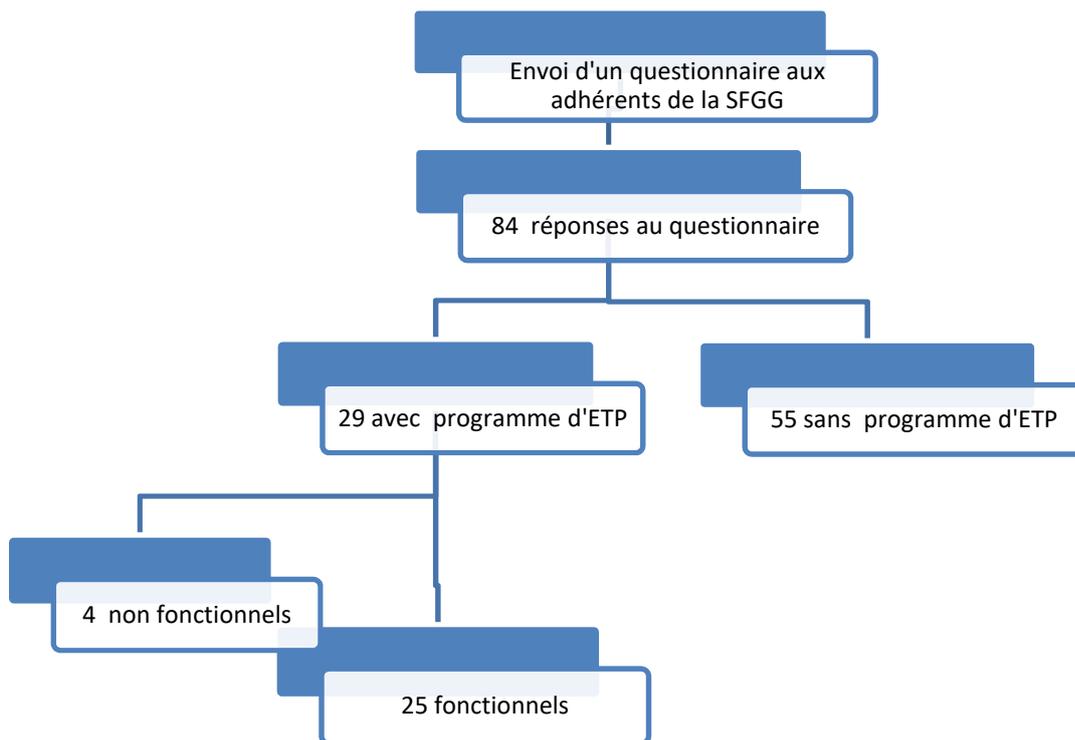
Nous avons fait une étude descriptive des données recueillies. Tous les programmes recensés ont été groupés selon leur motif d'intervention et analysés. Une synthèse par thématique a été réalisée.

V- LES RESULTATS

PROGRAMMES

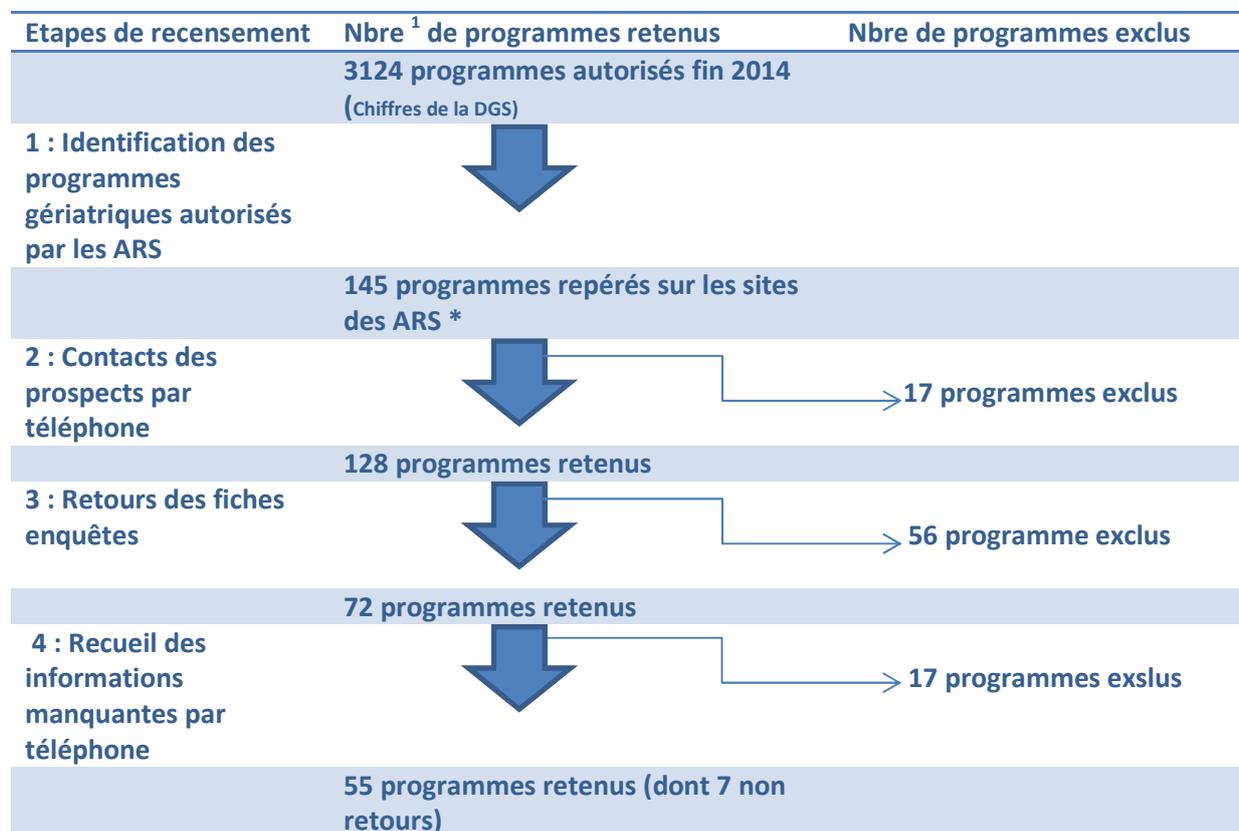
84 réponses au questionnaire ont été reçues de la part des adhérents de la SFGG. Parmi eux, 29 ont développé un programme d'ETP structuré. Quatre d'entre eux ont suspendu leurs activités. Au final, 25 programmes fonctionnels, c'est-à-dire ayant inclus au moins un patient, ont été retenus pour notre étude.

Figure 2 - Programmes recensés à la 1^{ère} enquête de la SFGG



Sur 3124 programmes autorisés fin 2014 selon la DGS, nous avons repéré 145 programmes portés par des équipes gériatriques, autres que ceux recueillis grâce à la SFGG. Après les premiers appels téléphoniques, les retours des fiches enquête et enfin le recueil des informations manquantes, nous avons recensés 55 programmes. (cf. figure 3)

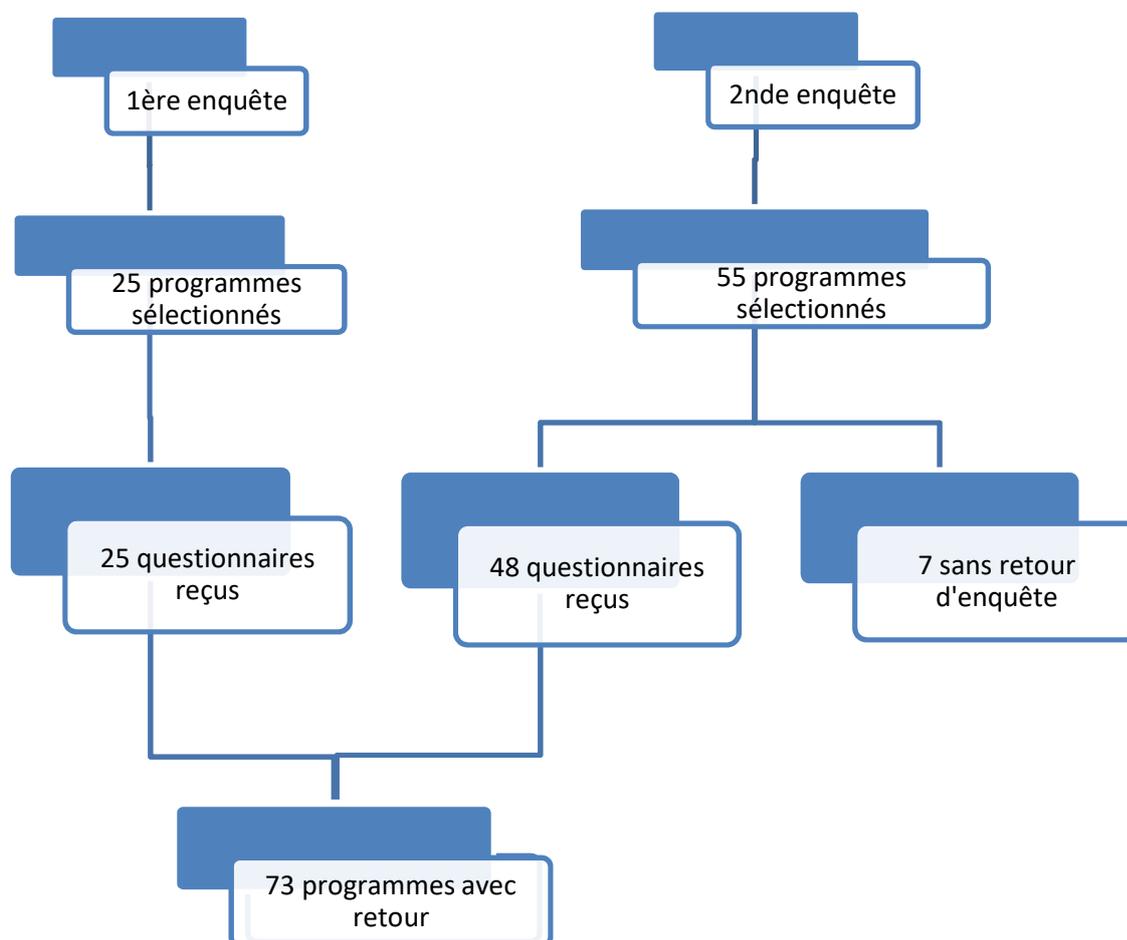
Figure 3 - Recensement des programmes et leurs étapes successifs



¹ Nombre. * Hors ceux recensés à la 1^{ère} enquête (la SFGG)

A l'issue des 2 enquêtes, **80** programmes ont été recensés (cf. figure 4)

Figure 4 - Recensement des programmes et des retours d'enquête



LES THEMATIQUES

Les thématiques traitées par les programmes d'ETP à caractère gériatrique, au nombre de 13, sont par ordre de fréquence, la chute, les démences, le diabète, la polyopathie (type OMAGE) et la nutrition (cf. tableau 2).

Tableau 2 Thèmes des programmes d'ETP

Nb de programmes Les thématiques	de la 1 ^{ère} enquête	de la 2 ^{ème} enquête	Total- Pourcentage
Prévention des chutes	9	19	28 (35%)
Démences	6	7	13 (16%)
Diabète	0	11	11 (14%)
Polyopathie type OMAGE	2	6	8 (10%)
Nutrition	2	6	8 (10%)
Anticoagulant/Anti AVK	3	0	3 (4%)
Maladies cardiaques	1	2	3 (4%)
AVC	0	1	1 (1.17%)
Maladie de Parkinson	0	1	1 (1.17%)
Lombalgies	0	1	1 (1.17%)
Sevrage aux benzodiazépines	1	0	1 (1.17%)
Gestion des troubles du sommeil	1	0	1 (1.17%)
Maintien de la restauration de l'autonomie	0	1	1 (1.17%)
Total : 13	25	55	80 (100%)
Nb : Nombre			

Dans notre étude, les **démences** représentaient la maladie **d'Alzheimer et apparentées**.

Les autres thématiques ne comptent pas plus d'un ou deux ou trois programme (s) : AVK, insuffisance cardiaque, FA, AVC, maladie de Parkinson, lombalgies, sevrage aux benzodiazépines (Benzo-free), gestion des troubles du sommeil et maintien de la restauration de l'autonomie.

