

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2014

N°

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par
Emilie COTTIN

Présentée et soutenue publiquement le 8 Avril 2014

**Evaluation quantitative et qualitative de l'efficacité du programme
d'éducation thérapeutique du Centre d'Evaluation et de Traitement de la
Douleur du CHU de Nantes. Etude sur 50 patients douloureux chroniques.**

Président : Madame Sylvie PIESARD, Professeur en Chimie Thérapeutique

Directeur : Monsieur Julien NIZARD, Professeur et Chef du Centre Fédératif
Douleur Soins de Support Ethique Clinique

Co-directeur : Madame Edwige DE CHAUVIGNY, Médecin responsable de
l'hospitalisation et de l'éducation thérapeutique du Centre d'Evaluation et de Traitement de
la Douleur

Membres du Jury : Madame Anne LE RHUN, Médecin en Santé publique et responsable
de l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique

Madame Martine FOREAU, Docteur en Pharmacie

REMERCIEMENTS

À Madame PLESSARD,
Professeur en Chimie Thérapeutique à la Faculté de la Pharmacie de Nantes qui me fait
l'honneur de présider ma thèse.

À Monsieur NIZARD,
Professeur et Chef du Centre Fédératif Douleur Soins de Support Ethique Clinique du CHU de
Nantes et Directeur de ma thèse, pour son accompagnement, son aide et ses conseils avisés
qui m'ont aidée dans ce travail.

À Madame DE CHAUVIGNY,
Médecin responsable de l'hospitalisation et de l'éducation thérapeutique du Centre
d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes et Co-directeur de ma thèse,
pour son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils tout au long de ce travail.

À Madame LE RHUN,
Médecin en Santé publique et responsable de l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique
du CHU de Nantes, pour son écoute, son soutien et ses conseils précieux lors de la réalisation
de cette thèse.

À Madame FOREAU,
Pharmacien d'officine qui m'a accueillie au sein de son officine, pour la passion qu'elle porte
à son métier, pour ce qu'elle m'a appris et transmis et pour sa participation à mon jury.

À mes parents,
Pour leur amour, leur soutien, leur patience depuis toujours et sans qui je n'aurai pu réaliser tout ce travail. A maman qui m'a transmise sa passion pour le domaine de la santé. A papa qui m'a poussée à toujours vouloir faire de mon mieux.

À Hélène ma sœur,
Pour cette complicité qui nous lie, ces bons moments passés ensemble, ta compréhension et ta patience durant toutes ces années et le temps que tu as passé à m'aider.

À ma grand-mère,
Son soutien, son écoute, sa disponibilité et son amour inconditionnel.

À Hélène, Clotilde, Emilie, Juliette, Marion, Sabine, Aude, Justine, Clémence et Fanny,
Pour cette amitié qui est née durant ces études, pour votre soutien durant les moments plus difficiles, mais aussi pour tous les bons moments que nous avons partagés.

À ma famille et à mes amis,
Pour les précieux moments que nous avons partagés et que nous partagerons.

À Mesdames FERRAND et DENIS, à Monsieur LEZEBOT, à Frédéric, Emilie, Amandine, et
Géraldine,
Pour m'avoir fait découvrir, apprendre et aimer ma profession.

A toute l'équipe du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes,
Qui m'a accueillie durant 6 mois lors de mes stages en tant qu'externe.

Aux patients,
Qui m'ont beaucoup appris, sur moi, sur mon métier et qui m'ont fait progresser.

À Clémence,
Pour cette passion commune pour l'éducation thérapeutique, et pour avoir entamé ce travail.

À Charles,
Pour ton amour, ton soutien, ta patience même si tu ne me comprends pas toujours, sans toi tout ça n'aurait pas été possible.

SOMMAIRE :

1	INTRODUCTION : ENJEUX ET ETAT DES CONNAISSANCES.....	10
1.1	Introduction.....	10
1.2	Douleur : définitions	11
1.2.1	La douleur	11
1.2.2	Les différents types de douleurs.....	11
1.3	Conséquences socio-économiques de la douleur chronique	14
1.4	Principe de la prise en charge de la douleur chronique	15
1.4.1	Historique.....	15
1.4.2	Structures de prise en charge de la douleur chronique.....	15
1.5	Difficulté de la prise en charge médicamenteuse inadaptée chez les patients douloureux chroniques	19
1.5.1	La iatrogénie	19
1.5.2	Les abus médicamenteux.....	21
1.6	L'éducation thérapeutique : un outil indispensable de la prise en charge du douloureux. Instruction sur les Structures Douleur du 19 Mai 2011.....	24
1.6.1	Présentation.....	24
1.6.2	Les difficultés rencontrées par les patients atteints de maladies chroniques.....	25
1.6.3	Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique.....	26
1.6.4	L'éducation thérapeutique et les patients douloureux chroniques.....	30
1.7	Problématique	32
2	PATIENTS ET METHODES.....	34
2.1	Patients.....	34
2.2	Méthodes.....	34
2.2.1	Prise en charge des patients douloureux chroniques au CETD du CHU de Nantes	34
2.2.2	L'éducation thérapeutique au CETD du CHU de Nantes	39
2.3	Critères de jugement.....	44
2.3.1	Evaluation de la qualité de vie des patients (HAS).....	45
2.3.2	Les ordonnances des patients.....	46
2.3.3	Le QCM score	47
2.3.4	Le questionnaire d'évaluation.....	49
2.3.5	Entretien individuel avec les patients	50
2.3.6	Intérêt et limites du questionnaire perçues par les éducateurs	50
3	RESULTATS.....	51
3.1	Population étudiée	51
3.1.1	Caractéristiques générales.....	51
3.1.2	Pathologies et douleurs	51
3.1.3	Retentissement socioprofessionnel.....	52
3.1.4	Retentissement fonctionnel.....	53
3.1.5	Retentissement psychologique.....	54
3.1.6	Traitement des patients.....	55

3.2	Résultats quantitatifs	57
3.2.1	MQS score	57
3.3	Résultats qualitatifs	58
3.3.1	Mieux se soigner	58
3.3.2	Gestion des difficultés rencontrées avec le traitement	61
3.3.3	Motivation et acceptation de la maladie	64
3.3.4	Résultat global des réponses au questionnaire	67
3.3.5	Entretien individuel avec les patients	67
3.3.6	Intérêt et limites du questionnaire perçus par les éducateurs	67
4	DISCUSSION	69
4.1	Apport de l'étude	69
4.1.1	Education thérapeutique, prise en charge globale et consommation médicamenteuse	69
4.1.2	Education thérapeutique et sentiment de connaissances.....	72
4.1.3	Education thérapeutique et gestion des difficultés rencontrées par les patients	74
4.1.4	Education thérapeutique et motivation.....	77
4.1.5	Résultat global obtenu pour le questionnaire	79
4.1.6	Comparaison avec d'autres études.....	81
4.2	Critique de la méthode	82
4.2.1	Limites du recueil de données	82
4.2.2	Limite du choix de la population.....	82
4.2.3	Limites de la validité de l'analyse.....	82
4.2.4	Limites de la présentation des résultats	82
4.2.5	Limites du recueil de données à un instant « t »	82
4.2.6	Limites des critères de jugement choisis	83
4.2.7	Limites des résultats	84
4.3	Points forts, amélioration et perspective	85
4.3.1	Amélioration du questionnaire	85
4.3.2	Amélioration de la séance d'éducation thérapeutique	85
4.3.3	Elaboration d'un nouvel outil : le jeu de cartes du diagnostic éducatif.....	86
5	CONCLUSION	91
6	BIBLIOGRAPHIE	93
7	ANNEXES	100
Annexe 1	Questionnaire DN4	101
Annexe 2	Questionnaire de pré-éducation thérapeutique	102
Annexe 3	Questionnaire de post-éducation thérapeutique	103
Annexe 4	Contrat de soin	104
Annexe 5	Dossier du patient	105
Annexe 6	Livret d'accueil des patients	127
Annexe 7	Planning d'activité de la semaine d'hospitalisation	141

Annexe 8	Conducteur de séance	142
Annexe 9	Document intervenant première séance d'éducation thérapeutique médicamenteuse	145
Annexe 10	Document patient deuxième séance d'éducation thérapeutique médicamenteuse	149
Annexe 11	Document intervenant deuxième séances d'éducation thérapeutique médicamenteuses ...	153
Annexe 12	Document patient fin de séance d'éducation thérapeutique.....	158
Annexe 13	Echelle HAD.....	160
Annexe 14	Echelle de quantification médicamenteuse	161
Annexe 15	Questionnaire éducation thérapeutique nouvelle version.....	164
Annexe 16	Document intervenant deuxième séance d'éducation thérapeutique nouvelle version	165
Annexe 17	Diagnostic d'éducation thérapeutique	171
Annexe 18	Fiche de synthèse du diagnostic d'éducation thérapeutique	186

TABLE DES FIGURES

Figure 1 Age des patients (n=50) hospitalisés au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012	51
Figure 2 Pathologies des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012	51
Figure 3 EVA douleur initiale des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012	52
Figure 4 Catégorie socioprofessionnelle des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012	52
Figure 5 EVA globale des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012	53
Figure 6 EVA fatigue des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012	53
Figure 7 EVA sommeil des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012	54
Figure 8 Score HAD de l'anxiété des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012	54
Figure 9 Score HAD de dépression des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012	54
Figure 10 Nombre de médicaments ayant été consommé par les patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012.....	55
Figure 11 MQS score des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012 avant et après l'hospitalisation.....	57
Figure 13 Différentiel des MQS score des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012 avant et après l'hospitalisation	57
Figure 14 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 1 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	58
Figure 15 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 1 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	58
Figure 16 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 2 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	59
Figure 17 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 2 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	59
Figure 18 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 3 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	60
Figure 19 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 3 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	60
Figure 20 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 4 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	61
Figure 21 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 4 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	61
Figure 22 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 5 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	62
Figure 23 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 5 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	62

Figure 24 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 6 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	63
Figure 25 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 6 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	63
Figure 26 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 7 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	64
Figure 27 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 7 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	64
Figure 28 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 8 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	65
Figure 29 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 8 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	65
Figure 30 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 9 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	66
Figure 31 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 9 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	66
Figure 32 Résultat global des notes attribuées par les patients à l'ensemble du questionnaire	67

TABLES DES TABLEAUX

Tableau 1 Compétences et objectifs à acquérir par le patient	28
Tableau 2 Degré de préjudice des différentes classes pharmacologiques	48
Tableau 3 Niveau de dosage en fonction des doses quotidiennes recommandées.....	48
Tableau 4 Classes médicamenteuses consommées par les patients (n=50) (en pourcentage) avant et après l'Hospitalisation	55
Tableau 5 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 1 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	58
Tableau 6 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 2 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	59
Tableau 7 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 3 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	60
Tableau 8 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 4 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	61
Tableau 9 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 5 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	62
Tableau 10 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 6 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	63
Tableau 11 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 7 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	64
Tableau 12 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 8 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	65
Tableau 13 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 9 avant et après la séance d'éducation thérapeutique	66

LISTE DES ABREVIATIONS :

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AIS : Anti-inflammatoire stéroïdien

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CIM-10 : Classification statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes

CAM : Céphalées par Abus Médicamenteux

CCQ : Céphalées Chroniques Quotidienne

CETD: Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVA : Echelle Visuelle analogique

HAD : score Hamilton d'évaluation de l'Anxiété et de la Dépression

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IASP: International Association for the Study of Pain

MQS : Medication Quantification Scale

OMS: Organisation Mondial de la Santé

QCM : Quantification de la consommation de médicaments

SSMG: Société scientifique de Médecine Générale

TENS : Neuro-Stimulation trans-cutanée

1 Introduction : Enjeux et état des connaissances

1.1 Introduction

Le soulagement de la douleur représente une demande de plus en plus pressante de la part des patients auprès du corps médical. Ainsi, actuellement, le premier motif de consultation en France est celui de la prise en charge du syndrome douloureux.

De fait, la douleur chronique génère un grand nombre de prescriptions médicamenteuses, de demandes d'examens complémentaires et d'arrêts de travail. Ainsi, la prise en charge de la douleur chronique est devenue au cours de ces dernières années un enjeu majeur de santé publique en raison de sa prévalence et du coût qu'elle représente pour la société. Il faut également prendre en compte les conséquences psychosociales pour le patient douloureux, à savoir sa qualité de vie, ses capacités fonctionnelles et son insertion socioprofessionnelle.

Les patients douloureux chroniques sont d'importants consommateurs de soins, notamment médicamenteux. Cela représente un risque élevé de iatrogénie de part leur consommation médicamenteuse potentiellement inadaptée voire abusive.

Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique semble être un outil indispensable d'aide à la prise en charge du patient douloureux. Elle permet la stabilisation ou l'amélioration de l'état de santé du patient grâce à l'acquisition de nouvelles compétences et de nouveaux comportements. Elle favorise ainsi une meilleure autonomie du patient dans la gestion de son traitement et une amélioration de sa qualité de vie.

Afin de répondre à cette problématique, le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes a mis en place il y a déjà plusieurs années un programme d'éducation thérapeutique médicamenteux adapté à la prise en charge du patient douloureux chronique.

Afin de s'assurer que le programme d'éducation thérapeutique proposé au patient répond au mieux à ses attentes et à ses besoins, il est nécessaire d'en évaluer l'efficacité.

Ainsi, nous proposons dans ce travail d'évaluer, dans un premier temps, l'efficacité du programme tel qu'il était proposé antérieurement et, dans un second temps, d'y apporter des modifications dans un objectif de perpétuelle amélioration.

1.2 Douleur : définitions

1.2.1 La douleur

Chaque être humain a fait l'expérience de la douleur. Pour autant, il est souvent difficile de décrire le ressenti du phénomène douloureux et d'en donner une définition précise.

En effet la définition de la douleur doit prendre en compte les douleurs générées par des facteurs périphériques, centraux ou psychologiques, les douleurs aiguës ou chroniques, les douleurs par excès de nociception et les douleurs provoquées par une lésion du système nerveux. Elle doit tenir compte de la dimension affective, émotionnelle et sensorielle de la douleur.

La définition qui a été adoptée par l'International Association for the Study of Pain (IASP) a été proposée par Merskey en 1979 (Merskey & Bogduk, 1994) :

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme évoquant une telle lésion. »

Cette définition amène plusieurs observations (Société Scientifique de Médecine Générale, 2004):

- Il s'agit d'une **expérience personnelle** qui engage la totalité du sujet avec ses expériences, son vécu, sa culture, son éducation et ses émotions. Chaque personne interprète et exprime la douleur à partir de ses expériences passées.
- Il est difficile de faire la part entre la stimulation du corps et la souffrance physique ressentie, ainsi elle doit tenir compte du **caractère subjectif de la douleur**.
- La douleur se caractérise par son aspect désagréable. La **valence affective désagréable** de la douleur apparaît comme l'un des éléments centraux du phénomène douloureux.

Cette définition permet également d'éviter la liaison directe entre stimulus et douleur comme signal d'alarme. Elle laisse place à la découverte d'une potentielle lésion. Et surtout, elle considère qu'une personne exprimant une douleur doit être considérée comme ayant mal, même si aucune lésion n'a été mise en évidence.

Ainsi, la douleur doit être comprise comme une expérience psychosensorielle d'un être vivant inséré dans un environnement social et culturel spécifique. Il faut considérer la douleur comme un **phénomène pluridimensionnel** et comme une expérience individuelle et donc subjective.

1.2.2 Les différents types de douleurs

1.2.2.1 La douleur aiguë

La douleur aiguë, d'installation récente, est considérée comme un signal d'alarme qui protège l'organisme (Serrie & Thurel, 2002). Elle déclenche des réactions dont la finalité est d'en diminuer la cause et d'en limiter les conséquences. Elle est provoquée par une agression (brûlure, pincement, piqure...) et dure moins de trois mois.

1.2.2.2 La douleur chronique

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles retiennent par consensus la définition suivante de la « douleur chronique » (Haute Autorité de Santé, 2008 a) :

« La douleur est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. Elle existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non. »

La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelle que soit sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes (Société Scientifique de Médecine Générale, 2004) (Sanders et al., 2005):

- Persistance ou récurrence,
- Durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois,
- Réponse insuffisante au traitement,
- Détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile, à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée :

- De manifestations psychopathologiques,
- D'une demande insistante du patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare une inefficacité à soulager sa douleur,
- D'une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

La douleur chronique, qu'elle soit symptomatique d'une maladie évolutive ou séquelle (traumatisme, chirurgie...), induit des retentissements physiques et psychologiques. Il s'agit d'un véritable **syndrome douloureux**. La douleur chronique n'a plus aucune fonction, elle n'a ni un rôle biologique, ni un rôle protecteur : elle est devenue « maladie ». Elle va conditionner la vie de l'individu, retentir dans sa vie quotidienne avec des répercussions sociales, professionnelles et familiales. Il s'agit d'un phénomène subjectif, complexe et multidimensionnel (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 1999).

1.2.2.3 La douleur nociceptive

Les douleurs nociceptives sont de loin les plus fréquentes. Elles correspondent à l'activation du système de transmission des messages nociceptifs par stimulation excessive des récepteurs périphériques mis en jeu par des processus lésionnels ou par des stimulations mécaniques importantes. Ce sont les douleurs habituelles des brûlures, des traumatismes, des suites opératoires... (Serrie & Thurel, 2002) (Bénigno, 2002)

Elles engendrent des douleurs aiguës (rage de dents, colique néphrétiques, occlusion intestinale), ou des douleurs chroniques (rhumatismes, mal de dos, cancers...).

Les caractéristiques de ces douleurs sont variées. Elles peuvent être continues ou intermittentes. Elles présentent des degrés très variables d'intensité.

Leur prise en charge a pour objectif de diminuer voir de supprimer des messages tout au long de leur cheminement vers les centres supra-spinaux. Les traitements utilisés sont les analgésiques périphériques et centraux.

1.2.2.4 La douleur neurogène

Les douleurs neurogènes sont liées à la destruction ou à une lésion du système nerveux. Ces lésions peuvent être périphériques (suite à une section de nerf, un zona, une amputation, une neuropathie diabétique) ou centrales (après un infarctus cérébral, un traumatisme médullaire...) (Serrie & Thurel, 2002) (Moulias, 2003).

Contrairement aux douleurs par excès de nociception, les douleurs neurogènes sont peu sensibles voir insensibles aux antalgiques périphériques, centraux et aux blocs anesthésiques.

Les douleurs neurogènes périphériques ou centrales ont des caractéristiques sémiologiques communes.

Ces douleurs peuvent être spontanées, elles se manifestent alors en l'absence de tout stimulus et sont soit permanentes (fourmillements, brûlures, piqures...), soit paroxystiques (douleurs fulgurantes en décharge électrique, élancements, coup de poignard...). Mais elles peuvent aussi résulter d'un stimulus normalement non douloureux, tel un effleurement, ou d'un stimulus peu douloureux qui est perçu de manière exacerbée (Serrie & Thurel, 2002) (Moulias, 2003).

L'analyse sémiologique permet de distinguer une symptomatologie caractéristique composée de :

- **Paresthésie** : sensation anormale non douloureuse à type de fourmillement, picotement, engourdissement ;
- **Dysesthésie** : sensation anormalement désagréable ;
- **Allodynie** : douleur provoquée par une stimulation normalement non douloureuse ;
- **Hyperalgésie** : perception douloureuse anormalement intense suite à un stimulus normalement douloureux ;
- **Hyperpathie** : syndrome douloureux caractérisé par une réponse disproportionnée à un stimulus, avec fréquemment une sensation d'irradiation et de rémanence témoignant d'une véritable sommation spatiale et temporelle.

En cas de suspicion de douleurs neurogènes, le praticien réalise le questionnaire DN4 des douleurs neuropathiques (Annexe 1).

1.2.2.5 La douleur psychogène

Les douleurs psychogènes sont liées à une pathologie ou à un traumatisme psychique. Elles s'expriment au travers du corps : manifestation neurovégétative de l'angoisse, de l'hypocondrie, de la conversion... Le diagnostic de douleurs psychogènes n'est pas un diagnostic d'élimination. La douleur est évoquée sur le fait, les examens cliniques et paracliniques ne permettent pas de la rattacher à une cause évidente (Queneau P, Ostermann, 2004).

Plusieurs points communs les caractérisent :

- Circonstances d'apparition particulières,
- Territoire douloureux ne correspondant à aucune topographie neurologique ou vasculaire,
- Description variant dans le temps et dans la topographie,
- Qualificatifs utilisés : « intense, sévère », alors que le patient peut parler de sa douleur pendant des heures sans expression douloureuse,
- Evaluation de l'EVA : souvent supérieure à 9 et considérée comme très invalidante.

1.3 Conséquences socio-économiques de la douleur chronique

La douleur chronique est un phénomène de plus en plus observé dans les pays industrialisés au cours de ces dernières années. Il apparaît difficile d'évaluer de façon précise la prévalence de la douleur chronique dans la population générale. En effet, d'une étude à l'autre, la définition de la douleur chronique varie. Les échantillons utilisés et les méthodes de collecte de données sont différents (Ospina & Harstall, 2002).

Ainsi, selon les études françaises et internationales, la prévalence de la douleur chronique varie de 10,1% à 55,2% en population générale (Harstall & Ospina, 2003).

Néanmoins la prévalence de la douleur chronique dans la population générale en France a pu être estimée par la Haute Autorité de santé à 35%, et 11% pour la douleur chronique sévère (Haute Autorité de Santé, 2008 a).

