

 **PHARM’OBSERVANCE PACA**

**2021**

**DOSSIER OUTILS**

**PATIENT**

***Ce livret vous aide à renseigner le dossier patient***

***À conserver par le pharmacien***

**Coordination scientifique : Professeur Stéphane HONORE- Docteur Félicia FERRERA BIBAS**

Table des matières

[1. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT AU PROGRAMME 3](#_Toc25941655)

[2. LETTRE AU MEDECIN 4](#_Toc25941656)

[3 EXEMPLE D’ECHELLE DE MESURE DE LA COMPETENCE 5](#_Toc25941657)

[3. THEMATIQUES ET OBJECTIFS DES SEANCES A PROPOSER 6](#_Toc25941658)

[Rappel : thème des toutes les séances à proposer au patient 6](#_Toc25941659)

[LISTE ET OBJECTIFS DES ACTIONS ETP 7](#_Toc25941660)

[LISTE DES ACTES EDUCATIFS A PROPOSER EN FIN DE PRIORITES CO DECIDEES 8](#_Toc25941661)

[4. MON TRAITEMENT ET MOI 9](#_Toc25941662)

[5. QUIZZ : MON TRAITEMENT ET MOI (outil d’exploitation de la sécurité des prises) 11](#_Toc25941663)

[6. RECIT DE PRISE POUR ELABORATION DU PPP 12](#_Toc25941664)

[7. PLAN DE PRISE DE MEDICAMENTS 13](#_Toc25941665)

[8. PLAN DE PRISE MEDICAMENTS PARTICULIERS 14](#_Toc25941666)

[9. QUESTIONNAIRE THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES 15](#_Toc25941667)

[10. AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL 16](#_Toc25941668)

[11. RELEVE D’AUTOMESURE TENSIONNELLE 17](#_Toc25941669)

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT AU PROGRAMME

**Page à conserver par le pharmacien**

Formulaire de Consentement du programme Tampon pharmacie

**« COMPRENDRE ET GERER SON TRAITEMENT »**

Mon pharmacien, Le Docteur …………………………………………m’a proposé de participer à des entretiens pour me permettre de mieux **COMPRENDRE ET GERER MON TRAITEMENT.**

J’ai été mis au courant des modalités de déroulement de ce programme.

* J’accepte que les professionnels de santé du programme partagent entre eux et avec mon médecin généraliste des informations concernant ma santé.
* Je n’accepte pas que les professionnels de santé du programme échangent entre eux des informations concernant ma santé et cependant, j’accepte de participer au programme.
* **J’accepte que mon pharmacien crée mon Dossier Pharmaceutique et/ou qu’il renseigne mon Dossier Médical Partagé**
* **Je n’accepte pas que mon pharmacien crée mon Dossier Pharmaceutique et/ou qu’il renseigne mon Dossier Médical Partagé**

 Je garde le libre choix des professionnels qui interviennent pour ma santé.

Ma participation est totalement volontaire et je peux, si je le désire interrompre ce suivi à tout moment et changer de pharmacie sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Mon consentement ne décharge pas les responsabilités des soignants et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je bénéficie à tout moment d’un droit d’accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de ce suivi, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce qui concerne des données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par moi ou par l’intermédiaire du médecin de mon choix. (Loi n°78-17 du 6/01/1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 6/08/2004)

**\*J’accepte librement et volontairement de participer à ce programme dans les conditions précisées lors de cet entretien**

Fait à -------------------------

Le ------------/-----------/-------------

Signature du patient Signature pharmacien

# LETTRE AU MEDECIN

Coordonnées de la pharmacie :

Nom et adresse du pharmacien :

Numéro RPPS :

Numéro d’ordre :

Numéro Pharmacien :

Date

Cher Docteur,

Votre patient a intégré le programme d’Actions d’Education Thérapeutique ciblées PHARM ‘OBSERVANCE PACA, autorisé par l’Agence Régionale de Santé PACA coordonné par les URPS PHARMACIENS PACA.

Ce programme est destiné à l’accompagner (et éventuellement son aidant) dans sa démarche d’acquisition de compétences d’auto-soin et à l’aider à mieux comprendre et à gérer les traitements médicamenteux et non médicamenteux que vous lui avez prescrits.



Nous vous souhaitons une bonne réception et restons à votre disposition pour tous renseignements que vous jugerez utiles.

Dans cette attente, nous vous prions de croire, cher Docteur, à l’expression de nos salutations distinguées.

