

Description du programme «Mieux vivre avec une BPCO»

Traitement non médicamenteux
Education à l'autogestion

Plan

Le matériel d'éducation « Mieux vivre avec une BPCO »

Processus d'adaptation pour la Suisse romande:

- ▶ Pourquoi l'avoir adapté ?
- ▶ Comment ?
- ▶ Qui ?
- ▶ Coût ?

Concepts du programme:

- ▶ Les maladies chroniques
- ▶ Education à l'autogestion
- ▶ Le groupe

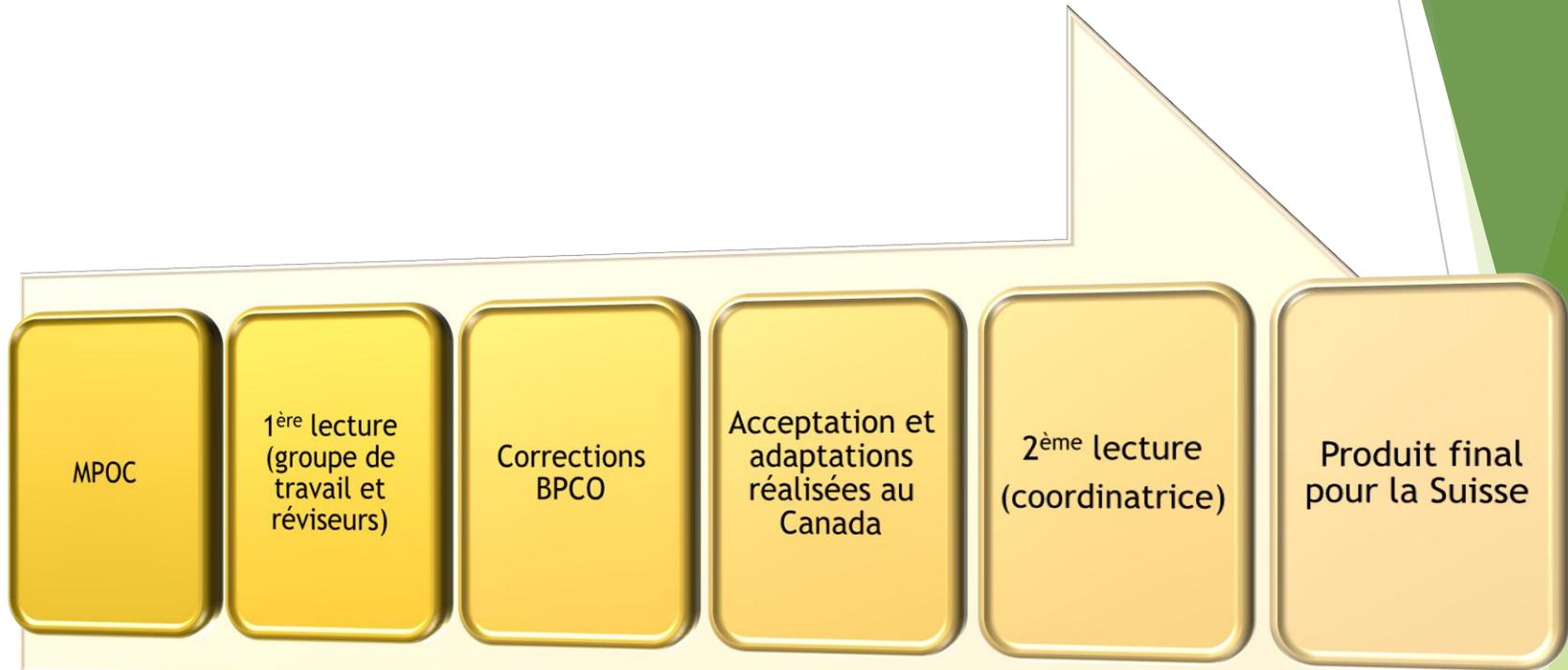
Le programme:

- ▶ Objectifs du programme
- ▶ Déroulement du programme
- ▶ Équipe du programme

Processus d'adaptation pour la Suisse romande: Pourquoi l'avoir adapté?

