

Physiothérapie en contexte de soins primaires

Module 7

Soutien à l'autoprise en charge

Remarque: ce cours a été conçu pour que les participants puissent interagir et s'engager dans les modules en ligne. Ce **guide d'accompagnement du module** est une ressource créée pour compléter les diapositives en ligne. En cas de divergence entre ce guide et le module en ligne, veuillez vous référer au module.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DU MODULE.....	3
SECTION 01 : Autoprise en charge et soutien à l'autoprise en charge	5
SECTION 02 : Le soutien à l'autoprise en charge pour améliorer la capacité fonctionnelle et la participation	7
SECTION 03 : Principes et composants du soutien à l'autoprise en charge.....	12
SECTION 04 : Offrir du soutien à l'autoprise en charge.....	16
SECTION 05 : Collaboration interprofessionnelle et soutien à l'autoprise en charge	24
SECTION 06 : Évaluer les résultats des programmes de soutien à l'autoprise en charge	27
SECTION 07 : Plan d'apprentissage individuel	30
CONCLUSION DU MODULE.....	32

PRÉSENTATION DU MODULE

Veuillez consulter le module d'apprentissage en ligne pour avoir une expérience complète des interactions du présent document.

Les physiothérapeutes qui évoluent dans le domaine des soins primaires travaillent avec des personnes de tous âges. Alors que certaines personnes cherchent à obtenir des soins pour des affections aiguës ou passagères, d'autres doivent apprendre à composer avec des affections chroniques et à les prendre en charge. En tant que physiothérapeute travaillant dans le domaine des soins primaires, vous pouvez épauler les gens de diverses manières, notamment en les aidant à acquérir des compétences pour une meilleure autoprise en charge.

Ce module présente un aperçu des approches pour favoriser l'autoprise en charge, des données probantes théoriques et empiriques portant sur le soutien à l'autoprise en charge et des stratégies pour mettre en place de tels services et les évaluer.

Résultats d'apprentissage du module

À la fin de ce module, les apprenants seront en mesure de faire ce qui suit :

1. Définir et décrire les principes et composants de l'autoprise en charge.
2. Comprendre le fondement théorique du soutien à l'autoprise en charge, ainsi que les données probantes empiriques sur lesquelles il repose.
3. Décrire les différentes approches possibles pour la prestation de services de soutien à l'autoprise en charge.
4. Expliquer l'importance de la collaboration interprofessionnelle et le rôle des physiothérapeutes pour soutenir l'autoprise en charge en contexte de soins primaires prodigués en équipe.
5. Établir des stratégies pour évaluer les résultats des services de soutien à l'autoprise en charge.
6. Cerner les besoins d'apprentissage personnels associés au soutien à l'autoprise en charge lors de la prestation de soins primaires en équipe et créer un plan pour les combler.

Remarque : Une liste exhaustive des références pour tous les sujets abordés dans le présent module se trouve à la section « Conclusion ».

Ce module a été conçu pour vous aider à acquérir des connaissances fondamentales concernant le soutien à l'autoprise en charge et pour faciliter la réflexion à propos de vos besoins d'apprentissage et de vos plans de développement professionnel et de réseautage en lien avec les compétences 1.7, 1.9, 3.1 et 3.2.

Continuez la lecture pour consulter les compétences pertinentes dans le cadre de ce module.

Compétences visées dans le cadre du module

1.7 Fournir des renseignements et du soutien aux personnes en quête de soins, à leur famille et à leur réseau de soutien pour favoriser une autoprise en charge fructueuse sur le plan du fonctionnement et de la santé. 1.9 Recourir à la prestation de services de santé numériques ou virtuels, lorsque cela est approprié, pour améliorer l'accès des personnes et des communautés aux soins primaires prodigués en équipe.

3.1 Mobiliser la personne en quête de soins, ainsi que les membres de sa famille et de son réseau de soutien, afin qu'ils fassent partie intégrante de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires.

3.2 Collaborer avec tous les membres de l'équipe de soins primaires de façon à tirer parti de l'expertise et de toute l'étendue du champ d'exercice de chacun afin de fournir des services de santé complets qui répondent aux besoins des personnes et des communautés.

Passer à la section 1

SECTION 01 : AUTOPRISE EN CHARGE ET SOUTIEN À L'AUTOPRISE EN CHARGE

Dans cette section, vous découvrirez en quoi consiste l'autoprise en charge et en apprendrez davantage sur la manière dont le soutien à l'autoprise en charge peut aider les gens aux prises avec des affections chroniques.

Autoprise en charge

L'**autoprise en charge** désigne l'ensemble des tâches quotidiennes qu'une personne doit accomplir pour maîtriser sa maladie ou réduire son incidence sur sa santé¹.

Chez les personnes aux prises avec des affections chroniques, l'autoprise en charge peut comprendre les tâches suivantes² :

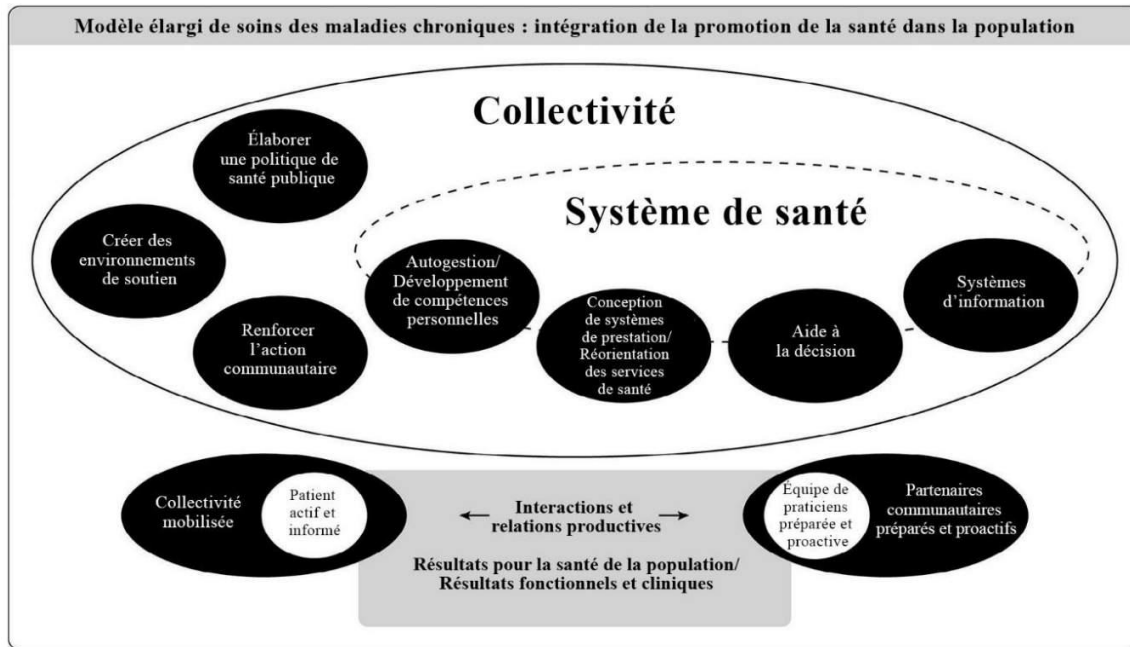
- Pratiquer des activités qui visent la protection et la promotion de la santé.
- Surveiller et prendre en charge les signes et symptômes de la maladie.
- Gérer l'incidence de la maladie sur la capacité fonctionnelle, les émotions et les relations interpersonnelles.
- Observer le schéma thérapeutique établi.
- Faire des choix éclairés.
- Adopter de nouvelles perspectives et acquérir des compétences génériques pouvant être mises à profit pour résoudre de nouveaux problèmes à mesure qu'ils se présentent.
- Adopter de nouveaux comportements sains.

Le **soutien à l'autoprise en charge** englobe un vaste éventail de ressources, de services et de formes d'aide visant à faciliter les efforts d'autoprise en charge d'une personne. Ces services peuvent varier et comprendre un soutien social, un soutien émotionnel ou un appui indispensable pour aider les gens à prendre efficacement en charge leur santé. Le soutien à l'autoprise en charge peut être offert par des professionnels de la santé, des ressources communautaires, des groupes de soutien et des membres de la famille. Il existe également des outils technologiques qui peuvent aider les gens dans leurs efforts d'autoprise en charge.

Rôle du soutien à l'autoprise en charge dans la prise en charge d'affections chroniques

Le Modèle de soins des maladies chroniques suggère que l'amélioration des résultats des patients atteints de maladies chroniques sur le plan de la capacité fonctionnelle et de la santé serait le fruit d'interactions productives entre des **patients actifs et informés** et **une équipe de professionnels de la santé préparée et proactive**. La portée du Modèle de soins des maladies chroniques a été élargie en 2023 afin de reconnaître l'importance de la promotion de la santé de la population pour soutenir la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.

Le Modèle élargi de soins des maladies chroniques décrit la manière dont le soutien offert dans la collectivité et par le système de santé en place au sein de celle-ci influe sur les résultats de santé de la population³.



Dans le cadre du Modèle élargi de soins des maladies chroniques, le point « **Autoprise en charge/Développement de compétences personnelles** » fait référence à l'importance de l'autoprise en charge pour apprendre à composer avec une maladie et au développement de compétences qui favorisent la santé et le bien-être en présence d'une maladie chronique. Le soutien à l'autoprise en charge constitue un lien essentiel entre le système de santé et la collectivité.

Continuez la lecture pour lire un article de Barr et coll. à propos du Modèle élargi de soins des maladies chroniques.

Modèle élargi de soins des maladies chroniques

Dans cette section, vous en avez appris davantage sur la manière dont le soutien à l'autoprise en charge peut aider les personnes atteintes d'affections chroniques à améliorer ou à préserver leur santé et leur capacité fonctionnelle. À la section suivante, vous explorerez les données probantes théoriques et empiriques concernant les programmes d'autoprise en charge.

Passer à la section 2

Lien de page :

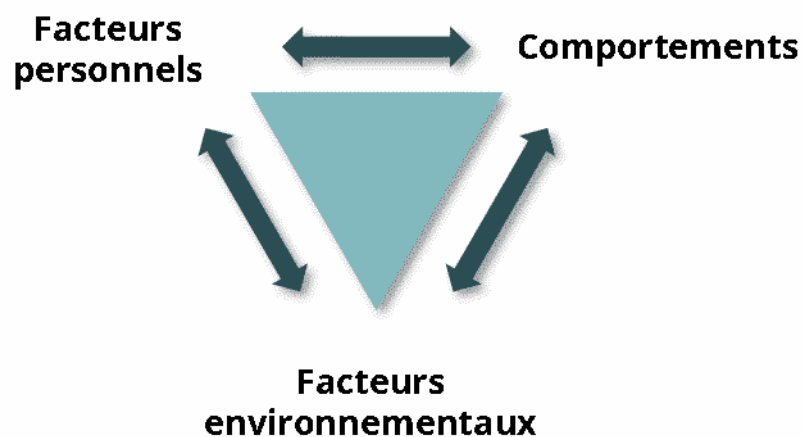
<https://www.longwoods.com/content/16763/healthcare-quarterly/the-expanded-chronic-care-model-an-integration-of-concepts-and-strategies-from-population-health-pr>

SECTION 02 : LE SOUTIEN À L'AUTOPRISE EN CHARGE POUR AMÉLIORER LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE ET LA PARTICIPATION

De multiples théories et modèles ont contribué à éclairer le soutien à l'autoprise en charge. Dans cette section, vous en apprendrez davantage sur la théorie sociocognitive et la manière dont elle peut s'appliquer au soutien à l'autoprise en charge. Vous explorerez également les données probantes empiriques étayant l'efficacité du soutien à l'autoprise en charge.