La principale étude réalisée en France concernant la douleur chronique est l'étude STOPNET (Study of the Prevalence of Neuropathic Pain) (Bouhassira et al., 2008). Selon cette enquête réalisée en 2004, 31,7% des français expriment une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois. La prévalence de la douleur chronique est significativement plus élevée chez les femmes (35%) que chez les hommes (28,2%). Par ailleurs la prévalence augmente avec l'âge et notamment après 65 ans. Elle est quasiment deux fois plus élevée chez les ouvriers et les agriculteurs que chez les cadres. La prévalence des douleurs chroniques modérées à sévères est évaluée en population générale à 19,9%.

La prise en charge de ces douleurs chroniques est d'autant plus nécessaire que son impact socio-économique est considérable, quel que soit l'échelle utilisée.

A l'échelle du patient, les conséquences sont extrêmement nombreuses et variées :

- Diminution de l'activité physique,
- Altération de la qualité de vie,
- Conséquences psychologiques,
- Troubles du sommeil,
- Retentissement sur les relations sociales,
- Impact sur la vie professionnelle.

Les douleurs chroniques ont également un impact sur l'entourage du patient et de façon plus générale sur l'ensemble de la société.

En effet, les douleurs chroniques entraînent des dépenses médicales directes (consultations, examens complémentaires, hospitalisations, thérapeutiques multiples...) mais également indirectes (absentéisme, arrêts de travail, indemnités journalières, pertes de production et de productivité) considérables (Linton, 1998).

On estime notamment que la durée moyenne d'absence au travail liée à la douleur en France est de 15,6 jours par an et par individu (Fricker, 2003) et que pour 45% des patients la durée moyenne cumulée des arrêts de travail dépasse 4 mois par an (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

1.4 Principe de la prise en charge de la douleur chronique

1.4.1 Historique

La douleur a longtemps été considérée comme un symptôme « normal », parfois même qualifiée de précieux pour le diagnostic et le suivi de l'évolution de la maladie. Progressivement, elle est devenue inacceptable. L'évolution des mentalités et des professionnels de santé a permis de donner à la douleur sa juste valeur de symptôme qu'il faut combattre. Ainsi, depuis ces vingt dernières années, la prise en charge de la douleur devient une priorité de santé publique.

À partir de 1991 les premières réglementations spécifiques voient le jour (Ministère des affaires sociales et de la Solidarité, 1991).

En 1998, le premier programme national de lutte contre la douleur prévoyait à l'échelle nationale la mise en place de structures multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique persistante au sein des établissements de santé (Ministère de la Santé, 1998).

En 2002, la deuxième phase du programme de lutte contre la douleur (2002-2005) avait pour objectif d'améliorer l'accès des patients souffrants de douleurs chroniques aux structures de soins, d'amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur et de renforcer le rôle des infirmiers (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé, 2002).

Au cours de cette même année paraissait la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins qui reconnaissait le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne (Loi n°2002-303, 2002).

En 2006, Xavier Bertrand définit la prise en charge de la douleur comme un « *objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme* » (Bertrand, 2006).

Ainsi, la troisième phase du plan (2006-2010) proposait quatre axes d'actions: l'amélioration de la prise en charge des populations les plus vulnérables, la formation renforcée des professionnels de santé, l'amélioration des modalités de traitement et la structuration de la filière des soins (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

1.4.2 Structures de prise en charge de la douleur chronique

1.4.2.1 Présentation des structures

La prise en charge commence en amont avec le médecin traitant. En effet, il est le premier confronté à la plainte du patient douloureux. Lorsque les traitements usuels apparaissent inefficaces pour le patient, le médecin traitant peut l'adresser à une structure d'évaluation et de traitement de la douleur pour un avis diagnostique, une évaluation, la mise en place de traitements plus adaptés voire une hospitalisation.

Les premières structures d'évaluation et de traitement de la douleur se sont développées à partir des années 80, grâce à des initiatives locales non encadrées et non valorisées.

Des textes réglementaires ont encadré ces pratiques dès 1994 (Direction Générale de la Santé, 1994) (Chaillet & Perignon, 1995).

À partir de 1998 (Direction Générale de la Santé, 1998), trois types de **structures spécialisées** voient le jour :

- **Les consultations pluridisciplinaires** sont implantées au sein des établissements de santé publics ou privés. Ce sont des structures de base permettant une approche globale : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du contexte familial, social et professionnel du patient.
- **Les unités pluridisciplinaires** comportent, en plus des consultations pluridisciplinaires, des lits d'hospitalisation de jour ou de semaine ainsi que l'accès au plateau technique hospitalier lorsque la mise en route de thérapies spécifiques le nécessite.
- **Les centres pluridisciplinaires** sont présents dans certains centres hospitalo-universitaires. Aux fonctions précédentes s'ajoutent celles d'enseignement (formation médicale initiale dans les 3 cycles d'études, formation postuniversitaire par exemple de type DU ou DIU, capacité d'évaluation et de traitement de la douleur) et de recherche destinées aux professionnels de santé afin d'améliorer les soins auprès du patient.

Depuis mai 2011, dans un souci de clarté, d'accessibilité et d'efficacité, on retrouve :

- **Les consultations pluriprofessionnelles** regroupent médecins, infirmières et psychologues.
- **Les Centres d'Évaluation et de Traitement de la Douleur** regroupent les structures précédemment identifiées dans les unités et centres.

D'après l'enquête de la DGOS réalisée en 2010, il existait plus de 250 structures spécialisées en 2009, contre 200 en 2006 et 96 en 2001 (Ministère du travail de l'emploi et de la Santé, 2011).

La mission des **structures spécialisées** s'articule autour de trois pôles principaux : la prévention, l'évaluation et le traitement plurimodal (Chaillet & Perignon, 1995).

1.4.2.2 Les intervenants au sein des structures

La prise en charge des patients douloureux chroniques nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé : **médecins** (algologues, neurologues, chirurgiens, thérapeutes manuels (Meas et al., 2003), psychiatres (Robin et al., 2003), rééducateurs (Lanoiselée et al., 2003), médecins conseils (Sankale-Delga et al., 2003), médecins du travail (Chatelier et al., 2003)...), **infirmières spécialisées, aides soignantes** (Bizet et al., 2003), **kinésithérapeutes** (Jadaud et al., 2003), **ergothérapeutes, acuponcteurs, pharmaciens, psychologues** (Chiffolleau, 2003), **sophrologues, assistantes sociales...**

Tous ces intervenants agissent en coordination autour du patient, dans le domaine qui leur est propre. Leur coordination et la complémentarité de leurs compétences permettent une prise en charge globale et optimale. Cette prise en charge est centrée autour du patient et nécessite son entière implication.

1.4.2.3 Les axes de prise en charge

Chaque structure de prise en charge des patients douloureux chroniques possède une organisation et des spécificités qui lui sont propres. Néanmoins, elles répondent toutes à des objectifs généraux qui ont fait l'objet de recommandations auprès des sociétés savantes. Ces objectifs s'articulent autour de quatre axes de prise en charge (Direction Générale de la Santé, 1994) (Carville et al., 2008) (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000) définis comme suit.

1.4.2.3.1 L'axe médical

La prise en charge commence par une réévaluation complète de la pathologie douloureuse. Un bilan complet est réalisé (examens cliniques, analyse de l'étiologie des douleurs, établissement ou réévaluation du diagnostic, examens complémentaires, gestes chirurgicaux, infiltrations...).

L'évaluation comprend également la réalisation d'un bilan médicamenteux qui commence par un historique des médicaments utilisés par le patient. A l'issue, une stratégie médicamenteuse adaptée au mieux aux besoins du patient peut être mise en place (instauration de nouveaux traitements, adaptation des posologies, sevrage de certaines classes médicamenteuses telles que les psychotropes ou les antalgiques de palier III).

Afin d'aider le patient à optimiser ses connaissances, ***l'éducation thérapeutique*** et notamment ***médicamenteuse*** est mise en place. Ceci lui permettra une meilleure observance du traitement, un meilleur contrôle des douleurs et des effets secondaires afin d'améliorer sa qualité de vie.

Le patient peut aussi avoir recours à d'autres techniques non médicamenteuses telles que l'électrostimulation, et l'utilisation du chaud et du froid. Ces techniques souvent mal connues permettent pourtant d'améliorer les douleurs et le confort des patients sans effets secondaires.

1.4.2.3.2 L'axe physique

Les patients douloureux chroniques ont spontanément tendance à diminuer leur activité physique or on sait que le déconditionnement à l'effort est un facteur aggravant.

Il s'agit donc de reconditionner progressivement le patient à l'effort. L'objectif est de lui faire pratiquer une activité physique modérée mais régulière afin qu'il retrouve progressivement ses aptitudes physiques. Néanmoins il est important que le patient prenne conscience de ses limites et qu'il apprenne à ne pas les dépasser.

Durant l'hospitalisation il pourra participer à diverses activités telles que la kinésithérapie, l'ostéopathie, la rééducation, le réentraînement à l'effort seul ou en groupe (marche, vélo, piscine, gymnastique...).

Le patient est encouragé à poursuivre ses efforts après son hospitalisation. Il pourra être suivi par la suite au sein de structures de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

1.4.2.3.3 L'axe psychologique

Le plus souvent, les douleurs sont anciennes, omniprésentes, insuffisamment soulagées, épuisantes et peuvent avoir des répercussions sur le moral et l'équilibre psychologique du patient.

Il est fréquent de constater une anxiété et/ou une dépression chez un certain nombre d'entre eux. Inversement une anxiété et/ou une dépression peuvent être à l'origine de l'aggravation du tableau douloureux.

Ainsi le corps et l'esprit étant indissociables, une prise en charge psychologique s'avère indispensable.

Cette prise en charge implique des entretiens individuels avec un psychologue ou un psychiatre. Il est également proposé aux patients de participer à des séances collectives telles que des groupes de paroles. Lors de ces séances, ils peuvent échanger sur leurs expériences et leurs vécus avec les autres patients.

Au cours d'une hospitalisation, d'autres approches peuvent être proposées aux patients comme l'hypnose, la sophrologie, la relaxation, l'art thérapie, la musicothérapie...

1.4.2.3.4 L'axe socioprofessionnel

Les patients douloureux chroniques ont souvent tendance à se replier sur eux même. Ils quittent souvent le milieu professionnel et cessent petit à petit leurs activités de loisirs (sport, sorties entre amis ou famille...). Ils se retrouvent souvent en situation d'isolement social.

La perspective d'un retour dans le monde du travail permet au patient de retrouver sa place dans la société. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique.

Durant leur hospitalisation, une attention toute particulière est donc portée sur la réinsertion professionnelle. Des entretiens peuvent être envisagés avec un médecin conseil de la sécurité sociale, un médecin du travail et/ou une assistante sociale afin d'envisager les différentes possibilités qui s'offrent à eux (adaptation de poste, réinsertion professionnelle...).

Le patient est également invité à retrouver des activités socialisantes (loisirs, vacances, activités sportives...). L'objectif est de retrouver un lien social afin de lutter contre l'isolement et ainsi essayer de détourner son esprit de ses douleurs.

Après l'hospitalisation, les relations avec sa famille et ses amis peuvent évoluer, l'organisation familiale peut se modifier. Afin d'aider la famille dans cette étape, une rencontre avec l'équipe soignante peut être organisée pour répondre à leurs questions et ainsi lui permettre de mieux comprendre la situation du patient.

1.4.2.4 Finalité de la prise en charge

Au cours de l'hospitalisation, tous ces axes seront plus ou moins développés en fonction des besoins et attentes de chaque patient.

Les objectifs du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur ne sont en aucun cas de faire disparaître les douleurs. Il s'agit surtout de permettre au patient de mieux comprendre ses douleurs, de s'approprier de nouvelles techniques pour les gérer, de se faire aider psychologiquement, de modifier son mode de vie et ses croyances et ainsi mieux vivre avec ses douleurs afin d'améliorer sa qualité de vie au quotidien.

Cette prise en charge nécessite du temps et de l'implication de la part du patient. Les efforts doivent être poursuivis une fois l'hospitalisation terminée.

Les patients ayant bénéficié de cette prise en charge pourront être accompagnés à distance au cours de consultations médicales, d'un suivi psychologique ou encore d'un séjour en rééducation.

Le contexte pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens, psychologues, kinésithérapeutes, sophrologues, infirmières...) est déterminant pour une bonne prise en charge de la douleur, cependant il est indispensable que le patient soit acteur à part entière du processus.

1.5 Difficulté de la prise en charge médicamenteuse inadaptée chez les patients douloureux chroniques

1.5.1 La iatrogénie

La iatrogénie est un sujet d'actualité par sa fréquence et son impact médico-économique.

En France, 1 300 000 patients présentent chaque année un effet iatrogène au cours d'une hospitalisation (Imbs et *al.*, 1999). Un tiers des hospitalisations imputées à un effet indésirable médicamenteux est jugé évitable (Pouyanne et *al.*, 2000).

Il y a peu d'études concernant la iatrogénie en ambulatoire. Les effets indésirables graves représenteraient 2,6 consultations par médecin par an (Lacoste-Roussillon et *al.* 2001).

En 2007, l'Observatoire de la Médecine Générale place la iatrogénie en 75ème position dans la fréquence des pathologies avec 1% des patients ayant au moins un épisode iatrogène dans l'année (Observatoire de la médecine générale).

Afin de lutter contre cette iatrogénie, la Direction Générale de la Santé propose parmi ses objectifs, la nécessité d'obtenir des données épidémiologiques (Haut Comité de la Santé Publique, 2003).

Le travail du service de pharmacovigilance peut répondre à cette attente, puisqu'il est chargé de recueillir les déclarations d'effets indésirables.

1.5.1.1 Définition

L'OMS a défini en 1969 **la iatrogénie** comme étant :

« Toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement. »

La quantification paraît cependant difficile en raison de la diversité des modalités de recherche et d'imputabilité de la iatrogénie (gravité diverse des symptômes, iatrogénie latente, manifestations de sevrage, accidents de la circulation favorisés par les médicaments...).

L'automédication est une cause de iatrogénie. Il peut s'agir de la consommation de médicaments sans ordonnance sur conseil du pharmacien ou bien de la consommation de médicaments de la pharmacie familiale (qui peuvent être périmés, sans notice, présents en grande quantité...). L'automédication peut alors être inappropriée (médicament non indiqué pour les symptômes du patient, posologie non respectée).

L'inobservance thérapeutique peut être une autre cause de iatrogénie : l'arrêt inopportun d'un traitement indispensable pouvant aggraver la maladie (l'hypertension artérielle, le diabète...) ou entraîner des effets de sevrage (les antidépresseurs notamment).

La iatrogénie médicamenteuse peut être liée à des aléas non fautifs dus, au médicament lui-même (allergie imprévisible), ou aux effets secondaires propres au médicament. Elle peut également être due à des imprudences, des négligences ou des erreurs : posologie excessive, mauvaise indication, traitement trop prolongé (dépendance et tolérance), non-respect d'une contre-indication (risque de surdosage), erreur de prescription (erreur de médicament, de posologie, de malade), interaction médicamenteuse (potentialisation d'effets secondaires, interactions pharmacodynamiques ou pharmacocinétiques).

Les classes médicamenteuses les plus souvent incriminées sont les diurétiques, les anticoagulants, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les psychotropes.

1.5.1.2 Situations de iatrogénie fréquemment rencontrées chez les patients douloureux chroniques

Les patients souffrant de douleurs chroniques sont une population exposée aux risques d'effets iatrogènes. En effet, il s'agit de patients souvent poly-médicamentés. Par ailleurs, il s'agit de traitements souvent riches en effets secondaires.

Pour illustrer cette situation, nous pouvons citer le cas de trois classes thérapeutiques fréquemment utilisées chez ces patients : les **anti-inflammatoires non stéroïdiens**, les **antalgiques de palier 3** et les **benzodiazépines**.

Les **Anti-inflammatoires non stéroïdiens** (AINS) souvent utilisés au long cours chez les patients douloureux chroniques, ne sont pas exempts d'effets indésirables. Ils sont fréquemment cités dans la littérature médicale.

Les AINS exposent à des risques gastro-intestinaux, cardio-vasculaires et rénaux pouvant être graves.

Un des problèmes rencontrés avec les AINS est leur accessibilité sans ordonnance dans les pharmacies. Ainsi les patients sous-estiment souvent les dangers liés à leur utilisation.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé recommande (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, 2013b):

- De les utiliser à la dose minimale efficace et pendant la durée la plus courte possible,
- De réévaluer régulièrement la nécessité et l'efficacité du traitement par AINS, en cas de douleurs chroniques,
- De ne pas associer deux AINS.

Il n'est pas rare de trouver dans les prescriptions des patients douloureux chroniques des **antalgiques de palier 3**. Les antalgiques de palier 3 sont les plus puissants antalgiques mais également les plus toxiques. Les principaux risques de l'utilisation des morphiniques au long cours sont l'apparition d'un phénomène de tolérance (nécessité d'augmenter la dose pour obtenir le même effet) et de dépendance (syndrome de sevrage à l'arrêt brusque de la prescription). D'autres effets secondaires sont également rapportés tels que : la constipation, les nausées et le risque de dépression respiratoire en cas de surdosage.

Une vaste enquête épidémiologique menée sur un échantillon de la population danoise a conclu qu'à long terme (>6 mois), les opiacés ne procuraient pas de soulagement substantiel, ni n'amélioraient les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des adultes se plaignants de douleurs chroniques non malignes. En bref, ils manquaient les trois buts assignés à une thérapeutique antalgique (Ballantyne & Shin, 2008). On peut noter de plus que la spectaculaire augmentation de prescriptions d'opioïdes forts s'est accompagnée d'une augmentation inquiétante de cas d'abus, de mésusage et d'addictions, sans qu'en contrepartie « la » douleur n'ait été vaincue (Fautrel et al., 2007) (Ballantyne & Shin, 2008) (Sullivan & Howe, 2013).

L'utilisation des antalgiques de palier 3 dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses semble en inadéquation avec les recommandations de l'OMS et l'utilisation des antalgiques par palier (Bannwarth, 2010).

La survenue de ces effets indésirables graves, chez des patients traités pour une pathologie chronique a créé de nombreuses discussions au sein de la communauté des rhumatologues.

La prescription de **benzodiazépines** est fréquemment rencontrée chez les patients atteints de douleurs chroniques. Elles sont utilisées pour leur activité : anxiolytique, hypnotique et myorelaxante. Mais la prescription de benzodiazépines n'est pas sans conséquence car elles posent un véritable problème de pharmacodépendance (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, 2013a).

Les benzodiazépines entraînent également une baisse de la vigilance, une somnolence et un effet délétère sur la mémorisation (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, 2013a).

Afin de limiter les risques, les recommandations préconisent de ne pas excéder une durée de traitement de quatre semaines pour les hypnotiques et de douze semaines pour les anxiolytiques.

En pratique il n'est pas rare de voir des patients en consommer au long cours, l'équipe médicale hospitalière et de ville doit être attentive à ce que le patient n'augmente pas les doses (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, 2013a).

1.5.2 Les abus médicamenteux

1.5.2.1 Définition

En 1969, le Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance a défini **l'abus de drogues** comme (Organisation Mondiale de la Santé, 1969):

«L'usage excessif persistant ou sporadique d'un médicament non conforme ou ne correspondant pas ou une pratique médicale acceptable».

Avec au moins une manifestation suivante au cours d'une période de douze mois :

- Incapacité à remplir des obligations majeures (travail, école, maison...),
- Utilisation répétée dans des situations physiquement dangereuses (voiture...),
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance,
- Utilisation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents, liés à la substance.

Sans atteindre cependant les critères de la dépendance.

Dans la CIM-10, la définition de la **dépendance** repose sur six critères.

Un diagnostic de « dépendance » peut être porté en présence d'au moins trois de ces critères (Organisation mondiale de la Santé, 1993) :

1. Désir impératif ou sensation de compulsion pour la prise de substance,
2. Difficulté à contrôler le comportement de prise de la substance en termes de début, de fin, ou de quantité utilisée,
3. Présence d'un état de sevrage physiologique en cas d'arrêt ou de diminution de la prise, mis en évidence par les signes suivants: syndrome de sevrage caractéristique de la substance, prise de cette même substance (ou d'une substance étroitement apparentée) dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage,
4. Signes de tolérance, comme par exemple augmentation nécessaire de la dose de substance psycho-active pour obtenir les effets produits initialement par des doses plus faibles,

5. Perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs ou activités, en raison de l'usage de substance psycho-active, temps de plus en plus important passé à se procurer ou à consommer la substance, ou à récupérer de ses effets,
6. Poursuite de l'usage de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives, telles que lésions hépatiques dues à l'abus d'alcool, état dépressif résultant d'une utilisation massive ou atteinte des fonctions cognitives associée à la substance.

1.5.2.2 Exemple : les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) par abus médicamenteux

La céphalée est une plainte fréquente, sa prévalence au cours d'une vie atteindrait 90%. Elle représente un problème de santé publique en termes d'incapacité et de coût pour la société puisqu'elle touche en majorité la population active (Rasmussen et *al.*, 1991).

Chez les patients céphalalgiques, après la céphalée de tension et la migraine, un type particulier de céphalée semble occuper une place prépondérante dans nos pays européens en termes de fréquence et d'handicap : **les céphalées par abus médicamenteux (CAM)**. Les spécialistes font de l'abus médicamenteux d'antalgiques le troisième facteur de risque majeur mais évitable, d'aggravation et de développement de céphalées après les facteurs sociaux (stress) et certains états pathologiques (hypertension artérielle, dépression et maladies infectieuses) (Peters et *al.*, 2007).

La qualité de vie des patients atteints de CCQ par abus médicamenteux en est très altérée (Guitera et *al.*, 2002).

Les CCQ constituent un ensemble hétérogène défini par la présence de céphalées plus de quinze jours par mois, depuis plus de trois mois, avec une durée quotidienne supérieure à quatre heures par jour en l'absence de traitement (Silberstein et *al.*, 1994).