- ▶ Différence de culture entre la Suisse et le Canada
- ▶ Différence de langage....
- ▶ Différence des noms de médicaments, des habitudes concernant l'alimentation,...

Processus d'adaptation pour la Suisse romande: Comment ?



Processus d'adaptation pour la Suisse romande: Qui ?

Groupe de travail :

- ▶ Prof. Pierre-Olivier Bridevaux
- ▶ Dr Isabelle Frésard
- ▶ Karin Lörvall (physiothérapeute spécialisée en éducation du patient)
- ▶ Rachel Parmentier (infirmière spécialisée en éducation du patient)
- ▶ Prof. Isabelle Peytremann-Bridevaux

Les réviseurs des documents étaient:

- ▶ Dr Dan Adler
- ▶ Vincent Beytrison (pharmacien)
- ▶ Dr Christophe Brossard
- ▶ Dr Gregory Clark
- ▶ Dr Bernard Egger
- ▶ Myriam Ferrer (patiente)
- ▶ Prof. Jean-William Fitting
- ▶ Prof. Jean-Paul Janssens
- ▶ Tania Weng PhD, QualiCCare

Processus d'adaptation pour la Suisse romande: Coût ?

- ▶ Plus d'une année de travail avec les heures (des centaines...) d'adaptation des cahiers au Canada, mais sans compter celles des réviseurs
 - ▶ Coût des démarches entreprises au Canada
 - ▶ Coût d'impression
- **Coût du set** (7 cahiers + un « Plan d'action en cas d'exacerbation » + un « Plan d'action «Bougez plus...respirez mieux ») = **50 CHF**

Plan

Le matériel d'éducation « Mieux vivre avec une BPCO »

Processus d'adaptation pour la Suisse romande:

- ▶ Pourquoi l'avoir adapté ?
- ▶ Comment ?
- ▶ Qui ?
- ▶ Coût ?

Concepts du programme:

- ▶ Les maladies chroniques
- ▶ Education à l'autogestion
- ▶ Le groupe

Le programme:

- ▶ Objectifs du programme
- ▶ Déroulement du programme
- ▶ Équipe du programme

Le programme de soins intégrés: «Mieux vivre avec une BPCO»

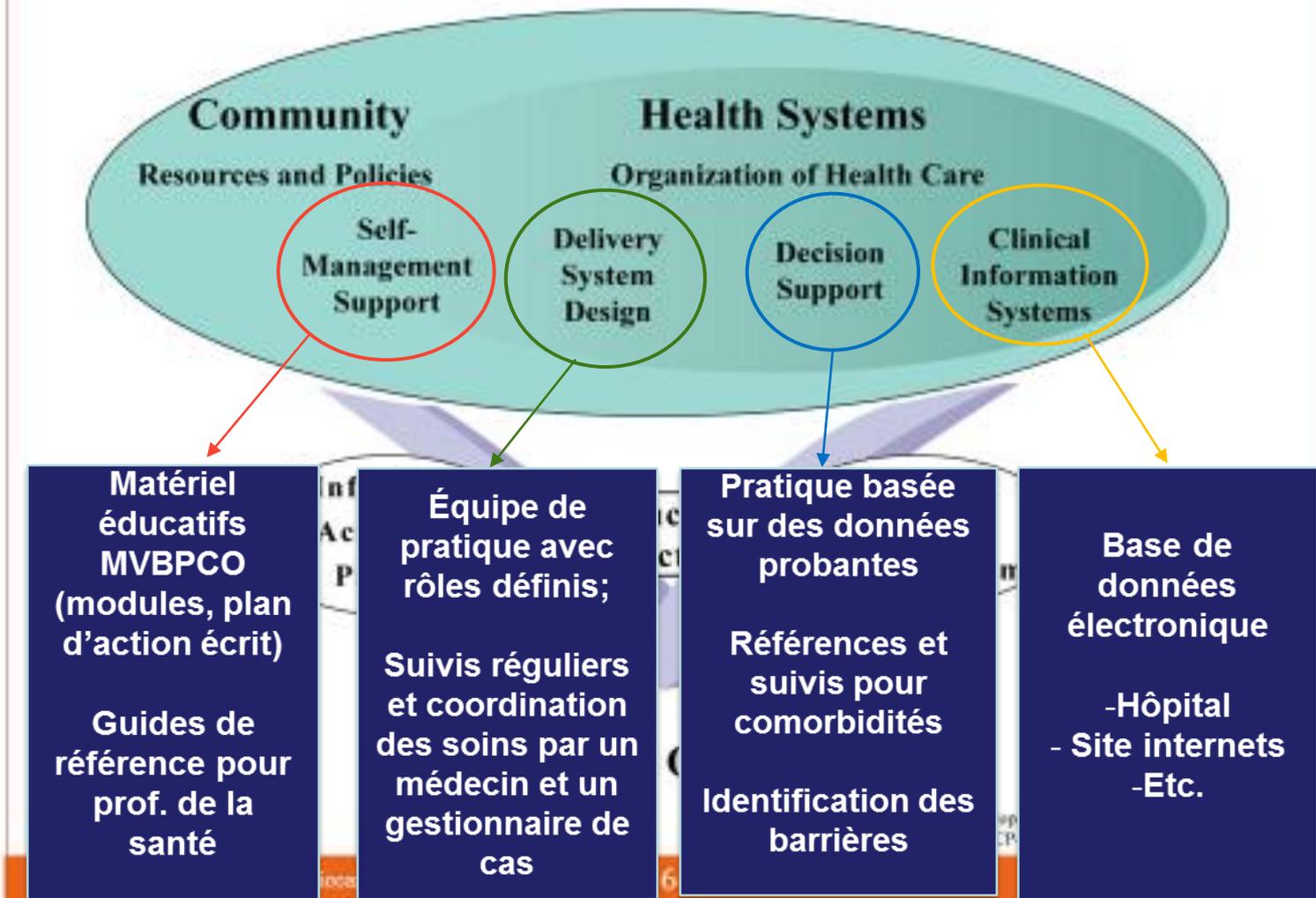
- ▶ Ce programme n'est pas seulement des outils et du matériel, c'est une approche de soins différentes, basée sur «the Chronic Care Model»