LES PROFESSIONNELS

Tableau 3–Professions impliquées dans les programmes d’ETP selon la thématique

thématique	Prévention de la chute	Démence	Nutrition	Poly pathologie	Diabète de	AVK	Maladies cardiovasculaires	Parkinson	Autonomie	AVC	Lombalgies	Sommeil	Benzo-free	Total
Nb de programmes	26	12	7	6	11	3	2	1	1	1	1	1	1	73
Profession présente dans l'équipe														
Médecin	26	12	7	6	11	3	2	1	1	1	1		1	72
IDE	15	8	5	6	11	3	2	1	1	1	1		1	55
Diététicienne	14	3	7	3	10		2	1		1	1			42
Kinésithérapeute/ Cadre de rééducation	20	2	1	3	3		1	1	1	1/1	1			35
Ergothérapeute	21	4	1	3	1			1	1	1	1			34
Psychologue /Aide médico-psychologique	13	9/1		3	3			1		1	1			32
Aide-soignante	11	2	3	3	2	1			1	1				24
Assistant social	8	8		5				1						22
Pharmacien	6	1	1	3	5	3								19
PAPA)	9			1	1		1	1	1	1	1			16
Cadre de santé	7	3	1		1				1					13
Psychomotricienne	7	2		1				1		1				12
Neuropsychologue	1	4		1				1		1				8
Orthophoniste		4		1				1		1				7
Podologue/ Pédicure	2				2									4
Animatrice/Hôtelière	2/		/1											3
Sophrologue	2													2
Qualiticien	1													1
Biologiste						1								1
Directrice de soin										1				1
Algologue											1			1
Secrétaire	2													2
Total des professions	167	63	27	39	50	11	8	11	7	13	8		2	406
Nb de disciplines	18	14	9	13	11	5	5	11	7	13	8		2	116

Pour chaque groupe thématique de programmes, le nombre de fois où une profession donnée est rapporté.

La majorité des programmes d’ETP associaient entre 5 et 7 professionnels de disciplines différentes, avec des extrêmes variables selon les thématiques (tableau 4)

- Les professionnels de santé étaient largement investis, mais des professionnels d'autres champs étaient intégrés, comme par exemple les PAPA (professionnels de l'activité physique adaptée) ou les secrétaires.

- Les médecins étaient de loin les plus représentés. Ils étaient suivis par ordre décroissant des IDE (Infirmiers diplômés d'état), des diététiciennes, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des psychologues. Mais l'occurrence des professions et la composition de l'équipe étaient différentes et relevaient de la thématique.

Parmi les médecins, les gériatres étaient les plus cités

Les médecins spécialistes généralistes ont été mentionnés, et parfois avec des compétences gériatriques.

Les autres médecins étaient des spécialistes d'organe, c'était le cas des diabétologues, des cardiologues, des rhumatologues, des médecins de MPR (médecine physique et réadaptation) et des psychiatres, dont tous étaient cités une fois.

Des médecins avec une double spécialité ont été cités à 2 reprises, c'était un psycho-gériatre et une gériatre-MPR (Médecine physique et de réadaptation)

L'ensemble des données concernant les professionnels impliqués dans les programmes d'ETP recensés sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4- Nombre de de professionnels de disciplines différentes impliqués dans les programmes d'ETP selon la thématique

Les thématiques	Le Nb minimum de professionnels de disciplines différentes	Le Nb maximum de professionnels de disciplines différentes
Prévention de la chute	4	10
Démences	3	8
Diabète	3	6
Nutrition	3	5
Polypathologie, OMAGE	2	10
Anticoagulants	3	4
Insuffisance cardiaque	4	4
Parkinson	10	10
Maintien de l'autonomie	7	7
En post AVC	13	13
Lombalgies	8	8
Benzo-free	2	2
Troubles du sommeil	ND	ND
Toutes les thématiques	2 à 13	2 à 13

LES BENEFICIAIRES, LES PROGRAMMES ET LES ANNEES RENSEIGNEES

1- LES BENEFICIAIRES ET LES PROGRAMMES POUR L'ANNEE 2012

En 2012, le nombre total des bénéficiaires recensés était de 1067, ils l'étaient dans 28 programmes. et concernaient 9 thématiques. Le nombre moyen des bénéficiaires par programme est rapporté dans le tableau 5.

Tableau 5 -Bénéficiaires des programmes renseignés en 2012 : moyenne des bénéficiaires par programme

(M : moyenne, p : Pearson, Nb : nombre).

Thématiques renseignées	Bénéficiaires : M +/- écart type p	Nb de programmes
Prévention de la chute	28 +/-14	8
Démences	24 +/- 23	9
Diabète	34+/-4	2
Polypathologie	118 +/- 8	2
Prévention de la dénutrition	28	1
Anticoagulants, AVK	49 +/- 30	3
Insuffisance cardiaque	36	1
Troubles du sommeil	90	1
Benzo-free	23	1
Nb total des :		
thématiques	bénéficiaires	programmes
9	1067	28

Nous observons que :

- Le nombre moyen le plus élevé des bénéficiaires était celui des programmes de la polypathologie.

2- LA PROGRESSION DU NOMBRE DES PROGRAMMES EN 2013 ET 2014

En 2013, en plus des programmes qui étaient déjà recensés en 2012 et reconduits, 12 nouveaux programmes étaient recensés de 6 thématiques.

En 2014, en plus de tous les programmes qui étaient déjà existants en 2013 et reconduits, 24 nouveaux programmes étaient recensés de 7 thématiques. Un programme était resté sans date de début connu.

Ces résultats sont rapportés dans le tableau 6.

Tableau 6- Nombre de programmes recensés en 2012, nouveaux programmes fonctionnels en 2013 et en 2014, et les programmes autorisés en 2014 et non encore fonctionnels.

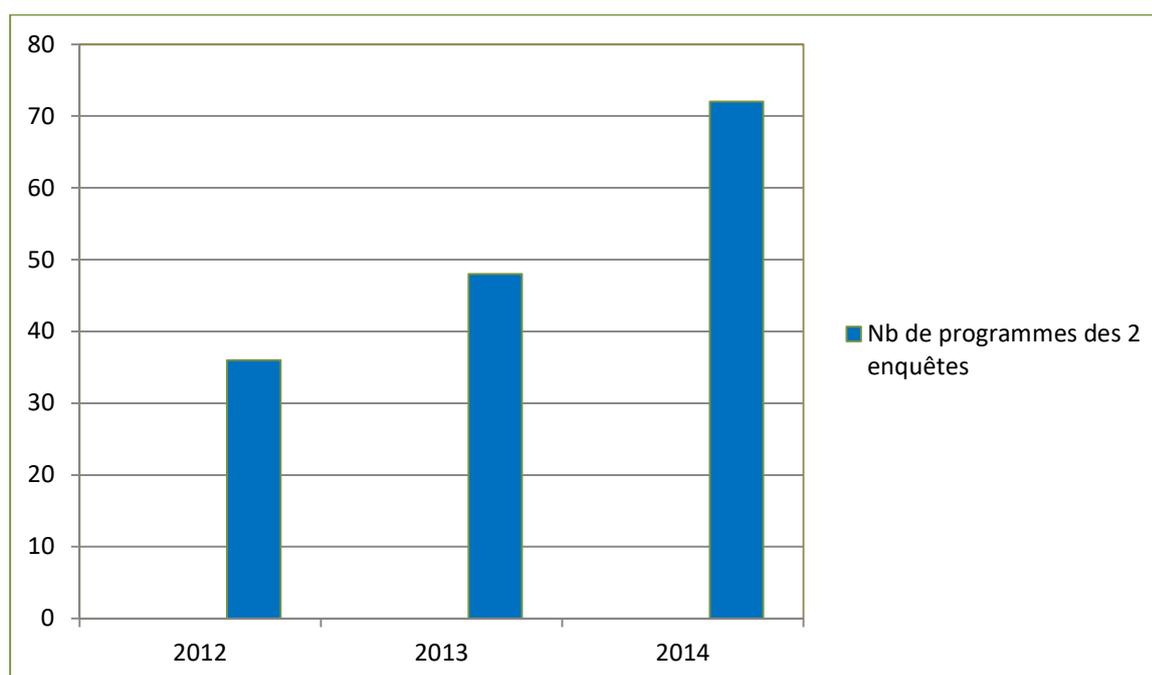
Nb de programmes autorisés ou débuté par an Thématiques	2012 : 2 enquêtes	2013 : 2 enquêtes	2014 : 2 enquêtes	Début non connu	Total des retours
Prévention des chutes	10	4	12		26
Démences	9	1	2		12
Diabète	5	2	4		11
Polypathologie	4		1	1	6
Nutrition	1	3	3		7
AVK	3				3
Maladies cardiaques	1	1			2
Parkinson			1		1
Gestion autonomie	1				1
AVC			1		1
Lombalgie		1			1
Sommeil	1				1
Benzo-free	1				1
Nb total de programmes	36	12	24	1	73
Nb total de thématique	10	6	7	1	13

Ces résultats de la totalité des programmes, ainsi que leurs pourcentages de progression sont rapportés dans le tableau 7 et illustrés sur la figure 5.

Tableau 7- Nombre de programmes et leur progression entre 2012 - 2014

Dans les deux enquêtes	Années		
	2012	2013	2014
Nb de programmes	36	48	72*
Progression annuelle des programmes ¹		33%	50%
*Pour un programme la date de début n'est pas connue. 1 : $\frac{(N+1) - N}{N} \times 100$			

Figure 5- Progression du nombre des programmes sur 3 ans



3- LA MOYENNE ANNUELLE DES BENEFICIAIRES PAR THEMATIQUE

La moyenne annuelle du nombre des bénéficiaires par programme dans chaque thématique est rapportée dans le tableau 9.

Tableau 9- Moyenne des bénéficiaires par thématique et dans toutes les thématiques réunies

Thématique	Nb programmes	Moyenne des bénéficiaires	+/- écart type P
Sommeil	1	90	0
Polypathologie	5	75	39
AVK	3	49	30
Prévention de la chute	21	39	36
Diabète	9	39	(43)
AVC	1	35	0
Insuffisance cardiaque	2	29	7
Nutrition	6	25	20
Benzo-free	1	23	0
Démences	10	21	15
Autonomie	1	8	0
Lombalgies	1	16	0
Parkinson	1	N'a pas débuté	
Toutes les thématiques		36	24

La moyenne des bénéficiaires était plus forte dans les thématiques polypathologie et sommeil.

LES TERRITOIRES ET LES REGIONS

46 territoires de santé pourvus de programmes d'ETP à caractère gériatrique ont été recensés parmi les 99 territoires de santé des ARS de France métropolitaine, comme illustré sur le tableau 10.

Tableau 10 - Nombre de région ayant au moins un programme d'ETP gériatrique

Nb de territoires	En totalité	pourvus	non pourvus
Nb de régions			
22 régions de l'ancien découpage	99	46	53
15 régions de l'ancien découpage pourvues recensées	74	46	28

Les différents territoires pourvus en programmes d'ETP par région concernée sont rapportés sur le tableau 11. L'effectif des programmes par région est dans l'ordre décroissant.