Il s'agit le plus souvent d'une céphalée initialement épisodique (migraine ou céphalée de tension) qui évolue vers une céphalée chronique, sous l'influence notamment d'un abus médicamenteux et de facteurs psychopathologiques (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2004).

Les CAM représentent la forme de CCQ la plus souvent rencontrée dans les structures spécialisées dans la prise en charge des céphalées.

Les abus médicamenteux impliqués dans les CCQ répondent aux critères suivants (Dousset & Henry, 2005.):

- Une prise médicamenteuse régulière et qui dure depuis plus de trois mois,
- Une prise médicamenteuse présente :
 - o Plus de quinze jours par mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, AINS)
 - o Plus de dix jours par mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs).
- La céphalée s'est développée ou aggravée pendant l'abus.
- La céphalée régresse dans les deux mois qui suivent le sevrage.

Selon l'ANAES, les antalgiques en vente libre sont deux fois plus utilisés que ceux nécessitant une ordonnance. Tous les traitements de crise peuvent être en cause. Néanmoins, les molécules actuellement les plus fréquemment retrouvées dans les CCQ par abus médicamenteux sont le paracétamol, la caféine, la codéine et les triptans. D'autres abus

peuvent être associés, notamment les abus d'hypnotiques et de tranquillisants tels que les benzodiazépines. Les facteurs qui apparaissent comme favorisant ces abus sont, l'effet psychotrope de certaines molécules (la caféine, la codéine, le tramadol), l'automédication et la facilité pour se procurer les médicaments, mais également la susceptibilité individuelle à développer une addiction (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2004).

Une étude épidémiologique transversale a été réalisée en 1999 à partir d'un large échantillon représentatif de la population générale française. Malgré les difficultés inhérentes à ce type d'étude, la prévalence des CCQ en France a pu être évaluée à 3 %. La prévalence était plus élevée chez les femmes (4,18 %) que chez les hommes (1,62 %). Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une céphalée initialement épisodique qui avait évolué vers une CCQ, sous l'influence de deux principaux facteurs: l'abus médicamenteux et les facteurs psychopathologiques (Lantéri-Minet et *al.*, 2003).

Le lien de causalité entre l'abus d'antalgiques et les céphalées chroniques n'est pas si évident. L'abus médicamenteux est-il bien à l'origine de la chronicisation des céphalées ou bien est-ce l'augmentation en fréquence des céphalées qui amèneraient les patients à abuser des traitements de crise ?

De nombreuses études ont permis de confirmer le caractère causal de l'abus médicamenteux dans l'apparition des CCQ, en voici quelques illustrations:

Une étude longitudinale suédoise (étude HUNT) de onze ans réalisée en population générale sur la relation entre l'abus d'antalgiques et les douleurs chroniques a montré une association forte entre une consommation quasi quotidienne d'antalgiques et céphalées chroniques alors que l'association reste faible entre consommation d'antalgiques et autres douleurs chroniques (Zwart et *al.*, 2003).

Une autre étude a confirmé que la relation de temporalité était validée. L'abus médicamenteux précédait bien l'apparition de la chronicisation des céphalées (Bigal et *al.*, 2008).

Ce lien de causalité apparait de façon encore plus claire dans une étude réalisée en centre tertiaire. Elle montre une amélioration en fréquence et/ou en intensité des céphalées chroniques associées à un abus d'antalgiques deux mois après un sevrage d'antalgiques (Zeeberg et *al.*, 2006).

D'autres études ont rapporté l'apparition de céphalées chroniques quotidiennes suite à des prises d'antalgiques importantes utilisées dans un autre contexte que celui des céphalées, mais uniquement chez des patients qui présentaient un antécédent migraineux (Bahra et *al.*, 2003).

1.6 L'éducation thérapeutique : un outil indispensable de la prise en charge du douloureux. Instruction sur les Structures Douleur du 19 Mai 2011.

1.6.1 Présentation

Si la santé et le suivi thérapeutique des patients ont toujours fait partie des préoccupations majeures des soignants, l'éducation thérapeutique des patients est devenue l'un des enjeux majeurs de notre société et de la santé des individus.

Cela fait quarante ans que l'on sait que l'enseignement aux malades chroniques est efficace, comparé aux mêmes soins prodigués sans aucune forme d'éducation.

De nombreux programmes ont été mis en place pour des patients atteints de maladies chroniques tels que l'asthme, le diabète, l'hémophilie, la dermatite atopique...

En effet, les maladies chroniques constituent un formidable défi pour la société puisque l'on estime que, vers 2020, elles représenteront la première cause de mortalité et d'incapacité dans le monde (Epping-Jordan et *al.*, 2001).

Leur prise en charge nécessite dorénavant que le patient devienne un partenaire des soignants (Assal, 1997) (Lorig, 2002), formé à la gestion de sa maladie (Lacroix & Assal, 2003) (Ivernois & Gagnayre, 2004).

L'éducation thérapeutique s'est considérablement développée depuis la fin des années 90. La volonté de faire de l'éducation thérapeutique est devenue une des priorités en matière de santé publique comme en atteste une succession de textes officiels.

En 1998, un groupe de travail de l'OMS-Région Europe a défini ***l'éducation thérapeutique du patient (ETP)*** comme une démarche qui vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (Organisation mondiale de la Santé, 1998).

Depuis l'ETP suscite un intérêt de plus en plus vif auprès des soignants, tant dans les hôpitaux que dans les cabinets de médecine de ville.

En 2001, la Direction Générale de la Santé établit les recommandations pour le développement de l'Education thérapeutique en France (Direction Générale de la Santé, 2001).

Au cours de la même année, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés présentent l'ETP comme l'un des trois axes de développement dans son Plan National d'Education pour la Santé (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001).

D'autres textes suivront, tous centrés sur l'ETP. Ils ont fait l'objet d'un recensement entre 2002 et 2006 (Grenier & Gagnayre, 2006). Ils sont issus d'origines diverses, à la fois des organismes de tutelle, des sociétés savantes et des organismes scientifiques. Cet engouement pour l'éducation thérapeutique souligne son intérêt et son importance dans la prise en charge des pathologies chroniques.

En avril 2007, un plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques énonce quatre objectifs : aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer, élargir la pratique médicale de prévention, faciliter la vie quotidienne des malades, mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie (Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, 2007).

En 2009, la loi concernant la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST) est consacrée à l'ETP. Elle est pour la première fois reconnue comme thérapeutique à part entière avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique (Articles L.1161-1 à L1161-4) (Loi n°2009-879, 2009).

En 2012, afin d'améliorer la qualité de l'éducation thérapeutique du patient, l'HAS rédige un guide qui vise à aider les coordonnateurs et les équipes à effectuer une auto-évaluation annuelle de leur programme d'éducation thérapeutique. Il s'agit d'une démarche d'évaluation à usage interne au cours de laquelle le coordonnateur et l'équipe évaluent eux-mêmes et pour eux-mêmes leur programme d'ETP (Haute Autorité de Santé, 2012).

L'engouement pour l'éducation thérapeutique peut s'expliquer pour diverses raisons. Tout d'abord, du fait des progrès de la médecine qui permettent une prise en charge plus globale, plus spécifique et plus adaptée au patient.

Ensuite la prévalence des patients atteints de maladie chronique est en constante évolution, ce qui tend à favoriser une autonomisation des patients dans la prise en charge de leur maladie.

Par ailleurs on constate une augmentation des coûts pour la santé et donc une réelle volonté de réduire les dépenses tout en garantissant une prise en charge de qualité et de sécurité pour le patient (Haute Autorité de Santé, 2008b).

La vision du patient a aussi évolué, il est désormais considéré comme un être à part entière capable d'autonomie et qui peut devenir acteur de sa prise en charge.

On remarque également qu'à l'heure d'internet et des progrès de communications, les patients sont de plus en plus demandeurs d'informations et d'explications, ils veulent désormais comprendre avant d'être soignés.

1.6.2 Les difficultés rencontrées par les patients atteints de maladies chroniques

La survenue d'une pathologie chronique est un évènement qui n'est ni choisi ni voulu. Le patient doit alors faire face à des modifications dans son mode de vie. Devant ces nouvelles perspectives, l'équipe soignante peut faire face à de réelles réticences de la part du patient et doit alors aider le patient à accepter sa maladie.

Une fois le diagnostic posé et le traitement institué, le patient doit apporter des aménagements à ses habitudes de vie qui relèvent de la connaissance de sa maladie et de son traitement. Ainsi, le sujet, habituellement passif dans une situation de maladie aiguë, est confronté dans le cas de maladie chronique à la nécessité de tenir tôt ou tard un rôle actif et quasi permanent.

L'ETP participe alors à améliorer la santé et la qualité de vie du patient. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont (Haute Autorité de Santé, 2007a) :

- **L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins.** Les compétences d'auto-soins regroupent des facultés que le patient doit pouvoir acquérir pour assurer sa sécurité et améliorer sa qualité de vie :
 - Soulager un symptôme,
 - Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance d'une mesure,
 - Adapter les doses de médicaments, initier un auto-traitement,
 - Réaliser des gestes techniques et des soins,
 - Mettre en œuvre des modifications dans son mode de vie (équilibre nutritionnel, activité physique...),
 - Prévenir des complications évitables,
 - Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie,
 - Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.
- **L'acquisition et le maintien de compétences d'adaptation,** qui s'appuie sur le vécu et l'expérience du patient :
 - Se connaître soi-même et avoir confiance en soi,
 - Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress,
 - Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique,
 - Développer des compétences en matière de communication et de relation interpersonnelles,
 - Prendre des décisions et résoudre un problème,
 - Se fixer des buts à atteindre et faire des choix,
 - S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Tout programme d'éducation thérapeutique pour le patient doit tenir compte de ces données.

1.6.3 Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique

Tout programme d'ETP, pour être efficace, doit répondre à des critères de qualité et pour cela doit suivre une démarche structurée.

Afin d'homogénéiser ces pratiques, la HAS a publié en 2007 des recommandations concernant la définition, les finalités et l'organisation de l'ETP (Haute Autorité de Santé, 2007a).

Ainsi un programme d'ETP comprend **quatre étapes** dans sa mise en œuvre :

- L'élaboration du diagnostic éducatif,
- La définition des objectifs,
- Le choix du contenu et des méthodes d'apprentissage,
- L'évaluation.

1.6.3.1 L'élaboration du diagnostic éducatif

L'OMS définit le diagnostic éducatif comme (Organisation mondiale de la Santé, 1998) :

« La première étape du processus pédagogique. Il s'agit d'un recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant, concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique, et social du patient. Ces informations doivent servir de base pour la construction d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé. »

Le **diagnostic éducatif** est la première étape d'un programme d'ETP. Il permet de connaître le patient, d'estimer ses connaissances, de cerner ses besoins et ses attentes. Il faut s'intéresser à différents facteurs qui influencent les comportements de santé du patient et tenter de les comprendre. Il doit prendre en compte les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient afin d'évaluer ses potentialités tout en tenant compte de ses demandes et de son projet. Il n'est pas définitif et doit être actualisé régulièrement notamment lors de la survenue de tout élément nouveau (Haute Autorité de Santé, 2007b).

1.6.3.1.1 **Les objectifs du diagnostic éducatif (Haute Autorité de Santé, 2007b)**

Les objectifs du diagnostic éducatif sont :

- D'accéder, par un dialogue structuré, aux connaissances, aux représentations, aux logiques explicatives, au ressenti du patient,
- De reconnaître la manière de réagir du patient à sa situation et les diverses étapes de l'évolution psychologique du patient,
- De reconnaître ou non des facteurs socio-environnementaux (catégorie sociale, âge, niveau et style de vie, caractéristiques socioculturelles, intégration sociale...),
- De chercher à connaître ce que le patient comprend de sa situation de santé et ses attentes,
- De favoriser l'implication du patient et soutenir sa motivation.

1.6.3.1.2 **Guide d'entretien pour établir un diagnostic éducatif**

Un guide d'entretien a été proposé pour faciliter le recueil d'informations lors de l'élaboration du diagnostic éducatif. Ce guide sert de support structuré et doit être adapté à chaque pathologie. Il comporte différentes dimensions divisées en items à aborder avec le patient (Haute Autorité de Santé, 2007b).

1.6.3.2 **Définir les objectifs**

Le diagnostic éducatif a permis d'aboutir à la définition des compétences à acquérir par le patient. Ces compétences doivent être ensuite classées par ordre de priorité afin de définir des objectifs pédagogiques.

Un objectif pédagogique est ce que l'on cherche à atteindre par l'intermédiaire de l'action de formation. Dans le domaine de l'ETP, les objectifs éducatifs comprennent les objectifs de sécurité et les objectifs spécifiques au patient. Ils correspondent à un but à atteindre au cours d'un programme d'ETP. L'objectif pédagogique est souvent une acquisition de compétences. Les objectifs doivent être discutés et déterminés ensemble, par le patient et le soignant. Les objectifs ainsi fixés sont à la fois d'ordre thérapeutique (ils visent à améliorer l'état de santé du patient), comportementaux et psycho-sociaux (Mager, 2003) (Gagnayre & Ivernois, 2005).

Afin d'être évaluables, les objectifs doivent être spécifiques, observables et inclus dans une échelle de temps.

1.6.3.2.1 Objectifs

Quelle que soit la maladie, huit compétences et objectifs à acquérir par le patient ont été définis: (Ivernois & Gagnayre, 2001)

Tableau 1 Compétences et objectifs à acquérir par le patient

Compétences	Objectifs spécifiques
1. Faire connaître ses besoins, déterminer ses buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif)
2. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement
3. Repérer, analyser, mesurer	Repérer les signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque des résultats d'examen
4. Faire face, décider	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise, décider dans l'urgence...
5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie, de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement. Réaliser un équilibre diététique dans la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement et un mode de vie favorable à sa santé (activité physique, gestion du stress...)
6. Pratiquer faire	Pratiquer les techniques. Pratiquer les gestes d'urgences.
7. Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse...). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.
8. Utiliser les ressources du système de soin. Faire valoir ses droits.	Savoir où et quand consulter, qui appeler. Rechercher l'information utile. Faire valoir ses droits (travail, école, assurances...). Participer à la vie des associations de patients...

1.6.3.2.2 Le contrat d'éducation

Une fois ces objectifs définis, il est conseillé de les formaliser par écrit dans un document appelé « **contrat d'éducation** » qui est un accord moral entre le patient et l'éducateur. Il s'agit de négocier et de déterminer avec le patient les compétences qui lui seront utiles d'acquérir en fonction des impératifs de la maladie, du traitement et de ses projets de vie. Le soignant et le patient s'accordent sur les objectifs éducatifs et les choix thérapeutiques. Les objectifs et les moyens mis en œuvre vont être discutés dans le but de renforcer la motivation du patient (Iguenane & Gagnayre, 2004) (Bonadiman et al., 2006).

1.6.3.3 Le choix du contenu et des méthodes d'apprentissage

Il s'agit ensuite de proposer, selon les besoins et attentes des patients, une planification des séances d'éducation thérapeutique. Cette phase passe par une **sélection du contenu, du type et de la structure des séances ainsi que des méthodes et des techniques d'apprentissage.**

1.6.3.3.1 Sélection du contenu :

Il est important d'éviter de vouloir tout aborder au sein d'une même séance. Une séance doit permettre d'acquérir les compétences essentielles et indispensables sur un seul des objectifs établi lors du diagnostic éducatif. Ainsi, elle permet au patient une compréhension et une intégration optimale de l'information.

Il est nécessaire de décider avec le patient du nombre de séances ainsi que de leur durée. Elles seront définies en fonction des besoins, des attentes et des disponibilités du patient.

1.6.3.3.2 Les types de séances (Haute Autorité de Santé, 2007b):

Les séances peuvent être **individuelles, collectives** ou **alternativement les deux.**

- **Les séances individuelles** : elles permettent un entretien personnalisé, un face à face avec le patient. Une relation privilégiée va s'instaurer. Elles sont plus adaptées à des patients ayant une dépendance physique, sensorielle et/ou cognitive ou ayant des difficultés à s'exprimer en groupe. Elles doivent s'adapter à la complexité de chaque compétence à acquérir.
- **Les séances collectives** : elles sont réalisables avec un groupe de patients souffrant de la même pathologie et ayant les mêmes objectifs. Elles permettent aux patients d'interagir entre eux, de confronter leur vision de la maladie et de trouver des motivations communes. Elles sont plus conviviales. Les groupes doivent contenir au minimum trois patients et au maximum dix patients.
- **Les séances en alternance** : il s'agit d'alterner les séances individuelles et collectives.

1.6.3.3.3 Structure d'une séance (Haute Autorité de Santé, 2007b):

Chaque séance doit comporter trois temps :

1. **Avant la séance** : un temps de préparation pour l'animateur afin d'assurer les conditions favorisant un travail pédagogique avec le patient (connaissance du ou des diagnostics éducatifs, aménagement de l'espace, préparation du matériel...)
2. **Pendant la séance** : plusieurs éléments la structurent :
 - Présentation des objectifs et des modalités pratiques,
 - Conduite de la séance d'éducation thérapeutique selon les principes d'apprentissage (pédagogie centrée sur le patient, logique de progression, prise en compte des connaissances antérieures, des représentations et des croyances, choix des techniques pédagogiques pertinentes),
 - Evaluation de la capacité des patients à utiliser les acquis dans leur vie quotidienne.
 - En fin de séance, solliciter les patients pour qu'ils en fassent la synthèse.
3. **Après la séance** un temps d'analyse par le ou les animateurs est nécessaire à la préparation des séances suivantes (auto-évaluation du déroulement de la séance, transmission écrite d'informations, en particulier en précisant les compétences abordées).

1.6.3.3.4 Méthodes et techniques pédagogiques :

Les techniques pédagogiques doivent permettre l'acquisition de compétences.

Il existe une multitude de techniques pédagogiques : exposés interactifs, études de cas, analyse de situations, jeux de rôles, activités sportives, travaux pratiques, jeux de cartes... Les outils pédagogiques ont été conçus dans le but d'optimiser l'activité pédagogique. Ils permettent d'harmoniser les contenus et les messages éducatifs. Il est nécessaire que les éducateurs et les patients s'approprient ces outils éducatifs (Haute Autorité de Santé, 2007b).

1.6.3.4 L'évaluation

La dernière étape consiste à faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, ce qui lui reste éventuellement à acquérir et la manière de s'adapter à ce qui lui arrive.

L'évaluation doit tenir compte des objectifs qui ont été définis conjointement entre le patient et le soignant.

Elle permet également une actualisation du diagnostic éducatif et à l'issue d'une nouvelle séance d'ETP pourra être proposée au patient en intégrant également l'évolution de sa maladie. Dans l'idéal, elle sera répétée à distance de l'éducation initiale afin de vérifier le maintien des connaissances et prévenir une dégradation des acquis (Haute Autorité de Santé, 2007b).

Cependant, à l'intérieur de ce cadre général rien n'est clairement défini. Les différentes études qui ont été menées montrent une grande diversité au sein des programmes, que ce soit en terme de formats (contenu, outils, durée, nombre de séances), de populations cibles, de professionnels impliqués...

La diversité des programmes proposés aux patients est considérable et fait intervenir des professionnels intervenants seul ou en binôme, mono ou pluridisciplinaires.

Cette constatation n'est pas surprenante car même si de nombreuses recommandations ont vu le jour ces dernières années, il n'existe pas de référentiel organisationnel qui permettrait de standardiser ces programmes.

1.6.4 L'éducation thérapeutique et les patients douloureux chroniques

L'éducation thérapeutique s'inscrit parfaitement dans la vision multidisciplinaire et pluriprofessionnelle de la prise en charge des douleurs chroniques.

L'objectif principal de l'ETP est d'apprendre au patient à gérer sa douleur, à modifier ses peurs et croyances afin d'améliorer sa fonction, son humeur, et permettre sa réinsertion professionnelle.

Ainsi l'ETP est une bonne réponse à la prise en charge des patients douloureux chroniques pour les raisons qui suivent.

- Les patients atteints de douleurs chroniques souffrent d'une pathologie chronique évoluant depuis plus de trois mois.
- Il s'agit de pathologies nécessitant souvent une prise en charge médicamenteuse complexe, avec l'intervention de différents praticiens.
- Les patients douloureux chroniques ont souvent des croyances et des interprétations qui sont des facteurs fréquents d'incapacité (Kalauokalani & *al.*, 2001). Ces croyances erronées constituent un frein au traitement.
- Ils ont fréquemment des craintes et des peurs. La peur de la douleur « algophobie », la peur du mouvement « kinésiophobie », l'appréhension de prendre des médicaments par crainte des effets indésirables ou de la dépendance, la peur du handicap. Ces craintes participent à : diminuer l'activité physique et favorise la désocialisation (Mayer, 1985).
- L'absence de traitement spécifique. En effet il est difficile, voire impossible, de proposer un traitement spécifique à un patient atteint de douleurs chroniques. Il faudra alors faire prendre conscience au patient que les objectifs du traitement sont de le soulager et non de le guérir.

Cette perspective ne correspond pas toujours aux attentes initiales des patients souvent irréalisables. En effet, les patients douloureux chroniques sont peu préparés à une démarche autonome, centrée sur la gestion de la douleur et l'amélioration des capacités fonctionnelles. Ils sont davantage dans une demande de guérison et à la recherche de n'importe quel moyen pour « guérir », y compris en faisant recours à la chirurgie.

L'éducation thérapeutique, notamment médicamenteuse, constitue un axe essentiel de la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients et s'inscrit désormais comme un objectif prioritaire pour les CETD. Elle fait désormais partie depuis 2011, des expertises spécifiques pouvant être proposées par les structures d'évaluation et de traitement de la douleur (Ministère du travail de l'emploi et de la Santé, 2011).