The Chronic Care Model



Developed by The MacColl Institute
© ACP-ASIM Journals and Books

The Chronic Care Model



Self-management

Auto-prise-en-charge

Modèle d'autogestion

= gestion de la maladie chronique

Actions de base
(ex: établir des objectifs)
Stratégies spécifiques
(ex: observance thérapeutique)

ATELIER - ENTRETIEN:
Acquisition de
connaissances
Augmente l'auto-
efficacité

Entraîne un/des
changement(s) de
comportement(s)

Réussir à adopter et
maintenir des
comportements de
santé adéquats

L'autogestion des soins désigne les tâches dont une personne doit s'acquitter pour bien vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques.

Cette approche exige la confiance et la capacité de gérer les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et psychologiques et les modifications du style de vie inhérents au fait de vivre avec une maladie chronique. La personne doit résoudre des problèmes, prendre des décisions éclairées touchant ses soins, savoir trouver les services de soutien dont elle a besoin et solliciter l'expertise et l'intervention de professionnels.

Lorig KR, Chronic Disease Self-Management. A model for Tertiary Prevention.
American Behavioral Scientist 1996

Fondements de l'autogestion

Identification du problème de santé

Accès à l'information via
des professionnels de santé

Education pour la santé

Planification des actions visant à résoudre les
problèmes = **AUTOGESTION**

Connaissance et accès au réseau de soins - Changement de
comportement de santé - Confiance en soi et en sa capacité
à prendre des initiatives - **Environnement favorable pour
l'engagement et le maintien de ces comportements de
santé!!**

Fondements de l'autogestion

Identification du problème de santé

1^{ère} VISITE

Accès à l'information via
des professionnels de santé

COORDINATION AVEC
LES DIVERS
INTERVENANTS DU
SYSTÈME DE SANTE

Education pour la santé

ATELIERS!

Planification des actions visant à résoudre les
problèmes = AUTOGESTION

OBJECTIFS
PARTAGES

Connaissance et accès au réseau de soins - Changement de
comportement de santé - Confiance en soi et en sa capacité
à prendre des initiatives - Environnement favorable pour
l'engagement et le maintien de ces comportements de
santé!!