Théorie sociocognitive (TSC)

L'une des théories les plus couramment utilisées pour éclairer le soutien à l'autoprise en charge est la théorie sociocognitive (TSC). La TSC suggère que le comportement humain serait le produit de l'interaction entre les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les schémas comportementaux^{4, 5}. La TSC décrit comment les gens influencent activement leur environnement et sont influencés à leur tour par celui-ci^{4, 5}.



Comme les facteurs personnels, environnementaux et comportementaux entrent en interaction, l'apport de changements dans l'une ou l'autre de ces catégories peut avoir une incidence sur l'issue du processus d'autoprise en charge⁶.

L'auto-efficacité est un concept clé de la TSC qui fait référence à la confiance d'une personne en sa capacité à adopter un comportement⁷.

Continuez la lecture pour comparer les définitions de l'auto-efficacité pour l'exécution d'une tâche et de l'auto-efficacité pour la régulation de soi (autorégulation).

Auto-efficacité pour l'exécution d'une tâche

L'auto-efficacité pour l'exécution d'une tâche est définie comme la croyance d'une personne en sa capacité à effectuer une tâche précise ou à adopter un comportement en particulier⁸.

Auto-efficacité pour la régulation de soi

L'auto-efficacité pour la régulation de soi est définie comme la capacité d'une personne à modifier ses habitudes en exerçant un contrôle sur les processus internes qui influent sur l'établissement d'objectifs, l'autosurveillance, la prise en compte des commentaires, la résolution de problèmes et l'auto-évaluation⁸.

Appliquer les concepts de la TSC à l'autoprise en charge

La reconnaissance des concepts de la TSC qui agissent sur les comportements ou les résultats que vous souhaitez changer constitue une étape importante dans l'application de la TSC lors de la planification du soutien à l'autoprise en charge.

Continuez la lecture pour découvrir comment les concepts clés de la TSC peuvent être appliqués en physiothérapie afin de soutenir l'autoprise en charge.

AUTO-EFFICACITÉ

L'une des façons d'appliquer la TSC consiste à mettre en œuvre des stratégies pour améliorer l'**auto-efficacité** (un facteur personnel).

L'auto-efficacité fait référence à la confiance d'une personne en sa capacité à adopter un comportement.

Un exemple de stratégie pour améliorer l'auto-efficacité consiste à aider une personne à vivre une expérience de maîtrise, par exemple, en l'aidant à se fixer un objectif réaliste et qui lui tient à cœur à court terme. Vous pouvez ensuite lui donner un coup de main pour l'élaboration d'un plan d'action qui l'aidera à maîtriser l'activité et à atteindre l'objectif fixé. Pour vous assurer que l'objectif à court terme demeure réaliste, vous devrez peut-être aider la personne à diviser la tâche sélectionnée en petites étapes.

ATTENTES PAR RAPPORT AUX RÉSULTATS

Une autre façon d'appliquer la TSC au soutien à l'autoprise en charge est d'aborder les **attentes par rapport aux résultats** (un autre facteur personnel qui influence le comportement).

Les attentes par rapport aux résultats désignent les résultats auxquels une personne s'attend si elle change de comportement.

En pratique, il peut s'agir d'expliquer les raisons pour lesquelles vous pensez que l'adoption d'une nouvelle stratégie d'autoprise en charge (p. ex., la planification des actions à entreprendre pour atteindre un objectif d'activité physique) peut se révéler utile, avant de la mettre en œuvre. Par exemple, avant d'encourager une personne aux prises avec de la douleur chronique à faire de l'activité physique et de l'exercice, il convient de lui présenter les données probantes démontrant que l'activité physique et l'exercice sont des moyens efficaces de soulager la douleur et d'améliorer la capacité fonctionnelle et/ou la qualité de vie. Vous pourriez également demander à un pair de partager son expérience et de vanter les bienfaits que l'activité physique et l'exercice lui ont procurés.

APPRENTISSAGE PAR OBSERVATION

L'**apprentissage par observation** peut être mis à profit de diverses manières, notamment en intégrant le soutien par les pairs (idéalement, des pairs présentant des caractéristiques semblables à celles des participants au programme) et en demandant à ces pairs de servir de modèle en partageant leur expérience.

AUTOSURVEILLANCE

Une autre façon d'appliquer la TSC consiste à aider la personne à acquérir des compétences en **autosurveillance**.

L'autosurveillance consiste à surveiller son propre comportement, ses déterminants et ses conséquences.

Pour favoriser l'autoprise en charge, vous pouvez entre autres apprendre à la personne à utiliser un journal d'activités afin de suivre l'avancement de son plan d'action et de surmonter tout obstacle qui l'empêche de progresser.

Données probantes empiriques concernant le soutien à l'autoprise en charge

De plus en plus de données probantes démontrent les effets du soutien à l'autoprise en charge sur les résultats de santé. Des services de soutien à l'autoprise en charge bien conçus peuvent contribuer à améliorer l'auto-efficacité et favoriser l'autoprise en charge chez les personnes aux prises avec des affections chroniques^{10, 11, 12, 13}.

Si vous souhaitez consulter les données probantes étayant l'efficacité du soutien à l'autoprise en charge chez des personnes atteintes d'affections chroniques en particulier, continuez. Si ce n'est pas votre cas, veuillez passer à la section sur l'adaptation du soutien à l'autoprise en charge.

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Chez les personnes atteintes de MPOC, le soutien à l'autoprise en charge a entraîné les résultats suivants :

- Amélioration du score de qualité de vie liée à la santé (différence moyenne de -2,86 points au questionnaire de l'hôpital St-George sur les problèmes respiratoires; intervalle de confiance [IC] à 95 % : -4,87 à 0,85)¹⁴
- Diminution du risque d'hospitalisation pour des problèmes respiratoires (nombre de patients à traiter : 15; IC à 95 % : 8 à 399)¹⁴

Diabète de type II

Chez les personnes atteintes de diabète de type II, le soutien à l'autoprise en charge a entraîné les résultats suivants :

- Diminution du taux d'HbA1c (différence moyenne : -0,21 %; IC à 95 % : -0,38 à -0,04)¹⁵
- Réduction du poids corporel (différence moyenne : -2,36 kg; IC à 95 % : -5,77 à 1,05)¹⁵
- Diminution du tour de taille (différence moyenne : -1,8 cm; IC à 95 % : -5,63 à 2,04)¹⁵

Aucune différence n'a été observée pour les éléments suivants :

- Tension artérielle¹⁵
- Lipidémie¹⁵
- Qualité de vie¹⁵

Maladie rénale chronique

Chez les personnes atteintes de maladie rénale chronique, le soutien à l'autoprise en charge a entraîné les résultats suivants :

- Réduction de l'anxiété : -0,95 (IC à 95 % : -1,65 à -0,25)¹⁶
- Diminution des symptômes de dépression : -0,63 (IC à 95 % : -0,85 à 0,41)¹⁶
- Amélioration de la qualité de vie liée à la santé :
 - Composante mentale du questionnaire SF-36 : 0,71 (IC à 95 % : 0,45 à 0,97)¹⁶
 - Composante physique du questionnaire SF-36 : 0,61 (IC à 95 % : 0,35 à 0,86)¹⁶
 - Échelle d'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de maladie rénale (KDQOL) : 0,41 (IC à 95 % : 0,17 à 0,65)¹⁶

Accident vasculaire cérébral

Chez les survivants à un accident vasculaire cérébral, le soutien à l'autoprise en charge a entraîné les résultats suivants :

- Légère hausse de la capacité à réaliser des activités courantes de la vie quotidienne (différence moyenne normalisée : 0,31; IC à 95 % : 0,16 à 0,46)¹⁷

Aucune différence n'a été observée pour les éléments suivants :

- Qualité de vie liée à la santé¹⁷
- Activités instrumentales de la vie quotidienne¹⁷
- Gravité de la dépression¹⁷

Lombalgie chronique

Chez les personnes atteintes de lombalgie chronique, le soutien à l'autoprise en charge a entraîné les résultats suivants :

- Réduction de l'incapacité (différence moyenne normalisée : -0,19; IC à 95 % : -0,34, -0,03)¹⁸
- Diminution de la douleur (différence moyenne normalisée : -0,25; IC à 95 % : -0,40 à -0,10)¹⁸

Fibromyalgie

Chez les personnes atteintes de fibromyalgie, le soutien à l'autoprise en charge a entraîné les résultats suivants :

- Amélioration de la fonction physique (différence moyenne normalisée : 0,36; IC à 95 % : 0,20 à 0,53)¹⁹
- Atténuation de la douleur (différence moyenne normalisée : -0,38; IC à 95 % : -0,58 à -0,19)¹⁹

Arthrose

Chez les personnes atteintes d'arthrose, le soutien à l'autoprise en charge a entraîné les résultats suivants :

- Amélioration de la capacité fonctionnelle (différence moyenne normalisée : -0,24; IC à 95 % : -0,45 à -0,04)²⁰
- Atténuation de la douleur (différence moyenne normalisée : -1,51; IC à 95 % : -2,41 à -0,62)²⁰

Dans cette section, vous en avez appris davantage sur la théorie sociocognitive (TSQ) et la manière dont elle peut s'appliquer au soutien à l'autoprise en charge. Vous avez également exploré les données probantes empiriques étayant l'efficacité du soutien à l'autoprise en charge. À la section suivante, vous examinerez plus en détail les principes et composants du soutien à l'autoprise en charge.

Passer à la section 3

SECTION 03 : PRINCIPES ET COMPOSANTS DU SOUTIEN À L'AUTOPRISE EN CHARGE

Dans cette section, vous en apprendrez davantage sur les principes et composants du soutien à l'autoprise en charge, de même que sur les compétences essentielles à l'autoprise en charge qui profitent aux personnes atteintes d'affections chroniques.

