



# Le programme OMAGE dans une logique de parcours

Sylvie LEGRAIN

Pascale Saint - Gaudens

AFDET – 13 février 2014

# Quelques chiffres

- Les 75+ :
  - 57% ont une ALD
  - 33% sont hospitalisés dans l'année, dont 40% en urgence
- Importance des ruptures dans les parcours PA, notamment lors des transitions ville / hôpital
  - La sortie : « moment de tous les dangers »
    - Risque iatrogénique accru,
    - déficit de coordination des acteurs (CRH),
    - pressions sur les lits et sorties mal anticipées,
    - et ce malgré un accès toujours plus grand au progrès technique.

# OMAGE

- Un programme éducatif intégrant la polypathologie :
  - Qui conjugue une standardisation relative et une personnalisation de l'action éducative
  - Qui se situe à un moment de rupture du parcours de soins (sortie d'UGA)
  - Qui a trois priorités (FDR d'hospitalisations évitables) :
    - Diminuer le risque iatrogénique médicamenteux
      - 40% des malades sont réadmis en urgence dans les 6 mois et dans 40% des cas pour un pb médicamenteux (30% iatrogénie)
    - Repérer les dépressifs majeurs pour sécuriser le suivi et/ou centrer l'éducation sur l'aidant
    - Nommer la dénutrition, insidieuse, et lui donner un statut de maladie.

# OMAGE 2008

- Éducation mise en œuvre en UGA
  - Intégrée dans une intervention multifacette
  - Avec parallèlement une prise en compte des aspects sociaux de la sortie.
- Par un **gériatre** « formé » (N: 312 patients)
- Sans sélection sur une maladie en particulier
- Lors de séances individuelles, le plus souvent dans la chambre du malade
  - Durée moyenne 100 mn

# OMAGE 2014

- Un volet hospitalier :
  - Après évaluation par un essai randomisé (N= 665 6 UGA)
  - Mis en œuvre en UGA ou SSR
  - **Binôme gériatre et infirmier, voire pharmacien** ex AVK
- Un volet ambulatoire :
  - Mis en œuvre après le premier
  - À titre expérimental dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement
  - Lors de visites à domicile par un **infirmier « parcours » formé à l'ETP**
  - En moyenne , 4 séances puis relais téléphonique.

# Le préalable à l'ETP OMAGE

- Première urgence : l'optimisation diagnostique et thérapeutique.
  - Trop de diagnostics imprécis ; Sédimentation des ordonnances
  - Le séjour hospitalier est une opportunité : cela est attendu des médecins généralistes.
  - Révision diagnostique et détection des prescriptions inappropriées
    - inspirées des programmes de la HAS PMSA et PsychoSA
- Cette étape est attendue par les médecins traitants.
  - Elle doit se faire en concertation avec :
    - Les médecins traitants
    - Les spécialistes hospitaliers et libéraux .

# Référentiel OMAGE

## 4 compétences emblématiques

- Connaître et s'expliquer les liens entre ses symptômes et ses maladies et entre ses maladies
- Connaître et s'expliquer les liens entre ses maladies et ses traitements
- Réagir de façon précoce aux signes d'alerte de déstabilisation de ses maladies et/ ou de ses traitements
- Réagir aux situations à risque de déstabilisation de ses maladies et /ou de ses traitements.
  - 44% des accidents iatrogènes liés à un événement intercurrent

# OMAGE hospitalier S1 et S2

- Explorer les représentations de santé de la PA.
- Lister les problèmes de santé et établir les liens entre eux.
- Un outil : le jeu de cartes
- Un gériatre et un infirmier hospitaliers.

Priorité patient

Priorité soignant

**S'accorder**

Ce temps est nécessaire pour dépasser  
le cadre de la maladie ou de la classe médicamenteuse spécifique.

# OMAGE hospitalier S3 et S4

- Savoir réagir face aux signes d'alerte et situations à risque (événements intercurrents) de déstabilisation de l'état de santé ou du traitement .
- Deux outils : chevalet et un résumé éducatif co-construit
- **Infirmier hospitalier**



S'accorder sur les modalités de suivi **avec le gériatre et le malade**

Compétences de sécurité par  « empowerment »

# Référentiel OMAGE

## « ambulatoire »

- Gérer son traitement au quotidien
- Mettre en œuvre une alimentation adaptée à sa (ses) pathologie (s)
  - Population cible insuffisants cardiaques et/ou dénutris
- Mettre en œuvre une activité physique adaptée à sa (ses) pathologie (s)
  - Fonte musculaire et aggravation d'une dénutrition
- Gérer son parcours de soins
  - Population ayant de nombreux professionnels, y compris médecins / nomadisme

# OMAGE ambulatoire S5 – S8

- S'assurer de l'acquisition des premières compétences
  - Connaissance des liens et sur la ou les maladie(s) prioritaire / Connaissance des signes d'alerte et des situations à risque
- S'accorder sur le programme éducatif
  - « Messages clés » proposés par l'infirmier (accord préalable avec le gériatre)
- Séquences spécifiques :
  - Alimentation, appropriation des moyens de surveillance, AVK,...

# Jeu de cartes : Trois finalités

- Aide à l'entretien de compréhension
- Aide à l'explicitation des liens
  - Symptômes / maladies ; Maladies entre elles
  - Maladies-symptômes / traitements / alternatives non médicamenteuses
- Facilitation des apprentissages
- Il donne un fil rouge au travail entre :
  - acteurs hospitaliers et acteurs de ville
  - le malade et son entourage.