SUIVI
TELEPHONIQUE

Autogestion et soutien à l'autogestion

- ▶ Coaching par téléphone en lien avec le comportement de santé, le bien-être émotionnel, acquisition de nouvelles compétences,...
- ▶ Cours «spécifique» individuel ou en groupe, ex: tabacologue.
- ▶ Suivi sur le long terme++ = objectifs partagé avec le patient et ses soignants (médecin de famille, pneumologue, physiothérapeute, infirmière,)
- ▶ Evaluation régulière = confère de la valeur

= Accompagnement d'un patient souffrant d'une maladie chronique, qui, par définition, ne se guérit pas!

Comportements sains favorisant l'autogestion de la BPCO



Cesser de fumer



Faire de l'exercice régulièrement



Bien prendre ses médicaments



Avoir de bonnes nuits de sommeil



Adopter une alimentation saine



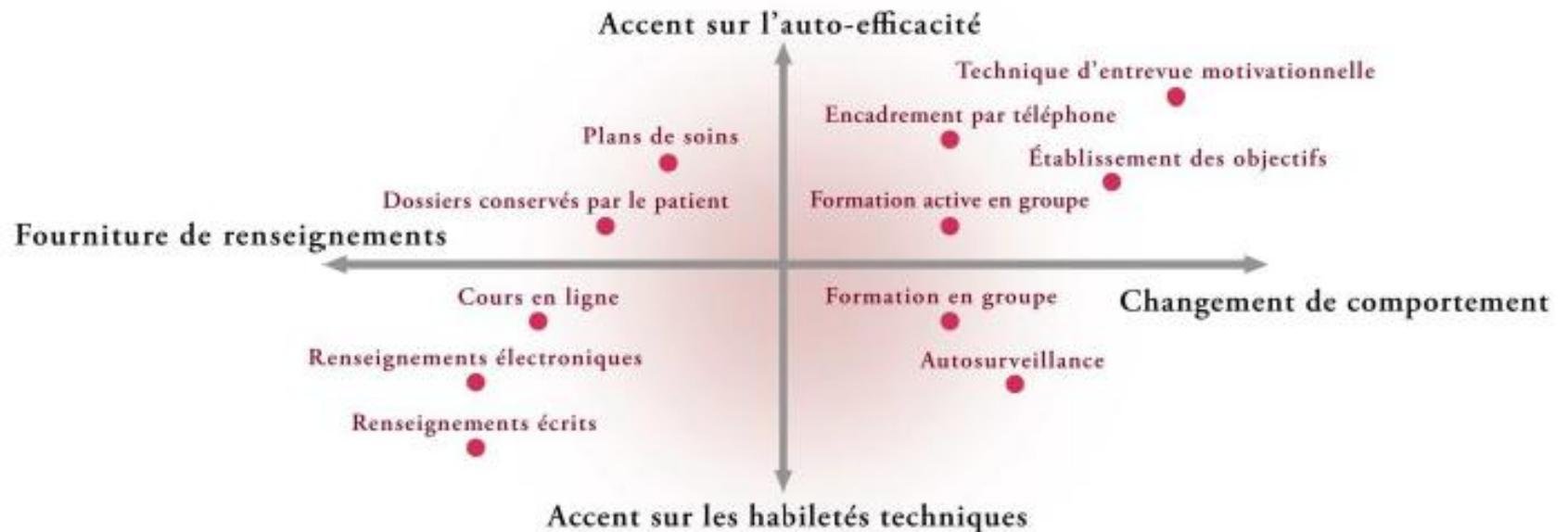
Planifier des loisirs et voyager



Avoir une vie sexuelle satisfaisante

Un modèle national de services de la santé (Health Foundation, 2011), qui démontre un continuum de stratégies positives pour appuyer l'autogestion, a aussi servi (consulter la figure 1).

Figure 1 : Continuum des stratégies de soutien de l'autogestion



Education en groupe

- ▶ Défini comme un regroupement de personnes ayant des intérêts et des objectifs communs.
- ▶ Fonctionnement du groupe selon les principes d'éducation thérapeutique, mais également selon les principes de dynamique de groupe.
- ▶ Éducateur formé, car il joue un rôle prépondérant dans la qualité du déroulement de l'atelier: organiser, planifier, animer, gérer le dynamisme,...
- ▶ 6 à 12 participants: qualité de discussion, chacun peut s'exprimer, favorise l'attention,...