Le soutien à l'autoprise en charge vise à préparer les gens à prendre en charge leur santé et leurs soins de santé, en les dotant des moyens nécessaires. Le soutien à l'autoprise en charge a pour but d'encourager les participants à se fixer des objectifs, à élaborer des plans d'action pour atteindre ces objectifs, à cerner les obstacles et les défis, à résoudre les problèmes qui se présentent et à surveiller leur état de santé. Toutefois, il importe de reconnaître que l'autoprise en charge demande du travail. La tenue de discussions avec les patients à propos de leur capacité, et de leur confiance en celle-ci, peut donc se révéler utile. Il faut également savoir reconnaître les situations où un apport externe peut être nécessaire.

Les stratégies en matière de soutien à l'autoprise en charge comprennent notamment les suivantes :

- Outils et ressources pour rappeler visuellement aux patients leur plan d'action et leurs activités d'autosurveillance
- Soutien pour établir des objectifs, planifier les actions à entreprendre, résoudre des problèmes et assurer un suivi.

Continuez la lecture pour écouter la physiothérapeute Amy Hondronicols, Ph. D., articuler sa réflexion à propos du soutien à l'autoprise en charge.

Transcription de l'enregistrement audio :

En pratiquant la physiothérapie de première ligne, j'ai eu un déclic en interagissant avec mes collègues intervenant en santé mentale. Tout comme les physiothérapeutes, les intervenants en santé mentale soutiennent aussi les pratiques d'autogestion en santé, mais ce qu'ils m'ont fait réaliser c'est l'importance de valider que d'autres types de support puissent aussi être nécessaires. La charge mentale qui est associée avec le fait d'être malade, particulièrement de façon chronique, est énorme pour les personnes, et il faut créer un espace pour le dire et le reconnaître. L'autogestion contribue à cette charge mentale, et celle-ci augmente quand l'état de santé se dégrade. Il serait faux de croire que cette dégradation est un échec des pratiques d'auto-gestion. Il est mieux de reconnaître l'effort et le travail associé avec l'autogestion des maladies chroniques. Une des étapes de cette reconnaissance est de discuter avec la personne de son état et de ses limites, et d'identifier ses besoins en matière de supports externes. Bien que les pratiques d'autogestion aient du succès dans l'autonomisation des personnes, l'important c'est de reconnaître que si l'état de santé de la personne se dégrade, ce n'est pas par manque de volonté.

Fin de la transcription de l'enregistrement audio.

Domaines d'intérêt particulier de l'autoprise en charge

Kate Lorig, une chef de file en matière de soutien à l'autoprise en charge, a avancé qu'une personne qui se lance dans l'autoprise en charge devrait se concentrer sur trois domaines d'intérêt particulier : la prise en charge médicale (santé), comportementale et émotionnelle³⁰.

Continuez la lecture pour en apprendre davantage sur les trois domaines d'intérêt particulier de l'autoprise en charge.

Prise en charge médicale ou de la santé

Faire des exercices, prendre ses médicaments ou suivre un régime alimentaire particulier pour prendre en charge une affection ou une maladie.

Prise en charge comportementale ou des rôles

S'attribuer de nouveaux rôles valorisants en contexte de maladie chronique (p. ex., trouver de nouvelles façons de pratiquer ses loisirs préférés).

Prise en charge émotionnelle

Gérer ses émotions, comme la tristesse, la colère et la frustration.

Compétences d'autoprise en charge

Selon Kate Lorig et un rapport d'une réunion sur l'autoprise en charge de l'hôpital universitaire Robert Wood Johnson, il y aurait cinq compétences essentielles à l'autoprise en charge : **la résolution de problèmes, la prise de décision, l'utilisation des ressources, l'établissement d'un partenariat avec les prestataires de soins de santé et le passage à l'action**^{30,31}. L'autosurveillance et l'auto-adaptation sont deux autres compétences souvent nécessaires pour mettre à profit les cinq compétences essentielles susmentionnées.

1. Résolution de problèmes

La résolution de problèmes comporte les étapes suivantes :

1. Définir le problème;
2. Trouver des solutions possibles (notamment en recueillant les suggestions d'amis, de membres de groupes d'autoprise en charge et de professionnels de la santé);
3. Essayer différentes solutions;
4. Évaluer les résultats.

2. Prise de décision

Les personnes atteintes d'affections chroniques doivent prendre des décisions en fonction de l'évolution de leur état. Pour prendre de bonnes décisions, elles doivent posséder les connaissances et les renseignements appropriés.

Par exemple, on peut apprendre aux personnes aux prises avec des maux de dos à reconnaître les symptômes graves ou les « signaux d'alarme » qui nécessitent une attention médicale, comme la perte de contrôle sur la vessie. On peut également leur mentionner les symptômes qui ne requièrent pas de soins médicaux. Ainsi, si leurs symptômes ne sont pas graves, plutôt que de chercher à obtenir des soins, elles peuvent essayer de nouvelles stratégies d'autoprise en charge, comme une augmentation progressive de l'activité physique, ce qui pourrait les aider à reprendre leurs activités habituelles.

3. Utilisation des ressources

Les personnes atteintes de maladies chroniques doivent acquérir des compétences qui leur permettront de trouver les ressources dont elles ont besoin, d'y accéder et de les utiliser efficacement. Les physiothérapeutes peuvent renseigner les patients sur les ressources qui correspondent à leurs priorités et discuter avec eux des questions qu'ils pourraient poser à ces ressources afin de trouver une solution qui convient à la fois à leurs besoins et à leurs préférences³⁰.

4. Établissement d'un partenariat avec les prestataires de soins de santé

Lorsqu'une personne doit composer avec une maladie de longue durée, ses prestataires de soins de santé deviennent alors des enseignants et des partenaires. En pareil cas, un physiothérapeute pourrait expliquer à la personne le rôle qu'il lui revient dans le cadre d'un partenariat et appliquer la prise de décision partagée.

Dans un tel partenariat, la personne atteinte d'une affection chronique doit mentionner au prestataire ses choix et préférences, de même que tout renseignement pertinent à propos de l'évolution de son état au fil du temps, et participer à la prise de décisions éclairées en ce qui concerne la prise en charge de sa maladie. Quant à lui, le physiothérapeute peut l'encourager à tenir un journal, l'aider à décider des aspects dont il convient de faire le suivi et examiner avec elle les résultats de l'autosurveillance.

5. Passage à l'action

La planification des actions à entreprendre constitue une stratégie qui peut aider les gens à atteindre leurs objectifs en ce qui a trait aux comportements influant sur la santé. La planification des actions devrait être axée sur les comportements et comprendre l'élaboration d'un plan d'action à court terme (sur une période allant d'une à deux semaines) qui sera mis en œuvre. Par exemple : « Cette semaine, je ferai le tour du pâté de maisons avant le dîner lundi, mardi et jeudi ». Veuillez noter que le plan d'action doit être réaliste et réalisable dans le délai proposé.

Le passage à l'action peut sembler plus facile lorsque l'on se fixe des objectifs plus modestes. Il peut être utile de commencer par utiliser des objectifs SMART, soit des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels, lors de l'élaboration d'un plan d'action.

Continuez la lecture pour consulter une feuille de travail contenant des objectifs SMART qui peut se révéler utile pour la préparation d'un plan d'action. Cette feuille de travail a été conçue pour un objectif de mobilité (marche) (en anglais seulement).

Une fois l'objectif SMART établi, l'élaboration d'un plan d'action peut aider la personne à cerner les petites étapes qu'elle doit franchir pour atteindre son objectif. On recommande d'élaborer un nouveau plan d'action chaque semaine.

La personne doit avoir confiance en sa capacité à mener à bien le plan d'action. Si l'on reprend l'exemple de l'objectif de mobilité (marche), pour déterminer son degré de confiance en sa capacité, la personne devrait se poser la question suivante : « Dans quelle mesure suis-je convaincue d'être capable de faire le tour du pâté de maisons avant le dîner lundi, mardi et jeudi? ». Le degré de confiance peut être mesuré sur une échelle de 0 (pas du tout confiant) à 10 (tout à fait confiant).

Remarque : Selon la théorie d'auto-efficacité, la personne devrait obtenir une note de 7 ou plus lorsqu'elle évalue son degré de confiance afin de réussir à exécuter son plan d'action³⁰. Si la note

obtenue pour un comportement donné est inférieure à 7, le plan d'action doit être révisé et modifié pour que la personne se sente plus confiante en sa capacité à le mener à bien.

Continuez la lecture pour consulter un modèle de plan d'action et un exemple d'un plan d'action achevé pour atteindre un objectif de mobilité (marche) (en anglais seulement).

Autosurveillance

L'autosurveillance consiste à surveiller de façon cohérente l'évolution des symptômes, de l'état de santé ou de la capacité fonctionnelle, et à consigner tout changement qui survient.

Par exemple, une personne pourrait consigner le nombre de fois qu'elle a chuté, les conséquences de ces chutes et les soins médicaux requis, le cas échéant. Grâce à l'autosurveillance, la personne peut réfléchir aux changements observés, décrire plus précisément ses progrès et ses reculs aux cliniciens et collaborer avec eux pour déterminer les prochaines étapes ou mesures à prendre.

Auto-adaptation

L'auto-adaptation consiste à individualiser la résolution de problèmes, la prise de décision et la planification des actions. Pour de meilleurs résultats, l'adaptation doit venir de la personne concernée, une fois qu'elle connaît les principes qui s'appliquent pour apporter des changements à ses comportements et à ses compétences d'autoprise en charge.

Par exemple, après avoir pris connaissance des principes selon lesquels l'exercice physique favoriserait l'autoprise en charge d'une affection chronique, une personne peut adapter son plan d'action en déterminant la manière optimale de mettre en œuvre cette stratégie d'autoprise en charge dans sa vie.

Dans cette section, vous en avez appris davantage sur les stratégies de soutien à l'autoprise en charge, les domaines d'intérêt particulier de l'autoprise en charge, les sept compétences d'autoprise en charge et la manière dont les physiothérapeutes peuvent aider les gens atteints d'affections chroniques à utiliser ces compétences.

À la prochaine section, vous explorerez diverses approches pour offrir du soutien à l'autoprise en charge en contexte de soins primaires prodigués en équipe.

Passer à la section 4

SECTION 04 : OFFRIR DU SOUTIEN À L'AUTOPRISE EN CHARGE

Dans cette section, vous explorerez différentes approches pour offrir des programmes de soutien à l'autoprise en charge, notamment dans le cadre de votre rôle de physiothérapeute au sein d'une équipe de soins primaires. Plus précisément, vous examinerez les différences entre les programmes de soutien dirigés par des professionnels de la santé et ceux dirigés par des pairs, entre le soutien général et le soutien adapté à une affection en particulier, puis entre le soutien en personne et le soutien virtuel (télésanté).

Programmes de soutien à l'autoprise en charge dirigés par des professionnels de la santé et des pairs

Vous pouvez utiliser différents modèles faisant appel à des professionnels de la santé et des pairs pour mettre en œuvre un programme soutien à l'autoprise en charge en contexte de soins primaires prodigués en équipe.

Suivez les liens pour comparer trois exemples de programmes de soutien à l'autoprise en charge dirigés par des professionnels de la santé.