1.7 Problématique

Avec l'attention grandissante portée aux patients douloureux au cours de ces dernières années, la prise en charge de la douleur chronique est devenue un enjeu majeur de santé publique.

Les dernières études ont montré que face à la complexité du phénomène douloureux, cette prise en charge se devait d'être globale, pluridisciplinaire et centrée sur le patient.

Le patient douloureux chronique est fréquemment en situation d'abus médicamenteux. Il consomme souvent des traitements pourvoyeurs de dépendance tels que les morphiniques et les benzodiazépines. Il est également gros consommateur d'anti-inflammatoires : médicaments à haut risque d'effets indésirables lors de leur utilisation à long terme.

Il souffre d'une pathologie chronique nécessitant des adaptations thérapeutiques en fonction de la douleur. Ainsi, des connaissances suffisantes concernant ses médicaments et leurs utilisations sont indispensables.

Dans ce contexte, *l'éducation thérapeutique* médicamenteuse aide le patient à gérer son traitement, à éviter les prises de risque par mésusage de ses médicaments à plus ou moins long terme et ainsi à améliorer son quotidien et sa qualité de vie.

Le **CETD du CHU de Nantes** accueille des patients en situation d'échec thérapeutique et leur propose une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Au sein de cette structure, *l'Éducation thérapeutique* occupe une place centrale et un programme d'éducation thérapeutique médicamenteux a été mis en place il y a déjà plusieurs années. Depuis sa création, il a été modifié à plusieurs reprises afin de répondre toujours mieux aux besoins des patients. L'évaluation de ces modifications est nécessaire.

Ainsi, une première étude a été réalisée concernant la satisfaction des patients au sujet du programme d'éducation thérapeutique médicamenteux tel qu'il leur était proposé au CETD du CHU de Nantes (Golvan, 2012).

Cette étude a montré une forte satisfaction des patients qui semblent en avoir tiré de réels bénéfices. Les différentes remarques et suggestions émises par ces derniers ont permis d'apporter des modifications, tant sur la forme que sur le contenu des séances, dans une optique de perpétuelle amélioration.

Ainsi, un nouveau questionnaire a été élaboré à l'issue de ce travail. Dans un souci d'exhaustivité ce dernier s'appuie sur les connaissances du patient concernant ses médicaments, ses compétences d'auto-soin, son savoir-faire, son vécu, ses motivations, ses angoisses, ses difficultés ainsi que l'acceptation de sa maladie. Pour une meilleure évaluation des réponses, le même questionnaire sera remis au patient avant et après la séance d'éducation thérapeutique (Annexe 2) (Annexe 3).

Il convient donc de réaliser une nouvelle évaluation pour s'assurer que les modifications apportées s'inscrivent dans un processus continu d'amélioration. Au cours de cette évaluation, nous avons choisi de porter notre attention sur les compétences acquises par les patients à l'issue des séances d'éducation thérapeutique médicamenteuses.

Ainsi l'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité du programme d'Education Thérapeutique tel qu'il est proposé aux patients.

Afin de réaliser une évaluation optimale, cette nouvelle étude a pour objectif d'analyser à la fois l'impact des séances d'éducation thérapeutique sur la **consommation médicamenteuse de patients** et l'influence qu'elles ont eue sur leur **qualité de vie**.

Afin de réaliser cette étude, nous allons observer l'évolution de la consommation médicamenteuse du patient au cours de l'hospitalisation à travers l'analyse de son ordonnance d'entrée et de sortie ainsi qu'au calcul du MQS score d'entrée et de sortie. Parallèlement, nous allons utiliser le questionnaire d'évaluation élaboré lors de la précédente étude.

2 PATIENTS ET METHODES

2.1 Patients

Nous avons réalisé une étude ouverte, non contrôlée et prospective. Lors de notre étude nous avons collecté les données de cinquante patients, tous hospitalisés entre le 11 juin et le 28 septembre 2012 au CETD du CHU de Nantes.

Tous les patients hospitalisés au CETD souffrent de pathologies douloureuses complexes de niveau 3 ayant un retentissement fonctionnel, psychologique, social et professionnel qui nécessite une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Dans cette étude nous avons inclus les patients :

- Hospitalisés du 11 juin au 28 septembre 2012,
- Ayant une prise en charge médicamenteuse avant l'hospitalisation,
- Présentant des douleurs réfractaires aux traitements antalgiques de base et nécessitant une prise en charge globale.

De cette étude ont été exclus les patients :

- N'ayant pas participé aux séances d'éducation thérapeutique,
- N'ayant pas pu, pour diverses raisons, participer à toute la semaine d'hospitalisation (abandon, autres pathologies ayant impliqué une prise en charge en urgence),
- N'ayant pas rempli les deux questionnaires demandés.

2.2 Méthodes

2.2.1 Prise en charge des patients douloureux chroniques au CETD du CHU de Nantes

2.2.1.1 Présentation du CETD du CHU de Nantes

Le CETD du CHU de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle, labellisée par l'agence régionale d'hospitalisation (ARS) depuis 1998. Le centre est l'une des cinq composantes du centre fédératif douleur, soins de support, éthique clinique dirigé par le Professeur Julien Nizard.

Le CETD du CHU de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle qui correspond au plus haut niveau de prise en charge décrit dans la circulaire du 19 mai 2011 (Ministère du travail de l'emploi et de la Santé, 2011).

Le CETD assure une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient grâce à l'intervention de médecins, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes, infirmières et pharmaciens. Il accueille les patients en consultation externe, dispose de sept lits d'hospitalisation et possède un accès à un bloc opératoire et à un plateau technique où peuvent être réalisés des gestes algologiques.

Les patients accueillis au CETD sont adressés par un médecin libéral ou hospitalier et sont tous en situation d'échec thérapeutique. Ces patients présentent des douleurs diverses (lombalgies, fibromyalgies, céphalées, névralgies, maladies inflammatoires et rhumatismales...) mais nécessitant toutes une prise en charge pluridisciplinaire et individualisée.

Avant toute hospitalisation, chaque patient bénéficie de deux consultations, la première avec un médecin algologue et la seconde avec un psychologue. Ces deux consultations ont pour objectif d'évaluer l'importance des douleurs ainsi que leurs répercussions au quotidien afin d'établir avec le patient des objectifs de travail. Suite à ces consultations, le choix de la prise en charge (en ambulatoire ou en hospitalisation) est fait en concertation avec le patient. L'adhésion et la motivation du patient sont indispensables.

Si une hospitalisation est retenue, les objectifs du patient sont formalisés et contractualisés à l'issue de la consultation avec le psychologue. Ces objectifs doivent être personnalisés, pragmatiques, pluridimensionnels et réalisables. Ils doivent utiliser et mobiliser les ressources du patient et non celles du soignant. Le patient se rend acteur de sa prise en charge. Un contrat de soin est ainsi établi (Annexe 4). Ce dernier permet de créer une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. Il est conservé dans le dossier du patient (Annexe 5) et sert tout au long de son hospitalisation à tous les professionnels afin d'aider le patient à réaliser ses objectifs.

Le patient est ensuite accueilli dans l'Unité d'Hospitalisation de Semaine pour une durée de cinq jours. Dans certains cas, l'équipe pluridisciplinaire peut décider de prolonger l'hospitalisation une deuxième semaine, de façon consécutive ou non.

Avant son hospitalisation, le patient reçoit un livret d'accueil qui présente le Centre de d'Evaluation et Traitement de la Douleur du CHU de Nantes, ainsi que ses intervenants. Il informe le patient sur les activités qui y sont proposées et sur le déroulement de sa semaine d'hospitalisation (Annexe 6).

Le centre propose au patient une prise en charge pluridisciplinaire qui s'articule autour de quatre axes : médical, fonctionnel, psychologique et socioprofessionnel. Cette prise en charge globale et multidisciplinaire a montré son efficacité lors d'une enquête réalisée en 2003 sur quarante-six patients lombalgique chroniques rebelles (Nizard et *al.*, 2003).

2.2.1.2 Prise en charge du patient au cours d'une semaine d'hospitalisation

2.2.1.2.1 Prise en charge médicale

Une visite quotidienne est assurée par les médecins algologues, l'interne et les externes en médecine.

Les médecins interrogent le patient sur son histoire médicale, l'examinent et réalisent des examens complémentaires si nécessaire. L'évaluation prend en compte l'aspect sensoriel de la douleur (localisation, intensité, type de douleur) mais aussi son retentissement fonctionnel, psychologique et socioprofessionnel. Cette démarche diagnostique a pour objectif d'évaluer les axes de prise en charge déficients qu'il semble pertinent d'améliorer.

Une réévaluation du traitement du patient est réalisée en fonction des symptômes, du type de douleur et des traitements médicamenteux actuels et antérieurs. Les médecins peuvent ainsi instaurer de nouveaux traitements, diminuer ou supprimer certaines classes de médicaments.

Les traitements médicamenteux les plus fréquemment utilisés sont les antalgiques de palier I ou II, avec des formes à libération immédiate ou prolongée. En cas de douleurs neuropathiques, les médecins ont recours aux antidépresseurs (tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine ou de la Noradrénaline) ou aux antiépileptiques (Prégabaline, Topiramate, Carbamazépine, Lamotrigine, Gabapentine...).

L'usage des antalgiques de palier III et des benzodiazépines est limité en raison de leurs effets secondaires (sédation, perte de mémoire, diminution de la vigilance), ainsi que du risque de dépendance et de tolérance.

En cas d'échec des antidépresseurs ou des antiépileptiques, des traitements locaux à base de Lidocaïne (Versatis® sur les allodynies localisée) ou de Capsaïcine (Qutenza®) sont utilisés. Afin d'accompagner le patient dans la gestion de son traitement médicamenteux, une séance d'éducation thérapeutique, animée par les externes en pharmacie et l'interne en médecine est organisée chaque semaine.

Des infiltrations à base de corticoïdes associés ou non à des anesthésiques peuvent être réalisées.

L'avis d'un neurochirurgien peut être demandé lorsqu'une opération est envisagée. Il peut effectuer des gestes algologiques spécifiques lorsqu'ils sont jugés nécessaires. Lorsqu'un geste algologique ou chirurgical est envisagé, la décision d'y recourir est prise de façon collective lors du staff pluridisciplinaire puis avec l'accord du patient.

2.2.1.2.2 Prise en charge fonctionnelle

Au sein du service, la prise en charge fonctionnelle commence par un bilan individuel réalisé par un masseur kinésithérapeute afin d'évaluer les besoins spécifiques de chaque patient.

La première phase de la prise en charge a une visée antalgique. Elle permet d'établir une relation de confiance entre le thérapeute et le patient. Cette phase est nécessaire à l'adhésion du patient à une démarche globale de soins.

Les techniques antalgiques qui sont utilisées sont le massage, la thermothérapie et l'électrostimulation transcutanée (TENS).

Lors de son arrivée au CETD, le patient dispose d'une bouillote et d'une poche de froid qu'il peut appliquer sur les zones douloureuses à la demande.

Il dispose également d'un TENS et d'une formation personnalisée à l'utilisation de l'appareil. Cette séance est l'occasion pour le masseur kinésithérapeute ou l'infirmière spécialisée d'apprécier avec le patient la zone où seront placées les électrodes, le mode à utiliser (gate control ou endorphinique), l'intensité, la durée et la fréquence d'utilisation afin de permettre au patient d'être autonome dans son maniement.

La deuxième phase consiste à lutter contre les croyances et les comportements inadaptés du patient face à ses douleurs. Ces comportements peuvent engendrer un déconditionnement à l'effort.

Au sein du service, différentes techniques de rééducation sont mises en place.

Afin de mobiliser les patients, des séances individuelles ou collectives de kinésithérapie sont organisées quotidiennement. De plus, les patients se réunissent chaque jour pour le groupe de marche.

Chez certains patients, un corset de maintien abdomino-lombaire peut être prescrit et réalisé lors de l'hospitalisation. Le patient bénéficie alors d'une éducation au port du corset lors d'épisodes hyperalgiques ou lors de sollicitations inhabituelles.

Des séances d'ostéopathie sont proposées aux patients qui le souhaitent lors de la visite hebdomadaire du médecin spécialiste.

Au cours de la semaine, un médecin rééducateur intervient lors d'une des visites pluridisciplinaires pour évaluer avec l'équipe soignante et le patient l'indication d'une prise en charge rééducative à distance en ambulatoire ou au centre de rééducation.

2.2.1.2.3 Prise en charge psychologique

Lors de la consultation de pré-admission, le psychologue a réalisé le bilan psychologique du patient et élaboré avec lui le contrat de soin. Il l'accompagne ensuite tout au long de la semaine au cours d'entretiens individuels.

Chaque semaine, les psychologues animent avec les patients un groupe de parole et proposent un atelier d'art thérapie.

Pour certains patients, un avis psychiatrique peut être nécessaire. Il permet d'aider l'équipe à évaluer l'impact psychologique induit par les douleurs. Le psychiatre rencontre le patient lors d'une consultation le jeudi matin, puis il assiste au staff pluridisciplinaire pour informer l'équipe d'un éventuel diagnostic psychiatrique (dépression, anxiété, atteinte psychotique...). Il aide à poser l'indication d'un traitement psychotrope lorsque cela s'avère nécessaire.

Une consultation avec un médecin du sommeil peut être envisagée pour les patients présentant des troubles du sommeil.

Des séances de relaxation et de sophrologie sont proposées aux patients chaque semaine par la kinésithérapeute et par une infirmière formée à la sophrologie afin de favoriser le relâchement des tensions occasionnées par les douleurs.

L'équipe soignante généralement infirmières et aides-soignantes apporte aux patients soutien moral et une écoute tout au long de la semaine.

2.2.1.2.4 Prise en charge sociale et professionnelle

Chaque patient en âge de travailler a la possibilité de consulter un médecin de pathologie professionnelle du CHU. Celui-ci effectue le bilan des exercices professionnels antérieurs et des compétences actuelles. Selon les souhaits du patient et ses possibilités, une demande d'adaptation de poste ou de reconversion professionnelle peut être envisagée. Le statut de travailleur handicapé peut également être demandé (dossier MDPH : Maison Départementale de la Personne handicapée).

Le médecin conseil de la Sécurité Sociale peut être consulté quant à l'obtention ou la réévaluation d'un taux d'invalidité pour les travailleurs salariés. Il peut également les aider en cas de contentieux auprès de la Sécurité Sociale.

Un rendez-vous avec une assistante sociale peut être proposé aux patients afin de les aider à bénéficier de prestations sociales complémentaires et éventuellement à constituer leur dossier MDPH.

Tout au long de son séjour l'équipe soignante accompagne le patient dans la réalisation d'un planning d'activités à réaliser à sa sortie. Il est en effet important de mobiliser le patient et de l'aider à reprendre une activité sociale.

Il doit réintégrer à son mode de vie des loisirs, des sorties, des rencontres...

Toutes ces activités sont organisées en fonction d'un emploi du temps mis à la disposition de tous les patients (Annexe 7). Cependant, chaque patient bénéficie d'une prise en charge personnalisée adaptée à ses attentes et à ses besoins. Les activités dont le patient bénéficie ont pour objectif de l'accompagner dans la réalisation de son contrat de soin établi lors de la consultation de pré-admission.

Chaque jeudi, l'ensemble des professionnels en relation avec le patient se réunit. Le dossier de chaque patient est alors étudié de manière collective de telle sorte que l'équipe puisse échanger quant aux difficultés rencontrées et évaluer les progressions. Les objectifs des soins sont alors débattus et les décisions prises collectivement. Ces échanges multidisciplinaires permettent de partager des compétences diverses pour offrir au patient une prise en charge globale.

C'est notamment lors de ces réunions que la décision de proposer une deuxième semaine d'hospitalisation ou d'envisager une intervention chirurgicale est prise.

Le compte rendu de la réunion et toutes les informations recueillies par tous les professionnels avant, pendant et après l'hospitalisation sont regroupés dans un dossier pluridisciplinaire unique et propre à chaque patient (Annexe 5). Ce dossier, qui peut être consulté par l'ensemble des soignants, sert de liaison entre les différents intervenants et permet d'avoir des données sur la situation du patient et sur les décisions prises par les différents intervenants. En cas de seconde hospitalisation, ce dossier est réutilisé afin d'apprécier l'évolution du patient.

Les objectifs de soins du CETD ne sont en aucun cas de faire disparaître les douleurs mais de permettre au patient de mieux comprendre ses douleurs, de s'approprier de nouvelles techniques pour les gérer, de se faire aider psychologiquement, de modifier son mode de vie et ses croyances afin de mieux vivre avec ses douleurs et ainsi améliorer sa qualité de vie au quotidien.

Ces méthodes nécessitent du temps et de l'implication de la part du patient. Les efforts doivent être poursuivis une fois l'hospitalisation terminée.

Les patients qui ont été hospitalisés au CETD bénéficient par la suite d'une prise en charge à distance par le biais de consultations médicales, d'un éventuel suivi psychologique ou encore d'un séjour en rééducation.

Le contexte pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens, psychologues, kinésithérapeutes, sophrologues, infirmières...) est déterminant pour une bonne prise en charge de la douleur. Cependant il est indispensable que le patient devienne acteur à part entière du processus.

2.2.2 L'éducation thérapeutique au CETD du CHU de Nantes

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, la mission des externes en pharmacie s'articule principalement autour du médicament. Ils animent notamment les séances d'éducation thérapeutique médicamenteuse dont nous allons exposer le contenu.

L'éducation thérapeutique, notamment médicamenteuse, constitue un axe essentiel de la prise en charge pluridisciplinaire des patients et s'inscrit désormais comme un objectif prioritaire pour les CETD.

Parmi les difficultés rencontrées dans la prise en charge des douloureux chroniques, la prévention de la iatrogénie apparaît comme un enjeu prioritaire.

Le programme d'éducation thérapeutique proposé aux patients a été validé par l'ARS en 2010. Cette validation fait suite à une demande d'autorisation élaborée conjointement entre les responsables du CETD et des spécialistes en éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique est une bonne indication à la prise en charge des patients douloureux chroniques pour les raisons suivantes :

- Ils souffrent de pathologies chroniques évoluant depuis plus de trois mois,
- Ils sont poly-médiqués,
- Ils sont pris en charge par différents praticiens,
- Ils souffrent d'un manque d'informations concernant leur traitement,
- Ils doivent composer avec un traitement nécessitant des auto-adaptations,
- Ils sont sujets à des effets secondaires fréquents ayant une incidence sur leur qualité de vie (constipation, sécheresse buccale, prise de poids...).

Afin de mettre en place ces ateliers, des objectifs prioritaires ont été définis dans le conducteur de séance, document de référence qui sert de ligne directrice au programme (Annexe 8) :

- Comprendre l'indication de ses médicaments,
- Connaître les risques liés à l'arrêt de son traitement,
- Connaître les risques liés à son traitement,
- Savoir anticiper les pics douloureux,
- Savoir utiliser les traitements médicamenteux et non médicamenteux,
- Comprendre la nécessité du suivi de sa prise en charge,
- Devenir acteur de sa prise en charge.

La veille de l'atelier, l'externe en pharmacie réalise individuellement une première évaluation avec le patient. Au cours de cet entretien, il reprend l'historique médicamenteux du patient, il lui soumet le questionnaire de pré-éducation thérapeutique (Annexe 2) et lui présente la séance d'éducation thérapeutique.

Sont présents au cours de la séance d'éducation thérapeutique : les patients hospitalisés, les externes en médecine et en pharmacie et l'interne en médecine.

Dans le service, l'éducation thérapeutique médicamenteuse s'organise autour de deux ateliers qui ont lieu le mercredi matin. Tous les patients participent à ces ateliers. Chacun des ateliers dure environ quarante-cinq minutes. Ils sont animés par les deux externes en pharmacie et par l'interne en médecine.

La séance d'éducation thérapeutique débute par un tour de table où chaque patient se présente. Il donne son prénom, les raisons de sa présence au centre, précise s'il s'agit de sa première hospitalisation, s'il a déjà participé à une séance d'éducation thérapeutique et définit ses attentes.

Au cours de la séance, les patients ont la possibilité de se déplacer librement et d'interagir tant avec les autres patients qu'avec les animateurs sans qu'aucun jugement ne soit porté.

2.2.2.1 Première partie de la séance d'éducation thérapeutique

La première partie de la séance d'éducation thérapeutique est axée principalement sur le rôle des traitements à visée antalgique (traitement de fond et traitement de crise) et sur l'amélioration de la prise en charge des pics douloureux (anticipation, techniques non-médicamenteuses).

Afin d'aider les externes à animer la séance, un document qui sert de fil conducteur a été réalisé (annexe 9).

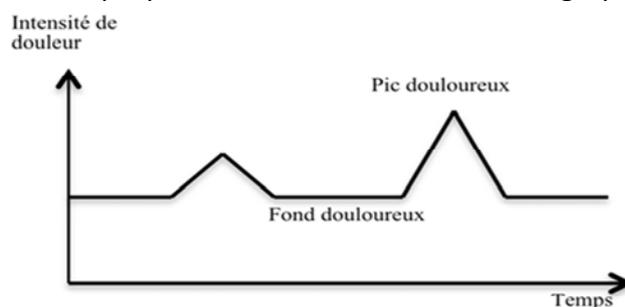
Les externes en pharmacie commencent par rappeler les objectifs thérapeutiques de la séance:

- Comprendre et connaître son traitement,
- Pourquoi et comment prendre ses médicaments,
- Devenir plus autonome.

2.2.2.1.1 Les composantes de la douleur

Afin d'introduire la séance, les animateurs exposent les deux types de douleur auxquels sont confrontés les patients : un fond douloureux permanent et des pics douloureux de différentes formes, durées et intensités.

Pour illustrer leurs propos, ils dessinent au tableau le graphique suivant :



L'explication concernant leurs différents traitements (traitement de fond et traitement de crise) peut alors débiter.