Le Pharmacien







# EXEMPLE D’ECHELLE DE MESURE DE LA COMPETENCE

**Exemples d’échelle de mesure de la compétence**

|  |  |
| --- | --- |
| Compétence à transmettre  | Méthode d’évaluation de la compétence  |
|
| Gestion quotidienne des traitements Vous avez constaté une désorganisation dans les prises de médicament (ex vous avez recruté la personne parce que lors d’un renouvellement la personne vous demande une boite de plus d’un médicament car il en a trop de celui-là et jamais assez de celui-là …). Lors de l’entretien vous co-décidez avec le patient de 🞏mettre en place un plan de prise et 🞏 la constitution par le patient d’un pilulier hebdomadaire 🞏Mettre en place un plan de prise (PP) * Réaliser le Plan de Prise avec le patient
* Mettre à disposition le plan de prise pour qu’il soit utilisable par le patient à chaque réalisation de pilulier
* Envisager les situations exceptionnelles (voyage, sortie….)
* Organiser le stockage et le rangement des médicaments
* Mettre en place des alarmes ou des signaux pour rappeler les moments de prise
* Organiser le réapprovisionnement des médicaments (Boites de 30, de 28 – DM ..)
* Connaître les personnes ressources en cas de modification du PP (Pharmacien / MT) ou dans le cas de médicaments à la demande
* Savoir quels sont les recours possibles à une automédication raisonnée
* Organiser la gestion des déchets (cyclamed, dastri)
* Savoir quoi faire en cas d’oubli de prise ou de doute
* Savoir inclure un médicament pour une affection intercurrente

🞏Mettre en place un pilulier * Proposer un outil adapté au projet de vie du patient (quotidien, hebdomadaire, mensuel…)
* Disposer du PP lors de la réalisation du pilulier
* Mettre en place une méthode de constitution du pilulier (ex compter les médicaments dans les alvéoles, les prendre un par un, cocher sur le PP…)
* S’assurer du rangement avant et après la constitution du pilulier
* Mettre en place une méthode de vérification avant chaque prise (ex à midi je dois prendre 3 cp un rose, un blanc ovale, un blanc rond …)
* Organiser la prise des médicaments hors piluliers ou à la demande (collyres, DM, sachets, médicaments à conservation particulière ex anticancéreux)
* Organiser l’éventuelle inclusion de médicaments intercurrents (antibiotiques….)
* Rangement du pilulier dans un endroit adéquat
 | 🞏 Récit de prise « Pouvez-vous me raconter comment vous vous êtes organisé à la suite de la réalisation du plan de prise que nous avons fait ensemble ? » 🞏 Récit des modifications mises en place « à la suite de notre précédent entretien, qu’avez-vous modifié dans la gestion de vos traitements ? » ou décrire une situation inhabituelle et demander ce que le patient ferait ? 🞏 Récit d’application du plan de prise en cas de SNA\*: « Comment avez-vous géré vos prises dans la situation XXX… » 🞏 Récit de la manipulation ou de l’utilisation (protocole) d’un produit de santé 🞏 Demander de réaliser la manipulation ou expliquer le déroulement de l’utilisation d’un DM 🞏 Demander ce que le patient ferait en cas de situation nécessitant autoMéd. 🞏 Demander ce qui est fait des blisters vides, des DM usagés… 🞏 demander comment sont rangés les médicaments…🞏Mettre en place un pilulier 🞏 Vérifier si l’outil est l’aide est adaptée - Ex si IDE « pourriez-vous me dire ce que vous a apporté (ce qu’a changé) l’intervention de l’IDE (ou la réalisation du pilulier ?) ou la mise en place de l’alarme ou du sticker sur le frigo ???) ». Qu’est ce que vous souhaiteriez modifier dans cette organisation ? » 🞏 Demander de raconter les différentes étapes de la constitution du pilulier🞏 Demander de raconter le recours quotidien au pilulier (ex il est sur la table de la cuisine et je l’ouvre avant de manger…) 🞏 Échelle d’évaluation de la satisfaction de la mise en œuvre de l’outil ou aide proposée1 Dans les deux cas possibilité de valider sur une échelle les compétences mise en œuvre : Ex sur une échelle de 0 (pas du tout) à 5 (tout à fait) pouvez-vous me dire * si les modifications apportées vous conviennent ?
* Vous n’avez pas sauté de prise de médicament dans la période
* Votre pilulier (ou le PPP) est accessible et utilisable chaque fois sans problème
* Vous savez combien vous devez prendre de médicaments le matin, le midi et le soir
* Les médicaments qui ne rentrent pas dans le pilulier sont disponibles facilement et sans risque d’erreur ou d’oubli
* Vous réapprovisionnez vos médicaments dans les temps
* Vous avez identifié qui peut vous aider à modifier le pilulier si besoin
* Vous savez quoi faire pour chaque médicament en cas d’oubli
* Vous êtes satisfait de cette nouvelle organisation
 |