[Méthodologie HealthChange^{MC}](#)

[Programmes Flinders](#)

[Atelier « Choices and Changes »](#)

Continuez la lecture pour découvrir deux exemples de programmes de soutien à l'autoprise en charge dirigés par des pairs.

[Programme « Living Well »](#)

[Programme « Take Control Take Charge »](#)

On ne dispose pas de suffisamment de données probantes pour recommander un programme de soutien à l'autoprise en charge dirigé par des pairs ou par des professionnels de la santé³². Toutefois, les fondements théoriques des programmes de soutien à l'autoprise en charge que vous choisirez d'offrir ou de mettre en œuvre peuvent vous orienter dans une direction ou une autre.

Continuez la lecture pour comparer l'incidence de ces fondements théoriques sur le soutien à l'autoprise en charge offert.

THÉORIE SOCIOCOGNITIVE (TSC)

Comme nous l'avons vu à la section 2, la théorie sociocognitive (TSC) met l'accent sur le déterminisme réciproque entre les gens, leurs comportements et leur milieu social. Ainsi, les personnes qui mettent en œuvre des programmes éclairés par la TSC peuvent avancer comme argument que les programmes dirigés par des pairs favoriseraient davantage l'auto-efficacité, comme ces derniers peuvent faire office de modèles crédibles.

THÉORIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Les personnes qui utilisent des programmes éclairés par des théories cognitivo-comportementales peuvent invoquer l'argument que les programmes dirigés par des professionnels de la santé permettent une meilleure intégration des approches cognitivo-comportementales afin d'aider les gens à modifier leur façon de penser, laquelle peut influencer sur leurs comportements liés à la santé.

Question de réflexion : Quels sont les programmes de soutien à l'autoprise en charge dirigés par des pairs ou par des professionnels de la santé que vous connaissez à l'heure actuelle? À propos de quels programmes aimeriez-vous en apprendre davantage?

Soutien à l'autoprise en charge général et adapté à une affection en particulier

Comme nous l'avons vu à la section 3, les cinq compétences essentielles à l'autoprise en charge sont les suivantes :

- Résolution de problèmes
- Prise de décision
- Utilisation des ressources
- Établissement d'un partenariat avec les prestataires de soins de santé
- Passage à l'action

Ces compétences sont générales et ne s'appliquent pas à une affection en particulier. Ainsi, les ressources d'éducation et de soutien en matière d'autoprise en charge peuvent convenir à toutes les personnes atteintes d'affections chroniques. Cependant, vous pourriez à l'occasion envisager d'offrir un soutien à l'autoprise en charge adapté à une affection en particulier ou d'orienter une personne vers des ressources offrant un tel soutien.

Remarque : Vous pourriez, par exemple, décider d'offrir un soutien à l'autoprise en charge adapté à une affection en particulier si une personne aux prises avec une affection chronique vous confiait se sentir stigmatisée par les autres qui n'ont pas la même affection. Les personnes qui vivent de la stigmatisation et de la discrimination peuvent comprendre les personnes transgenres et les personnes-aux-deux-esprits, les membres de communautés racisées, les personnes plus corpulentes qui vivent de la stigmatisation liée au poids, ainsi que les personnes aux prises avec certains troubles, comme des problèmes d'usage de substances et des maladies mentales. Souvenez-vous du Modèle de la médaille mis au point par Stephanie Nixon que nous avons vu au « **Module 3 : Créer des espaces plus sûrs qui favorisent l'esprit de courage pour les clients, leur réseau de soutien et les membres de l'équipe** », et réfléchissez à la manière dont le risque de microagressions pourrait influencer le type de soutien à offrir ou à recommander à certains patients.

On ne dispose pas de suffisamment de données probantes pour recommander un programme de soutien à l'autoprise en charge général ou adapté à une affection en particulier^{33, 34}. Ainsi, la décision d'offrir l'un ou l'autre de ces types de soutien repose souvent sur la théorie ou les besoins et préférences du patient.

Continuez la lecture pour découvrir comment la théorie, plus particulièrement la TSC, influence la décision d'offrir un soutien à l'autoprise en charge général ou adapté à une affection en particulier.

TSC

La TSC suggère que l'apprentissage social est souvent plus efficace lorsque le modèle ou le pair présente des caractéristiques semblables à celles des participants. Certaines personnes pourraient avancer comme argument qu'un programme d'autoprise en charge adapté à une affection en particulier serait plus propice à la création de groupes de pairs ayant vécu des expériences similaires. En outre, ce type de soutien peut permettre la tenue de discussions plus poussées sur les obstacles à l'apport de changements.

Programme « Living Better with Pain »

Le programme « **Living Better with Pain** » [Mieux vivre avec la douleur], également connu sous le nom de « **Chronic pain self-management support with pain science education and exercise (COMMENCE)** » [Soutien à l'autoprise en charge de la douleur chronique misant sur l'exercice et l'enseignement de la science de la douleur] dans la documentation évaluée par les pairs, constitue un exemple de programme d'autoprise en charge de la douleur chronique adapté à une affection en particulier et dirigé par des professionnels de la santé^{35, 36}.

Le programme « Living Better with Pain » est un programme d'autoprise en charge conçu pour aider les personnes aux prises avec de la douleur à atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés sur le plan de la participation et de la capacité fonctionnelle. Ce programme intègre des stratégies fondées sur des données probantes visant à améliorer la capacité fonctionnelle, dont l'enseignement de la neuroscience de la douleur, des approches cognitivo-comportementales et des exercices personnalisés.

Continuez la lecture pour en apprendre davantage sur les principales caractéristiques du programme « COMMENCE ».

Programme dirigé par un physiothérapeute

Le programme « Living Better with Pain » a été conçu pour être dirigé par un physiothérapeute. Ainsi, les participants peuvent tirer parti de l'expertise d'un physiothérapeute qui les aidera à personnaliser les stratégies d'autoprise en charge proposées. Ce format permet également l'intégration d'approches cognitivo-comportementales, ce qui ne serait pas possible avec un programme dirigé par des pairs.

Programme adapté à une affection en particulier

Le programme « Living Better with Pain » a été conçu comme un programme d'autoprise en charge adapté à une affection en particulier afin de rassembler des personnes aux prises avec de la douleur qui vivent des expériences similaires.

Une autre raison était de faciliter la prestation de services de soutien en particulier afin de surmonter les obstacles aux changements de comportements. Par exemple, des services de soutien particuliers sont offerts pour aider les gens à surmonter les pensées négatives en lien avec la douleur qui influent sur la pratique d'activité physique, comme la peur de voir ses symptômes exacerbés ou la catastrophisation de la douleur.

Le programme « Living Better with Pain » (COMMENCE) a été évalué dans le cadre d'un essai contrôlé à répartition aléatoire qui a conclu que le programme entraînait une plus grande amélioration sur le plan de la capacité fonctionnelle et d'autres critères d'évaluation secondaires comparativement aux soins habituels prodigués au groupe témoin.

Si vous souhaitez en apprendre davantage, continuez la lecture pour passer en revue les résultats de la période de suivi de 12 semaines du programme COMMENCE^{35, 36}.

Suivi de 12 semaines

- Amélioration de la capacité fonctionnelle (différence moyenne de -8,0 points au questionnaire court d'évaluation de la fonction musculosquelettique – Indice dysfonctionnel [SMFA-DI]; IC à 95 % : -14,7 à -1,3)
- Diminution de la gêne occasionnée par les difficultés fonctionnelles (différence moyenne de -12,0 points au questionnaire court d'évaluation de la fonction musculosquelettique – Indice de gêne [SMFA-BI]; IC à 95 % : -20,8 à -3,2)
- Réduction de l'intensité de la douleur (différence moyenne de -1,0 point à l'échelle d'évaluation numérique de la douleur sur 10 points; IC à 95 % : -2,1 à -0,1)
- Réduction de la catastrophisation (différence moyenne de -8,2 points à l'échelle de catastrophisation de la douleur; IC à 95 % : -14,5 à -2,0)
- Amélioration de l'auto-efficacité (différence moyenne de 7,0 points au questionnaire d'auto-efficacité envers la douleur; IC à 95 % : 0,8-13,2)
- Accroissement des connaissances (différence moyenne de 2,8 points au questionnaire de neurophysiologie de la douleur; IC à 95 % : 1,6-3,9)
- Amélioration de la satisfaction (différence moyenne de 1,2 point à l'échelle d'évaluation sur 7 points; IC à 95 % : 0,7-1,8)
- Augmentation du changement perçu (différence moyenne de 1,4 point à l'échelle d'évaluation sur 7 points; IC à 95 % : 0,8-2,1)

Remarque : Vous pouvez consulter les détails du programme COMMENCE, notamment les objectifs hebdomadaires, les stratégies d'autoprise en charge incluses, de même que le fondement de chacune d'entre elles, en cliquant sur les boutons prévus à cet effet. Pour organiser une formation afin d'offrir ce programme, vous pouvez communiquer avec Jordan Miller à l'adresse suivante : jordan.miller@queensu.ca.

Continuez la lecture pour consulter les annexes de la publication sur les études de cas multiples qui présentent les détails du programme COMMENCE³⁶.

[Objectifs hebdomadaires](#)

[Stratégies d'autoprise en charge et fondement](#)

Soutien à l'autoprise en charge en personne ou virtuel (télésanté)

Le mode de prestation des services d'éducation et de soutien à l'autoprise en charge peut également varier.

Continuez la lecture pour en apprendre davantage sur les divers modes de prestation.

Intervention en personne

Une intervention en personne implique un échange synchrone dans un même espace physique.

Intervention virtuelle en face-à-face

Une intervention virtuelle en face-à-face implique un échange synchrone à l'aide d'équipements audio et vidéo.

Intervention par téléphone

Une intervention par téléphone implique un échange synchrone à l'aide d'un équipement audio.

Intervention numérique (télésanté)

Une intervention numérique ou de télésanté peut comprendre des échanges asynchrones.

Répondez à la question suivante en mettant à profit vos connaissances antérieures, ainsi que celles que vous avez acquises jusqu'à présent dans le cadre de ce module.

Question : Dans le cadre de votre pratique, quels avantages et inconvénients présente chacune des approches suivantes pour la prestation de services de soutien à l'autoprise en charge : i) intervention en personne; ii) intervention virtuelle en face-à-face; iii) intervention par téléphone; et iv) intervention numérique asynchrone (télésanté)?

Continuez la lecture pour obtenir de plus amples renseignements à propos de cette question de réflexion.

Les services de soutien à l'autoprise en charge numériques et asynchrones (télésanté) permettent d'améliorer l'accès à ce type de services, comme ils nécessitent moins de ressources que les services de soutien à l'autoprise en charge synchrones ou en personne. Toutefois, bien que les programmes d'autoprise en charge numériques ou de télésanté puissent contribuer à améliorer l'accès pour certains, les nouvelles données probantes ont aussi révélé que ces programmes étaient difficiles d'accès pour les personnes ayant de la difficulté à utiliser la technologie requise pour y prendre part.