2.2.2.1.2 Le traitement de fond

Le traitement de fond permet de diminuer l'intensité du fond douloureux et la fréquence des crises.

Les médicaments utilisés pour la douleur de fond sont des médicaments à « Libération prolongée ». Il s'agit de traitements que les patients doivent prendre quotidiennement et à heure régulière, indépendamment des pics douloureux.

Il est ensuite demandé aux patients de citer les médicaments pris de façon quotidienne et systématique dans le cadre du traitement de leur douleur.

L'animateur classe alors leurs réponses dans quatre rubriques qu'il ne nomme pas. Les patients doivent ensuite identifier les différentes catégories :

Antalgiques	Co-antalgiques		Anxiolytiques / Hypnotiques
	Antiépileptiques	Antidépresseurs	
Tramadol : <i>Monocrixo</i> [®] <i>Monoalgic</i> [®] <i>Topalgic</i> [®]	<i>Lyrica</i> [®] <i>Neurontin</i> [®] ...	<i>Cymbalta</i> [®] <i>Seroplex</i> [®] <i>Laroxyl</i> [®] <i>Anafranil</i> [®] ...	<i>Imovane</i> [®] <i>Stilnox</i> [®] <i>Lysanxia</i> [®] <i>Lexomil</i> [®] <i>Rivotril</i> [®] ...
Morphines et dérivés : <i>Skenan</i> [®] <i>Oxycontin</i> [®] <i>Durogesic</i> [®]

Un tel exercice permet d'introduire l'explication concernant les différentes classes thérapeutiques.

Les **médicaments antalgiques** sont des médicaments dont la seule indication est le traitement de la douleur.

Les **médicaments Co-antalgiques** (médicaments antiépileptiques et antidépresseurs) ont montré leur efficacité dans le traitement des douleurs chroniques. En effet, même si leur indication principale n'est pas la prise en charge de la douleur, ils possèdent une action analgésique et permettent de potentialiser l'effet des médicaments antalgiques. Il est, de plus important de préciser aux patients que ce n'est pas parce qu'on leur prescrit des médicaments antidépresseurs ou antiépileptiques qu'ils sont dépressifs ou épileptiques.

Contrairement à deux autres classes thérapeutiques les anxiolytiques et les hypnotiques qui n'ont pas d'indication dans la prise en charge des douleurs chroniques.

Le sujet de la dépendance et de la tolérance induits par les antalgiques morphiniques, les hypnotiques et les anxiolytiques est alors abordé. Ainsi on évoque :

- Le syndrome de sevrage à l'arrêt, d'où la nécessité de diminuer les doses progressivement et sous surveillance médicale.
- Le syndrome de tolérance qui nécessite d'augmenter les doses pour obtenir le même effet à long terme.

2.2.2.1.3 Le traitement de crise

Les médicaments utilisés pour la douleur de crise sont des médicaments à «Libération immédiate» qui vont agir instantanément mais qui ont une durée d'action limitée à quelques heures.

Il est demandé aux patients de nommer tous les médicaments de crise qu'ils connaissent. L'animateur classe alors leurs réponses au sein de trois rubriques qu'il ne nomme pas. Les patients doivent ensuite identifier les différentes catégories :

Palier I	Palier II	Palier III
<i>Paracétamol</i>		
AINS :	<i>Lamaline®</i>	<i>Actiskenan®</i>
<i>Ibuprofène</i>	<i>Codéine</i>	<i>Oxynorm®</i>
<i>Ketoprofène</i>	<i>Acupan®</i>	...
<i>Diclofénac</i>	<i>Tramadol LI</i>	
	...	

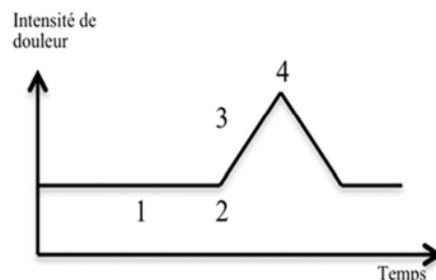
Pour expliquer les différents paliers antalgiques, il est indiqué aux patients que l'OMS a classé les médicaments antalgiques en fonction de l'intensité de leurs effets. L'OMS recommande de toujours commencer par un médicament de palier I, puis s'il s'avère inefficace d'utiliser le palier II. Les médicaments d'un même palier peuvent avoir des mécanismes d'action différents, ce n'est donc pas parce qu'un médicament d'un palier ne fonctionne pas que les autres médicaments du même palier ne fonctionneront pas.

L'accent est ensuite mis sur le risque de surdosage en paracétamol car beaucoup de médicaments en contiennent, soit seul (Doliprane®, Dafalgan®, Efferalgan®), soit en association (Dafalgan-codéine®, Ixprim®...).

2.2.2.1.4 La gestion du pic douloureux

A l'aide de ce nouveau graphique qui représente un pic douloureux nous interrogeons les patients sur le moment de prise de leur médicament:

- avant le pic, en n°1,
- au début du pic, en n°2,
- au milieu du pic, en n°3
- quand la douleur est la plus forte, en n°4.



L'accent est mis sur le délai d'action des médicaments à libération immédiate, quinze à vingt minutes en moyenne. L'idéal est donc de pouvoir prendre son médicament en 1 ou en 2, soit:

- En 1 : **anticipation** de l'action douloureuse (avant une séance de kinésithérapie, ou avant d'aller marcher par exemple...),
- En 2 : **le plus tôt possible** au moment de l'apparition de la crise douloureuse.

2.2.2.1.5 Les techniques non-médicamenteuses

Les autres techniques non-médicamenteuses pouvant être utilisées dans le traitement des douleurs chroniques sont ensuite brièvement abordées.

Le patient est invité à citer celles qu'il connaît : « *Que faites-vous en général pour mieux gérer vos douleurs au quotidien ?* »

Les réponses des patients sont classées en trois catégories, qu'ils essaient ensuite d'identifier:

➤ **Axe physique:**

Kinésithérapie, marche, physiothérapie, TENS, acuponcture, ostéopathie...

L'activité physique est nécessaire mais il est important de doser l'effort. L'activité physique doit être régulière et progressive. Elle permet de lutter contre le déconditionnement à l'effort.

➤ **Axe psychologique:**

Psychologue, groupe de parole, sophrologie, hypnose, relaxation, art-thérapie...

L'état psychologique est très lié au corps et aux douleurs. Il est important pour le patient de se fixer des objectifs.

➤ **Axe socioprofessionnel:**

Loisirs, travail, amis, famille...

Le lien social permet d'améliorer son état psychologique.

Ces trois axes associés à la prise en charge médicamenteuse sont nécessaires pour une amélioration globale. Les patients sont invités à y réfléchir tout au long de la semaine.

Les médicaments à eux seuls ne suffisent pas à améliorer de façon durable l'état du patient. La douleur évolue dans le temps, sa prise en charge aussi. Le patient doit prendre conscience qu'il est l'acteur principal de sa prise en charge.

Pour conclure cette première séance, les informations essentielles sont reprises brièvement :

- la différence entre le traitement de fond et le traitement de crise,
- la gestion d'un pic douloureux par l'anticipation,
- la nécessité d'une prise en charge globale.

2.2.2.2 Deuxième partie de la séance d'éducation thérapeutique

La deuxième partie de la séance d'éducation thérapeutique est quant à elle orientée vers des situations plus pratiques.

Les objectifs de cette deuxième partie sont d'identifier les effets indésirables les plus importants par classe médicamenteuse et les moyens de les minimiser.

Pour présenter cette séance, nous nous appuyons sur une grille de QCM, VRAI ou FAUX, de mise en situation (Annexe 10) (Annexe 11).

Les différents sujets suivants sont abordés :

- La mise en application des points abordés lors de la première séance (gestion des médicaments, anticipation des pics douloureux)
- Les effets secondaires des médicaments : nausées, constipation, prise de poids, bouche sèche, perte de mémoire, troubles de la concentration,
- Les abus médicamenteux,
- La dépendance,
- La toxicité des médicaments,
- Internet,
- Les médecines alternatives,
- Des situations pratiques comme : l'oubli de ses médicaments en voyage, l'automédication...

La séance commence par un tour de table où les patients peuvent indiquer les sujets qu'ils souhaitent aborder. Nous sélectionnons ensuite les questions sous forme de QCM, situations pratiques, VRAI ou FAUX les plus adaptés à leurs attentes.

Les réponses à chaque question sont débattues par les patients, puis finalisées par une explication donnée par l'animateur.

Pour clôturer la séance d'éducation thérapeutique, plusieurs documents sont remis aux patients :

- Le questionnaire post-éducation thérapeutique (Annexe 3),
- Une feuille récapitulative des informations essentielles (Annexe 12).

Le lendemain, les externes en pharmacie repassent dans les chambres pour revoir les patients individuellement. Ils profitent de ce moment pour faire le point avec eux sur la séance d'éducation thérapeutique, répondre à leurs questions et récupérer le questionnaire post-éducation thérapeutique.

2.3 Critères de jugement

Les objectifs de cette étude sont :

- Evaluer l'évolution de la consommation médicamenteuse avant et après la séance d'éducation thérapeutique au travers :
 - o des ordonnances d'entrée et de sortie,
 - o du calcul du MQS score d'entrée et de sortie.
- Evaluer l'évolution des connaissances du patient concernant ses médicaments, ses compétences d'auto-soin, son savoir-faire, son vécu, ses motivations, ses angoisses, ses difficultés ainsi que l'acceptation de sa maladie, avant et après la séance d'éducation thérapeutique au travers du questionnaire d'évaluation.

2.3.1 Evaluation de la qualité de vie des patients (HAS)

Lors de son entrée au CETD, il est important de réaliser avec le patient une évaluation initiale de sa qualité de vie. Il est recommandé qu'elle comprenne (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 1999) :

Un bilan permettant de définir les caractéristiques de la douleur

Les conditions et circonstances de survenue, la topographie, l'intensité, les facteurs déclenchant ou soulageant la douleur, sa durée et ses variabilités en fonction du temps, son caractère nociceptif ou neuropathique.

Une auto-évaluation de la douleur

Cette auto-évaluation est réalisée à l'aide d'une échelle numérique dont les notes sont comprises entre 0 et 10.

Le patient doit attribuer un chiffre à l'intensité de sa douleur : 0 en absence de douleur et 10 pour la douleur maximale imaginable.

Cette échelle permet d'obtenir une appréciation de l'intensité douloureuse pour un patient donné, à un moment donné.

Le retentissement social de la douleur

Une recherche du retentissement social, professionnel et économique de la douleur chronique est indispensable.

Les questions d'arrêts de travail, de reclassements, de litiges... sont notamment évoquées. En effet, un des facteurs de risque de la chronicité des douleurs est la désocialisation.

Le retentissement fonctionnel de la douleur

Pour évaluer le retentissement de la douleur sur les capacités fonctionnelles des patients, nous utilisons différentes échelles numériques qui ne sont pas uniquement destinées à évaluer la douleur chronique.

Les patients doivent donner une note à la gêne qu'ils ressentent pour faire les choses : 10 correspondant à une gêne maximale et 0 à aucune gêne.

Ils doivent ensuite noter leur fatigue globale : 0 aucune fatigue ressentie et 10 une fatigue extrême.

Nous évaluons également leur périmètre de marche, c'est-à-dire le temps ou la distance qu'ils peuvent parcourir sans aggraver leurs douleurs.

Puis, les patients doivent estimer leur temps d'inactivité diurne.

Le retentissement psychologique lié à la douleur

Le questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) permet la recherche systématique des troubles anxieux et dépressifs (Annexe 13).

La Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) a été développée par Zigmond et Snaith en 1983 pour identifier l'existence (possible et probable) de troubles anxieux et dépressifs chez les patients dans les cliniques et hôpitaux non psychiatriques (Zigmond & Snaith, 1983).

Il est composé de deux sous-échelles, l'une évaluant l'anxiété, l'autre la dépression, réparties en 14 items. Pour chaque item, le patient choisit une réponse cotée de 0 à 3 en fonction de l'intensité de ses symptômes.

L'écart des notes possibles s'étend donc de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondent à la présence d'une symptomatologie plus sévère.

Les notes de la dépression se situent dans la première colonne et se reconnaissent par la lettre « D ».

Les notes de l'anxiété se situent dans la deuxième colonne et se reconnaissent par la lettre « A ».

Les notes de la colonne « dépression » sont additionnées ensemble pour obtenir le score de la dépression. Le score de l'anxiété est obtenu en additionnant les notes de la colonne « anxiété ».

Pour les deux scores, des valeurs seuils ont été déterminées :

- Un score inférieur ou égal à 7: absence de cas,
- Un score entre 8 et 10: cas douteux,
- Un score supérieur ou égal à 11: cas certain.

Plus qu'un indicateur de troubles dépressifs et anxieux, le questionnaire HAD évalue un indice de sévérité des symptômes. Il ne permet pas d'effectuer le diagnostic de syndromes dépressifs ou anxieux, mais au-delà d'un certain score il est considéré comme un signal d'alarme.

L'analyse des traitements médicamenteux antérieurs

Les patients hospitalisés au CETD sont fréquemment des patients ayant essayé un grand nombre de médicaments afin de traiter leurs douleurs. Nombre d'entre eux ont estimé leur traitement inefficace ou ont dû l'arrêter en raison des effets indésirables ressentis.

Au cours de leur hospitalisation, les patients reprennent leur historique médicamenteux avec les externes en pharmacie afin de réaliser la synthèse des différents traitements qu'ils ont déjà utilisés.

Pour chacun de leurs médicaments, est inscrite la dose à laquelle il a été utilisé, l'efficacité apportée, ainsi que les effets indésirables qu'il a pu entraîner chez le patient.

Cette évaluation est conservée dans le dossier de chaque patient et sera disponible pour tous les acteurs de santé (Annexe 5).

2.3.2 Les ordonnances des patients

Afin d'évaluer la consommation médicamenteuse des patients, nous avons utilisé leurs ordonnances.

Nous avons étudié leurs ordonnances d'entrée, c'est-à-dire celles qu'ils nous ont remises lors de la visite pluridisciplinaire d'entrée et leurs ordonnances de sortie, c'est-à-dire celles qui leur étaient remises par les médecins du centre à leur sortie.

2.3.3 Le QCM score

L'évaluation de la consommation médicamenteuse doit tenir compte de plusieurs critères:

- Le nombre de médicaments prescrits,
- Leurs classes pharmacologiques,
- Le dosage et la posologie utilisés,
- Les effets indésirables qu'ils peuvent entraîner.

Afin d'évaluer l'aspect quantitatif nous avons utilisé une échelle : le MQS score (Medication Quantification Scale). Ce dernier permet de comparer les différents analgésiques (antalgiques non opioïdes, opioïdes, antiépileptiques et antidépresseurs). Les médicaments sont classés en fonction de leur puissance analgésique, de la dose quotidienne utilisée, et convertis en une valeur numérique pour réaliser des statistiques.

Le QCM score est la traduction française du MQS score. Il a été validé par une étude américaine (Master Steedman en 1992) qui a étudié sa pertinence. Il a été testé chez soixante patients dont trente étaient pris en charge au CETD et trente ne l'étaient pas. Un an après le début de l'étude, le résultat du MQS score avait diminué de façon significative dans le groupe de patients pris en charge au CETD contrairement à ceux qui ne l'étaient pas (Masters Steedman et *al.*, 1992). Depuis, le MQS score a été mis à jour en 1998 (Kee et *al.*, 1998) et de nouveau en 2003 (Harden et *al.*, 2005).

La consommation médicamenteuse des patients douloureux chroniques est souvent importante. Il s'agit de patients poly-médiqués, dont il est difficile de quantifier précisément la prise médicamenteuse en raison de l'utilisation de nombreuses classes thérapeutiques et à posologies variables.

Le MQS score permet de quantifier la consommation des analgésiques et des co-analgésiques utilisés chez les patients douloureux chroniques. Il permet donc d'attribuer un score à la thérapeutique antalgique de chaque patient.

Pour chaque médicament, deux critères sont pris en compte:

- La classe du médicament à laquelle est attribuée un degré de préjudice (effet secondaire, risque de dépendance et de tolérance),
- La dose thérapeutique quotidienne, qui est comparée à la posologie quotidienne recommandée.

Pour obtenir le MQS score du patient, il suffit de faire la somme de tous les MQS score des médicaments analgésiques et co-analgésiques consommés par le patient.

2.3.3.1.1 Calcul du MQS score du patient :

Le degré de préjudice : il est calculé en fonction des effets indésirables engendrés au long cours. Il est coté sur une échelle allant de 1 à 6 (Préjudice 1: faible potentiel à engendrer des effets secondaires, préjudice 6: fort potentiel à engendrer des effets secondaires au long cours). Ainsi, à chaque classe thérapeutique est attribuée un degré de préjudice, définit dans le tableau qui suit.

Tableau 2 Degré de préjudice des différentes classes pharmacologiques

	Classe pharmacologique	préjudice
Analgésiques	Palier I (Hors AINS)	1
	AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien)	2
	Palier II	4
	Palier III	6
Co-analgésiques	Antiépileptiques	5
	Antidépresseurs	2
Autres	Myorelaxants/Antistatiques	3
	Benzodiazépines/Hypnotiques	4

Le niveau de dosage : il est basé sur les doses quotidiennes recommandées et sur la consommation quotidienne du patient : selon le tableau des doses thérapeutiques suivant:

Tableau 3 Niveau de dosage en fonction des doses quotidiennes recommandées

Dose quotidienne	Niveau de dosage
<1 dose par semaine	0
Dose subthérapeutique	1
Dose thérapeutique minimale	2
Dose thérapeutique maximale	3
Dose suprathérapeutique	4
Dose thérapeutique maximale x 2	5
Dose thérapeutique maximale x 3	6

Le calcul du MQS score pour chaque médicament est ainsi définit par : **degré de préjudice x niveau de dosage**.

Le MQS score total de chaque patient est obtenu par la somme des MQS score de tous les médicaments.

Ainsi, un tableau a été réalisé. Il définit pour chaque molécule en fonction de son degré de préjudice et de son niveau de dosage un MQS score. C'est ce tableau que nous avons utilisé pour calculer le MQS score de chaque patient (Annexe 14).

2.3.3.1.2 Exemple :

Un patient consomme :

- Paracétamol 1g : 4 fois par jour
- Tramadol LI 50mg : 2 fois par jour
- Tramadol LP 300mg : 1 fois par jour

- MQS score du paracétamol :

Potentiel faible à engendrer des effets secondaires : **préjudice = 1**

4g de paracétamol correspondent à la dose maximale quotidienne recommandée : **niveau de dosage =3**

D'où : MQS score du paracétamol : $1 \times 3 = 3$

- MQS score correspondant au tramadol :

Potentiel moyen à engendrer des effets secondaires : **préjudice = 4**

$50\text{mg} \times 2 + 300\text{mg} = 400\text{mg}$ par jour de tramadol correspondent à la dose maximale quotidienne recommandée : **niveau de dosage : 3**

D'où : MQS score du tramadol $4 \times 3 = 12$

- Le **MQS score de ce patient** est donc de : $3 + 12 = 15$

Lors de notre étude, nous avons donc fait le choix d'utiliser le MQS score pour apprécier l'aspect quantitatif de l'éducation thérapeutique médicamenteuse. Pour ce faire nous avons mesuré l'évolution de la consommation médicamenteuse des patients à l'aide du MQS score d'entrée et de sortie.

2.3.4 Le questionnaire d'évaluation

Afin d'évaluer l'aspect qualitatif des séances d'éducation thérapeutique, un questionnaire a été élaboré.

Ce questionnaire a été réalisé par Clémence Golvan suite à son étude concernant la satisfaction des patients vis à vis du programme d'ETP (Golvan, 2012) (Annexe 2) (Annexe 3).

L'éducation thérapeutique médicamenteuse a pour objectif d'aider les patients à mieux gérer leurs traitements, afin d'améliorer leur qualité de vie. Ainsi, le questionnaire ne se base pas uniquement sur les connaissances des patients vis-à-vis de leurs médicaments, mais également sur leurs compétences d'auto soin, leur savoir-faire, leur vécu, leurs motivations, leurs difficultés...

Le questionnaire se décompose en trois items répartis chacun en trois questions différentes :

- Les connaissances et les compétences d'auto soin :
 - La connaissance des traitements et la différenciation entre traitement de crise et traitement de fond,
 - La gestion des pics douloureux et leur anticipation,
 - La prévention et la gestion des effets secondaires.
- Les difficultés rencontrées par le patient :
 - Le stress et l'anxiété liés aux médicaments,
 - Les erreurs et les écarts vis-à-vis de leurs médicaments,
 - La capacité à réagir face aux remarques de l'entourage sur les médicaments.

- L'acceptation des traitements, l'adaptation et la motivation :
 - o L'acceptation d'un traitement au long cours,
 - o La mesure de l'importance de leur traitement,
 - o La motivation liée au traitement.

Afin d'apprécier l'évolution des réponses des patients au cours de la semaine d'hospitalisation, ce questionnaire leur a été remis avant et après la séance d'éducation thérapeutique médicamenteuse.

Le premier questionnaire a été remis aux patients dès leur arrivée au CETD, et devait être complété avant la première séance d'éducation thérapeutique.

Le second questionnaire était quant à lui remis aux patients à la fin de la séance d'éducation thérapeutique et devait être complété avant la fin de leur hospitalisation.

Pour répondre à cette enquête, les patients devaient donner une note comprise entre 0 et 10 à chaque affirmation.