Le groupe...

- ▶ Effet dynamisant
- ▶ Positif de voir d'autres personnes avec la BPCO (maladie qui mène souvent à l'isolement social)
- ▶ Partage de soucis similaires
- ▶ La dynamique du groupe comme facilitateur pour faire passer un message ou un comportement (stop tabac, apprentissage d'O2 p ex)
- ▶ Apprentissage par les pairs (très fort)

Avis de patients...

Bon, euh,...je m'excuse déjà, mais aujourd'hui je pourrai pas rester... (paroles d'un patient qui est resté à chaque atelier!)

Mon médecin va être content, car cette fois j'ai compris comme c'est important de faire de l'activité physique.

Ça fait du bien de partager avec des personnes qui souffrent de la même chose que moi...

J'ose enfin expliquer à ma famille de quoi je souffre.

Je suis content de savoir que quand je fais mon jardin, je fais de l'activité physique...

J'ai l'impression de mieux gérer mes états d'âme, depuis que je mets en pratique « les lèvres pincées » que j'ai appris au cours! (patiente en instance de divorce)

Plan

Le matériel d'éducation « Mieux vivre avec une BPCO »

Processus d'adaptation pour la Suisse romande:

- ▶ Pourquoi l'avoir adapté ?
- ▶ Comment ?
- ▶ Qui ?
- ▶ Coût ?

Concepts du programme:

- ▶ Les maladies chroniques
- ▶ Education à l'autogestion
- ▶ Le groupe

Le programme:

- ▶ Objectifs du programme
- ▶ Déroulement du programme
- ▶ Équipe du programme

Objectifs du programme « Mieux vivre avec une BPCO »

► Aider la personne atteinte d'une BPCO et son entourage :

1. à être plus autonome
2. à adopter et maintenir un style de vie sain
3. à prévenir, reconnaître et gérer les exacerbations

➔ à optimiser sa qualité de vie

Déroulement du programme (1)

1. Entretien d'entrée :

- ▶ Repérer les croyances de santé de la BPCO
- ▶ Estimer la compréhension
 - ▶ du traitement médicamenteux et non médicamenteux
 - ▶ des exacerbations
 - ▶ de l'impact de la BPCO sur la vie quotidienne
- ▶ Évaluer les besoins du patient dans son quotidien: connaissance de la maladie, rapport avec le tabac, activité physique...
- ▶ Créer la relation animateur-patient

2. Ateliers : 2 heures environ, 1x/semaine, durant 6 semaines

Déroulement du programme (2)

3. Préparation du « Plan d'action en cas d'exacerbation » écrit avec le pneumologue

4. Entretien de fin des ateliers :
 - ▶ Faire avec le patient un plan d'action pour la vie quotidienne « Bougez plus... respirez mieux »
 - ▶ Expliquer et faire avec le patient le « Plan d'action en cas d'exacerbation » par écrit ou discuter comment il doit faire en cas d'exacerbation s'il n'a pas de Plan d'action.
 - ▶ Promouvoir le réentraînement à l'effort, la cessation tabagique et l'autogestion
 - ➔ *technique de dialogue avec un style de communication motivationnel (Rollnick & Miller)*

Déroulement du programme (3)

5. Suivi téléphonique structuré

- fait par une personne ayant reçu une formation adaptée
- sous supervision médicale
- 6 à 8x/an

⇒ Hotline sur les heures ouvrables

6. Visite de fin de programme à 12 mois

L'équipe pour animer les ateliers

- ▶ Pneumologue responsable, présent au 1^{er} et dernier atelier :
 - ✓ Impliqué
 - ✓ Motivé
 - ✓ Convaincu du programme

- ▶ Autres professionnels de la santé, spécialisés en soins respiratoires :
 - ✓ infirmière, pharmacien, physiothérapeute, APA, ergothérapeute, ...

=> Une personne de l'équipe formée en éducation du patient chronique, au minimum.

Merci pour votre attention...

Rachel Parmentier

avril 16

27