Tableau 11- Nombre de programmes par région

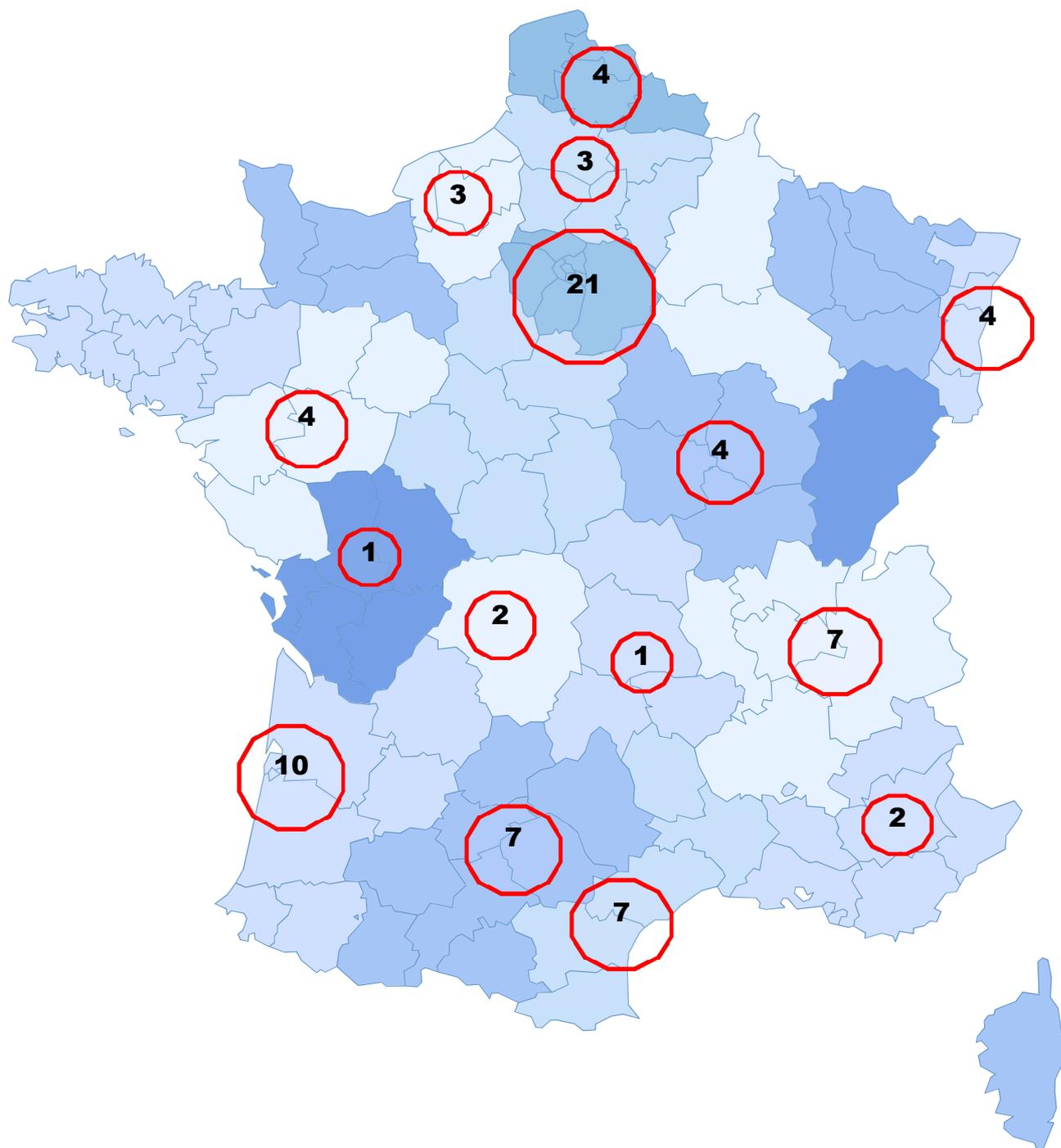
Régions porteuses selon l'ancien découpage	Nb programmes	Nb territoires couverts	Nb territoires non pourvus	Régions porteuses selon le nouveau découpage	Nb de programmes
<i>Ile-de-France</i>	21	8	0	<i>Ile-de-France</i>	21
<i>Aquitaine</i>	10	5	1	<i>Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes</i>	13
<i>Languedoc-Roussillon</i>	7	3	2	<i>Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées</i>	14
<i>Midi-Pyrénées</i>	7	4	4		
<i>Rhône- Alpes</i>	7	4	1	<i>Rhône- Alpes -Auvergne</i>	8
<i>Nord- Pas-de-Calais</i>	4	3	1	<i>Nord-Pas-de-Calais, Picardie</i>	7
<i>Alsace</i>	4	3	1	<i>Champagne Ardenne, Lorraine, Alsace</i>	4
<i>Bourgogne</i>	4	2	2	<i>Bourgogne, Franche-Comté</i>	4
<i>Pays de la Loire</i>	4	3	2	<i>Pays de la Loire</i>	4
<i>Picardie</i>	3	3	2		
<i>Haute-Normandie (1NR)</i>	3	3	1	<i>Haute- Normandie-Basse-Normandie</i>	3
<i>Limousin</i>	2	1	0		
<i>PACA</i>	2	2	4	<i>PACA</i>	2
<i>Poitou-Charentes</i>	1	1	4		
<i>Auvergne</i>	1	1	3		
15 Régions	80	46	28	10 régions	80

Nous n'avons pas recensé de programme d'ETP pour PÂ ou gériatriques en Basse-Normandie, en Bretagne, au Centre, en Franche-Comté, en Champagne-Ardenne ni en Corse. Nous avons recensé un programme en région Champagne-Ardenne ; il était en arrêt définitif.

Le nombre des programmes était le plus élevé en Île-de-France, l'Aquitaine venant en 2ème position.

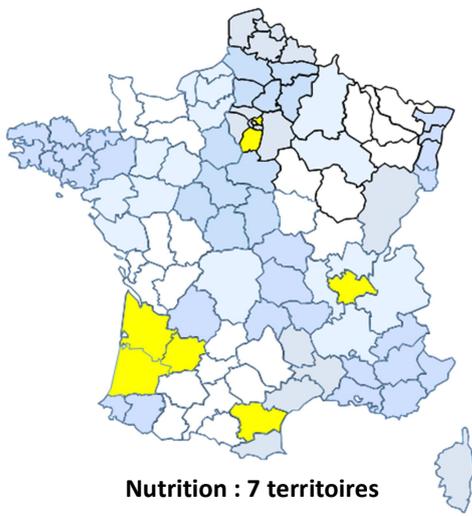
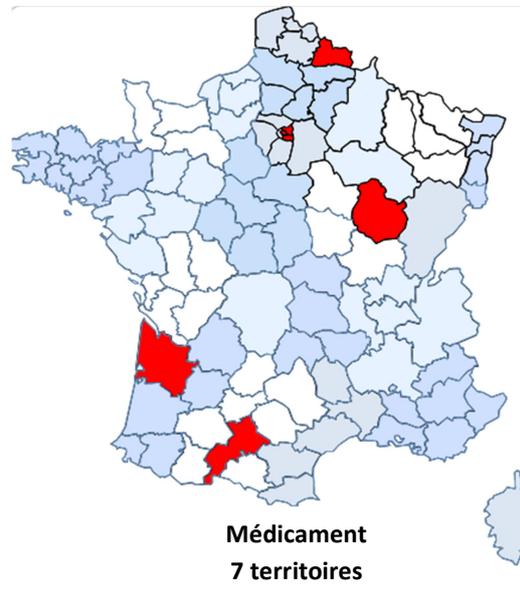
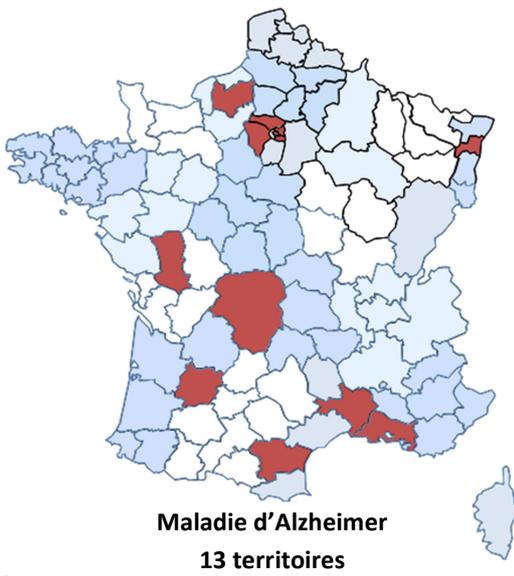
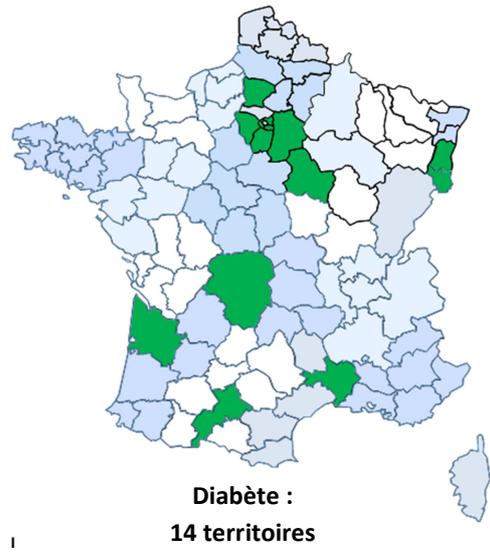
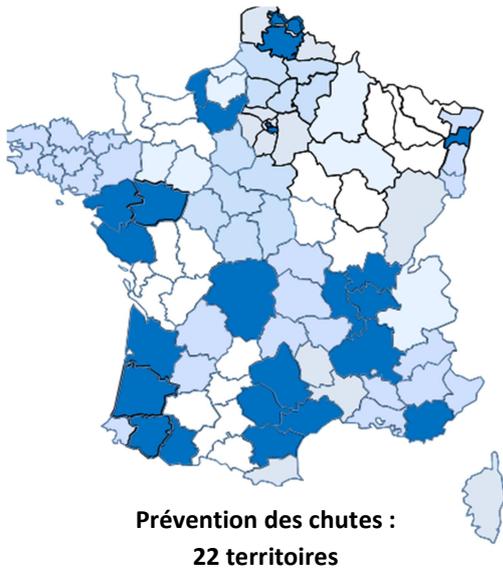
Ces résultats sont illustrés sur la figure 6.

Figure 6 - Répartition des 80 programmes d'ETP gériatriques par région en France Métropolitaine



Les cinq principales thématiques sont réparties sur les cartographies de la figure suivante (7)

Figure 7 - Répartition des 5 principales thématiques sur les territoires de santé des ARS en France Métropolitaine



LES STRUCTURES

Neuf types de structures différentes ont porté les 80 programmes d'ETP à caractère gériatrique.

Ces structures sont reportées dans le tableau 12.

Tableau 12 - Répartition des porteurs de programmes d'ETP à caractère gériatriques selon le type de structures partenaires

Structures	Nbre de programmes par structure	
CH	29	36 %
CHU/ APHP	23	29 %
Cliniques	17	21.25
EHPAD	6 *	
ESPIC	3	
Réseau	3	
Centre médical	1	
Service de prévention de la CARMi **	1	
EPCI : établissement public de coopération intercommunale	1	
TOTAL	84*	
*4 programmes communs à des EHPAD et à d'autres structures		
**CARMi : Caisse régionale minière		

La majorité (90%) étaient des établissements de santé publics ou privés ou ESPIC (CH, CHU, cliniques...).

En terme de fréquence, par ordre décroissant étaient classés les CH, les CHU, les cliniques, les EHPAD, les ESPIC, les réseaux.

Deux EHPAD présentaient chacun leur propre programme, quatre autres EHPAD partageaient leur programmes avec 4 autres structures différentes qui leurs étaient liées par une proximité géographique.

Chacun des centres médicaux et des services de prévention de la CARMi étaient présents une fois

Nous avons détaillé par thématique, les structures porteuses sur le tableau 13.

Tableau 13 - La répartition des structures porteuses selon la thématique

Thématiques	Prévention des chutes	Démence	Diabète	Nutrition	Polypathologie	AVK	I.C et ACFA	Les 6 autres	Total
Nb de programmes	28	13	11	8	8	3	3	6	80
Structures porteuses									
CH	13	5	4	4		1	1	1	29
CHU/APHP	7	7		1	3	2	2	1	23
Cliniques	3	1	4	2	5			2	17
ESPIC	2							1	3
EHPAD	1+2*	1*	1*					1	2+4*
Réseaux	1		1	1					3
Centre médical	1								1
CARMI			1						1
EPCI			1						1
*Programmes communs à des EHPAD ou à d'autres structures. CARMI : Caisse régionale minière. EPCI : établissement public de coopération intercommunale									

Il est noté que dans les CHU/APHP, les patients diabétiques âgés (définition de l'OMS) n'ont pas bénéficié de programmes spécifiquement liés à leur âge.

LES SERVICES ET PÔLES

Différents services ont porté les programmes d'ETP dans les 49 établissements de santé renseignés sur cet item. Ces services sont reportés dans le tableau 14.

Tableau 14 - Répartition des services porteurs selon la thématique

Thématiques Services	Prévention des chutes	Démence	Diabète	Nutrition	Polypathologie	AVK	I.C et ACFA	6 autres	Total	Pourcentage
Total des services renseignés	23	7	4	6	4	2	1	2	49	99%
Non déterminés	1	5	5		2	1	1	3	18	26.9%
SSR gériatrie	7	1	1	1	2			1	13	26.5%
SSR	6	1	1	3	1				12	24.5
SSR psychogériatrie	1	1							2	4%
SSR neurologie								1	1	2%
Gériatrie	5	2	1	1					9	18%
HDJ	1*+1	2			1		1		5	10%
Court séjour de gériatrie						2			2	4%
Rééducation	1*+2	1*							2	4%
Rhumatologie	1								1	2%
Service Médecine			1*+1						1	2%
Pôle Médicotechnique				1					1	2%
Total des SSR									28	57%
Totale des services de gériatrie									26	53%
Total des SSR gériatriques									15	30.6%

*4 Programmes répartis dans plus d'une structure (communs à des EHPAD et à d'autres structures)

Sur les 73 retours d'enquêtes, 67 établissements hospitaliers ont été comptabilisés. Nous avons été renseignés sur les services porteurs dans seulement 49 retours d'enquêtes. Ces 49 programmes ont été appliqués dans 53 services de ces 67 établissements hospitaliers.