2.3.5 Entretien individuel avec les patients

Lors de la visite post-éducation thérapeutique réalisée par l'externe en pharmacie, un dialogue est instauré avec le patient afin d'évaluer :

- Son ressenti face aux séances d'éducation thérapeutique,
- Ce que les séances d'éducation thérapeutique ont pu lui apporter,
- Ce qu'il a apprécié au sein de ces séances,
- Ce qu'il reproche aux séances d'éducation thérapeutique.

Cet entretien se déroule sous la forme d'un échange avec le patient, et n'a pas fait l'objet d'un recueil de données chiffrées, mais plutôt d'un ressenti global de la part de l'externe en pharmacie sur les diverses impressions des patients.

2.3.6 Intérêts et limites du questionnaire perçus par les éducateurs

Afin d'améliorer l'évaluation de l'éducation thérapeutique, nous allons nous servir de notre expérience afin de mettre en évidence les intérêts et les limites du questionnaire.

Ainsi, les points forts et les points faibles du questionnaire ressentis par les différents intervenants seront recueillis, afin d'élaborer ensemble un nouveau questionnaire plus adapté.

3 Résultats

3.1 Population étudiée

3.1.1 Caractéristiques générales

La population étudiée correspond aux patients hospitalisés entre le 11 juin et le 28 septembre 2012 au CETD du CHU de Nantes pour des douleurs chroniques de niveau 3 nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

Notre échantillon de 50 patients était constitué majoritairement de femmes, 68% contre 32% d'hommes.

La population étudiée regroupait des patients de vingt-sept à soixante-quatorze ans, avec un âge moyen de quarante-sept ans.

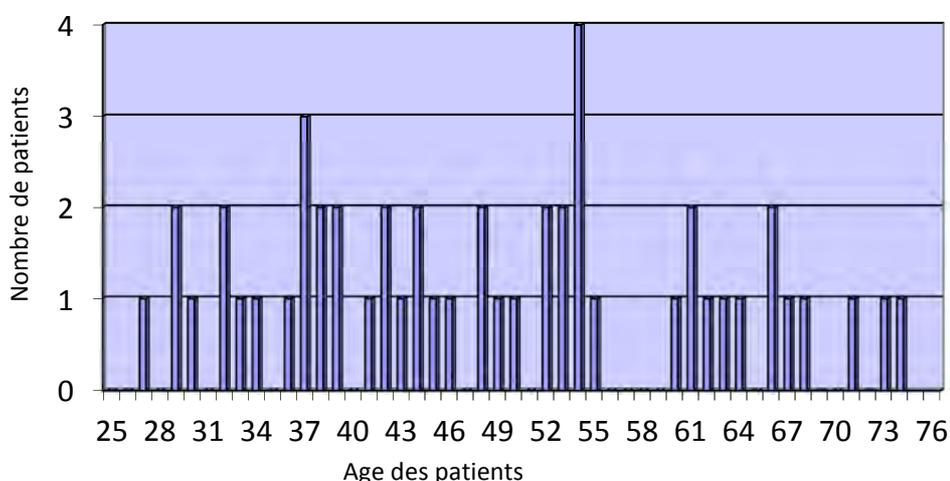


Figure 1 Age des patients (n=50) hospitalisés au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

La situation familiale des patients était variée, cependant la majorité d'entre eux était marié (58%) et avait entre un et quatre enfants (80%).

3.1.2 Pathologies et douleurs

Les patients pris en charge au CETD durant la période de notre étude présentaient des pathologies diverses telles que:

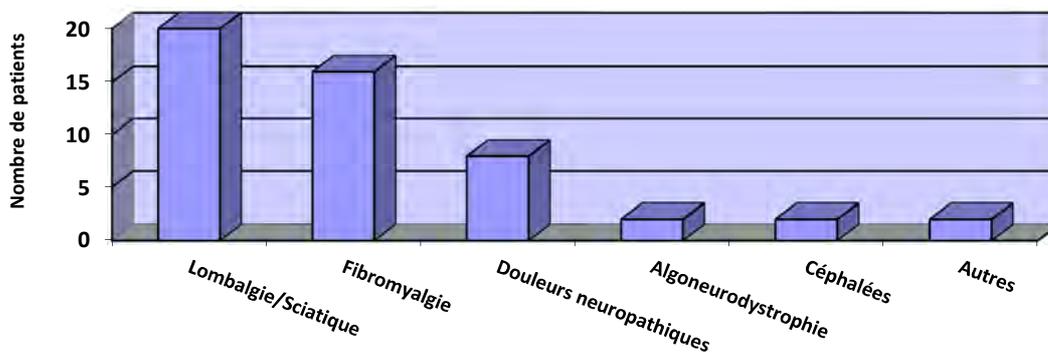


Figure 2 Pathologies des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

Au début de leur séjour au CETD, les patients évoquaient une douleur évaluée en moyenne à 6,1 sur 10 et comprise entre 2 et 10 sur 10.

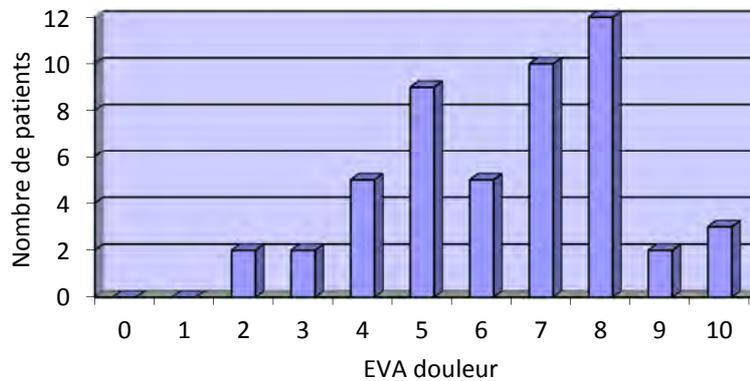


Figure 3 EVA douleur initiale des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

3.1.3 Retentissement socioprofessionnel

Au sein du groupe étudié, les catégories professionnelles des patients étaient variées. Les plus représentées étaient les employés, les retraités et les professions intermédiaires. La catégorie des agriculteurs exploitants n'était pas représentée dans notre population.

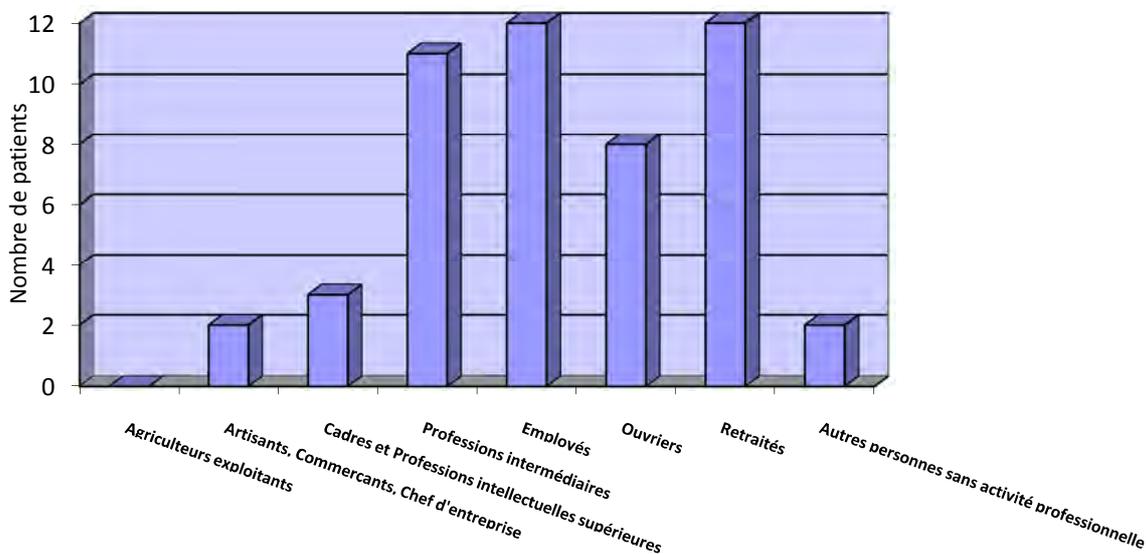


Figure 4 Catégorie socioprofessionnelle des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

La situation des patients était très variée :

- Huit patients, soit 16% de la population étudiée maintenaient leur activité professionnelle,
- vingt-huit patients, soit 56% de la population étudiée étaient en arrêt maladie,
- douze patients, soit 24%, de la population étudiée, étaient retraités,
- un patient, soit 2% de la population étudiée, était en mi-temps thérapeutique,
- un patient, soit 2% de la population étudiée, était étudiant,

Parmi les patients en arrêt maladie, vingt-trois l'étaient depuis plus d'un an.

3.1.4 Retentissement fonctionnel

Au début de leur séjour au CETD, les patients évoquaient une gêne dans les tâches de la vie quotidienne, liée à leurs douleurs, égale en moyenne à 7 sur 10 et comprise entre 5 et 10 sur 10.

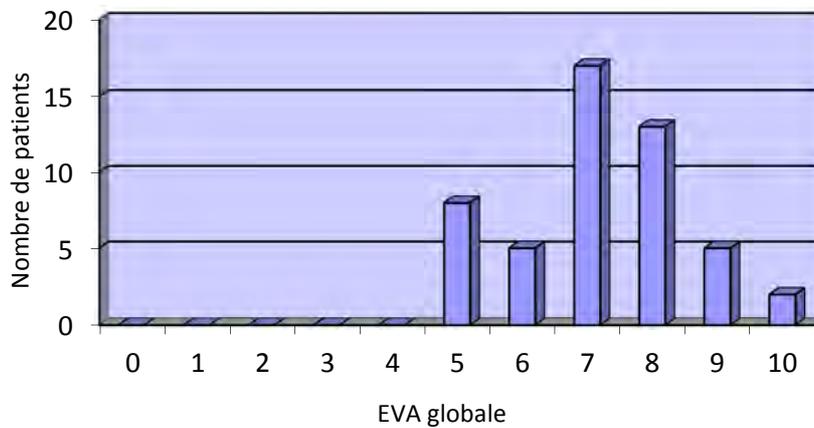


Figure 5 EVA globale des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

Ils évaluèrent une fatigue globale comprise entre 0 et 10 et en moyenne égale à 6,4 sur 10.

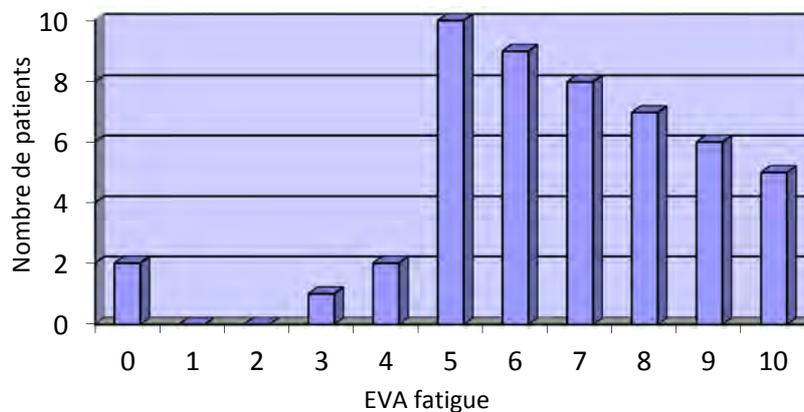


Figure 6 EVA fatigue des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

Pour 26% des patients, le périmètre de marche n'était pas limité.

Pour les autres, il était en moyenne de vingt minutes ou de huit cent cinquante mètres et était évalué entre dix minutes à une heure ou dix mètres à deux kilomètres.

Les patients estimaient leur temps d'inactivité diurne en moyenne à deux heures et dix minutes et était compris entre zéro et huit heures par jour.

Cependant un des patients avait une inactivité diurne totale.

3.1.5 Retentissement psychologique

En début de semaine les patients cotaient la qualité de leur sommeil entre 0 et 10. Ils l'estimaient en moyenne à 5,9 sur 10.

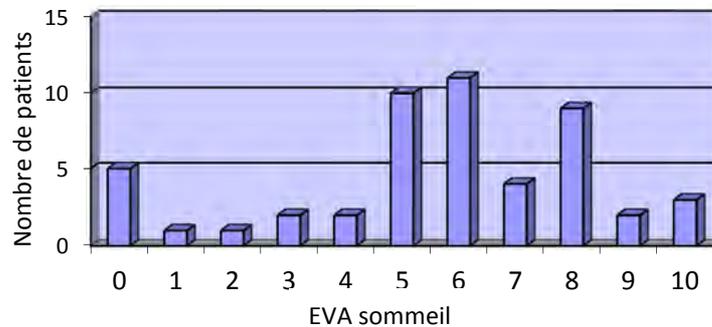


Figure 7 EVA sommeil des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

L'anxiété et la dépression ont été évaluées grâce au questionnaire HAD.

Le score de l'état anxieux des patients était compris entre 1 et 20 sur 21 avec un état moyen situé à 13.

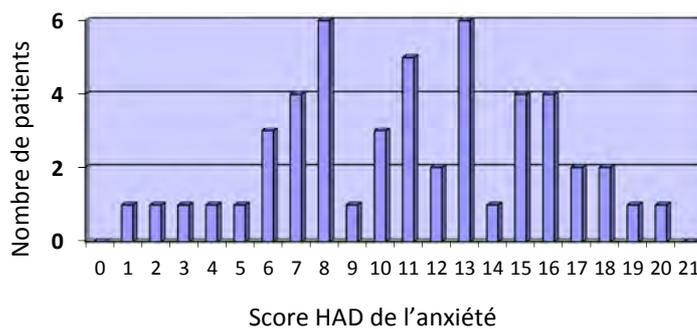


Figure 8 Score HAD de l'anxiété des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

Le score de l'état dépressif était quant à lui compris entre 1 et 21 sur 21 avec un état moyen situé à 9,6.

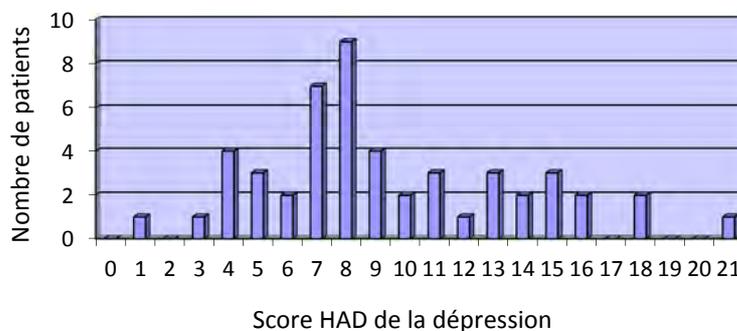


Figure 9 Score HAD de dépression des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

3.1.6 Traitement des patients

3.1.6.1 Historique médicamenteux

Les patients hospitalisés au CETD ont pour la plupart essayé de nombreux traitements médicamenteux pour soulager leurs douleurs. Cependant, ces traitements se sont, pour la plupart, avérés inefficaces ou ont été mal tolérés.

Avant l'hospitalisation, les patients avaient tous au moins essayé 5 médicaments mais certains d'entre eux avaient pu utiliser jusqu'à 18 médicaments différents. En moyenne, les patients avaient été traités par 11 médicaments.

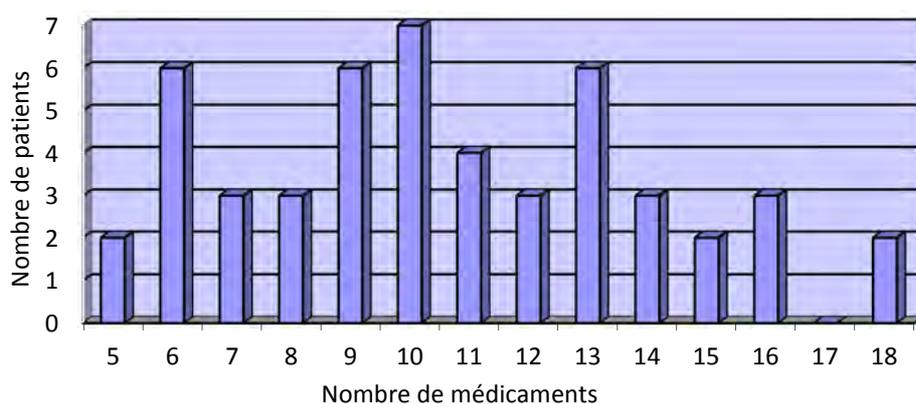


Figure 10 Nombre de médicaments ayant été consommé par les patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012

3.1.6.2 Traitement médicamenteux

A l'entrée au CETD, les patients présentaient une ordonnance comportant en moyenne 4 médicaments, 1 au minimum et 7 au maximum.

A la sortie du CETD, les patients présentaient une ordonnance comportant en moyenne 3,8 médicaments, 1 au minimum et 8 au maximum.

Les classes de médicaments consommés par les patients au début et à la fin de l'hospitalisation apparaissent dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 Classes médicamenteuses consommées par les patients (n=50) (en pourcentage) avant et après l'Hospitalisation

	Palier 1	AINS	AIS	Palier 2	Palier 3	Triptans	Antiépileptiques	Antidépresseurs	Benzo diazépines	Hypnotiques
Avant	62%	24%	10%	58%	34%	6%	36%	54%	40%	16%
Après	78%	10%	6%	80%	16%	4%	38%	58%	18%	4%

3.1.6.3 Sevrage en dérivés morphiniques et benzodiazépines

Le sevrage en morphines et dérivés morphiniques, et en benzodiazépines était un des motifs d'hospitalisation pour certains patients. Ainsi 11 patients, ont entamé un sevrage en morphine ou dérivés morphiniques, 6 patients un sevrage en benzodiazépines, et 4 patients, un sevrage mixte en dérivés morphiniques et en benzodiazépines.

3.1.6.4 Abus médicamenteux

Parmi les patients hospitalisés au CETD, 24 patients, soit 48% de la population étudiée, étaient en situation d'abus médicamenteux, volontaires ou non.

En effet, certains patients consommaient de façon abusive les médicaments qui leur étaient prescrits. Ils dépassaient ainsi les doses thérapeutiques recommandées pour les antalgiques (palier 1, 2 ou 3), les triptans ou les benzodiazépines.

D'autres patients consommaient au long cours des médicaments non indiqués dans les douleurs chroniques tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anti-inflammatoires stéroïdiens ou les benzodiazépines.

Une autre catégorie de patients pratiquait l'automédication au risque de créer des interactions avec leur traitement habituel ou d'utiliser des médicaments non appropriés à leur pathologie (palier 1 ou 2, anti-inflammatoires non stéroïdiens, décontractant musculaire, hypnotique).

Dans cette étude, au moins 16% des patients présentaient des céphalées chroniques quotidiennes liées à un abus médicamenteux.

3.2 Résultats quantitatifs

3.2.1 MQS score

Lors de leur arrivée au CETD, les patients présentaient un MQS score compris entre 4 et 78. Le MQS score moyen était alors de 30.

A leur sortie du CETD, les patients présentaient un MQS score compris entre 4 et 69. Le MQS score moyen était alors de 23.

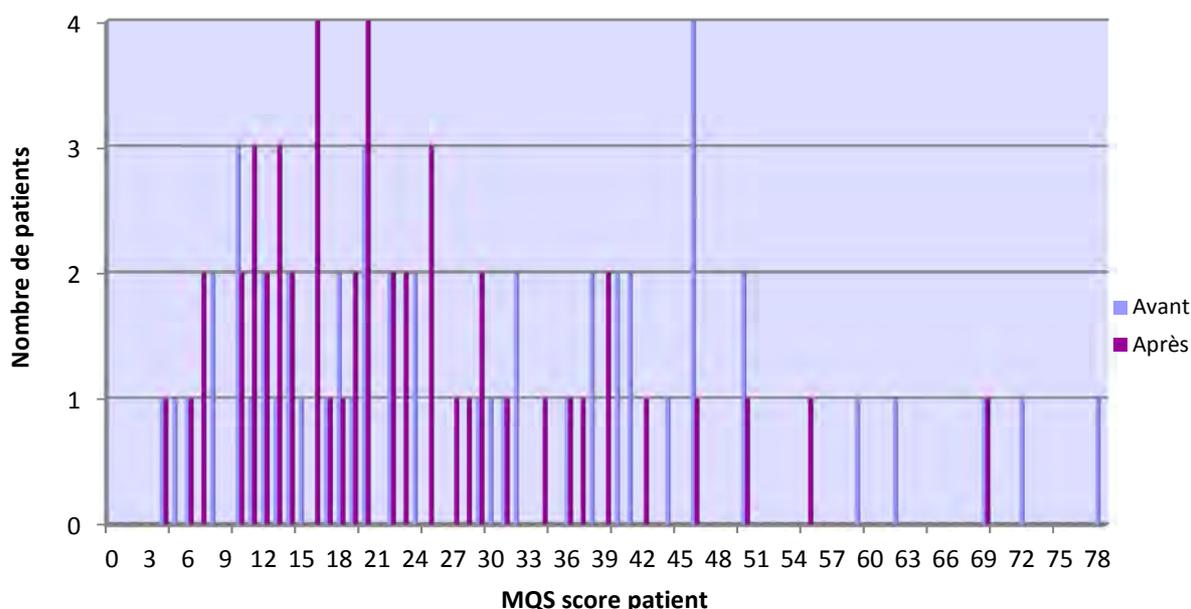


Figure 11 MQS score des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012 avant et après l'hospitalisation

Le calcul du différentiel entre les MQS score d'entrée et de sortie permet d'apprécier son évolution suite à la semaine d'hospitalisation.

Nous avons pu constater que le MQS score des patients a diminué en moyenne de 6.6 points. 64% des patients avaient à leur sortie un MQS score inférieur à celui de leur entrée soit 32 patients, 8% avaient un score identique et 28% d'entre eux avaient un score supérieur.