Importance de l'approche centrée sur la personne en contexte de soutien à l'autoprise en charge

Les personnes en quête de soins primaires doivent être au centre des stratégies d'autoprise en charge. L'accès à la technologie, le soutien social, les ressources financières, l'accès au transport, la littératie et la numératie font partie des déterminants sociaux qui façonnent la forme que l'autoprise en charge prendra pour chaque personne.

L'apport de changements en vue de l'autoprise en charge d'une affection peut nécessiter des ressources matérielles supplémentaires et un accès à la technologie. En outre, l'autoprise en charge influence le soutien familial et social, et est à son tour façonnée par ceux-ci^{25, 26}. Ces exigences matérielles peuvent empêcher certaines personnes à prendre part aux programmes d'autoprise en charge. Il importe d'instaurer un climat de confiance afin que vos patients se sentent à l'aise de vous mentionner les obstacles qu'ils rencontrent et de vous décrire l'aide dont ils ont besoin pour les surmonter.

Le soutien à l'autoprise en charge pourrait ne pas constituer une priorité lorsqu'un patient a besoin de ressources essentielles à la vie, comme de la nourriture, un logement ou un revenu. Cependant, les données probantes démontrent que les interventions d'autoprise en charge auprès de personnes défavorisées sur le plan socio-économique peuvent être fructueuses lorsqu'elles sont centrées sur la personne et adaptées de manière réfléchie afin de répondre à ses objectifs et besoins.

Remarque : Comme nous l'avons vu dans les modules précédents, les **soins tenant compte des traumatismes** et la **sécurité culturelle** sont également importants pour la prestation de soins primaires axés sur l'équité et centrés sur la personne. Les modèles de soutien à l'autoprise en charge n'ont pas toujours intégré ces thèmes par le passé, mais de nouveaux modèles font leur apparition.

Soutien à l'autoprise en charge tenant compte des traumatismes

Les traumatismes peuvent façonner les stratégies d'adaptation des gens et il est tout simplement impossible de savoir avec certitude qui a subi un traumatisme²³. Les activités d'autoprise en charge peuvent occasionner des réactions post-traumatiques.

Des modèles de soutien à l'autoprise en charge tenant compte des traumatismes commencent à voir le jour²⁴. Voici nos meilleures stratégies actuelles pour soutenir une autoprise en charge en intégrant la notion de traumatismes : a) favoriser la sécurité psychologique pour encourager l'engagement; b) mettre l'accent sur l'importance de prendre soin de sa santé psychologique; c) explorer le soutien par les pairs.

Soutien à l'autoprise en charge plus sécuritaire sur le plan culturel

L'humilité culturelle est nécessaire pour fournir du soutien à l'autoprise en charge, compte tenu des conséquences néfastes des soins non sécuritaires sur le plan culturel. Par exemple, on reconnaît de plus en plus l'importance des programmes de santé destinés aux Autochtones adaptés sur le plan culturel qui reconnaissent les traumatismes collectifs, tout en s'appuyant sur les forces de la communauté²⁷. Les exemples de programmes de soutien à l'autoprise en charge élaborés par des communautés autochtones mettent en lumière différentes façons d'entreprendre ce travail avec ces communautés en mettant l'accent sur l'engagement communautaire et en veillant à ce que la culture demeure au cœur du programme^{28, 29}.

Continuez la lecture pour en apprendre davantage à propos de « Daasachchuchik », un programme d'autoprise en charge des affections chroniques tenant compte des traumatismes élaboré et mis en œuvre par la nation Apsáalooke²⁸.

Daasachchuchik : une approche intégrant la notion de traumatismes

Daasachchuchik : une approche intégrant la notion de traumatismes pour mettre au point un programme d'autoprise en charge des affections chroniques pour les membres de la nation Apsáalooke²⁸

La nation Apsáalooke, sise dans l'actuel Montana, a mis au point un programme d'autoprise en charge des affections chroniques tenant compte des traumatismes et axé sur la culture, avec le soutien de chercheurs d'une université de la région. Ils ont formé une équipe composée de membres d'un centre de santé sans but lucratif de la nation Apsáalooke et d'un mélange de membres de faculté autochtones et non autochtones. L'équipe devait rendre des comptes à un conseil consultatif communautaire de la nation Apsáalooke. Le programme a été mis au point grâce à une approche participative guidée par des méthodes de recherche autochtones et des principes intégrant la notion de traumatismes.

Après avoir lancé un appel à témoignages, l'équipe s'est entretenue avec 20 membres de la communauté atteints de différentes affections chroniques et leur a posé des questions à propos de leur état de santé tout au long de leur vie, de leur expérience des traumatismes passés et actuels et de l'incidence de ces traumatismes sur leurs affections chroniques, puis leur a demandé ce que l'on devrait faire à leur avis pour aider les membres de la communauté dans la même situation qu'eux. L'équipe s'est ensuite penchée sur ces entretiens pour trouver de nouvelles idées afin d'élaborer une intervention pertinente et sécuritaire sur le plan culturel, visant à promouvoir un sentiment de sécurité, à favoriser l'espoir, à renforcer les liens et à soutenir l'efficacité collective.

L'équipe a opté pour une intervention qui met l'accent sur l'apprentissage à partir des conseils d'autres membres de la communauté dignes de confiance, lesquels étaient adressés par l'entremise d'histoires racontées lors de rassemblements auxquels participaient dix membres de la communauté. La séance débutait par des prières et des bénédictions spirituelles, puis une histoire traditionnelle était choisie et racontée en guise d'introduction au sujet du jour. Les participants étaient ensuite invités à former des cercles de partage afin de réagir à l'histoire. Entre les rassemblements, les participants se rencontraient par groupe de deux ou de trois pour se soutenir et s'encourager mutuellement dans leurs nouvelles expériences. Cette approche reconnaît l'importance culturelle que revêt l'histoire, sacrée pour la nation Apsáalooke, de même que d'autres valeurs culturelles, telles que l'amour, la parenté et l'idée de prendre soin de sa communauté. Offert au centre de santé sans but lucratif de la nation Apsáalooke, le programme est ainsi ancré au sein de la communauté et vise l'établissement de relations de confiance et d'entraide qui favorisent la guérison des traumatismes.

Il ne s'agit là que d'un très bref résumé. Pour en apprendre davantage, lisez [l'article complet ici](#).

Selon votre environnement de travail, nous vous suggérons de travailler en étroite collaboration avec des collègues afin de cerner les programmes communautaires existants, d'élaborer des stratégies pour améliorer la sécurité culturelle au sein des programmes d'autoprise en charge de votre clinique et de coopérer avec diverses communautés pour ouvrir de nouvelles perspectives.

Répondez à la question suivante en mettant à profit vos connaissances antérieures, de même que celles que vous avez acquises jusqu'ici dans le cadre de ce module.

Question : Quelles autres stratégies pourriez-vous adopter pour favoriser la participation

Retour d'information :

Continuez la lecture pour obtenir de plus amples renseignements à propos de cette question de réflexion.

Les stratégies pour adapter les programmes de soutien à l'autoprise en charge décrites dans une analyse d'Okpako et coll. (2023)²² comprenaient notamment les suivantes :

- Adaptation pour les personnes ayant un faible niveau de littératie (p. ex., utilisation de supports visuels)
- Participation de travailleurs en santé communautaire ou de pairs faisant figure de leaders
- Fourniture de matériel utile ou de ressources financières pour favoriser la participation (p. ex., téléphone cellulaire, frais de déplacement)

Bien que des progrès aient été réalisés, il convient d'élaborer d'autres stratégies pour adapter les approches d'autoprise en charge afin de s'assurer de prodiguer des soins sécuritaires sur le plan culturel qui cadrent avec les forces et les aptitudes des gens.

Les programmes de soutien à l'autoprise en charge ne reposent pas sur des modèles universels. En définitive, il vous revient de trouver l'approche qui convient le mieux à la vie de la personne et de l'aider à obtenir le soutien dont elle a besoin.

Dans cette section, vous vous êtes penché sur les différences entre les programmes de soutien dirigés par des professionnels de la santé et ceux dirigés par des pairs, entre le soutien général et le soutien adapté à une affection en particulier, puis entre le soutien en personne et le soutien virtuel (télésanté). Des exemples de programmes correspondant à ces différentes modalités vous ont été présentés et vous avez appris l'importance d'une approche centrée sur la personne en contexte de soutien à l'autoprise en charge.

À la section suivante, vous explorerez le soutien à l'autoprise en charge en contexte de soins primaires prodigués par une équipe interprofessionnelle, ainsi que le rôle de la physiothérapie dans un tel contexte.

Passer à la section 05

Liens de page :

<https://www.albertahealthservices.ca/phc/Page16720.aspx>

<https://www.flindersprogram.com.au/about/>

<https://healthychange.ca/health-care-professionals/workshops-for-health-care-professionals/choices-and-changes/>

<https://selfmanagementresource.com/>

<https://takecontroltakecharge.ca/>

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/instance/5759926/bin/40945_2017_32_MOESM1_ESM.pdf

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/instance/5759926/bin/40945_2017_32_MOESM2_ESM.pdf

<https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0073>

<https://muse.jhu.edu/article/756689>

SECTION 05 : COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET SOUTIEN À L'AUTOPRISE EN CHARGE

Dans cette section, vous explorerez diverses stratégies de collaboration interprofessionnelle afin de soutenir l'autoprise en charge. Vous découvrirez également les perspectives uniques que vous pourriez apporter, en tant que physiothérapeute, aux équipes qui soutiennent l'autoprise en charge.

Importance de la collaboration interprofessionnelle

En général, une personne atteinte d'une ou de plusieurs affections chroniques travaillera avec plus d'un professionnel de l'équipe de soins primaires. Chaque professionnel de la santé peut avoir des suggestions d'activités précises susceptibles d'améliorer les résultats de santé de la personne au fil du temps. En contexte de soutien à l'autoprise en charge offert par une équipe de soins primaires, il y a trois éléments particulièrement importants à ne pas négliger : l'amélioration de l'auto-efficacité grâce à des objectifs pertinents, la communication claire au sein de l'équipe et la transmission de messages cohérents.

Continuez la lecture pour revue trois stratégies de soutien à l'autoprise en charge.

Stratégie 1

Amélioration de l'auto-efficacité grâce à des objectifs pertinents

La force de l'autoprise en charge réside dans l'acquisition de compétences qui améliorent l'auto-efficacité dans le cadre d'activités qui se rapportent aux objectifs du participant. Ainsi, toute l'équipe devrait encourager la personne à réaliser des activités qui l'aideront à atteindre ses objectifs, même si ces activités ne correspondent pas exactement à celles qu'un clinicien recommanderait habituellement. Ultimement, il ne faut pas oublier que les objectifs à atteindre doivent être fixés par la personne concernée. Notre rôle, en tant que professionnels de la santé, est d'aider la personne à atteindre ses objectifs, plutôt que de les fixer à sa place. Il s'agit là d'un excellent exemple de ce que signifie placer la personne en quête de soins au centre de l'équipe.