Sur les 49 programmes, 26 ont été portés par des services de gériatrie, soit 53%, dont 15 ont été portés par des services SSR gériatriques, soit 30.6%.

Vingt-huit programmes, soit 57%, ont été portés par des services de SSR gériatriques ou non. Les services SSR étaient donc majoritaires.

LES CONTENUS DES PROGRAMMES

Parmi les 73 retours d'enquête, 40 programmes ne proposaient que des séances collectives.

24 programmes présentaient à la fois- des séances collectives et des séances individuelles.

Seuls 6 programmes n'avaient que des séances individuelles.

Trois programmes n'ont pas déclaré le type de séance.

L'UTILISATION DES OUTILS

Sur tous les retours d'enquête, 64 programmes utilisaient des outils, 8 n'en utilisaient pas, et un programme n'a pas répondu à cette question.

LES PATHOLOGIES ET LES CONDITIONS DE PRISES EN CHARGE PAR LES PROGRAMMES

En comparant les **13** synthèses (annexe 4) de l'ensemble des programmes des différents motifs d'intervention, nous avons remarqué des points communs à plusieurs programmes.

Ainsi, nous avons relevé pour la participation au programme:

- à 7 reprises, la condition d'un retour à domicile
- à 6 reprises, la présence de l'aidant en cas de troubles cognitifs
- à 5 reprises, des troubles cognitifs n'empêchant pas la participation
- à 3 reprises, avoir une maladie chronique [autre que celle de la thématique ou être polypathologique](#)
- à 2 reprises, être autonome
- à 2 reprises, avoir une maladie d'Alzheimer ou apparentée, en dehors du motif d'intervention sur les démences *

Ce qui préoccupait le plus les professionnels des programmes d'ETP à caractère gériatrique, c'était l'état cognitif des patients.

* 2 programmes d'ETP chuteurs ont été fait que pour des chuteurs qui ont la maladie d'Alzheimer

LES OBJECTIFS

Ils étaient soit déclinés en compétences à acquérir, soit déclinés en objectifs proprement dits.

La plupart des objectifs étaient spécifiques aux différentes thématiques.

Certains étaient plus généraux et étaient retrouvés dans les objectifs des différentes synthèses des différents programmes regroupés par motif d'intervention, à une fréquence variable, c'était le cas de :

- comprendre /et gérer son traitement, cité 5 fois /13
- pratiquer une activité physique adaptée, cité 4 fois /13
- éviter les situations d'urgence et réagir aux signes d'alerte, cité 4 fois /13
- éviter les chutes, cité 3 fois /13
- connaître les aides, les réseaux et les structures, cité 3 fois /13

Les objectifs répondaient aux objectifs d'un ETP en général, sans particularité du fait de l'âge, avec l'idée que l'aidant peut être sollicité ou doit l'être.

LES PROGRAMMES EN AMBULATOIRE

La plupart des programmes s'adressaient à des patients (et à leurs aidants) ambulatoires. Un plus petit nombre concernait des patients hospitalisés notamment en SSR.

Le tableau 15 rapporte ces résultats sous réserve des programmes dont les profils des patients n'étaient pas déterminés. L'EHPAD étant un lieu d'hébergement prolongé, il correspond plus au domicile.

Tableau 15- Le profil des bénéficiaires

Le profil des patients bénéficiaires et/ou de leurs aidants	Patients ambulatoires et/ou leurs aidants	Patients hospitalisés en SSR	Patients hospitalisés dans autre service	Patients en EHPAD	Non déterminé
Nombre de programmes sur un total de 70	30	23	4	4	9

PROGRAMMES AUTORISES PAR LES ARS

Parmi les 25 programmes recensés dans la première enquête, seulement 20 étaient autorisés par les ARS, mais tous étaient fonctionnels.

Les 55 programmes recensés dans la deuxième enquête étaient tous autorisés. Nous ne connaissons pas le nombre total de programmes fonctionnels, mais parmi les 48 réponses aux questionnaires, nous savons que 37 étaient fonctionnels.

Ces résultats sont rapportés dans le tableau 16.

Tableau 16 -Les programmes d’ETP autorisés et les programmes fonctionnels

Statut	Tout statut	Fonctionnels	Autorisés
Programmes avec retour d’enquête	73	62	68

ANALYSE DE LA QUALITE DE RENSEIGNEMENT DES FICHES ENQUETE

Parmi les 73 réponses aux questionnaires, toutes les réponses aux questions n’ont pas été données par nos interlocuteurs. Ce tableau (17) présente la qualité de remplissage des fiches enquête.

Tableau 17 -Qualité de remplissage des 73 questionnaires reçus dont 62 fonctionnels

Programmes Items	Nbre de réponses attendues	Nbre de réponses obtenues	Taux de réponses 100 %
Région	73	73	100%
Structure	73	73	100%
Pôle / le service	67	49	73%
Professionnels	73	73	100%
Pathologies	73	73	100%
Objectifs	73	73	100%
Nbre de programmes informant sur le Nbre de bénéficiaires :			
Total en 2012	36	28	78%
Total en 2013	48	27	55%
Total en 2014	72	38	53%
65<âge<75ans en 2012	27*	14	52%
65<âge<75ans en 2013	38*	20	53%
65<âge<75ans en 2014	60*	30	50%
Âgés >75 ans : en 2012	27*	11	41%
Âgés >75 ans : en 2013	38*	14	37%
Âgés >75 ans : en 2014	60*	24	40%
Âge cible	61**	53	87%
Territoire de santé	73	36	49%
Durée des séances	73	37	51%
Séances individuelles	73	67	92%
Séances collectives	73	58	79%
Utilisation d'outils	73	72	99%
Outils proprement dit	73	64	88%

27, 38 et 60* correspondaient respectivement aux nombres des programmes d'ETP recensés en 2012 et ceux nouveaux fonctionnels en 2013 et 2014 (cf. tableau N°6) autres que ceux pour les patients ayant une maladie d'Alzheimer

** Total des réponses attendues a été de 61, il correspondait au nombre de retours d'enquêtes (73) sans les 12 retours d'enquête des programmes d'ETP des démences (73-12=61)

Après une recherche sur le web, certaines variables ont été mieux documentées, c'était le cas des territoires qui l'ont été à 100%.

VI- DISCUSSION

Il s'agit de la première étude recensant les programmes d'éducation thérapeutique à caractère gériatrique sur le territoire national.

80 programmes d'ETP à caractère gériatrique ont été recensés. Ils sont classés en 13 thématiques dont les quatre principales sont : la prévention des chutes, la maladie d'Alzheimer, le diabète, le médicament et la nutrition. Ils sont répartis sur 46 territoires de santé de l'ARS de 15 régions selon l'ancien découpage, et 10 régions selon le nouveau découpage. Les établissements hospitaliers les portent dans 90% des cas. Un programme sur deux (53%) est développé par un service de gériatrie. Plus d'une fois sur deux (57%) le type de service prestataire est un service de SSR. Ils s'adressent souvent aux patients ambulatoires et leurs aidants. Un plus petit nombre concerne les patients hospitalisés notamment en SSR.

La discussion des résultats se fera, entre autre, par rapport aux recommandations de la HAS (Haute autorité de santé) et de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), et par rapport à l'enjeu de l'accès à l'ETP.

1- LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

A -LIMITES

Etude déclarative : Il s'agissait d'une étude déclarative par questionnaire. Nous n'étions pas en mesure de vérifier les réponses dont la validité reposait uniquement sur la qualité de remplissage par le prospect. Par ailleurs, les réponses aux items étant indépendantes, nous n'avions que peu d'éléments pour apprécier l'homogénéité de ces réponses. Cependant lors de l'enquête et les nombreux appels téléphoniques, en croisant les réponses des différents interlocuteurs, nous considérons que notre étude reproduit la réalité des programmes d'ETP de nos prospects.

B -FORCES

C'est la première étude qui dresse un état des lieux des programmes d'ETP à caractère gériatrique, étudiant qualitativement et quantitativement ces programmes. Elle révèle des programmes fonctionnels non encore répertoriés car non encore autorisés par les ARS. Elle révèle des

programmes autorisés qui ont des difficultés à démarrer et devenir fonctionnels. Pour certains programmes, elle anticipe sur les listes des programmes autorisés par les ARS. C'est un bon outil d'information.

2- FAIBLESSE QUANTITATIVE ET INEGALITE DE COUVERTURE TERRITORIALE DES PROGRAMMES

A -FAIBLESSE QUANTITATIVE DES PROGRAMMES GERIATRIQUES

A la fin 2014, nous pouvions recenser 80 programmes d'éducation thérapeutique du patient à caractère gériatrique. Ce nombre nous paraît faible, d'une part en comparaison du nombre de programmes portés par les autres disciplines médicales - 3124 programmes étaient recensés par la DGS fin 2014 - et d'autre part, du fait que la population âgée atteinte de maladies chroniques est très concernée par l'ETP [7].

Ce constat est aussi partagé par le Dr Sylvie Pariel et le Pr Joël Belmin dans l'enquête de 2010 [16] «L'Education thérapeutique en gériatrie : quelles spécificités ?» où 30 programmes pour PÂ ont été identifiés dans 18 régions de France métropolitaine, à la période où les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) étaient responsables de l'autorisation des programmes.

Cependant, une progression est observée : avant août 2010, 30 programmes d'ETP gériatriques ont été recensés dans l'étude sus-citée; fin 2014, 80 l'ont été dans notre étude.

Cette progression constatée pour les programmes gériatriques concerne l'ETP dans son ensemble : en avril 2012, 2680 programmes ont été autorisés par les ARS [2] toute thématique confondue, et à la fin 2014, 3124 l'ont été -source DGS-.

B -INEGALITE DE COUVERTURE TERRITORIALE DES PROGRAMMES

La répartition des programmes d'ETP par région et territoire de santé, toute thématique confondue, est hétérogène.

- 15 régions sur les 22 de la France métropolitaine selon l'ancien découpage et 13 sur 18 selon le nouveau découpage étaient pourvues en programmes.

- Seulement 46 territoires de santé des ARS de France métropolitaine sur les 99 étaient pourvus en programmes d'ETP à caractère gériatrique, toute thématique confondue.

Cette inégalité de couverture territoriale par les programmes d'ETP doit être relativisée, car évidemment, la densité de population et, en l'occurrence, de population âgée est très variable d'un territoire à l'autre. Cependant cette inégalité existe et n'est pas spécifique aux programmes à caractère gériatrique. Il a été rapporté par le Dr Anne Stoebner Delbarre dans un rapport sur l'état des lieux des programmes autorisés en ETP en Languedoc Roussillon [17] :« Tous les départements à l'exception de la Lozère, bénéficient au 31 décembre 2013 de programmes autorisés initiés sur leur territoire et la moitié des programmes est liée à des structures localisées dans l'Hérault ». Les territoires de santé de cette région ont un découpage départemental.

En Île-de-France, a été recensé le plus grand nombre de programmes d'ETP à caractère gériatrique avec 21 programmes sur 80 (26%). Parmi les 21 programmes que nous avons recensés, 11 étaient portés par des structures de l'AP-HP.

3- LES CIBLES THEMATIQUES DES PROGRAMMES D'ETP A CARACTERE GERIATRIQUE

La prévention des chutes est la première thématique dans les programmes d'ETP à caractère gériatrique dans notre étude. Elle compte 28 programmes sur les 80 (35%). Les chutes du sujet âgé sont un sujet central en gériatrie, elles ont des conséquences négatives sur la qualité de vie en terme de morbi-mortalité avec un impact sur le système de santé, avec augmentation des hospitalisations, de leur durée, et de l'institutionnalisation. Ceci peut expliquer que leur prévention soit une priorité en gériatrie [4]. Pourtant la chute n'est pas à proprement parlé une maladie chronique mais elle peut être assimilée à une maladie chronique, ne serait-ce que pour les conséquences à long terme [18]

La deuxième thématique est la maladie d'Alzheimer, (13 programmes/80, 16%).