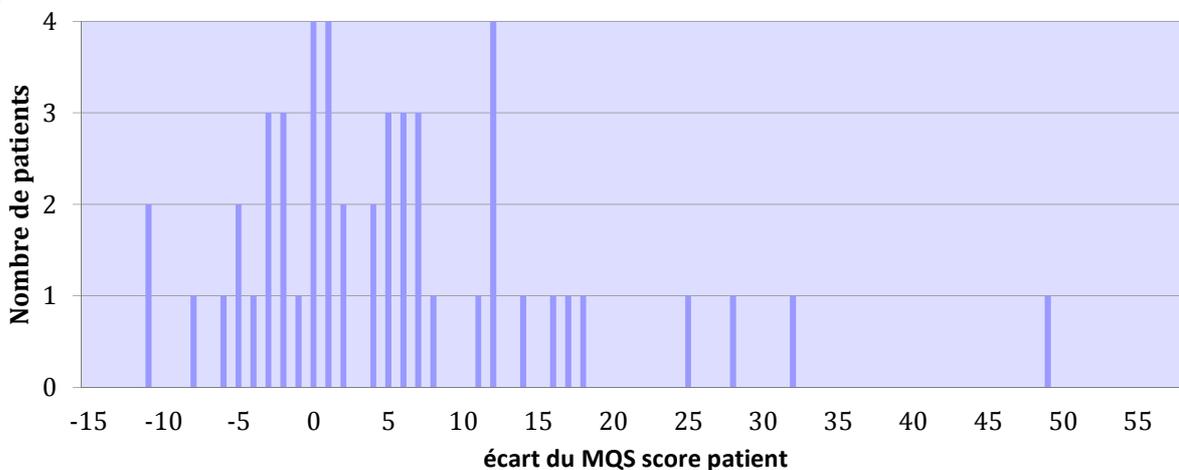


Figure 12 Différentiel des MQS score des patients (n=50) pris en charge au CETD du CHU de Nantes du 11 juin au 28 septembre 2012 avant et après l'hospitalisation

3.3 Résultats qualitatifs

3.3.1 Mieux se soigner

3.3.1.1 Compréhension du traitement, connaissance des médicaments, différenciation du traitement de crise et du traitement de fond

Nous avons soumis aux patients l'affirmation suivante (affirmation 1) avant et après la séance d'éducation thérapeutique :

« Je comprends mon traitement, je connais mes médicaments et je sais différencier traitement de crise et traitement de fond. »

A cette question, les 50 patients ont répondu avant et après la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils avaient donné une note moyenne de 7,8 avant la séance d'éducation thérapeutique. A l'issue de celle-ci, ils ont donné une note moyenne de 8,9.

Tableau 5 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 1 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Note des patients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avant la séance	2%	0%	2%	2%	4%	12%	4%	6%	18%	12%	38%
Après la séance	0%	0%	0%	0%	0%	4%	4%	2%	28%	12%	50%

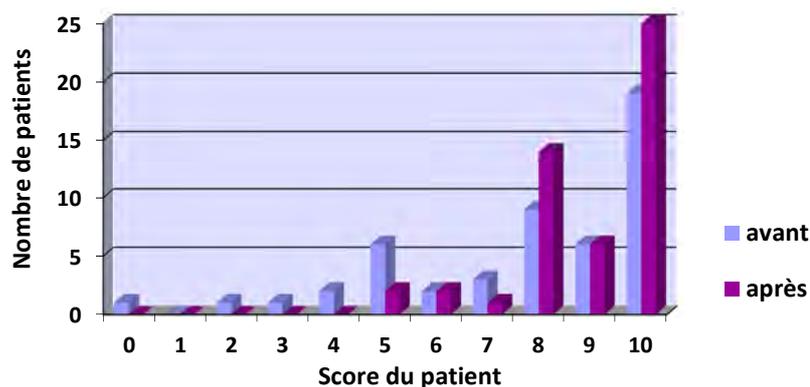


Figure 13 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 1 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Nous avons pu constater que 48% des patients ont donné une note identique avant et après la séance d'éducation thérapeutique. 12% d'entre eux donnaient une note inférieure tandis que 40% soit 20 patients donnaient une note supérieure. En moyenne, les patients ont augmenté leur note de 1,1 point sur 10.

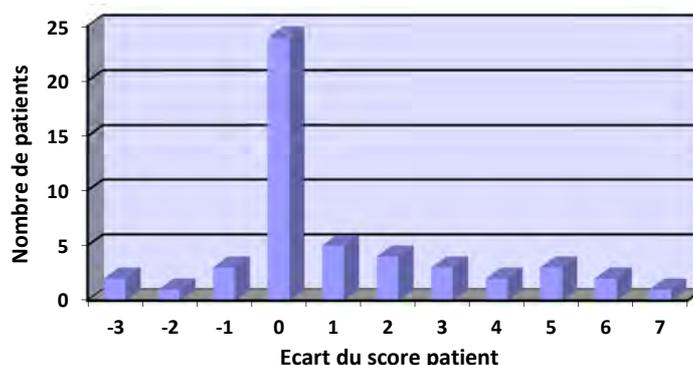


Figure 14 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 1 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

3.3.1.2 Anticipation et gestion des pics douloureux

Nous avons soumis aux patients l'affirmation suivante (affirmation 2) avant et après la séance d'éducation thérapeutique :

« Je sais comment anticiper et gérer un pic douloureux. Je sais quels médicaments prendre et à quel moment. »

A cette question, les 50 patients ont répondu avant et après la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils avaient donné une note moyenne de 6,8 avant la séance d'éducation thérapeutique. A l'issue de celle-ci, ils ont donné une note moyenne de 8,5.

Tableau 6 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 2 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Note des patients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avant la séance	6%	0%	4%	6%	2%	20%	8%	10%	14%	6%	24%
Après la séance	0%	0%	0%	0%	0%	6%	2%	16%	26%	8%	42%

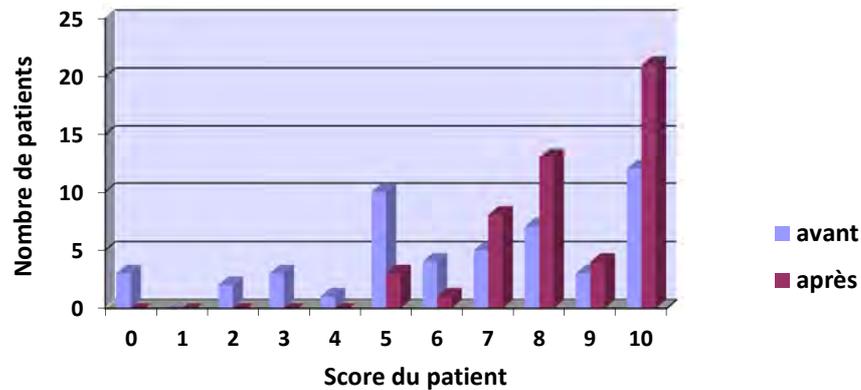


Figure 15 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 2 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Nous avons pu constater que 28% des patients ont donné une note identique avant et après la séance d'éducation thérapeutique. 10% d'entre eux donnaient une note inférieure tandis que 62% soit 31 patients donnaient une note supérieure. En moyenne, les patients ont augmenté leur note de 2 points sur 10.

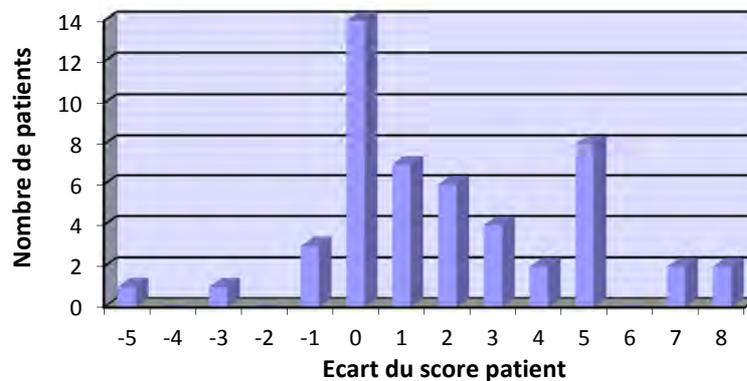


Figure 16 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 2 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

3.3.1.3 Prévention et gestion des principaux effets secondaires

Nous avons soumis aux patients l'affirmation suivante (affirmation 3) avant et après la séance d'éducation thérapeutique :

«Je sais comment prévenir et gérer les principaux effets secondaires (nausées, constipation, troubles de la mémoire, bouche sèche, prise de poids...)»

A cette question, les 50 patients ont répondu avant et après la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils avaient donné une note moyenne de 5,3 avant la séance d'éducation thérapeutique. A l'issue de celle-ci, ils ont donné une note moyenne de 7,8.

Tableau 7 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 3 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Note des patients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avant la séance	10%	4%	4%	10%	4%	22%	14%	8%	4%	8%	12%
Après la séance	2%	0%	0%	2%	6%	10%	2%	12%	24%	10%	32%

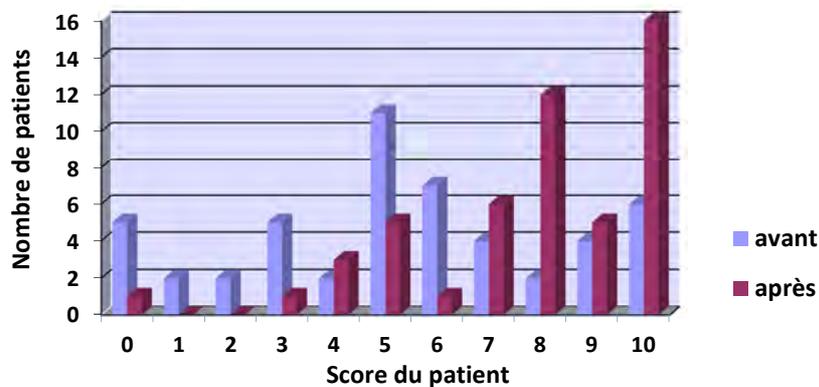


Figure 17 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 3 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Nous avons pu constater que 16% des patients ont donné une note identique avant et après la séance d'éducation thérapeutique. 14% d'entre eux donnaient une note inférieure tandis que 70% soit 35 patients donnaient une note supérieure. En moyenne, les patients ont augmenté leur note de 2,5 points sur 10.

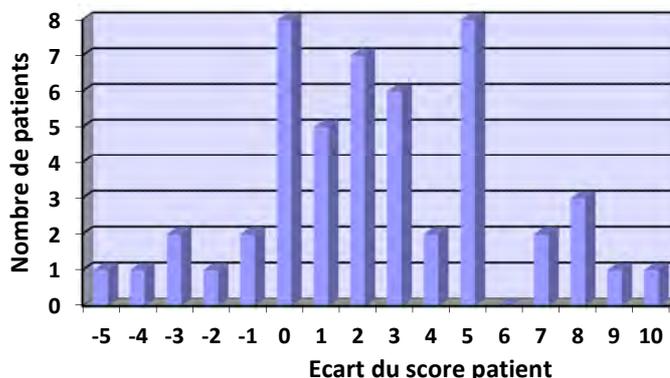


Figure 18 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 3 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

3.3.2 Gestion des difficultés rencontrées avec le traitement

3.3.2.1 Anxiété et stress ressentis par rapport au traitement

Nous avons soumis aux patients l'affirmation suivante (affirmation 4) avant et après la séance d'éducation thérapeutique :

« Je me sens perdu(e), stressé(e), anxieux(se) par rapport à mon traitement. »

A cette question, les 50 patients ont répondu avant et après la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils avaient donné une note moyenne de 3,8 avant la séance d'éducation thérapeutique. A l'issue de celle-ci, ils ont donné une note moyenne de 2,3.

Tableau 8 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 4 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Note des patients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avant la séance	30%	6%	6%	6%	8%	12%	8%	6%	6%	4%	8%
Après la séance	36%	16%	16%	10%	0%	8%	4%	2%	4%	2%	2%

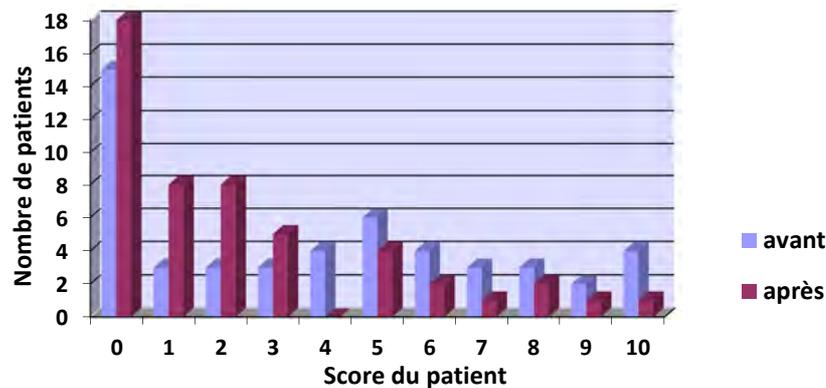


Figure 19 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 4 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Nous avons pu constater que 34% des patients ont donné une note identique avant et après la séance d'éducation thérapeutique. 42% d'entre eux soit 21 patients donnaient une note inférieure tandis que 24% donnaient une note supérieure. En moyenne, les patients ont diminué leur note de 1,5 point sur 10.

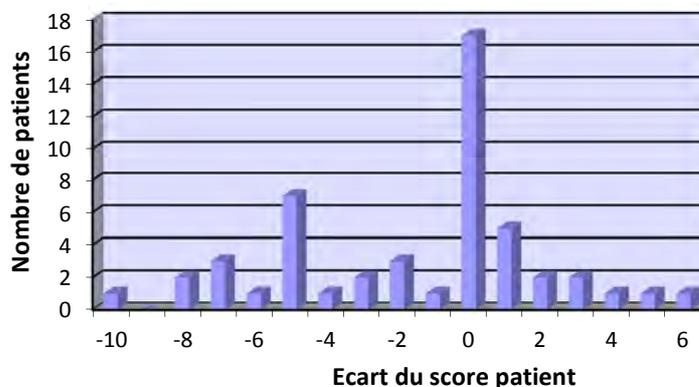


Figure 20 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 4 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

3.3.2.2 Ecarts et erreurs faits avec le traitement

Nous avons soumis aux patients l'affirmation suivante (affirmation 5) avant la séance d'éducation thérapeutique :

« *Je pense que je fais des écarts, des erreurs, avec mon traitement.* »

A cette question, les 50 patients ont répondu avant la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils avaient donné une note moyenne de 3,2.

Suite à la séance d'éducation thérapeutique, nous leur avons soumis l'affirmation suivante :

« *Je pense que je faisais des écarts, des erreurs avec mon traitement.* »

A cette question, les 50 patients ont répondu après la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils ont donné une note moyenne de 5,3.

Tableau 9 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 5 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Note des patients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avant la séance	38%	4%	14%	4%	0%	8%	6%	12%	12%	0%	2%
Après la séance	16%	6%	14%	2%	2%	6%	4%	14%	12%	8%	16%

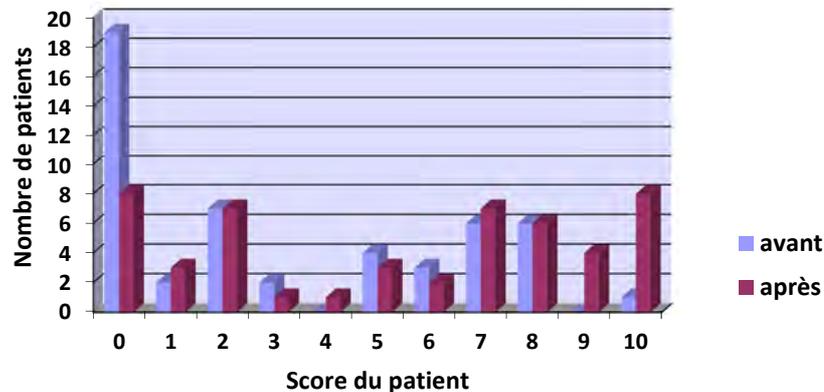


Figure 21 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 5 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Nous avons pu constater que 36% des patients ont donné une note identique avant et après les séances d'éducation thérapeutique. 10% d'entre eux donnaient une note inférieure tandis que 54% soit 26 patients donnaient une note supérieure. En moyenne, les patients ont augmenté leur note de 2 points sur 10.

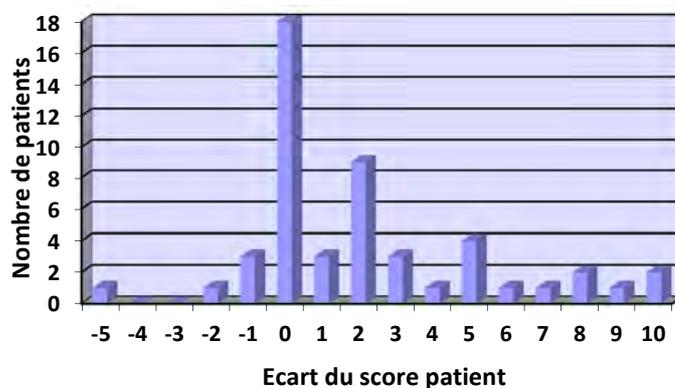


Figure 22 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 5 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

3.3.2.3 Assumer la prise de ses médicaments et savoir réagir face aux réflexions de l'entourage

Nous avons soumis aux patients l'affirmation suivante (affirmation 6) avant la séance d'éducation thérapeutique:

« J'assume de prendre mes médicaments devant mon entourage et je sais réagir aux réflexions qu'ils peuvent me faire. »

A cette question, les 50 patients ont répondu avant la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils avaient donné une note moyenne de 7,4 avant la séance d'éducation thérapeutique.

Suite à la séance d'éducation thérapeutique nous leur avons soumis l'affirmation suivante:

« Je pense qu'à l'avenir j'assumerai mieux le fait de prendre mes médicaments devant mon entourage et je saurai mieux réagir face aux réflexions qu'ils pourront me faire. »

A cette question, les 50 patients ont répondu avant et après la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils ont donné une note moyenne de 7,7.

Tableau 10 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 6 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Note des patients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avant la séance	10%	6%	2%	2%	0%	10%	2%	4%	2%	4%	58%
Après la séance	4%	2%	8%	2%	0%	6%	0%	10%	16%	4%	48%

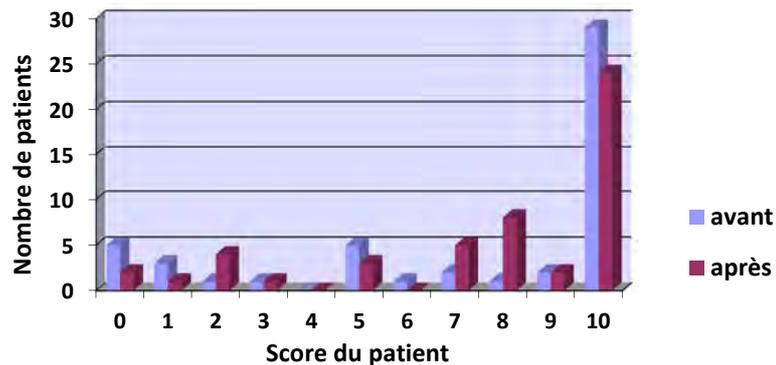


Figure 23 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 6 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Nous avons pu constater que 54% des patients ont donné une note identique avant et après la séance d'éducation thérapeutique. 26% d'entre eux donnaient une note inférieure tandis que 20% donnaient une note supérieure. En moyenne, les patients ont augmenté leur note de 0,3 points sur 10.

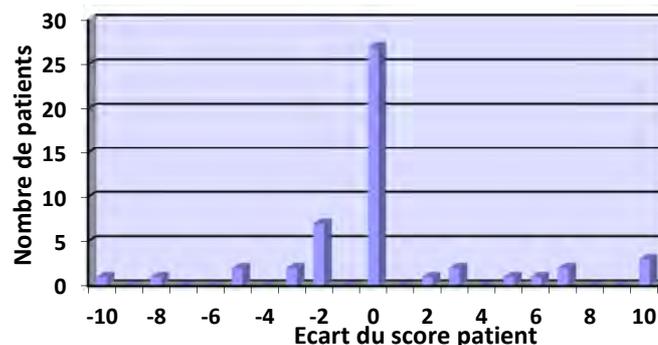


Figure 24 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 6 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

3.3.3 Motivation et acceptation de la maladie

3.3.3.1 Accepter l'idée de prendre un traitement au long cours

Nous avons soumis aux patients l'affirmation suivante (affirmation 7) avant et après la séance d'éducation thérapeutique :

« J'ai accepté de prendre un traitement au long cours. »

A cette question, les 50 patients ont répondu avant et après la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils avaient donné une note moyenne de 7,4 avant la séance d'éducation thérapeutique. A l'issue de celle-ci, ils ont donné une note moyenne de 8,4.

Tableau 11 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 7 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Note des patients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avant la séance	4%	4%	2%	6%	0%	12%	4%	8%	10%	8%	42%
Après la séance	0%	0%	4%	2%	0%	4%	6%	12%	14%	10%	48%

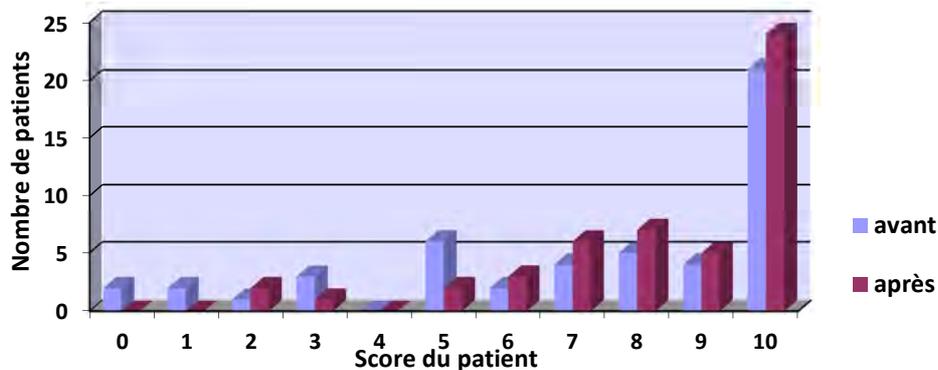


Figure 25 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 7 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Nous avons pu constater que 48% des patients ont donné une note identique avant et après la séance d'éducation thérapeutique. 12% d'entre eux donnaient une note inférieure tandis que 40% soit 20 patients donnaient une note supérieure. En moyenne, les patients ont augmenté leur note de 1 point sur 10.