CARTES SYMPTOMES



Je n'entends pas bien

CARTES SYMPTOMES



Je perds la mémoire

CARTES SYMPTOMES



Je suis essoufflé(e)

CARTES SYMPTOMES



J'ai du mal à dormir

Je suis obligée de dormir dans mon fauteuil

CARTES SYMPTOMES



Je me sens fatigué(e)

CARTES SYMPTOMES



J'ai les jambes qui gonflent

CARTES SYMPTOMES



Je prends du poids

CARTES MALADIES



Insuffisance cardiaque

CARTES MALADIES



Fibrillation auriculaire

CARTES MALADIES



Hypertension

CARTES MEDICAMENTS



J'ai trop de médicaments à prendre



CARTES SYMPTOMES



**Je perds du poids**



**J'urine beaucoup**

**Augmentation de mon Lasilix**

CARTES SYMPTOMES



**Je prends du poids**

CARTES SYMPTOMES



**J'ai les jambes qui gonflent**

CARTES SYMPTOMES



**Je me sens fatigué(e)**

**Je suis obligée de dormir dans mon fauteuil**

CARTES SYMPTOMES



**Je suis essoufflé(e)**

CARTES MALADIES



**Insuffisance cardiaque**

CARTES MEDICAMENTS



**J'ai trop de médicaments à prendre**



# De l'intérêt du travail à plusieurs

- Entre **acteurs hospitaliers**, car l'initiation du programme à l'hôpital a un réel intérêt :
  - Motivationnel
  - Décentrage par rapport aux acteurs habituels du soin.
- Mais, ... il est difficile actuellement d'avoir :
  - Des professionnels formés, un temps dédié pour l'etp
  - A fortiori, un temps partagé infirmier et gériatre, avant les séquences S3 et S4, pour s'accorder sur les pathologies, les signes d'alerte, ...

# OMAGE 2014 oblige à une articulation concrète des différents acteurs

- Contacts téléphoniques ex gériatre MT
- IDE ETP (parcours)
  - Visite hospitalière, pour se présenter au malade et/ ou son aidant
  - En cours de suivi : contact si besoin avec le MT, l'IDEL, le SSIAD ou le pharmacien, voire le spécialiste en accord avec le MT
- Outils de transmission partagés pour éviter toute « déperdition » dans le suivi éducatif
  - CRH spécifiant les optimisations diagnostiques et thérapeutiques
  - Photo des liens donnée au patient à sa sortie (jeu de cartes)
  - Remis co-construit
  - Résumé éducatif en fin de programme hospitalier ou après suivi (gériatre, MT et malade) .

# Résumé d'éducation thérapeutique programme OMAGE hospitalier

- Ce programme a permis de :
  - s'accorder sur les pathologies chroniques suivantes :
  - d'identifier les priorités suivantes :
    - 1) pour le(a) patient :
    - 2) pour les soignants :
- Nous nous sommes fixés comme **objectifs** que Mr / Mme (ou l'aidant ) soit capable de :
  - surveiller l'évolution ....et sache alerter en cas de
  - repérer et alerter
  - connaître les situations à risque de déstabiliser son état de santé ou ses traitements.
- L'infirmière d'éducation P.....se rendra au domicile de la patiente 1 semaine après sa sortie d'hospitalisation, pour le suivi éducatif.  
Un **remis OMAGE** qui résume les problèmes de santé de Mr /Mme, ses traitements et les moyens de surveillance lui a été donné. Il précise aussi ce qui doit l'amener à vous consulter.

Ce qui doit m'inquiéter

Ce qui peut déstabiliser ma santé



**Qui dois-je contacter ?**

- **Médecin(s)** : .....

- **Autre(s)** : .....



M : .....

Date : .....

## **Mes problèmes de santé et Mes traitements**

<b>Mes problèmes de santé</b>	<b>Mes traitements</b>	<b>Moyens de surveillance</b>	<b>Remarques</b>

# Conclusion (1)

- L'expérience OMAGE, avec une approche centrée sur le patient et non la maladie, nous montre une articulation possible entre acteurs hospitaliers et de ville autour de la PA et/ou de son aidant.
- Elle nous montre la synergie des deux lieux éducatifs (hôpital et domicile), qui ont chacun leur limites et leurs atouts.
- Pour certains malades autonomes, l'infirmière ETP est la première à venir à domicile.
- Elle vise à conjuguer trois savoirs :
  - Expertise gériatrique sur l'optimisation diagnostique et thérapeutique et sur les liens ( cascade)
  - Savoir du généraliste ancré dans une relation avec la PA malade et son entourage, relation de confiance et qui s'est installée dans la durée
  - Savoir expérientiel du malade

# Conclusion (2)

- Elle souligne l'importance de travailler sur des messages éducatifs partagés  
++++
  - Insuffisance cardiaque , AVK.
- Dans l'avenir l'acquisition de tablettes tactiles et une messagerie sécurisée seront indispensables.
- L'ETP chez la PA ne se limite pas à la participation à des programmes formalisés, utiles en milieu hospitalier, autour des compétences de sécurité.
- A domicile, il paraît utile d'avoir une boîte à outils avec des séances pertinentes sur les domaines phares de l'éducation du PA.
- La visée est à terme une ETP, être intégrée au soin, quelque soit le lieu.
- Les professionnels de santé dont les médecins doivent être formés, idéalement à plusieurs.