Le diabète est la troisième thématique en fréquence dans nos programmes gériatriques recensés (11 programmes, 14%). Le diabète est aussi la plus fréquente thématique et la plus ancienne des programmes d'ETP en population générale [19]. **D'autre part la, répartition du diabète augmente avec l'âge, et atteint un maximum à 65-69 ans, pour chuter discrètement ensuite [20].**

La polypathologie est la thématique classée en quatrième position. Mais si nous regroupons les thématiques qui relèvent de l'optimisation de l'usage des médicaments, la thématique « le médicament » serait classée en troisième position. Ce qui va de pair avec l'augmentation de la polypathologie et donc de la polymédication avec l'âge [7,20].

D'autres thématiques nous semblent manquantes, telles que les cancers, la maladie de Parkinson, la prothèse totale de hanche...etc. Durant notre deuxième enquête, nous avons interrogé les professionnels responsables des programmes d'ETP portant sur ces pathologies qui concernent en premier lieu les PÂ, mais en général et quasiment à chaque fois, les bénéficiaires avaient 50-55 ans en moyenne, et/ou le service était d'une spécialité autre que la gériatrie, et le médecin n'était pas gériatre, de sorte que ces programmes n'ont pas été retenus parmi les 80 programmes d'ETP gériatriques.

4- LES STRUCTURES ET LES SERVICES

La prédominance des programmes portés par les établissements de santé dans notre étude est conforme aux données de la littérature, à l'histoire de l'ETP et aux enjeux financiers et logistiques des différentes structures hospitalières [21]. Il a été aussi rapporté par le Dr Anne STOEBSNER DELBARRE en Languedoc- Roussillon (LR) « près des 3/4 des programmes autorisés en LR sont portés par des établissements de santé »[17].

Parmi les 9 structures porteuses des 80 programmes les CH portent 29 programmes (36 %), les CHU portent 23 programmes (29 %). Ce qui est marquant c'est la forte implication des CHU/AP-HP dans les programmes d'ETP, alors qu'en gériatrie particulièrement, les services universitaires représentent très peu comparés aux services gériatriques des CH.

Les SSR est le type de service qui développe le plus de programmes d'ETP (57%). Notre résultat diffère de celui rapporté par le Dr Anne STOEBSNER DELBARRE en Languedoc- Roussillon : « un programme autorisé sur cinq est porté par une structure SSR ».

Les services de gériatrie (53%), dont les SSR de gériatrie (30%) sont prépondérants dans cette seule étude.

L'importance de cette structure porteuse, les SSR, peut être expliquée par le fait que l'ETP est une des missions des SSR, et que les patients y sont hospitalisés suffisamment de temps pour qu'un programme soit proposé aux patients durant leur hospitalisation.

5- LES EQUIPES MULTIPROFESSIONNELLES

Les programmes d'ETP à caractère gériatrique que nous avons recensés, étaient multiprofessionnels et interdisciplinaires comme le recommande la HAS [11].

Les médecins étaient présents dans les programmes comme le préconise la loi [1, 14] et comme il est rapporté dans la littérature nationale [19]. Par la voie de recrutement (SFGG), les médecins de la

première enquête étaient tous des gériatres. Ceci était vrai aussi dans les programmes des démences dans la seconde enquête.

Les infirmiers ont toute leur place conformément, entre autres, à la réforme engagée en 2009 par le Ministère de la santé portant sur les compétences des infirmiers diplômés [22].

Dans notre étude, aucun programme n'a été co-construit avec les associations de malades et aucune équipe n'a intégré les patients ressources, alors que leur présence, bien qu'en nombre faible, a été observée dans le bilan des autorisations des programmes d'ETP en avril 2012 [2]

6- FORMES DES SEANCES

Les programmes avec séances individuelles sont très minoritaires, il en existe six (8%). Les programmes avec séances individuelles et collectives représentent le tiers des programmes (33%). Or, dans une population gériatrique, nous aurions pensé pouvoir comptabiliser un maximum de programmes avec séances individuelles, si on se réfère à la HAS [23] et au guide méthodologique de la HAS et l'INPES de juin 2007 [24] qui annonce : «Les séances individuelles facilitent, entre autres, l'accès aux séances aux patients ayant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive ou des difficultés à se trouver en groupe. Elles permettent dans certaines situations une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient et à son rythme». Cependant les séances individuelles sont très preneuses de temps pour les professionnels.

7- DUREE DES SEANCES

Dans notre enquête, la durée des séances a été exprimée sous forme de nombre de jours ou demi-journées et sous forme de fréquence ou de durée total des séances. Cette question a été renseignée correctement (37 fois) moins d'une fois sur deux. Nous ne pouvons pas confronter aux recommandations de la HAS la durée des séances. Cette dernière préconise des durées de 30 à 45 minutes c'est-à-dire relativement courtes

8- L'ACCESSIBILITE DES PROGRAMMES D'ETP, OMAGE ET LES OBJECTIFS

Le nombre moyen des bénéficiaires par groupe de programmes de même thématique étaient très dispersées, elles variaient de 6 à 90. Parmi les thématiques qui comptent plus d'un programme, la moyenne la plus élevée des bénéficiaires était celle des programmes d'ETP de polyopathie avec une valeur de 75, alors que la moyenne des bénéficiaires de l'ensemble des programmes est de 36 avec un écart Type p à la moyenne allant jusqu'à 24. Ces chiffres sont certainement faibles, quoiqu'on ne puisse pas le vérifier, par rapport au nombre de patients concernés par la thématique et pris en charge par les services porteurs

des programmes. Cela pose le problème de l'accessibilité aux programmes d'ETP, mêmes adaptés, des personnes âgées polypathologiques, en perte d'autonomie et à la mobilité réduite, qui constituent la majorité de la patientèle des services de gériatrie.

Ces résultats donnent juste un aperçu sur l'accessibilité des programmes du point de vue quantitatif. Mais le cœur de l'accessibilité serait plus en relation avec la qualité du programme, comme le souligne la HAS dans ses recommandations [15, 23], et comme il est pensé dans les programmes OMAGE (Optimisation des médicaments chez le sujet âgé) [25].

En effet le programme OMAGE optimise les médicaments, intervient sur la dénutrition, la dépression [25], et plus récemment sur la chute, et améliore la coordination avec la ville [25]. C'est ce qui est retrouvé en majorité dans les objectifs des programmes d'ETP dans notre étude, et l'optimisation des médicaments en est une des objectifs les plus fréquents, elle a été rapporté dans 38% des cas. Le Pr André Grimaldi insiste sur la notion d'optimisation des médicaments « Il ne peut y avoir une éducation thérapeutique si la thérapeutique elle-même est erronée ou inadaptée au patient » [26]

9- LES TENDANCES QUI SE DESSINENT

Les programmes d'ETP âgés portés par les services de gériatrie sur le territoire national ont les caractéristiques suivantes :

- Leur répartition par région et territoire est inégale
- Les structures qui les portent sont souvent des CHU
- Leurs thématiques principales sont la prévention des chutes, la maladie d'Alzheimer, le diabète, le médicament et la dénutrition
- Le médecin coordonnateur est un gériatre, le plus souvent
- Les bénéficiaires ont plus de 75 ans, en moyenne
- Les programmes incluent plus volontiers des séances collectives ou se composent de séances individuelles et collectives.
- Ils disposent souvent d'outils pédagogiques spécifiques
- Au titre des conditions de prise en charge, ils sont essentiellement préoccupés par l'état cognitif du bénéficiaire et impliquent fortement les aidants.

10- PERSPECTIVES

Notre étude nous conduit à penser qu' un site de partage d'informations sur tous les programmes d'ETP à caractère gériatrique autorisés, qu'ils soient portés ou non par les services de gériatrie serait utile, ce serait un site de partage pour tous les territoires de santé, en collaboration avec toutes les ARS de France métropolitaine et des départements d'Outre-mer, ou en collaboration avec la DGS, (voir la HAS). Un site qui serait accessible aux professionnels de santé et d'autres disciplines. Un site qui servirait aussi à échanger avec les équipes réalisant des programmes d'ETP dans la même discipline ou non. Il permettrait aussi aux responsables des programmes de modifier les données de leurs programmes grâce à un accès personnalisé. Mais pas seulement, nous aurions aimé un site qui aurait pour ambition de :

- Comptabiliser et de partager les informations avec les responsables de programmes fonctionnels (non encore autorisés)
- Mobiliser et modéliser les informations aisément, pour la mise en place de programmes d'ETP gériatriques,
- Avoir un aperçu sur l'offre et la demande en ETP sur un territoire de santé donné et des territoires environnants.
- S'ouvrir à la recherche.

VII- CONCLUSION

Cet état des lieux des programmes d'éducation thérapeutique à caractère gériatrique, à l'initiative de la SFGG, est le premier du genre. Il répond à la loi HPST du 21 juillet 2009 qui encourage la promotion de l'éducation thérapeutique à travers de tels programmes.

Les thématiques principales des programmes d'ETP à caractère gériatrique sont la chute, la maladie d'Alzheimer, le médicament, le diabète et la dénutrition. Les programmes se font plus fréquemment en ambulatoire qu'en hospitalisation et notamment en SSR. Ils s'adressent aux patients et leurs aidants.

Le nombre de programmes d'ETP à caractère gériatrique comptabilisés fin 2014 est de 80. C'est un nombre faible si on le rapporte à l'ensemble des programmes d'ETP, toute discipline confondue (3124). La couverture nationale en programme d'ETP à caractère gériatrique qui en découle est très modeste. Pour la thématique chute, qui est la plus représentée, seuls 22 territoires de santé sur 99 proposent un programme d'ETP.

Cet état des lieux est un outil pour améliorer la couverture actuelle en programmes d'ETP à caractère gériatrique. Il doit permettre de guider de nouvelles propositions, en adéquation avec les particularités des personnes âgées gériatriques et leur environnement. En effet les personnes âgées devraient avoir, sur leurs parcours gériatrique, des programmes d'ETP qui leurs permettent de retarder la dépendance ou d'éviter sa progression.

Les professionnels associés aux programmes d'ETP à caractère gériatrique doivent bénéficier de formations spécifiques, tant comme acteurs d'éducation thérapeutique que pour le développement de ces programmes.

Cette étude soulève l'opportunité d'avoir un système de gestion (recueil) et de partage de données, d'expériences, et de propositions sur le développement de l'ETP pour les personnes gériatriques. Une base de données nous permettrait de mesurer l'écart entre les données de cette étude et de nouvelles études sur les programmes d'ETP à caractère gériatrique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Ministère de la santé et des sports. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Paris : ministère de la santé et des sports, 22 juillet 2009 [consulté en août 2014]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- 2 Bourdillon F. Le développement et l'organisation de l'éducation thérapeutique en France In: Simon et Co. Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques. Abrégés Masson 3^{ème} édition. 2013, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 359-369.
- 3 Defebvre M-M, Cerf E, Fournier P, Puisieux F, Loens I. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour « Médecine » de la région Nord-Pas-de-Calais. Santé Publique. 2007 Jun 1;Vol. 19(2):133-46.
- 4 HAS. Recommandations. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Argumentaire. Avril 2009. 76p
- 5 INSEE, Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089.
- 6 INSEE, Espérance de vie-Mortalité, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F036
- 7 HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polyathologique en soins primaires. Mars 2015. 36p.
- 8 Bouchon JP. 1 + 3 (ou comment tenter d'être efficace en gériatrie) Rev Prat 1984 ; 34 : 888.