# THEMATIQUES ET OBJECTIFS DES SEANCES A PROPOSER

# Rappel : thème des toutes les séances à proposer au patient

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Séances individuelles ou collectives** | **Nom et qualité des intervenants** | **Compétences à développer par le patient** | **Outils pédagogiques utilisés** | **Technique d'animation** | **Durée** | **Modalités d'évaluation individuelle des compétences acquises(joindre la grille)** |
| Individuel | Pharmacien du patient  | **Exprimer et identifier** -La confiance dans les traitements-Les problèmes liés à la prise des traitements (organisation, tolérance…)-Les besoins éducatifs du patient et compétences de départ et les ressources du patient Les besoins éducatifs du patient et compétences de départ et les ressources du patient à acquérir (pour l’adhésion et la sécurité des prises) -Les freins à l’observance et à la sécurité des prises | EchellesBlason des idées (voir annexe)Boites du traitement du patient et ordonnances Quizz sécurité  | Entretien individuel au sein d’un espace confidentiel ou au domicile-écouter et encourager l’expression du patient et de l’aidant-Explorer les valeurs et les objectifs-Développer une alliance thérapeutique  | 30 à 45 minutes | Plan Pharmaceutique Personnalisé PPPCo-décidé  |

|  |
| --- |
| ***Temps 2 :* Actions d’Education Thérapeutique ciblées prioritaires en rapport avec des besoins identifiés lors du Temps 1 pour favoriser l’adhésion et la sécurité****Sélection d’un ou deux thèmes prioritaires pour la réalisation du PPP co-décidé. Séances Individuelles réalisées par le pharmacien d’officine**  |
| Thème | Compétences à développer par le patient | Outils | Techniques  | Durée | Modalités d’évaluation Ind.  |
| Gestion quotidienne des traitements | -adapter son traitement à sa vie quotidienne -s’organiser pour suivre les indications données par le médecin et le pharmacien-anticiper les problèmes (oublis, erreurs…)-sécuriser les manipulations -prévenir l’automédication | Piluliers, plan de prise, « agenda du traitement » | -Partager le constat-Faire émerger des solutions et apporter si besoin des connaissances-Permettre au patient de s’approprier la solution  | 45 minutes | Questionnaire Morisky |
| Apprentissage d’une auto-surveillance, auto-mesure, auto-évaluation ou d’une pratique de soin (ex : auto injection…) | -réaliser le geste -manipuler les dispositifs-connaître les déplacements de zones-identifier les paramètres à mesurer, la fréquence, le moment | -dispositif patient,-dispositifs factices-carnets d’auto-surveillance-supports éducatifs (CESPHARM…) | -Faire faire (ou exprimer) au patient-Apport de connaissances ou de savoir faire - Permettre au patient de s’approprier la technique ou le geste | Mise en situationRefaire faire un geste, examiner un carnet d’auto surveillance.  |
| Prise en compte du résultat d’une auto-surveillance ou d’une auto-mesure  | -comprendre pourquoi surveiller / mesurer ce(s) paramètre(s)-être capable de modifier un traitement ou d’initier un auto traitement- connaître son champ d’action et les circonstances dans lesquelles il faut alerter le médecin | -carnets, -dispositifs-supports d’information, tableaux, fiches  | -Exploration des acquis-Mise en situation-Apports cognitifs-vérification de l’appropriation des connaissances (cas…) | 30 minutes | -jeu de question en lien avec les apports-carnets de suivi  |
| Application d’une conduite à tenir en cas de crise, d’apparition d’un signe d’alerte | -Savoir repérer les signes d’alerte-Connaître la conduite à tenir -Développer un sentiment de sécurité face à la maladie  | -Blason des idées-Colonnes de Beck (situation, pensée, émotion, pensée alternative, émotion) | -Exploration des connaissances du patient-Apports -mise en situation-entrainement à l’utilisation des colonnes de Beck)  | 30min  | -jeu de question en lien avec les apports |