Stratégie 2

Communication claire au sein de l'équipe

Les membres de l'équipe de soins primaires doivent communiquer de façon claire entre eux afin de soutenir la personne et de comprendre les aspects sur lesquels elle travaille. Ils doivent collaborer pour aider la personne à planifier ses actions et à acquérir des compétences en résolution de problèmes. Pour gagner la confiance d'une personne qui tente d'apporter des changements dans sa vie et la soutenir, chaque membre de l'équipe de soins primaires devrait lui rappeler que les changements qu'elle opère sont positifs³⁷.

Stratégie 3

Transmission de messages cohérents

Lorsque des stratégies particulières peuvent améliorer la probabilité d'obtenir de meilleurs résultats de santé et d'atteindre les objectifs fixés, comme la pratique d'activité physique, les membres de

l'équipe doivent transmettre à la personne des messages cohérents quant à la valeur de ce changement de comportement lorsqu'ils lui fournissent des renseignements relativement à son affection. L'équipe évitera ainsi de submerger la personne en quête de soutien avec des messages contradictoires ou un trop grand nombre de suggestions.

Perspectives des physiothérapeutes

Les physiothérapeutes jouent un important rôle au sein des équipes de soins primaires lorsque vient le temps de soutenir l'autoprise en charge.

Continuez la lecture pour découvrir deux exemples de recherches qui mettent en lumière le rôle des physiothérapeutes dans le soutien au développement de l'autoprise en charge.

AUTOPRISE EN CHARGE DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Une analyse de Richardson et coll. (2013) a porté sur le rôle de la physiothérapie dans l'autoprise en charge de la capacité fonctionnelle chez les personnes âgées³⁸. Le soutien à l'autoprise en charge offert par des physiothérapeutes mettait principalement l'accent sur l'activité physique, mais comprenait aussi la fourniture de renseignements sur la maladie et la mise au point de stratégies pour prendre en charge la douleur, la posture et la fatigue. Cette approche est légèrement différente de celle des ergothérapeutes, qui ont tendance à mettre l'accent sur la protection des articulations et la gestion du stress et de la fatigue³⁸. Ces différences mettent en lumière l'apport unique que vous pouvez apporter, en tant que physiothérapeute, aux efforts de soutien à l'autoprise en charge.

RÉADAPTATION PHYSIQUE ET ÉDUCATION À L'AUTOPRISE EN CHARGE

Jansma (2010) a comparé les interventions de réadaptation et l'éducation à l'autoprise en charge³⁹. Selon les similarités qu'elle a recensées, ces deux approches :

- Visent à optimiser la capacité fonctionnelle afin de permettre aux gens de participer pleinement aux activités de leur vie quotidienne;
- Sont axées sur l'atteinte d'objectifs (fixés par le patient);
- Sont centrées sur le patient;
- Misent sur la résolution de problème pour la prestation de soins.

En tant que physiothérapeute travaillant dans le domaine des soins primaires, vous occupez une position unique pour mettre à profit votre expertise afin d'intégrer des stratégies de réadaptation, comme des exercices personnalisés et axés sur l'atteinte d'objectifs particuliers, dans un programme de soutien à l'autoprise en charge, lorsque le patient a pour objectif d'améliorer sa fonction physique. Toutefois, l'analyse comparative de Jansma souligne le manque d'attention portée aux théories sociales dans les interventions de réadaptation physique. L'adoption de stratégies éclairées par des théories sociales, comme la théorie sociocognitive que nous avons vue précédemment, permet notamment d'améliorer les services de réadaptation.

En tant que physiothérapeute travaillant dans le domaine des soins primaires, vous êtes très bien placé pour accélérer l'intégration d'approches propres à la réadaptation et à l'autoprise en charge afin d'aider les patients à atteindre leurs objectifs.

Voici quelques exemples de stratégies de soutien à l'autoprise en charge que les physiothérapeutes peuvent intégrer dans leur programme :

- Soutenir la planification des actions à entreprendre et l'auto-adaptation³⁸ ;
- Mettre l'accent sur la capacité fonctionnelle et la participation³⁸ ;
- Aider les patients à mettre en œuvre leur propre processus d'autosurveillance pour détecter les changements touchant la capacité fonctionnelle et les consigner (p. ex., la vitesse de marche)³⁸ ;
- Aider les patients à trouver des programmes communautaires de marche ou d'exercices à inclure dans leurs plans d'action³⁸ ;
- Aider les patients à cerner les programmes d'autoprise en charge d'affections chroniques à leur disposition³⁸ ;
- Aider les patients à trouver des programmes de soutien à l'autoprise en charge dirigés par des pairs et à y prendre part (p. ex., un système de jumelage)³⁸ ;
- Améliorer la culture de l'activité physique⁴⁰ ;
- Fournir des renseignements sur les approches préventives et l'incidence des affections chroniques sur la capacité fonctionnelle et la participation³⁸ ;
- Améliorer l'expertise dans la recherche de ressources³⁸

Dans cette section, vous avez exploré les services de soutien à l'autoprise en charge offerts au sein d'une équipe interprofessionnelle de soins. À la section suivante, vous découvrirez diverses stratégies pour évaluer la prestation des services de soutien à l'autoprise en charge.

Passer à la section 6

SECTION 06 : ÉVALUER LES RÉSULTATS DES PROGRAMMES DE SOUTIEN À L'AUTOPRISE EN CHARGE

Dans cette section, vous étudierez diverses façons d'évaluer les résultats des programmes de soutien à l'autoprise en charge. En outre, vous en apprendrez davantage sur un outil d'évaluation que vous pourriez utiliser pour plusieurs domaines de résultats.

Il existe un nombre relativement restreint de mesures mises au point pour évaluer précisément les résultats des programmes de soutien à l'autoprise en charge. Il convient cependant de penser à évaluer les quatre résultats potentiels suivants : **l'atteinte des objectifs, la capacité fonctionnelle, l'activation et l'auto-efficacité.**

Atteinte des objectifs

L'une des façons d'évaluer l'atteinte des objectifs consiste à utiliser l'échelle de réalisation des objectifs (« Goal Attainment Scaling » ou « GAS »). Cette échelle permet d'évaluer dans quelle mesure une personne réalise ses objectifs individuels tout au long d'une intervention.

Continuez la lecture pour en apprendre davantage sur l'utilisation de l'échelle de réalisation des objectifs.

Échelle de réalisation des objectifs (GAS)

L'échelle de réalisation des objectifs consiste à définir les critères d'un « bon résultat » avec la personne concernée avant le début de l'intervention. Après l'intervention, chaque objectif est évalué sur une échelle de 5 points en fonction du niveau de réalisation. Si la personne atteint le résultat attendu, elle obtient un score de 0. Si elle obtient un meilleur résultat que prévu, un score de +1 (un peu meilleur) ou de +2 (vraiment meilleur) est attribué. Si la personne obtient un résultat moins bon que prévu, un score de -1 (un peu moins bon) ou de -2 (vraiment moins bon) est attribué.

Continuez la lecture pour consulter [un guide sur l'utilisation de l'échelle de réalisation des objectifs](#) (en anglais seulement)

Capacité fonctionnelle

L'une des façons d'évaluer la capacité fonctionnelle consiste à utiliser l'échelle fonctionnelle spécifique au patient (« Patient Specific Functional Scale » ou « PSFS »). Il s'agit d'un outil d'évaluation de la capacité fonctionnelle axée sur le patient.

Continuez la lecture pour en apprendre davantage sur l'échelle fonctionnelle spécifique au patient.

Échelle fonctionnelle spécifique au patient (PSFS)

Pour utiliser cette échelle, une personne doit d'abord déterminer jusqu'à cinq activités importantes qu'elle a de la difficulté à mener à bien ou qu'elle est incapable de réaliser. Elle évalue ensuite le niveau de difficulté actuel associé à chaque activité sur une échelle de 11 points (allant de 0 « incapable de réaliser l'activité » à 10 « capable de réaliser l'activité dans la même mesure qu'auparavant »). Après l'intervention, la personne est invitée à évaluer à nouveau sa capacité à réaliser les activités précédemment choisies.

Continuez la lecture pour consulter [un exemplaire de l'échelle fonctionnelle spécifique au patient](#) (en anglais seulement).

Activation

L'activation fait référence au degré selon lequel la personne est motivée et investie dans sa démarche. Une façon de mesurer l'activation consiste à utiliser l'outil Mesure d'activation du patient (« Patient Activation Measure » ou « PAMMD »). Cet outil mesure le degré selon lequel une personne participe activement à l'autoprise en charge d'une affection chronique.

Continuez la lecture pour en apprendre davantage sur l'outil Mesure d'activation du patient (PAMMD).

Mesure d'activation du patient (PAMMD)

L'outil PAMMD comprend 13 questions auxquelles une personne doit répondre à l'aide d'une échelle de Likert comprenant 5 options (pas du tout d'accord, en désaccord, d'accord, tout à fait d'accord ou S. O.). Les scores bruts sont ensuite convertis sur une échelle de 0 à 100, 100 étant le niveau d'activation le plus élevé en ce qui a trait à l'autoprise en charge.

Continuez la lecture pour accéder [l'échelle PAMMD](#) (en anglais seulement).

Auto-efficacité

Une façon de mesurer l'auto-efficacité consiste à utiliser l'échelle d'auto-efficacité pour la gestion des maladies chroniques (« Chronic Disease Self-Efficacy Scale » ou « CDESES »). Cet outil mesure la confiance d'une personne atteinte d'une affection chronique en sa capacité à réaliser certaines activités.

Continuez la lecture pour en apprendre davantage sur l'échelle d'auto-efficacité pour la gestion des maladies chroniques.

Échelle d'auto-efficacité pour la gestion des maladies chroniques (CDESES)

L'échelle d'auto-efficacité pour la gestion des maladies chroniques comprend six questions évaluées sur une échelle de 10 points, allant de 1 « pas du tout confiant » à 10 « tout à fait confiant »⁴⁴. L'échelle couvre plusieurs domaines communs à de nombreuses maladies chroniques, notamment la maîtrise des symptômes, la capacité fonctionnelle associée au rôle, la fonction émotionnelle et la communication avec les médecins.

Continuez la lecture pour accéder [l'échelle d'auto-efficacité pour la gestion des maladies chroniques \(CDESES\)](#) (en anglais seulement).

L'auto-efficacité peut également être mesurée à l'aide de l'échelle d'auto-efficacité pour l'exercice (« Self-Efficacy for Exercise Scale » ou « SEES »)⁴⁶. Cette échelle s'appuie sur les fondements théoriques de la TSC.

Continuez la lecture pour accéder [l'échelle d'auto-efficacité pour l'exercice \(SEES\)](#) (en anglais seulement).