- 9 WHO. Regional Office for Europe Copenhagen. Therapeutic Patient Education - Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group. 1998. [Consulté en août 2014]. Disponible sur www.euro.who.int/document/e63674.pdf
- 10 Traynard P.-Y, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique. In: Simon et co. Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques. Abrégés Masson 3^{ème} édition. 2013, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 3-5
- 11 HAS. Recommandations. Education thérapeutique du patient. Définitions, finalités et organisation. Juin 2007. 8p.
- 12 Gagnayre R, D'Ivernois J-F. et les membres d'un groupe de travail. Pour des critères de qualité des formations (niveau 1) à l'éducation thérapeutique du patient. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2014; 6 (1); 10401 : 1-3.
- 13 INPES Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. Document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Saint-Denis, juin 2013. p3.
- 14 Décret no 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient disponible sur www.legifrance.gouv.fr
- 15 HAS. Adaptations de l'éducation thérapeutique chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Avril 2014. 2p.
- 16 Pariel S, Boissières A, Delamare D, Belmin J. L'éducation thérapeutique en gériatrie : quelles spécificités ? Presse Méd. 2013 ; 42 : 217-223

- 17 STOEBNER DELBARRE A. Etat des lieux des programmes autorisés en Education Thérapeutique du Patient en Languedoc-Roussillon au 31 décembre 2013. Avril 2014. Disponible sur: http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLONARS/6_Acteurs_en_sante/ETP/Etat_lieux_Programme_ETP_ARSLR.pdf
- 18 Lagardere P. et Co. Intoduire une démarche éducative dans la prise en soin du sujet âgé chuteur. La Revue de Gériatrie, Tome 38, N°1 Janvier 2013 : 47-57.
- 19 Fournier C, Buttet P, éducation du patient dans les établissements de santé Français: l'enquête EDUPEF. Evolutions 2008; 9:1-6
- 20 L'assurance maladie en ligne Statistiques et publications. Prévalence. Fréquence des ALD au 31/12/2013. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2013.php>.
- 21 Masseron S, Traynard P.-Y. ETP « en ville » : les enjeux d'un développement en cours. In: Simon et Co. Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques. Abrégés Masson 3^{ème} édition. 2013, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 333-339.
- 22 Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le ministère de la santé et des sports. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au référentiel de compétences du diplôme d'état infirmier (annexe II). Paris : ministère de la santé et des sports, 2009. Disponibles sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf.
- 23 HAS. Recommandations. Education thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser. Juin 2007.8p.
- 24 HAS – INPES. - Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. 112p.

- 25 Legrain S, Bonnet-Zamponi D. Le programme éducatif OMAGE. In: Simon et co. Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques. Abrégés Masson 3ème édition. 2013, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 251-256
- 26 Grimaldi A. L'éducation thérapeutique en question. Revue de médecine interne 2010; 31: 533.

ANNEXE 1



CAHIER DES CHARGES D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT L'ÉQUIPE

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

Un programme doit être mis en oeuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie.

Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin.

Un intervenant au moins doit justifier des compétences en éducation thérapeutique conformément à l'arrêté du 2 août 2010¹ ou d'une expérience rapportée par écrit d'au moins deux ans dans un programme d'éducation thérapeutique.

LE PROGRAMME

Le programme concerne, sauf exception répondant à un besoin particulier à expliciter, une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional.

Le programme s'appuie sur des données disponibles relatives à son efficacité potentielle. Ces données sont fournies.

Les objectifs du programme sont définis, de même que les critères de jugement de son efficacité, critères cliniques, y compris qualité de vie, autonomie, critères psycho-sociaux, recours au système de soins, et/ou biologiques.

La population cible est définie, notamment, en termes d'âge, de gravité de la maladie et, le cas échéant, de genre, de critères de vulnérabilité et de particularités géographiques.

Le programme décrit une procédure permettant de définir pour chaque patient des objectifs éducatifs partagés et un programme d'éducation thérapeutique personnalisé.

Il existe un dossier d'éducation thérapeutique sur support papier ou informatique.

Les modalités du programme sont décrites.

Le cas échéant, les outils pédagogiques sont décrits.

Le programme décrit une procédure permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés en commun avec le patient. Cette évaluation donne lieu à une synthèse écrite dans le dossier.

Les sources prévisionnelles de financement sont précisées.

¹ Formation avec un seuil minimal de 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques pour dispenser l'ETP

Direction de l'Offre de Soins / Département 1^{er} recours / Soins de prévention 28/09/2010
Cahier des charges d'un programme d'éducation thérapeutique du patient

ANNEXE 2

ENQUETE EDUCATION THERAPEUTIQUE Groupe Education Thérapeutique en Gériatrie - SFGG

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE :

Hôpital.....

Service et pôle.....

Autre structure.....

PREMIERE PARTIE : PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

AVEZ-VOUS DEVELOPPE UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
STRUCTURE ? OUI NON

Si oui, merci de fournir une fiche par programme

FICHE PROGRAMME

INTITULE DU PROGRAMME D'ETP :

.....
.....

NOM ET COORDONNEES DU RESPONSABLE DU PROGRAMME

.....
.....

PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LE PROGRAMME

.....
.....

PATHOLOGIE(S) OU CONDITION(S) PRISE(S) EN CHARGE PAR LE PROGRAMME
D'ETP :

.....
.....

OBJECTIF(S) DU PROGRAMME :

_ Quels sont les objectifs généraux du programme d'ETP ? (que la personne soit capable de...)

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

POPULATION CIBLE DU PROGRAMME :

_ Combien de personnes ont bénéficié de ce programme en 2012 ?

_ Quel est l'âge de la population cible du programme d'ETP ?.....

.....
_ Sur quel(s) territoire(s) de santé réside la population cible ?.....

CONTENU DU PROGRAMME (séances individuelles et/ou collectives, nombre de jours ou demi-journées...):

.....
.....

.....
_ Utilisez-vous des outils pédagogiques spécifiques : **OUI** **NON**
Si, oui, lesquels ?.....
.....
.....

.....
VALIDATION DU PROGRAMME PAR L'ARS

- _ Ce programme a-t-il été soumis à votre ARS, pour autorisation ? : **OUI** **NON**
 - _ Si oui, a-t-il été autorisé ? : **OUI** **NON**
 - _ Si non, avez-vous l'intention de le soumettre à nouveau ? : **OUI** **NON**
 - _ Si vous ne l'avez pas encore soumis, avez-vous l'intention de le faire ? : **OUI** **NON**
-

Merci de renvoyer le questionnaire rempli

- par mail à : **Hélène BOUVIER** ...
- par voie postale à : **Hélène BOUVIER** - ...

ANNEXE 3

ENQUETE EDUCATION THERAPEUTIQUE Groupe Education Thérapeutique en Gériatrie – SFGG (2nde version)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE :

Hôpital.....
Service et pôle.....
Autre structure.....

PREMIERE PARTIE : PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

AVEZ-VOUS DEVELOPPE UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
STRUCTURE ? OUI NON

Si oui, merci de fournir une fiche par programme

FICHE PROGRAMME

INTITULE DU PROGRAMME D'ETP :

.....
.....

NOM ET COORDONNEES DU RESPONSABLE DU PROGRAMME

.....
.....

PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LE PROGRAMME

.....
.....

PATHOLOGIE(S) OU CONDITION(S) PRISE(S) EN CHARGE PAR LE PROGRAMME
D'ETP :

.....
.....

OBJECTIF(S) DU PROGRAMME :

_ Quels sont les objectifs généraux du programme d'ETP ? (que la personne soit capable de...)

.....
.....

POPULATION CIBLE DU PROGRAMME :

_ Combien de personnes ont bénéficié de ce programme en 2012 et/ou 2013 et/ ou 2014?

-Combien sont-elles âgés de plus de 65 ans en 2012 et/ou 2013 et/ ou 2014? –

Combien sont-elles âgés de plus de 75 ans en 2012 et/ou 2013 et/ ou 2014?...

.....

_ Quel est l'âge de la population cible du programme d'ETP (limites extrêmes) ?...

.....
.....
_ Sur quel(s) territoire(s) de santé réside la population cible ?.....

CONTENU DU PROGRAMME (séances individuelles et/ou collectives, nombre de jours ou demi-journées...):

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

_ Utilisez-vous des outils pédagogiques spécifiques : **OUI** **NON**

Si, oui, lesquels ?.....

.....
.....

VALIDATION DU PROGRAMME PAR L'ARS

_ Ce programme a-t-il été soumis à votre ARS, pour autorisation ? : **OUI** **NON**

_ Si oui, a-t-il été autorisé ? : **OUI** **NON**

_ Si non, avez-vous l'intention de le soumettre à nouveau ? : **OUI** **NON**

_ Si vous ne l'avez pas encore soumis, avez-vous l'intention de le faire ? : **OUI** **NON**

.....

- Merci

ANNEXE 4

Synthèse des différents programmes de même thématique

Motif d'intervention : Prévention des chutes	
Caractéristiques	Synthèse
Nb de retours / Nombre de programmes	26 retours / 28
Les 11 régions concernées. Nb de programmes/région concernée	Lille-Nord Pas-de-Calais: 3. Alsace : 1. Rhône-Alpes: 5. Pays de la Loire: 2. Aquitaine: 4. Limousin : 1. Midi-Pyrénées : 3 Languedoc-Roussillon: 3. Ile-de-France : 2. Haute-Normandie: 1. PACA: 1
Structures	7 types d'établissements : 13 CH, 7 CHU/APHP, 3 cliniques, 2 ESPIC, 1 EHPAD, 1 réseau, 1 centre médical
Services et/ou Pôles	23 renseignés/26, 1 ND
Intitulé du programme d'ETP. Mots-clefs et leur fréquence de citation	Chute* : 25, Age* (>75/>65 ans) : 14, ETP et programme : 8, Tomber : 3, Equilibre: 3. Association de 2 mots-clefs dont l'un est chute et l'autre est : Polypathologie : 2, Alzheimer : 2, perte d'autonomie : 1, Plurifactorielle : 1, Multidisciplinaire : 1, à risque de fracture : 1.
Professionnels impliqués, leur nombre total/26 Programmes	18 disciplines. 167/26 programmes (3 à 10 disciplines /programme), (4 à 10 dans les programmes autorisés)
Les professionnels le plus souvent impliqués par catégorie en nombre de fois	Médecins 26/26. Ergothérapeutes 21/26. Kinésithérapeutes 20/26.
Professionnels moins souvent impliqués	IDE : 15. Diététicienne : 14. Psychologue : 13. Aide-soignante : 11. APA : 9. Assistant social : 8. Psychomotricienne : 7. Cadre : 7. Pharmacien : 6.
Professionnels exceptionnellement impliqués (au plus 2 fois)	Podologue. Animatrice. Sophrologue, Qualiticien (1), Neuropsychologue (1) (+ 2 Secrétaires)
PATHOLOGIE(S) OU CONDITION(S) d'inclusion par nombre de programmes recensés	10 conditions identifiées. PÂ ou hospitalisée dans un service de gériatrie : 9. Troubles cognitifs n'empêchant pas l'adhésion : 7. Avoir une maladie chronique ou plusieurs : 6. Syndrome post chute/peur de chuter : 4. les bénéficiaires proviennent de services gériatriques précis : 4. Trouble d'équilibre : 3. Autonome et retour à domicile/vivant à domicile : 3. Fracture/Ostéoporose : 2. Maladie d'Alzheimer et apparentée : 2. La présence de l'aidant : 1.
Lieu de l'ETP/ Pour les patients hospitalisés ou ambulatoires	Patients ambulatoires : 17, patients hospitalisés (2) OU EHPAD (1): 3, ND :6
Objectif : prévention et prise de conscience de ses propres facteurs de risque de chute et les items les plus fréquemment cités	Alimentation adaptée. Renforcement musculaire/Activité physique adaptée. Prévenir les dangers du domicile. Connaître les risques de la polymédication/psychotropes

Objectif : reprise d'autonomie et ses items les plus cités	Avoir des stratégies personnelles/compétences d'adaptation. Réassurer le patient et les aidants/confiance. Savoir donner l'alerte. Maintenir son équilibre. Se relever du sol. Connaître les moyens matériels existants. Bon chaussage
Nb total des bénéficiaires 2012/2013 /2014 et nb de programmes recensés	223/8 en 2012 ; 324/10 en 2013 ; 695/14 en 2014
Nb de ceux âgés de plus de 65 ans 2012/2013/2014 et Nb de programmes recensés	59/2 en 2012 ; 120/5 en 2013 ; 227/9 en 2014
Nb de ceux âgés de plus de 75 ans 2012/2013/2014 et Nb de programmes recensés	137/5 en 2012; 193/6 en 2013; 459/10 en 2014
L'âge de la population cible	
Nb de programmes dont la cible a + de 75ans	14
Nombre de programmes dont la cible a + de 65ans	4
Nb de programmes dont la cible a + de 60 ans	3
Nb territoires de santé	22
Dans contenu, autres items que la kinésithérapie et APA (Activité Physique Adaptée) et leur fréquence de citation dans les programmes	Médicaments "chuteurs": 11 fois. Risque et dénutrition : 9. Risques au domicile : 8. Pied et chaussage : 4. Psychologue/que signifie la chute pour moi : 4. Ostéoporose/Risque de fracture : 3. Risques environnementaux : 3. Matériel de prévention des chutes: 2. Cognition: 1. Bilan social: 1
Nb de programmes qu'avec des séances individuelles (Hormis le diagnostic éducatif)	1
Nb de programmes qu'avec des séances collectives	16 programmes
Nb de programmes avec des séances collectives et individuelles	9 dont 22 comprennent une séance de visite à domicile
Durée d'une séance collective	De 1 à 2h15 min
Durée d'une séance individuelle	De 20 à 90 min
Durée totale du programme.	De 4 à 24h
Intervalle entre les séances / fréquence	1fois/J (I) à 1/3 semaines (K)
Utilisation d'outils pédagogiques spécifiques	23
Non Utilisation d'outils pédagogiques spécifiques	3
Outils pédagogiques spécifiques	Photo-langages/ Photo-expressions sont utilisés 1 fois sur 2. NINON, Diaporama/Power Point, Livret/Guide/Brochure, jeu Perkichute sont utilisés dans 1/5 à 1/6

