

EDUCATION THERAPEUTIQUE

C.OLLIVIER

Chu caen

29 06 2009

Pourquoi ce partenariat ?

- THESE en 2007 a démontré
 - Intérêt d'identifier la compréhension du patient sur son traitement
 - Intérêt d'un suivi au long cours sinon perte des connaissances
- D'où idée de la place du pharmacien d'officine : acteur de santé vu tous les mois

EDUCATION THERAPEUTIQUE

état des lieux

- A ce jour : éducation thérapeutique revêt des aspects multiples, non formalisés et non coordonnées
 - Information mais elle ne prend pas en compte les représentations de santé du patient et ne rend pas le patient acteur de sa santé
 - Conseil
 - Délivrance de documents
 - Etc.....

Education thérapeutique

- Définition OMS :
 - « Vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »
 - Fait partie intégrante de la prise en charge du patient
 - But est de les aider à comprendre leur maladie et leur traitement pour maintenir et améliorer leur qualité de vie

Education thérapeutique

- Adaptée à chaque personne
- Sous entend la mise en place d'un diagnostic éducatif (groupe multidisciplinaire)
- Puis établissement d'un contrat avec le patient avec mise en place d'activités thérapeutiques structurées
- Et évaluation des connaissances
- BUT
 - rendre la patient compétent vis à vis de sa pathologie
 - maintenir , améliorer son état de santé

Education therapeutique

- LOI HPST
 - ETP s'inscrit dans le parcours de soin du patient
 - A pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualite de vie
 - Action d'accompagnement

Consultation thérapeutique

- Objectif
 - Faire le bilan des problèmes rencontrés par les patients
 - Aider le patient à résoudre ses problèmes
- Le but est donc
 - de communiquer
 - de récupérer des informations auprès du patient
 - de définir un objectif mesurable avec lui
- Mais attention le patient a un droit de décision

Consultation thérapeutique

- 3 stades dans entretien :
 - Ce que la patient sait : « le savoir »
 - Questions ouvertes : pour récupérer les informations sur ce qu'ils ont compris
 - COMMENT ET NON PAS POURQUOI car patient risque de se bloquer
 - Ce que le patient fait : « le savoir faire »
 - Que peut il faire avec ses connaissances
 - Comment met il en œuvre son traitement
 - » Comment prenez vous vos traitements
 - Ce que le patient vit et veut : « le vouloir »
 - quelle est la motivation du patient : rejet ? ses enfants ? la peur de repartir en dialyse

Education thérapeutique

Dans entretien éducatif

- Evaluer le savoir
- Evaluer le savoir faire
- Evaluer le vouloir

QUESTIONNAIRE

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Date de greffe :

Date du jour :

• Aujourd'hui, venez-vous :

☐ Seul

☐ Accompagné de votre conjoint(e)

☐ Accompagné d'une autre personne (parents, amis...)

• En général, qui prépare vos médicaments?

☐ Vous même

☐ Votre conjoint(e) ou un autre membre de votre famille

☐ Une infirmière

☐ Autre:

QUESTIONNAIRE

1) Si vous êtes d'accord, je vous propose que nous relisions ensemble votre ordonnance afin d'identifier vos médicaments

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

Parmi tous vos médicaments quels sont ceux

- qui vous semblent les plus importants
- qui sont contre le rejet de votre greffe

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

QUESTIONNAIRE

2) Pensez-vous qu'un jour vous pourrez arrêter :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - NEORAL/ PROGRAF/ADVAGRAF ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| - RAPAMUNE/ CERTICAN ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| - CELLCEPT/ MYFORTIC ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| - CORTANCYL ? | ☐ OUI | ☐ NON |

- La prise de vos médicaments anti-rejets, est-elle contraignante pour vous ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, pour quelles raisons ?.....
- Eprenez-vous des difficultés à respecter ces horaires de prises ? ☐ OUI ☐ NON
Quelle horaire de prise vous est la plus difficile à respecter

QUESTIONNAIRE

3) A quelles heures prenez vous vos traitements ?

4) Les prenez vous lors de vos repas ou en dehors de vos repas ?

	Dose par jour	Heures			Repas			
		Matin	Midi	Soir	Avant	Pendant	Après	A distance
NEORAL [®] (cyclosporine A)		..h..	..h..	..h..				
PROGRAF [®] (tacrolimus)		..h..	..h..	..h..				
ADVAGRAF [®] (tacrolimus LP)		..h..	..h..	..h..				
RAPAMUNE [®] (sirolimus)		..h..	..h..	..h..				
CERTICAN [®] (everolimus)		..h..	..h..	..h..				
CELLCEPT [®] (mycophénolate mofétil)		..h..	..h..	..h..				
MYFORTIC [®] (acide mycophénolique)		..h..	..h..	..h..				
CORTANCYL [®] (prednisone)		..h..	..h..	..h..				