Outils supplémentaires

Continuez la lecture pour accéder à d'autres ressources qui peuvent se révéler utiles pour évaluer l'autoprise en charge (en anglais seulement).

[Outils d'évaluation du Self-Management Resource Center](#)

[Outils de sondage du National Health Service \(NHS\)](#)

Dans cette section, vous avez exploré différentes façons d'évaluer les résultats des stratégies d'autoprise en charge. À la section suivante, vous serez invité à passer en revue votre PAI.

Passer à la section 07

Liens de page :

<https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-06/Tools-GAS-Practical-Guide.pdf>

<https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-06/Patient-specific.pdf>

https://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/Images/Patient%20Activation%20Measure%20Questionnaire_tcm75-889764.pdf

https://selfmanagementresource.com/wp-content/uploads/English_-_self-efficacy_for_managing_chronic_disease_6-item.pdf

<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/self-efficacy-exercise-scale>

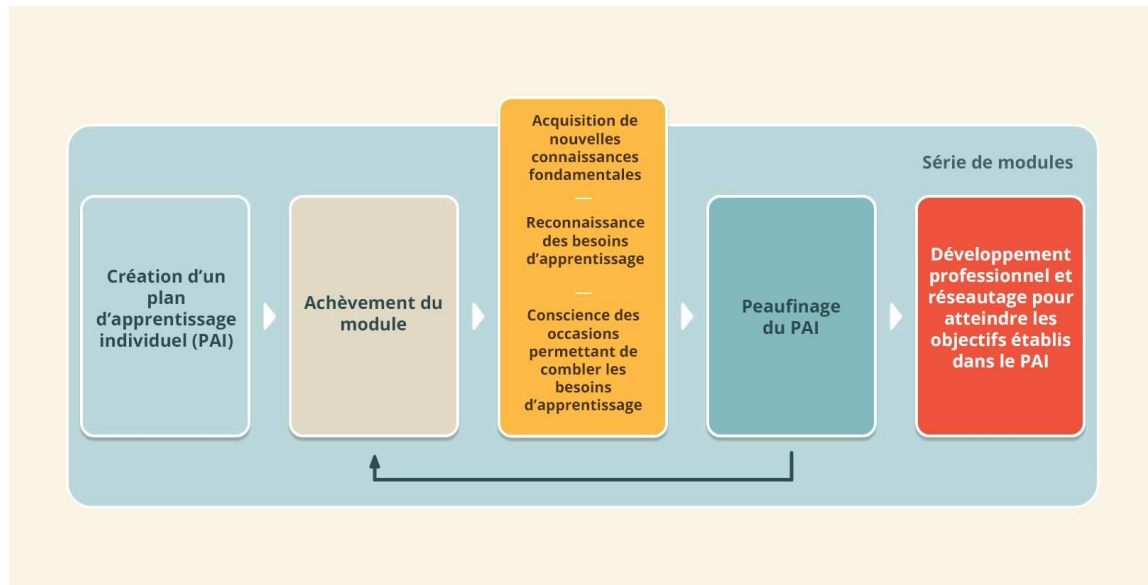
<https://selfmanagementresource.com/resources/evaluation-tools/english-evaluation-tools/>

<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/supported-self-management/health-system-support-framework-for-supported-self-management/examples-of-survey-tools-for-use-in-supported-self-management/>

SECTION 07 : PLAN D'APPRENTISSAGE INDIVIDUEL

Ce module, intitulé « **Soutien à l'autoprise en charge** », a été conçu pour vous aider à acquérir de nouvelles connaissances fondamentales à propos du soutien à l'autoprise en charge en contexte de soins primaires prodigués en équipe, à cerner vos éventuels besoins d'apprentissage à ce sujet et à cibler les occasions qui vous permettront de les combler.

Continuez la lecture pour passer en revue les connaissances fondamentales présentées dans le cadre de ce module, ainsi que les besoins et les occasions d'apprentissage que vous avez peut-être cernés.



Nouvelles connaissances fondamentales acquises dans le cadre du module 7

- Composants de l'autoprise en charge et du soutien à l'autoprise en charge;
- Importance de la collaboration interprofessionnelle et rôle des physiothérapeutes pour soutenir l'autoprise en charge en contexte de soins primaires prodigués en équipe;
- Stratégies pour évaluer les résultats des programmes d'autoprise en charge.

Besoins d'apprentissage possibles et occasions pour les combler

- Cerner les programmes de soutien à l'autoprise en charge à la disposition des membres de votre collectivité.
- Discuter des stratégies pour soutenir l'autoprise en charge avec les autres cliniciens de l'équipe de soins primaires.
- Améliorer les compétences en matière de communication afin de mettre l'accent sur la planification des actions et l'établissement d'objectifs par la personne.
- Discuter avec l'équipe afin de déterminer s'il convient d'évaluer l'incidence des services de soutien à l'autoprise en charge offerts et la manière de le faire, le cas échéant.

Révision de votre plan d'apprentissage individuel (PAI)

Maintenant que vous avez achevé ce module, le temps est venu de réviser vos réponses pour chacune des activités du **PAI**.

Commencez par l'« **Activité 1 : Auto-évaluation des compétences** ».

- Passez en revue les notes d'auto-évaluation, les besoins d'apprentissage et les niveaux de priorité que vous avez établis pour les compétences visées dans le module 7 dans le cadre de l'activité 1 de votre PAI initial.
- Au besoin, modifiez vos notes d'auto-évaluation, ajoutez de nouveaux besoins d'apprentissage et ajustez le niveau de priorité établi.

Continuez la lecture pour afficher les compétences pertinentes dans le cadre de ce module.

Compétences visées dans le cadre du module

1.7 Fournir des renseignements et du soutien aux personnes en quête de soins, à leur famille et à leur réseau de soutien pour favoriser une autoprise en charge fructueuse sur le plan du fonctionnement et de la santé.

1.9 Recourir à la prestation de services de santé numériques ou virtuels, lorsque cela est approprié, pour améliorer l'accès des personnes et des communautés aux soins primaires prodigués en équipe.

3.1 Mobiliser la personne en quête de soins, ainsi que les membres de sa famille et de son réseau de soutien, afin qu'ils fassent partie intégrante de l'équipe interprofessionnelle de soins primaires.

3.2 Collaborer avec tous les membres de l'équipe de soins primaires de façon à tirer parti de l'expertise et de toute l'étendue du champ d'exercice de chacun afin de fournir des services de santé complets qui répondent aux besoins des personnes et des communautés.

Passez ensuite à l'« **Activité 2 : Auto-évaluation des valeurs** ».

- Peaufinez votre liste de valeurs en ajoutant toute valeur personnelle omise jusqu'ici qui vous est venue à l'esprit en suivant ce module.

Puis, passez en revue l'« **Activité 3 : Auto-évaluation du développement professionnel et du réseautage** ».

- Consignez les objectifs et les occasions de développement professionnel et de réseautage qui vous sont passés par la tête alors que vous suiviez ce module.

Enfin, révisez l'« **Activité 4 : Création de votre plan d'apprentissage individuel** ».

- Examinez les compétences, les objectifs d'apprentissage et les occasions de développement professionnel et de réseautage que vous avez inscrits à court, moyen et long termes. Mettez votre PAI à jour en fonction des changements que vous avez apportés à vos besoins d'apprentissage et aux niveaux de priorité établis (**activité 1**), à vos valeurs (**activité 2**) et aux occasions de développement professionnel et de réseautage cernés (**activité 3**).

Passer à la conclusion

CONCLUSION DU MODULE

Dans ce module, vous en avez appris davantage sur l'autoprise en charge, les stratégies de soutien à l'autoprise en charge et les importants éléments à tenir compte lors de la mise en œuvre de telles stratégies. Compte tenu du caractère longitudinal et global des soins primaires prodigués en équipe et de notre objectif consistant à offrir un accès équitable aux soins, le soutien à l'autoprise en charge représente un aspect très important du rôle que jouent les physiothérapeutes travaillant dans le domaine des soins primaires.

Ressources complémentaires à prendre en considération

Continuez la lecture pour consulter les ressources supplémentaires en lien avec le contenu du module 7.

[« What do you mean by engagement? » \[Qu'entendez-vous par engagement?\]](#)

[« Living a Healthy Life with Chronic Conditions: Self-Management Skills for Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Depression, Asthma, Bronchitis, Emphysema and Other Physical and Mental Health Conditions » \[Vivre en santé avec une maladie chronique : compétence pour l'autoprise en charge de cardiopathies, de l'arthrite, du diabète, de la dépression, de l'asthme, de la bronchite, de l'emphysème et d'autres maladies physiques et mentales\]](#)

Remarque : Il existe également une version canadienne du livre « Living a Healthy Life with Chronic Conditions » intitulée « **Vivre en santé avec une maladie chronique : pour des problèmes de santé physique ou mentale de longue durée** », mais les ressources à la disposition des gens mentionnées n'ont pas été mises à jour.

Remerciements

Ce module a été rédigé par :

- Jordan Miller, School of Rehabilitation Therapy, Université Queen's
- Julie Richardson, School of Rehabilitation Science, Université McMaster
- Patricia Thille, College of Rehabilitation Sciences, Université du Manitoba
- Amy Hondronicols, Ontario Physiotherapy Association
- Sarah Wojkowski, School of Rehabilitation Science, Université McMaster
- Lisa Carroll, Association canadienne de physiothérapie
- François Desmeules, École de réadaptation, Université de Montréal
- Kadija Perreault, École des sciences de la réadaptation, Université Laval
- Emily Stevenson, physiothérapeute agréée
- Andrews Tawiah, School of Physical Therapy, Université Western

Les modules ont été créés en collaboration avec l'équipe d'élaboration de cours de l'Office of Professional Development and Educational Scholarship de la faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's.

L'Association canadienne de physiothérapie est également reconnue à titre d'organisation partenaire dans le cadre de ce projet.



HEALTH SCIENCES
Course Development



Canadian
Physiotherapy
Association

Association
canadienne de
physiothérapie

Reconnaissance de l'appui financier

Ce projet est l'un des quelques projets financés dans le cadre de l'initiative « Équipe de soins primaires – Former pour transformer ». Il s'agit d'une initiative interprofessionnelle de la Fondation pour l'avancement de la médecine familiale qui bénéficie du financement d'Emploi et Développement social Canada, un ministère du gouvernement fédéral. Elle est codirigée par le Collège des médecins de famille du Canada et le Réseau canadien des personnels de santé, et réalisée en partenariat avec plus de 100 organisations professionnelles et éducatives dans le domaine de la santé d'un bout à l'autre du pays.