Motif d'intervention : Démences

Caractéristiques des programmes	Synthèse
Nb de retours/Nb de programmes:	12/13
Région	1 programme/région : Alsace, Aquitaine, Haute-Normandie, PACA, Poitou Charente. 2 programmes en Languedoc-Roussillon. 5 programmes en Île-de-France (1 programme sans retour d'enquête d'Île-de-France, 1 de Champagne-Ardenne arrêté définitivement).
Structure	7 CHU + 5 CH + 1Clinique
Services et/ou Pôles	7 renseignés /12, 5 ND
Intitulé du programme et mots-clefs	Entourage /des proches /aidants familiaux associé à : maladie d'Alzheimer ou apparentée, patients atteints de troubles cognitifs, vivant à domicile, en psychogériatrie
En ambulatoire ou en hospitalisation	Aidants (ambulatoire)
Nb de professions. Nb de disciplines/ programme et au total. Les professionnels le plus souvent impliqués	63 professionnels. 3 à 8 disciplines /programme. 14 disciplines au total. Les médecins sont les plus impliqués 12/12 (omis une fois)
Et professionnels moins souvent impliqués	Les psychologues sont présent 9/12, les assistante-sociales et les IDE sont impliqués 8/12, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les neuropsychologues : 4/12 Les diététiciens et les cadres de santé : 3/12
Des professionnels exceptionnellement impliqués (>2 fois)	Les psychomotriciens, les aides-soignants et les kinésithérapeutes: 2/12, Les pharmaciens et les aides médico-psychologiques le sont 1/12.
Les conditions de prise en charge	Démence : citée 12/12. Aidant naturel cité 5 fois. Le diagnostic posé récemment ou la maladie déjà installée: cité 5 fois. Un lieu d'hospitalisation est exigé et/ou une vie menée à domicile: 3/12. Âgé: cité 3 fois. Capable de suivre le programme: 1/12.
ETP en ambulatoire ou pour les hospitalisés	La majorité (quasiment tous) pour aidants
Les objectifs du programme	1 Connaître la maladie, les troubles du comportement. 2 Anticiper: a:Connaître les aides, les réseaux et les démarches sociales existantes, en faire appel. b:agir en situation critique c:Actions pour éviter l'épuisement de l'aidant: Sortir de l'isolement, prendre conscience des ressources externes (échanges avec les autres aidants participants) et internes, techniques simples de détente. Action de soutien et de prévention. d:environnement/Aménager le domicile Retarder l'institution et améliorer la qualité de vie. (Particularité: 1 programme prend en charge la chute et la dénutrition des patients+ et aide les aidants dans la prise en charge des troubles du comportement)

Le nombre total des bénéficiaires/ programme recensé en 2012/2013/2014	218/9 programmes en 2012. 66/ 4 programmes en 2013. 43/4 programmes en 2014. (2 programmes débuteront en 2015)
Le nombre de bénéficiaires âgés de plus de 65 ans	Aidants
Le nombre de bénéficiaires âgés de plus de 75 ans	Aidants
Âge de la population cible	Aidants
Nb de territoires de santé	13
Contenu du programme	1 Connaitre la maladie, les troubles du comportement. 2 Anticiper: A : Connaître les aides, les réseaux et les démarches sociales existantes, en faire appel B : Agir en situation critique C : Actions pour éviter l'épuisement de l'aidant : Sortir de l'isolement, prendre conscience des ressources externes (échanges avec les autres aidants participants) et internes, techniques simples de détente. Action de soutien et de prévention. D : Environnement/Aménager le domicile Retarder l'institution et améliorer la qualité de vie.
Séances individuelles uniquement	Absentes
Séances collectives et ou mixtes	7 programmes n'ont que des séances collectives, leur nombre varie de 4 à 8. 5 programmes ont des séances collectives et des séances individuelles ; le nombre des séances collectives varie de 2 à 6 et celui des individuelles varie de 1 à 6, certains se font en entretien téléphonique. La durée des séances varie de 1h à 3 h.
Utilisation des outils	Dans 8 programmes
La non utilisation des outils	Dans 4 programmes
Les outils pédagogiques spécifiques	Divers

Motif d'intervention : Diabète

Caractéristiques	SYNTHESE
Nb de retours/Nombre de programmes	11/11 (19 reçus)
Région	8 régions. 1 programme/région : Aquitaine, Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées et Picardie. 2 programmes en Alsace. 3 programmes en Île-de-France
Structure	6 structures: 4 CH, 4 cliniques, 1 EPCI, 1 service de prévention et promotion des actions en santé de la CARMI, 1 réseau de santé
Services et/ou Pôles	4 programmes renseignés /9, 5ND
INTITULE DU PROGRAMME D'ETP / Dans synthèse : mots-clefs par nombre de programmes recensés	Diabète2 : 6/12, ETP : 5/12 "Âgé + vieillir": 4/12, relation avec un espace (région, zone rural, interne) : 3/12, diabète insulino-requérant : 1/12, anti diabétiques oraux : 1/12
Professionnels impliqués dans le programme. Nb de disciplines différentes. Nb de disciplines (professions) par programme	50 professionnels si on comptabilise un professionnel par discipline. 11 disciplines différentes. 3 à 6 professionnels par programme
Professionnels les plus impliqués dans le programme	11 médecins, 11 IDE, 10 diététiciens
Professionnels moins fréquemment impliqués dans le programme	Pharmaciens 5/11, psychologues 3/11 et les kinésithérapeutes 3/11. aides-soignantes 2/11 et les podologues 2/11
Professionnels exceptionnellement impliqués dans le programme	Ceux qui sont représentés au plus 1 fois, sont : les PAPA, les ergothérapeutes, les cadres de santé
PATHOLOGIE(S) OU CONDITION(S) d'inclusion par nombre de programmes recensés	Âgé: 4, Diabète 2 : 9, Diabète 1 : 2, Diabète : 2, Diabète 2 insulino-requérant: 1, Antidiabétiques oraux: 2, Aidant obligatoire si troubles cognitifs:5, ou si barrière de langue : 1, Autonome : 1, Retour à domicile : 1
En ambulatoire ou pour les hospitalisés/	Ambulatoire: 3, En interne: 1 (?), ND : 7/9 programmes pour les patients ambulatoires et aidants. 1 programme pour les patients de l'EHPAD et du CH
OBJECTIF(S) DU PROGRAMME : (Compétences, objectifs)	Les objectifs les plus fréquents : Améliorer les connaissances : >5. Autonomie et prise en charge globale : > 5. Améliorer les savoir-faire en lien avec la maladie :> 3. Savoir agir en situation aigües : >3. Renforcer la prise en charge pluri-professionnelle : > 2. Autonomie du patient dans son environnement :> 2. Améliorer la qualité de vie : > 2

Nb total des bénéficiaires 2012/2013/2014 et nombre de programmes recensés	67/2 programmes en 2012 ; 260/5 programmes en 2013 ; 299/8 programmes en 2014
Nombre de ceux âgés de plus de 65 ans 2012/2013/2014 et nombre de programmes recensés	ND/9 programmes en 2012 - 183/3 programmes en 2013 - 181/6 programmes en 2014
Nombre de ceux âgés de plus de 75 ans 2012/2013/2014 et nombre de programmes recensés	ND/9 programmes en 2012 - 11/2 programmes en 2013 - 73/5 programmes en 2014
L'âge de la population cible	ND à 4 reprises: mais à 2 reprises les hébergements sont gériatriques (N°5 et 3), 1 fois les bénéficiaires comptabilisés ont tous plus de 65 ans et la structure est gériatrique (N°4), Une fois c'est une condition d'inclusion (N°7). De 55 à 99 ans cité une fois mais l'établissement est gériatrique (N°8).>60 ans mais la structure est gériatrique (N°11). Dans l'intitulé: >70 ans (9)
Territoire(s) de santé	14 (copié de la cartographie)
CONTENU	Que des séances collectives dans 4 programmes. Que des séances individuelles dans 2 programmes. Des Séances collectives et individuelles dans 2 programmes. Les types de séances n'ont pas été déterminés dans 3 programmes. Les Thèmes qui sont les plus abordés: ceux de l'alimentation, de l'activité physique, auto surveillance et les techniques de contrôle glycémiques, les soins de pieds et les risques, c'est quoi le diabète, ...
CONTENU (séances individuelles)	
CONTENU (séances collectives)	
Utilisation d'outils pédagogiques	10 programmes
La non utilisation d'outils pédagogiques	1 ND
Les outils pédagogiques spécifiques	Outils divers.

Motif d'intervention : Poly pathologie/OMAGE

Caractéristiques	Synthèse
Nb de retours/Nb de programmes	6 programmes / 8
Les Régions/nombre de programmes attribués	6 programmes dans 4 régions. 2 en Midi-Pyrénées, 2 en Île-de-France, 1 en Aquitaine, 1 en Bourgogne (+ 2 non-retours de Bourgogne)
Structures	3 : CHU / APHP, 5 cliniques
Services et/ou Pôles	4 programmes renseigné/6, 2ND
Mots-clés et intitulé du programme	âgés poly pathologiques, OMAGE
Nb total de professionnels par l'ensemble des disciplines/nombre total des programmes. Les professionnels le plus souvent impliqués	39 professionnels de 13 disciplines différentes étaient investis dans les 6 programmes. Le nb de professionnels par programme varie de 2 à 10 médecin : 6/6 IDE : 6/6
Professionnels moins souvent impliqués	Assistante-sociale : 5/6, Aide-soignant : 3/6 Kinésithérapeute : 3/6, Ergothérapeute : 3/6 Psychologue : 3/6, Diététicienne : 3/6 Pharmacien : 3/6
Professionnels exceptionnellement impliqués	Educateur sportif : 1/6, Neuropsychologue : 1/6 Psychomotricienne : 1/6, Orthophoniste : 1/6
Les conditions de prise en charge	Poly pathologie : 3/6, Âgé et/ou âge > à 65 et 75 ans : 3/6, Poly-médication : 2/6, cognition satisfaisante ou MMSE > 20 : 2/6, condition concernant le lieu de vie (à domicile) : 1/6, HTA : 1/6
En ambulatoire ou en hospitalisation. / Pour les patients ambulatoires ou hospitalisés	Ambulatoire : 2, en hospitalisation : 3, ND : 1 mais en faveur des ambulatoires après un début en hospitalisation (information tiré du livre du Pr JF d'Ivernois)
Les objectifs du programme	Divers, mais : [traitement cité 4 fois, Equilibrer son alimentation cité 2 X, activité physique adaptée et régulière cité 2 X, prévention des chutes cité 1 fois
Nombre total des bénéficiaires 2012/2013/2014	236/2 programmes en 2012 ; 103 à 138 /3 programmes en 2014.
Nombre de ceux âgés de plus de 65 ans 2012/2013/2014	10 à 17 en 2014.
Nombre de ceux âgés de plus de 75 ans 2012/2013/2014	236/en 2012 ; 93 à 121/en 2014
Populations cibles	>75 ans : 5 fois et > 65 ans : 1 fois

Les territoires	6 territoires
Séances individuelles	Séances individuelles uniquement dans 1 programme /7 Séances individuelles associées aux collectives dans 3 programmes /7 Le nombre d'ateliers individuels varie de 2 à 5
Séances collectives	Séances collectives uniquement dans 2 programmes/7 ; le nombre d'ateliers collectifs variaient de 2 à 7. Chute : 3/7, Diététique : 3/7, Médication : 2/7, Stimulation cognitive : 2/7. Autres items rares : sport, diabète, sommeil, anxiété
Utilisation des outils	5/6
La non utilisation des outils	1/6
Les outils pédagogiques spécifiques	Outils Type pour programmes OMAGE