QUESTIONNAIRE

- 5) Pouvez-vous boire du jus de pamplemousse ? ☐ OUI ☐ NON
- 6) Selon vous, l'oubli d'une prise de l'un de vos médicaments anti-rejets a-t-il de l'importance même si c'est exceptionnel ? ☐ OUI ☐ NON
- 7) Que faites vous quoi faire en cas d'oubli ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, que faites vous?

- ☐ Rien, vous attendez la prise suivante.
- ☐ Vous doublez la dose à la prochaine prise.
- ☐ Vous prenez la dose oubliée si l'oubli date de moins de 3h.
- ☐ Vous contactez votre médecin référent.

QUESTIONNAIRE

8) Connaissez-vous les principaux effets indésirables pour chacun de vos médicaments anti-rejets? ☐ OUI ☐ NON

a. Quel est celui qui peut être toxique pour votre rein ?

b. Quel est celui qui peut fréquemment donner des diarrhées ?

- Estimez-vous avoir été suffisamment informé par l'équipe médicale du service de néphrologie, sur les médicaments que vous prenez ?
 - ☐ Très satisfait
 - ☐ Satisfait
 - ☐ Moyennement satisfait
 - ☐ Insatisfait
- Pensez-vous que l'entretien avec votre pharmacien vous a permis de mieux comprendre votre traitement anti-rejet ? ☐ OUI ☐ NON

Questionnaire

Questionnaire

Questionnaire

Questionnaire

Questionnaire

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Date de greffe :

Date du jour :

• Aujourd'hui, venez-vous :

☐ Seul

☐ Accompagné de votre conjoint(e)

☐ Accompagné d'une autre personne (parents, amis...)

• En général, qui prépare vos médicaments?

☐ Vous même

☐ Votre conjoint(e) ou un autre membre de votre famille

☐ Une infirmière

1) a. Pouvez-vous citer vos traitements anti-rejets ?

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

2) b. Pensez-vous qu'un jour vous pourrez arrêter l'un d'entre eux ?

☐ OUI ☐ NON

Questionnaire

3) A quelles heures et dans quelles conditions alimentaires (repas) prenez vous ce traitement ?

	Dose par jour	Heures			Repas			
		Matin	Midi	Soir	Avant	Pendant	Après	A distance
NEORAL (ciclosporine)		..h..	..h ..	..h..				
PROGRAF (tacrolimus)		..h..	..h..	..h..				
ADVAGRAF (tacrolimusLP)		..h..	..h..	..h..				
RAPAMUNE (sirolimus)		..h..	..h..	..h..				
IMUREL (azathioprine)		..h..	..h..	..h..				
CELLCEPT (mycophénolate mofétil) ou MYFORTIC (acide mycophénolique)		..h..	..h..	..h..				
CORTANCYL (glucocorticoïdes)		..h..	..h..	..h..				

Questionnaire

4) Connaissez-vous les principaux effets indésirables pour chacun de ces médicaments ? ☐ OUI ☐ NON

a. Quel est celui qui peut être toxique pour votre rein ?

b. quel est celui qui peut fréquemment donner des diarrhées ?

Questionnaire

- 5) Pouvez-vous boire du jus de pamplemousse ? ☐ OUI ☐ NON
- 6) a. Selon vous, l'oubli d'une prise de l'un de vos médicaments anti-rejets a-t-il de l'importance même si c'est exceptionnel ? ☐ OUI ☐ NON
- b. Savez-vous que faire en cas d'oubli ? ☐ OUI ☐ NON
- c. Si oui, que fait vous en cas d'oubli?
- ☐ Rien, vous attendez la prise suivante
 - ☐ Vous doublez la dose à la prochaine prise
 - ☐ Vous prenez la dose oublié si l'oubli date de moins de 6h
 - ☐ Vous prenez la dose oublié si l'oubli date de plus de 6h
- 7) Estimez-vous avoir été suffisamment informé par le néphrologue, sur les médicaments que vous prenez ?
- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Moyennement satisfait ☐ Insatisfait
- 8) Pensez-vous que l'entretien avec votre pharmacien vous a permis de mieux comprendre votre traitement anti-rejet ? ☐ OUI ☐ NON