# LISTE ET OBJECTIFS DES ACTIONS ETP

|  |
| --- |
| LISTE DES ACTES EDUCATIFS A PROPOSER EN FIN DE PRIORITES CO DECIDEES |
| Thème | Compétences à développer par le patient | Outils | Techniques  | Durée | Modalités d’évaluation Ind.  |
| Mise en lien des problèmes de santé avec les thérapeutiques et les soins  | -comprendre ses ordonnances-comprendre la raison des suivis biologiques à réaliser et leur fréquence-connaître les examens complémentaires à réaliser et leur fréquence  | Boites de médicamentsOrdonnances  | Explorer les connaissances du patientQuestions ouvertesMise en situationApport cognitif  | 30 min | -jeu de question en lien avec les apports  |
| Instauration d’un nouveau traitement | -exprimer son ressenti et sa compréhension-explorer les difficultés\*anticiper les effets indésirables \*maîtriser la manipulation -identifier des aides (outils…) sur lesquels s’appuyer pour suivre les indications données par le médecin -identifier les personnes ressources pour accompagner les étapes et le suivi du traitement et/ou des incidents-prévenir l’automédication | -Blason des idées-ordonnance-plan de prise-supports documentaires-PPS -Oscars ETP | -Créer de la confiance (engagement dans la relation)-questions ouvertes-reformulation-identification et focalisation sur les priorités -apport de connaissances et/ou de compétences-proposer un « menu d’actions d’accompagnement »  | 45 minutes | Questionnaire MoriskyMise en situationPlan de prise |
| Adaptation du patient a un contexte particulier (professionnel, familial, sportif, grossesse,…) | -explorer le contexte et repérer les éléments défavorables et favorables à l’observance et à la sécurité des traitements-envisager des solutions (ex : emporter des quantités suffisantes de traitement…) | -Blason des idées -supports documentaires | -questions ouvertes-reformulation-mise en situation, jeu de rôle-établissement de plan de prise ou de surveillance (ex si décalage horaire…) -mise à disposition d’outils (piluliers, applications…) | 30 min à 45 min | -mise en situation-Questionnaire Morisky- « agenda du traitement » |

# MON TRAITEMENT ET MOI

Mon traitement et moi (1)

|  |
| --- |
| Prendre mes traitements  |
| Avantages  | Inconvénients  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Ne pas prendre mes traitements  |
| Avantages  | Inconvénients  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Ce qui m’aiderait à prendre mes traitements  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ce que j’aimerai faire  | Ce que je pourrai faire  |
|  |  |
|  |



Mon traitement et moi (2)



Ou placeriez-vous le curseur ?

J’aimerai améliorer ce point

L’état actuel me convient parfaitement

Cela n’a aucune importance à mes yeux

|  |  |
| --- | --- |
| La gestion quotidienne de mes traitements  |  |
| La manipulation  |  |
| La surveillance |  |
| Savoir que faire en cas de crise ou de l’apparition d’un signe d’alerte |  |
| Comprendre à quoi servent chacun des médicaments que je prends |  |
| Adapter ma prise de médicament à une situation particulière  |  |
| Bien m’organiser à la suite d’une modification de traitement ou d’un nouveau traitement |  |

*Voudriez-vous rajouter ou préciser quelque chose ?*

# QUIZZ : MON TRAITEMENT ET MOI (outil d’exploitation de la sécurité des prises)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proposition  | O/N | Conséquences néfastes pour ma santé Pas de conséq. Grandes conséq |
| J’ai un dossier pharmaceutique que je montre régulièrement à mon médecin généraliste, aux spécialistes ou en cas d’hospitalisation afin que mes médecins soient parfaitement au courant des médicaments que je prends en ce moment | O/N |  |
| Je ne réapprovisionne pas mon ordonnance régulièrement et du coup suis souvent en rupture | O/N |  |
| Mes traitements sont rangés dans un endroit spécifique et adapté | O/N |  |
| Mes traitements sont mélangés avec ceux de ma famille | O/N |  |
| J’ai beaucoup de médicaments dont je ne connais pas les indications dans ma pharmacie | O/N |  |
| Il m’arrive de transformer les médicaments avant de les prendre (ouverture de gélules, broyage de comprimés, mélange avec de la nourriture…) | O/N |  |
| Je prends des médicaments, des plantes, des huiles essentielles, des compléments alimentaires sans que mon médecin ou mon pharmacien en soient informés | O/N |  |
| J’adapte moi-même les doses prescrites à mon état de santé | O/N |  |
| Je sais quoi faire en cas d’oubli de prise d’un médicament | O/N |  |
| Je connais le nom de chacun de mes médicaments | O/N |  |
| Je connais les conditions de conservation de mes médicaments  | O/N |  |
| Je signale les évènements indésirables à mon médecin | O/N |  |
| Je sais quoi faire en cas d’accès aigu (traitements de la crise ou de décompensation ou de fièvre…) | O/N |  |
| Je respecte les consignes d’horaires de prise pour chacun de mes médicaments  | O/N |  |
| Je connais les consignes d’auto surveillance de mes traitements | O/N |  |
| Mes médicaments sont rangés hors de portée des enfants | O/N |  |
| Je joins les médicaments et déchets de dispositifs aux ordures ménagères lorsque je veux m’en débarrasser. | O/N |  |
| Il m’arrive de ne plus savoir si j’ai pris ou non un médicament | O/N |  |
| Je trouve que mes médicaments sont difficiles à utiliser (ouverture des boites, des blister, comptage de gouttes…) | O/N |  |