Motif d'intervention : Prévention de la dénutrition

Caractéristiques du programme	Synthèse
Nb de retours/Nombre de programme	7 programmes /8
Régions	4 régions. 3 programmes en Aquitaine, 2 en Île-de-France, 1 en Rhône-Alpes, et 1 en Languedoc-Roussillon
STRUCTURES	1 CHU, 4 CH, 2 cliniques, 1 réseau
Services et/ou Pôles	6 programmes renseignés/6
Mots-clés et intitulé du programme	"Nutrition" retrouvé 7/7. Âgé retrouvé 4/7
Nb total des professionnels/ Nb de disciplines. Nb de disciplines/programme	27 professionnels pour 9 disciplines. Le nombre de disciplines par programme varie de 3 à 5
Des professionnels le plus souvent impliqués	Médecins : 7/7, diététiciennes : 7/7
Des professionnelles moins souvent impliqués	IDE : 5/7, aides-soignants : 3/7
Des professionnelle exceptionnellement impliqués 1/7	Ergothérapeutes, kinésithérapeutes, pharmacienne, cadre, responsable d'hôtellerie
Les conditions prise en charge par les programmes	1- Être dénutri (critères de la HAS) ou à risque de l'être 7/7. 2- Retour à domicile fort probable 2/7. 3- Aidant 1/7
Ambulatoire ou non/ patients ambulatoires ou non	1 pour les ambulatoires, 4 pour les hospitalisés, 2 pour les ambulatoires et les hospitalisés
Les objectifs du programme	On note au moins 13 items principaux. Les objectifs sont variés et professionnels dépendant. Les objectifs répondent aux conditions (aidant, aidé)
Nb total des bénéficiaires 2012/2013/2014	28 en 2012, 87 en 2013, 131 en 2014.
Nb de ceux âgés de plus de 65 et < 75ans 2012/2013/2014	28 en 2012, 41 en 2013, 40 en 2014
Nb de ceux âgés de plus de 75 ans	ND en 2012; 46 en 2013; 91 en 2014
Populations cibles	Tous >65 ans, >75 ans à 4 reprises, > 70 ans à 2 reprises
Nb des territoires	7 (dont le non-retour)
Séances individuelles	À part le diagnostic éducatif, Il n'y a pas de séances individuelles sauf 1 fois sous proposition: 1/7
Le nombre de programme à séances mixtes ou que collectives/Le Nb d'ateliers collectifs et individuels	2 programmes à séances mixtes et 5 à séances collectives. Le nombre d'ateliers collectifs varient de 2 à 5 et celui des ateliers individuelles n'est pas déterminer, il est juste >1 et/ou à la demande
Séances collectives	Les items sont divers, les plus fréquents sont: "Ce qu'est la dénutrition/ lutter contre la dénutrition" et "l'équilibre alimentaire".
Utilisation des outils	7/7
Les outils pédagogiques spécifiques	Divers

Motif d'intervention : ANTICOAGULANTS (AVK)

Caractéristiques des programmes	SYNTHESE
Nb de retours/Nombre de programmes	3 programmes/3
Région	2 régions : Ile-de-Fr, Nord-Pas-de-Calais
Structure	2 structures : 2 CHU + 1 CH
Services et/ ou Pôles	2 programmes renseignés/ 3, 1 ND
INTITULE DU PROGR D'ETP :	«AVK» et «anticoagulant oraux» : 3/3. «Âgés», « octogénaire »: 2/3. Poly pathologie » : 1/2 programmes concernés
PROFESSIONNELS IMPLIQUES	11 professionnels et 5 disciplines : gériatre, infirmière, biologiste, pharmacienne, aide de santé. 3 à 4 professionnels par programme
Professionnels le plus souvent impliqués	Médecins : 3, IDE: 3, pharmacien : 3,
Professionnels les moins souvent impliqués	Biologiste : 1, aide de santé : 1
Professionnels exceptionnellement impliqués	0
PATHOLOGIE(S) OU CONDITION(S) d'inclusion	Traitement par AVK : 3/3, (par anticoagulants : 1/3 mais c'est surtout des AVK) Aidant si trouble cognitifs et/ ou barrière de langue, et/ou troubles visuels et/ ou t auditifs: 1/3
En ambulatoire ou en hospitalisation	ambulatoire: 0, en hospitalisation: 2, ND: 1
OBJECTIF(S) DU PROGRAMME :	Semblables. Dans 1 (2) programme (s), les compétences sont annoncées. Dans 1 programme, ces mêmes compétences sont déclinées en objectif. 1) Connaître et s'expliquer le traitement par AVK 2) Transmettre l'information 3) Réagir aux signes d'alerte 4) Réagir aux situations à risque hémorragiques ou de déstabilisation de l'AVK. 5) Gérer son traitement
Nombre total des bénéficiaires 2012/2013/2014	146 en 2012 / ND /ND
Nombre de ceux âgés de plus de 65 ans	0
Nombre de ceux âgés de plus de 75 ans	146 en 2012 / ND/ ND
L'âge de la population cible	>75 ans (>70ans et >85ans)
Nb des territoire(s) de santé	3
CONTENU DU PROGRAMME :	2 programme avec des séances individuelles et des collectives, 1 programme avec des séances individuelles
CONTENU (séance individuelles)	2 à 4 séances individuelles dont 1 à 2 séances de diagnostic éducatif. 1 seule contenu détaillé
CONTENU (séances collectives)	1 seule contenu détaillé
Utilisation d'outils pédagogiques	Dans 3 programmes /3
Lesquels	Divers

Motif d'intervention : Insuffisance cardiaque

Caractéristiques d'un programme	Synthèse
Nb de retours/Nombre de programme	2 retours /3
Région	Île-de-France : 2/2 (Île-de- France : non-retour)
Structure	2 CHU/APHP , 1CH
Services et/ou Pôles	1 programme renseigné/2 1ND
INTITULE DU PROGRAMME D'ETP et mot clefs	L'insuffisant cardiaque : 2/2. Senior, âgé : 2/2
PROFESSIONNELS (par discipline) IMPLIQUES	8 professionnels de 5 disciplines différentes, 4 professionnels/programme
Professionnels les plus impliqués	Médecin 2/2, infirmière 2/2, diététicienne 2/2,
Professionnels les moins impliqués	éducateur sportif 1/2 et kinésithérapeute 1/2
Professionnels exceptionnellement impliqués	0
PATHOLOGIE(S) OU CONDITION(S) :	1 Insuffisance cardiaque, 2 Âgé, 3 Aidant et troubles cognitifs, 4 Ne pas résider en maison de retraite, et/ou être hospitalisé en service de gériatrie aigue ou en SSR ou en ambulatoire
En ambulatoire ou en hôpital	Ambulatoire:2/2
OBJECTIF(S) DU PROGRAMME :	1 Être autonome, 2 Savoir à quoi sert chaque médicament de son traitement, 3 Que le patient soit capable de reconnaître les aliments riches en sels et d'être compliant. 4 Qu'il soit capable de reconnaître les signes d'alerte d'une non compliance au régime ou au traitement. 5 Comprendre l'intérêt de suivre un programme de pesée et savoir reconnaître les variations du poids nécessitant de revoir le traitement. énoncer en objectif majoritairement (à 3 exceptions près)
Nombre total de bénéficiaires en 2012/2013/2014 et nombre de programmes recensés	36 en 2012 ; 14 en 2013 ; 30 en 2014
Nombre de ceux qui ont>65 ans en 2012/2013/2014 et nombre de programmes recensés	36/ pour 1 programme en 2012
Nombre de ceux qui ont > 75 ans en 2012/2013/2014 et nombre de programmes recensés	ND/14/30
L'âge de la population cible. d'ETP	>65 ans : 1 fois, >75 ans : 1fois
Nb de territoire(s) de santé	3
CONTENU DU PROGRAMME	Séances collectives uniquement
Séances individuelles	Diagnostic éducatif uniquement
Séances collectives	Un seul programme est détaillé. Une séance collective avec la diététicienne pour le régime pauvre en sel est présente dans les 2 programmes.
Utilisation d'outils pédagogiques spécifiques :	(2 programmes/2)
Lesquels:	Divers

SUMMARY

Title: Current status of Therapeutic Patient Education geriatric programs in the French Metropolitan area from 2012 to 2014.

Context: Notwithstanding increasing focus on Therapeutic Patient Education (TPE) for elderly patients, no TPE survey on geriatric care has ever been carried out in France

Objective: The objective of this research was to gather information from all therapeutic educational (TE) geriatric programs on French national territory from 2012 to 2014.

Method: This prospective study consists of two units:

1. The first inquiry was in the form of an online questionnaire sent to the members of the Société Française de Gériatrie et Gérologie (SFGG) on the initiative of the SFGG focus group for TPE.
2. The second inquiry was a broader research of professional members of TPE geriatric programs. Focusing on TPE programs approved by the Agence Regionale de Santé (ARS), similar questionnaires were also sent to specific professionals.

Result: 80 therapeutic educational programs were studied, including:

- 25 programs based on the results of the first questionnaire of SFGG members
- 55 programs based on the results of the second inquiry

Under the previous division of French regions, 15 out of 21 implemented these programs; under the current regional divisions, this is now 10 out of 13.

The focus population resides in 46 of the 99 French ARS territories.

The main themes are: the prevention of potential falls, Alzheimer's disease, diabetes mellitus, the use of medication, and the prevention of malnourishment.

The vast majority of the programs target non-hospitalized patients (and their caregivers); a smaller proportion of programs target hospitalized patients, particularly those receiving follow up and occupational health care.

Conclusion: In spite of the fact that elderly patients who suffer from chronic illness would greatly benefit from TPE, the number of programs is far less than those of other medical fields.

Keywords: Therapeutic patient education for elderly patients, Therapeutic educational geriatric programs, old persons, census, cartography, SFGG, ARS.

AUTEUR : BENDIAB Sobh

Date de Soutenance : 28 février 2017

Titre de la Thèse : Etat des lieux des programmes d'éducation thérapeutique à caractère gériatrique en France hors DOM-TOM, de 2012 à 2014.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots-clés : Education thérapeutique des patients (ETP) âgés, programmes d'éducation thérapeutique des patients gériatriques, personne (sujet) âgée, recensement, cartographie, SFGG, ARS.

Résumé

Contexte: À l'heure où une réflexion est menée sur l'éducation thérapeutique des patients (ETP) âgés, aucun état des lieux de l'ETP portée par les services de gériatrie en France n'a été réalisé.

Objectif: L'objectif du travail était de dresser un état des lieux des programmes d'éducation thérapeutique (ET) gériatriques sur le territoire national de 2012 à 2014.

Méthode: Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée en deux temps :

- Une première enquête par questionnaire en ligne a été faite auprès des membres de la Société française de gérontologie et gériatrie (SFGG), à l'initiative du groupe ETP de la SFGG
- Une seconde enquête élargie à tous les professionnels impliqués dans les programmes d'ETP gériatriques en recherchant de manière systématique les programmes d'ETP autorisés sur les sites des Agences régionales de santé (ARS) et en adressant ensuite le même questionnaire aux porteurs identifiés.

Résultats: Quatre-vingt programmes d'éducation thérapeutique ont été recensés, dont:25 programmes recensés après les retours de la 1ère enquête auprès des membres de la SFGG, 55 autres programmes après les retours de la 2nd enquête. 15 régions sur 22 selon l'ancien découpage portent ces programmes. Selon le nouveau découpage, ils sont portés par 10 régions sur 13. La population cible réside sur 46 territoires de santé des ARS de France métropolitaine sur les 99 existant. Les thématiques principales sont la prévention des chutes, la maladie d'Alzheimer, le diabète, le médicament et la dénutrition. La plupart des programmes s'adressent à des patients (et leurs aidants) ambulatoires. Un plus petit nombre concerne des patients hospitalisés notamment en Soins de suite et de réadaptation (SSR).

Conclusion: Le nombre de programmes reste encore faible, en comparaison du nombre de programmes portés par les autres disciplines médicales, compte tenu du fait que la population âgée atteinte de maladies chroniques est très concernée par l'Education Thérapeutique des Patients.

Composition du Jury :

Président : M. le Pr Pierre Fontaine

Assesseurs : M. le Pr François PUISIEUX, M. le Dr Jean-François RAULT, M. le Pr Emmanuel DELAPORTE, M. le Pr Christophe BERKHOUT