Fondation pour
l'avancement de la
médecine familiale

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

RCPS
Réseau canadien des
personnels de santé



CHWN
Canadian Health
Workforce Network

Liens de page :

<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01346-6>

<https://www.bullpub.com/living-a-healthy-life-with-chronic-conditions-5th-edition.html>

Références :

1. Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. et Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.*, 48(2), 177-187. Consulté en janvier 2024 à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12401421/>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
2. Gruman, J. et Von Korff, M. *Indexed bibliography on self management for people with chronic disease*. Washington, DC: Center for Advancement in Health, 1996. 11. Timmreck TC. Dictionary of health services management.
3. Diabète Canada. (2024). *The Expanded Chronic Care Model: Integrating Population Health Promotion*. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://www.diabetes.ca/managing-my-diabetes/tools---resources/expanded-chronic-care-model>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
4. Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175–1184. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
5. Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13(4), 623–649. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1080/08870449808407422>(s'ouvre dans un nouvel onglet).

6. Resnick, B. (2002). The impact of self-efficacy and outcome expectations on functional Status in Older Adults: *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 17(4), 1–10. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1097/00013614-200206000-00003>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
7. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. Consulté en janvier 2024 à l'adresse <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
8. Vohs, K. D., et Baumeister, R. F. (2004). *Understanding self-regulation: an introduction*. Tiré de : R. F. Baumeister et K. D. Vohs (éditeurs), *Handbook of self-regulation: Research, Theory, and Applications* (p. 1-9). New York, NY: The Guilford Press.
9. Sirur, R., Richardson, J., Wishart, L. et Hanna, S. (2009). The role of theory in increasing adherence to prescribed practice. *Physiotherapy Canada*, 61(2), 68–77. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.3138/physio.61.2.68>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
10. Liang, D., Jia, R., Zhou, X., Lu, G., Wu, Z., Yu, J., Wang, Z., Huang, H., Guo, J., et Chen, C. (2021). The effectiveness of peer support on self-efficacy and self-management in people with type 2 diabetes: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 760–769. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.011>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
11. Martín-Núñez, J., Heredia-Ciuró, A., Valenza-Peña, G., Granados-Santiago, M., Hernández-Hernández, S., Ortiz-Rubio, A., et Valenza, M. C. (2023). Systematic review of self-management programs for prostate cancer patients, a quality of life and self-efficacy meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 107, 107583. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107583>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
12. Lau, S. C., Bhattacharjya, S., Fong, M. W., Nicol, G. E., Lenze, E. J., Baum, C., Hardi, A., et Wong, A. W. (2022). Effectiveness of theory-based digital self-management interventions for improving depression, anxiety, fatigue and self-efficacy in people with neurological disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 28(8), 547–558. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1177/1357633X20955122>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
13. Cannon, D., Buys, N., Sriram, K. B., Sharma, S., Morris, N., et Sun, J. (2016). The effects of chronic obstructive pulmonary disease self-management interventions on improvement of quality of life in COPD patients: A meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 121, 81–90. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.11.005>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
14. Schrijver, J., Lenferink, A., Brusse-Keizer, M., Zwerink, M., van der Valk, P. D., van der Palen, J., et Effing, T. W. (2022). Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD002990. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002990.pub4>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
15. Tanaka, R., Shibayama, T., Sugimoto, K., et Hidaka, K. (2020). Diabetes self-management education and support for adults with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 169. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108480>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
16. Lin, M., Liu, M., Hsu, L., et Tsai, P. (2017). Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 128-137. Consulté en janvier 2024 à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28689160/>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
17. Oh, H. X., De Silva, D. A., Toh, Z. A., Pikkariainen, M., Wu, V. X., et He, H.-G. (2022). The effectiveness of self-management interventions with action-taking components in improving health-related outcomes for adult stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Disability and*

- Rehabilitation*, 44(25), 7751–7766. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2001057>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
18. Du, S., Hu, L., Dong, J., Xu, G., Chen, X., Jin, S., Zhang, H., et Yin, H. (2017). Self-management program for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 37–49. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.029>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
 19. Geraghty, A. W. A., Maund, E., Newell, D., Santer, M., Everitt, H., Price, C., Pincus, T., Moore, M., Little, P., West, R., et Stuart, B. (2021). Self-management for chronic widespread pain including fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(7), e0254642. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254642>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
 20. Wu, Z., Zhou, R., Zhu, Y., Zeng, Z., Ye, Z., Wang, Z., Liu, W., et Xu, X. (2022). Self-management for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Research and Management*, 2022, e2681240. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1155/2022/2681240>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
 21. Raphael, D. (2016). Chapter 1 Social Determinants of Health: Key issues and themes. Tiré de : *Social determinants of health: Canadian perspectives* (3e éd., 3-31). Canadian Scholars' Press inc.
 22. Okpako, T., Woodward, A., Walters, K., Davies, N., Stevenson, F., Nimmons, D., Chew-Graham, C. A., Protheroe, J., et Armstrong, M. (2023). Effectiveness of self-management interventions for long-term conditions in people experiencing socio-economic deprivation in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health (Oxford, Angleterre)*, 45(4), 970–1041. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad145>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
 23. Mock, S. E., et Arai, S. M. (2011). Childhood trauma and chronic illness in adulthood: Mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. *Frontiers in psychology*, 1, 246. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00246>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
 24. Salerno, A. J., et Margolies, P. J. (2022). Health self-management: The emerging importance of trauma and resilience. Tiré de : W. E. Sowers, H. L. McQuiston, J. M. Ranz, J. M. Feldman, et P. S. Runnels (éditeurs), *Textbook of community psychiatry* (p. 499–511). Springer International Publishing. Consulté en décembre 2023 à l'adresse https://doi.org/10.1007/978-3-031-10239-4_36(s'ouvre dans un nouvel onglet)
 25. Sinding, C., Miller, P., Hudak, P., Keller-Olaman, S., et Sussman, J. (2012). Of time and troubles: Patient involvement and the production of health care disparities. *Health (Londres, Angleterre : 1997)*, 16(4), 400–417. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1177/1363459311416833>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
 26. Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge
 27. Chando, S., Tong, A., Howell, M., Dickson, M., Craig, J. C., DeLacy, J., Eades, S. J., et Howard, K. (2021). Stakeholder perspectives on the implementation and impact of Indigenous health interventions: A systematic review of qualitative studies. *Health Expectations*, 24(3), 731–743. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1111/hex.13230>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
 28. Schure, M., Allen, S., Trottier, C., McCormick, A., Other Medicine, L., Castille, D., et Held, S. (2020). Daasachchuchik: A trauma-informed approach to developing a chronic illness self-management program for the Apsáalooke people. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 31(2), 992–

1006. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0073>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
29. Wali, S., Superina, S., Mashford-Pringle, A., Ross, H., et Cafazzo, J. A. (2021). What do you mean by engagement? – Evaluating the use of community engagement in the design and implementation of chronic disease-based interventions for Indigenous populations – scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 8. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01346-6>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
30. Lorig, K. R., et Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. Consulté en décembre 2023 à l'adresse https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01(s'ouvre dans un nouvel onglet)
31. Center for the Advancement of Health: Essential Elements of Self-Management Interventions. (2002). Washington, DC: Center for the Advancement of Health.
32. Azizi, M., Javan, N., Mirzaei, S. M. M., et Vagharseyyedin, S. A. (2020). The efficacy of a peer-led versus nurse-led self-management on the subjective well-being of patients with multiple sclerosis: A randomized clinical trial. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 9(3), Article 3. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.5812/jjcdc.103036>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
33. Lorig, K., Ritter, P. L., et Plant, K. (2005). A disease-specific self-help program compared with a generalized chronic disease self-help program for arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 53(6), 950–957. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1002/art.21604>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
34. Lavender, E. C., Dusabe-Richards, E., Anderson, A. M., Antcliff, D., McGowan, L., Conaghan, P. G., Kingsbury, S. R., et McHugh, G. A. (2022). Exploring the feasibility, acceptability and value of volunteer peer mentors in supporting self-management of osteoarthritis: A qualitative evaluation. *Disability and Rehabilitation*, 44(21), 6314–6324. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1964625>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
35. Miller, J., MacDermid, J. C., Walton, D. M., et Richardson, J. (2020). Chronic pain self-management support with pain science education and exercise (COMMENCE) for people with chronic pain and multiple comorbidities: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(5), 750–761. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.12.016>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
36. Miller, J., MacDermid, J. C., Richardson, J., Walton, D. M., et Gross, A. (2017). Depicting individual responses to physical therapist led chronic pain self-management support with pain science education and exercise in primary health care: Multiple case studies. *Archives of Physiotherapy*, 7(1), 4. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s40945-017-0032-x>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
37. Thille, P., Ward, N., et Russell, G. (2014). Self-management support in primary care: Enactments, disruptions, and conversational consequences. *Social Science & Medicine* (1982), 108, 97–105. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.041>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
38. Richardson, J., Bello-Haas, V. D., Loyola-Sanchez, A., MacDermid, J., et Sinclair, S. (2013). Self-management of function in older adults: The contribution of physical therapy. *Current Translational Geriatrics and Experimental Gerontology Reports*, 2(4), 215–229. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1007/s13670-013-0058-1>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
39. Jansma, F. F., Twillert, S.V, Postema, K., Sanderman, R., et Lettinga, A. T. (2010). Physical and rehabilitation medicine and self-management education: A comparative analysis of two

- approaches. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(9), 808–814. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.2340/16501977-0606>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
40. Petrusevski, C., Morgan, A., MacDermid, J., Wilson, M., et Richardson, J. (2022). Framing physical literacy for aging adults: An integrative review. *Disability and rehabilitation*, 44(26), 8149–8160. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2012841>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
41. Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., et Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39(4, part. 1), 1005–1026. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
42. Barker, I., Steventon, A., Williamson, R., et Deeny, S. R. (2018). Self-management capability in patients with long-term conditions is associated with reduced healthcare utilisation across a whole health economy: Cross-sectional analysis of electronic health records. *BMJ Quality & Safety*, 27(12), 989–999. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007635>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
43. Shively, M. J., Gardetto, N. J., Kodiath, M. F., Kelly, A., Smith, T. L., Stepnowsky, C., Maynard, C., et Larson, C. B. (2013). Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(1), 20–34. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318239f9f9>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
44. Hu, H., Li, G., et Arao, T. (2013). Validation of a Chinese version of the self-efficacy for managing chronic disease 6-item scale in patients with hypertension in primary care. *ISRN Public Health*, 2013, 1–6. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1155/2013/298986>(s'ouvre dans un nouvel onglet)
45. Brady, T. J., et Murphy, L. (Mai 2011). *Sorting through the evidence for the arthritis self-management program and the chronic disease self-management program*. Centers for Disease Control and Prevention. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://www.cdc.gov/arthritis/docs/asmp-executive-summary.pdf>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
46. Resnick, B., et Jenkins, L. (2000). Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nursing Research*, 49(3), 154–159. Consulté en janvier 2024 à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10882320/>(s'ouvre dans un nouvel onglet).
47. Photo tirée de AllGo – An App for Plus Size People, publiée sur Unsplash. Consulté en décembre 2023 à l'adresse <https://unsplash.com/photos/shallow-focus-photo-of-man-in-blue-long-sleeved-shirt-GYRIZSp60M0>