# RECIT DE PRISE POUR ELABORATION DU PPP

Ces consignes ainsi que le tableau sont inscrites au verso du tableau Velléda format A4 dont le recto comporte le QUIZZ

Demander au patient de remplir le tableau « récit de prise » comment il manipule, s’administre (en mimant éventuellement s’il s’agit d’un dispositif), surveille ce médicament. Faire émerger à l’aide de questions ouvertes ses connaissances et ses ressentis spécifique à ce traitement.

Quelles consignes avez-vous quant à la bonne gestion de ce traitement. Comment les stockez-vous ? De quelles précautions devez-vous vous entourer ? Quand les prenez-vous ? Qui les manipule ? Quelles surveillances particulières vous demandent-ils (INR, …) ?

Cas particuliers : ex Ce traitement est associé à la prise d’un autre médicament, savez-vous lequel ?...

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du médicament | Nom du prescripteur | Indication (pourquoi je dois le prendre) | Posologie (quand je le prends) | Consignes (heures de prises, rangement…) | Remarques particulières (évènement, effet…) | Améliorations a mettre en œuvre et co-décidées  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

# PLAN DE PRISE DE MEDICAMENTS

|  |  |
| --- | --- |
| Plan de prise des médicamentsDate de réalisation : ...............Bilan réalisé par :...................*Attention ceci n’est pas une ordonnance, c’est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments*  | Nom : Prénom :En cas d’oubli de prise de votre traitement il ne faut pas prendre en double le traitement oublié, vous risquez un surdosage. En cas d’oubli ou de double prise vous pouvez contacter votre médecin. |
| Médicaments | Horaires de prise | Explications | Commentaires |
| Matin | Midi | Soir | Coucher |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

# PLAN DE PRISE MEDICAMENTS PARTICULIERS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du médicament EXEMPLE | Posologie  | Consignes particulières  | Remarques particulières  |
|  |  **Une prise par jour de … mg****Les comprimés doivent être pris X h AVANT…**  | Alimentation :Utilisation d’une BAD souple, Humidification régulière de la bouche,Protection solaire |  |
| J… | ….Comprimés à 25mg | …. Comprimés à 50 mg | …Comprimés à 100 mg |
| J1 |  |  |  |  |
| J2 |  |  |  |  |
| J3 |  |  |  |  |
| J… |  |  |  |  |
| Nom du médicament  | Posologie  | Consignes particulières  | Remarques particulières  |
|  |  **Une prise par jour de … mg****Les comprimés doivent être pris X h AVANT…**  |  |  |
| J… | ….Comprimés à 25mg | …. Comprimés à 50 mg | …Comprimés à 100 mg |
| J1 |  |  |  |  |
| J2 |  |  |  |  |
| J3 |  |  |  |  |
| J… |  |  |  |  |
| Nom du médicament  | Posologie  | Consignes particulières  | Remarques particulières  |
|  |  **Une prise par jour de … mg****Les comprimés doivent être pris X h AVANT…**  |  |  |
| J… | ….Comprimés à 25mg | …. Comprimés à 50 mg | …Comprimés à 100 mg |
| J1 |  |  |  |  |
| J2 |  |  |  |  |
| J3 |  |  |  |  |
| J… |  |  |  |  |

# QUESTIONNAIRE THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES

# AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL



# RELEVE D’AUTOMESURE TENSIONNELLE