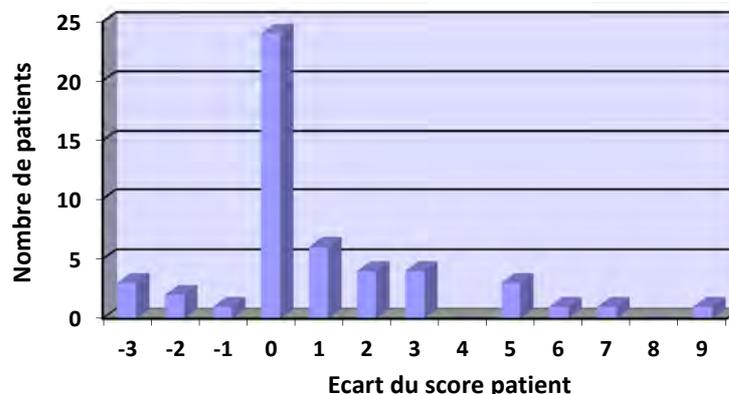


Figure 26 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 7 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

3.3.3.2 Avoir conscience de l'importance du traitement

Nous avons soumis aux patients l'affirmation suivante (affirmation 8) avant et après la séance d'éducation thérapeutique :

« *J'ai conscience de l'importance de mon traitement.* »

A cette question, les 50 patients ont répondu avant et après la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils avaient donné une note moyenne de 8,9 avant la séance d'éducation thérapeutique. A l'issue de celle-ci, ils ont donné une note moyenne de 9,2.

Tableau 12 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 8 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Note des patients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avant la séance	0%	0%	0%	2%	0%	2%	4%	6%	18%	14%	54%
Après la séance	0%	0%	0%	2%	0%	2%	0%	6%	12%	12%	66%

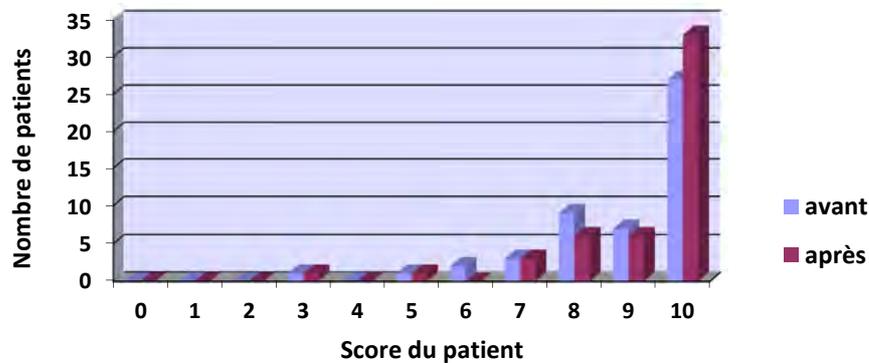


Figure 27 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 8 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Nous avons pu constater que 62% des patients ont donné une note identique avant et après la séance d'éducation thérapeutique. 10% d'entre eux donnaient une note inférieure tandis que 28% soit 14 patients donnaient une note supérieure. En moyenne, les patients ont augmenté leur note de 0,3 points sur 10.

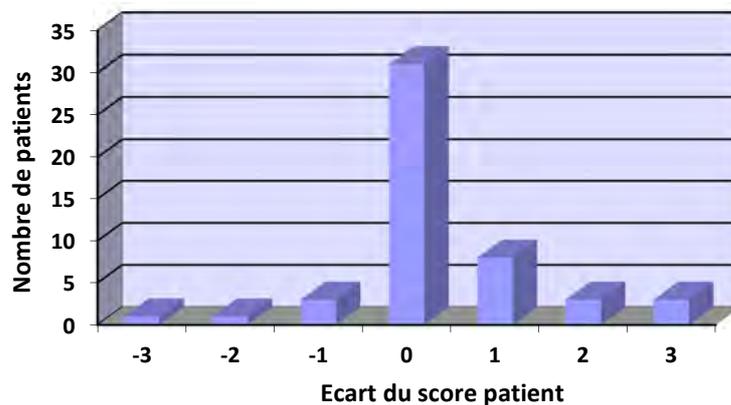


Figure 28 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 8 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

3.3.3.3 Motivation pour prendre son traitement au mieux

Nous avons soumis aux patients l'affirmation suivante (affirmation 9) avant et après la séance d'éducation thérapeutique :

« Je suis très motivé(e) aujourd'hui pour prendre mon traitement au mieux. »

A cette question, les 50 patients ont répondu avant et après la séance d'éducation thérapeutique. Sur une échelle de 0 à 10, ils avaient donné une note moyenne de 9,3 avant la séance d'éducation thérapeutique. A l'issue de celle-ci, ils ont donné une note moyenne de 9,5.

Tableau 13 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 9 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Note des patients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avant la séance	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	2%	22%	8%	64%
Après la séance	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	12%	12%	72%

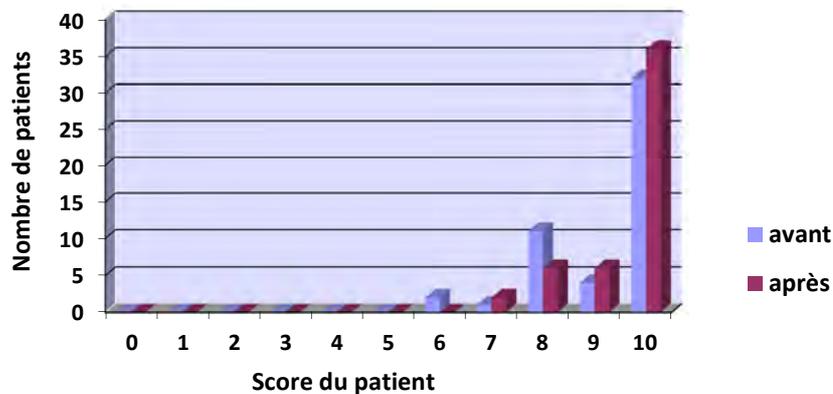


Figure 29 Notes attribuées par les patients (n=50) à l'affirmation 9 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

Nous avons pu constater que 66% des patients ont donné une note identique avant et après la séance d'éducation thérapeutique. 10% d'entre eux donnaient une note inférieure tandis que 24% soit 12 patients donnaient une note supérieure. En moyenne, les patients ont augmenté leur note de 0,3 points sur 10.

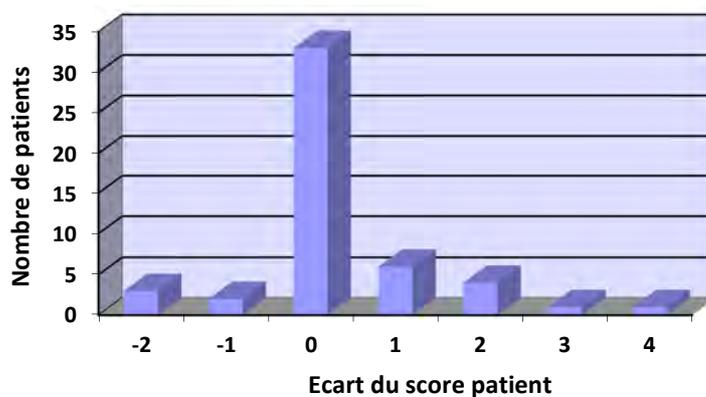


Figure 30 Ecart entre les notes des patients (n=50) à l'affirmation 9 avant et après la séance d'éducation thérapeutique

3.3.4 Résultat global des réponses au questionnaire

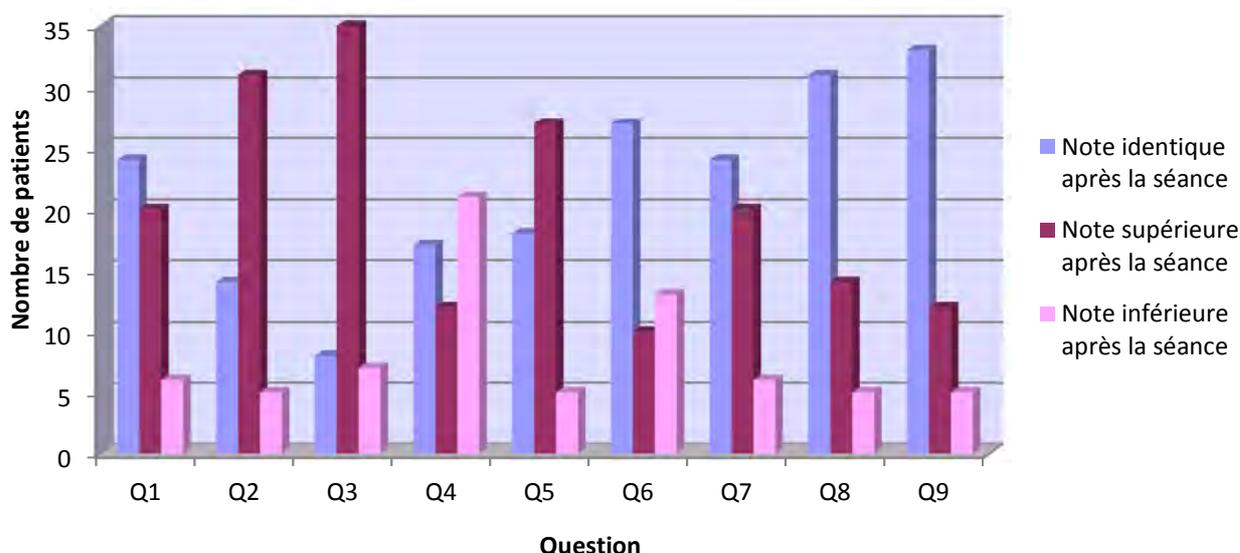


Figure 31 Résultat global des notes attribuées par les patients à l'ensemble du questionnaire

3.3.5 Entretien individuel avec les patients

Lors de la visite post-éducation thérapeutique réalisée par l'externe en pharmacie, un dialogue est instauré avec le patient afin d'évaluer ses ressentis face à la séance d'éducation thérapeutique.

Dans l'ensemble, les patients nous ont confié qu'ils étaient contents et satisfaits des séances d'éducation thérapeutique.

Ce qui semble, d'après eux, leur avoir apporté le plus sont les informations qui leur ont été transmises concernant les différents types de médicaments et la prise en charge du pic douloureux (cette notion est fréquemment revenue lors des entretiens individuels).

Ce qu'ils ont apprécié dans les séances d'éducation thérapeutique étaient les mises en situation, l'abord des thèmes des effets indésirables, des phénomènes de dépendance et les méthodes alternatives.

Le principal reproche que les patients nous ont fait vis-à-vis des séances d'éducation thérapeutique était leur côté trop scolaire et le manque d'interactions qu'ils pouvaient avoir entre eux.

3.3.6 Intérêts et limites du questionnaire perçus par les éducateurs

Les intérêts identifiés concernant le questionnaire étaient :

- La possibilité de créer un premier entretien avec le patient avant la séance d'éducation thérapeutique, ce qui nous permettrait de créer une alliance thérapeutique avec ce dernier,
- Les questions qui permettaient au patient de revenir sur des erreurs antérieures, lui permettant ainsi de valoriser ses nouvelles connaissances et de prendre du recul par rapport à ce qu'il faisait avant,

- Les thèmes abordés qui permettaient d'avoir une vision assez large des sentiments de connaissances, des sentiments de compétences, des ressentis et des motivations perçues.

-

Les principales critiques identifiées en ce qui concerne le questionnaire étaient :

- les problèmes de compréhension rencontrés par les patients en ce qui concerne l'échelle de notation.
- le manque de visibilité pour les patients quant à l'évolution de leurs réponses.
- les difficultés pour recueillir tous les questionnaires.

4 Discussion

4.1 Apport de l'étude

L'objectif de notre travail était **d'évaluer l'efficacité du programme** d'éducation thérapeutique tel qu'il était proposé aux patients au CETD du CHU de Nantes. Cette étude, réalisée auprès de cinquante patients hospitalisés entre le 11 juin et le 28 septembre 2012, a confirmé la nécessité d'inclure l'éducation thérapeutique au sein d'une prise en charge globale du patient. En effet, l'analyse en parallèle du MQS score et du questionnaire montre une amélioration des représentations de la majorité des patients, c'est-à-dire leurs sentiments de connaissances, de compétences et leur motivation.

Afin de proposer une évaluation la plus complète possible, nous nous sommes basés sur différents critères et indicateurs permettant d'objectiver la progression du patient. L'analyse concomitante de la consommation médicamenteuse (MQS score) et de l'évolution du questionnaire nous a semblé intéressante en raison de leur complémentarité.

L'analyse de la consommation médicamenteuse permet d'apporter un regard plus concret concernant:

- l'alliance thérapeutique,
- les sentiments de connaissances concernant les médicaments et la physiologie de la douleur,
- les croyances relatives aux traitements (effets indésirables...).

L'analyse du questionnaire permet quant à elle d'objectiver l'amélioration:

- de l'alliance thérapeutique,
- des sentiments de connaissances concernant les médicaments et la physiologie de la douleur,
- des croyances relatives aux traitements,
- de l'interprétation des signes et des situations,
- de la baisse du niveau de stress,
- des relations avec l'entourage,
- des motivations.

4.1.1 Education thérapeutique, prise en charge globale et consommation médicamenteuse

4.1.1.1 Apport de l'Education thérapeutique et de la prise en charge globale

L'éducation thérapeutique médicamenteuse et la prise en charge globale du patient au CETD semble avoir influencé les représentations du patient concernant ses sentiments de connaissances et de compétences.

Elle a aidé les patients à différencier les pics douloureux et les douleurs de fond et de ce fait à identifier les médicaments adaptés à ces différentes situations.

Les connaissances acquises concernant la gestion de leurs pics douloureux, notamment les délais d'action des médicaments à libération immédiate (paracétamol, néfopam, tramadol) leurs ont permis de comprendre à quel moment la prise du médicament était la plus efficace. Ainsi, ils ont appris à anticiper et à gérer leurs pics douloureux.

Ils ont également pris conscience de l'importance du traitement de fond combiné au traitement de crise afin de diminuer l'intensité de leur douleur.

Les séances d'ETP ont également permis de répondre à leurs interrogations et ainsi limiter leurs craintes des effets secondaires.

Lors des séances d'éducation thérapeutique, les patients apprennent à être vigilant vis-à-vis de l'automédication et des médicaments sans ordonnance tels que le paracétamol et les AINS. En effet, beaucoup de patients étaient en situation d'abus médicamenteux avant l'hospitalisation car ils n'avaient pas pris conscience du « danger » que pouvait représenter ces médicaments.

4.1.1.2 Adaptations thérapeutiques

Parallèlement à l'éducation thérapeutique, une adaptation de traitement était nécessaire chez certains patients.

Ainsi, des traitements à libération immédiate tels que le paracétamol, le néfopam, le tramadol ont été instaurés.

De même, la mise en place d'un traitement de fond à base de tramadol à libération prolongée ou de co-antalgiques a permis de diminuer la consommation de morphiniques, d'anti-inflammatoires ou encore de benzodiazépines.

L'éducation thérapeutique et le travail effectué avec les médecins et l'équipe soignante ont permis aux patients de diminuer de façon notable la consommation de certaines classes médicamenteuses non adaptées à la prise en charge de douleurs chroniques.

4.1.1.3 Diminution des médicaments pourvoyeurs de dépendances

La diminution touche des traitements pourvoyeurs de dépendances tels que les morphiniques, les benzodiazépines ou les hypnotiques.

Ainsi, si 34% des patients consommaient des morphiniques à leur arrivée, seuls 16% en consommaient à leur sortie. Il faut de plus noter que 62,5% de ces derniers étaient en cours de sevrage.

Alors que 40% des patients consommaient des Benzodiazépines à leur arrivée, ils n'étaient plus que 18% à leur sortie.

De même quand 16% des patients consommaient des hypnotiques à leur arrivée, ils n'étaient plus que 4% à leur sortie.

4.1.1.4 Diminution des médicaments à haut risques d'effets indésirables lors d'utilisation à long terme

La diminution concerne des médicaments à haut risque d'effets indésirables lors de leur utilisation à long terme.

Ainsi, alors que 24% des patients consommaient des anti-inflammatoires à leur arrivée, seuls 10% en consommaient à leur sortie.

4.1.1.5 Diminution du MQS score

Les résultats obtenus pour le MQS score viennent confirmer ceux obtenus par l'analyse des ordonnances.

En effet, suite à la semaine d'hospitalisation nous pouvons observer une diminution importante du MQS score moyen qui était de 31 en début de semaine contre 22 en fin de semaine et 64% des patients ont vu leur MQS score diminuer.

Cette diminution est principalement liée à une adaptation ou une modification du traitement qui n'était pas adapté à la prise en charge de douleurs chroniques.

L'apprentissage de la gestion des pics douloureux lors des séances d'éducation thérapeutique associé à une meilleure adhésion vis à vis du traitement de fond ont permis de diminuer les doses d'antalgiques à libération immédiate chez 22% des patients. Ils ont également permis de débiter un sevrage ou une diminution de la consommation de médicaments pourvoyeurs de dépendances (benzodiazépines, hypnotiques ou morphiniques) chez 50% des patients.

4.1.1.6 Augmentation du MQS score

Nous avons pu constater une augmentation du MQS score chez 26% des patients.

Les motifs de l'augmentation du MQS score sont, pour la plupart, liés à des traitements d'entrée non adaptés ou insuffisants qui ont nécessité une réadaptation de la prise en charge médicamenteuse.

Chez 8% des patients, la consommation de benzodiazépines a été diminuée. Elle a été remplacée par un traitement de fond (tramadol à libération prolongée ou co-antalgique) associé à un traitement de crise (paracétamol, néfopam ou tramadol à libération immédiate).

Chez 4% des patients, la consommation d'AINS a été arrêtée et remplacée par un traitement de fond (tramadol à libération prolongée ou co-antalgique) associé à un traitement de crise (paracétamol, néfopam ou tramadol à libération immédiate).

Chez 10% des patients, le traitement de fond était insuffisant ou inexistant. Les doses de co-antalgique et de tramadol à libération prolongée ont été augmentées.

Chez 4% des patients, le traitement de crise était inexistant. Du paracétamol ou du néfopam leur ont été prescrits.

Afin d'évaluer l'adhésion thérapeutique des patients vis à vis de leur traitement, il serait intéressant d'évaluer, à distance, leur consommation réelle de médicaments et notamment les médicaments utilisés pour la crise douloureuse et ceux pourvoyeurs de dépendances dans une période de trois à six mois à la suite de l'hospitalisation.

Les résultats que nous avons obtenus concernant la consommation médicamenteuse sont cohérents et comparables à ceux obtenus par Edwige Mercadier en 2007. Elle avait mis en évidence l'intérêt de l'analyse du MQS score comme indicateur de la qualité de vie par le reflet de l'adhésion thérapeutique. Elle avait obtenu des résultats similaires quant à l'évolution du MQS score chez 72 patients. A l'entrée il était de 26.18 +/-16.25 et de 22.56 +/- 12.05 à la sortie avec une diminution moyenne de 3.62 points. Elle avait obtenu des résultats similaires en ce qui concerne la diminution des médicaments générateurs de dépendances. (Mercadier, 2007)

4.1.2 Education thérapeutique et sentiment de connaissances

4.1.2.1 Compréhension du traitement, connaissance des médicaments, différenciation du traitement de crise et du traitement de fond

La première affirmation qui a été soumise aux patients : « *Je comprends mon traitement, je connais mes médicaments et je sais différencier traitement de crise et traitement de fond.* », a pour objectif d'évaluer leurs sentiments de connaissances générales vis à vis de leurs médicaments.

Dans l'ensemble, nous avons constaté que les patients semblaient bien connaître leurs médicaments, même au début de la semaine d'hospitalisation. En effet, avant la séance d'éducation thérapeutique, la note moyenne donnée par les patients était de 7,8 sur 10, et 68% des patients donnaient une note supérieure ou égale à 8 sur 10. Nous avons noté cependant que 22% des patients donnaient une note inférieure ou égale à 5 sur 10.

Les résultats obtenus suite à la séance d'éducation thérapeutique étaient tout à fait encourageants, 90% des patients donnaient une note supérieure ou égale à 8 sur 10 à l'affirmation et aucun patient ne donnait de note inférieure à 5 sur 10.

Nous pouvons être interpellés par le manque d'évolution des résultats. En effet, près de la moitié des patients (48%) n'ont pas changé leur note.

Nous remarquons également que même si 40% des patients ont donné une note supérieure, 12% ont donné une note inférieure.

Globalement, les résultats sont tout à fait encourageants dans la mesure où, à l'issue de la semaine d'hospitalisation, presque tous les patients ont le sentiment de comprendre leur traitement et de connaître leurs médicaments. Ils semblent capables de différencier leur traitement de fond et leur traitement de crise.

Au cours des échanges avec les patients, suite à la séance d'éducation thérapeutique, certains nous ont fait part de la surestimation de leurs notes lors du premier questionnaire. Ils évoquent diverses raisons à cela : la peur du jugement, des connaissances erronées, des difficultés à appréhender l'échelle. Nous pouvons ainsi expliquer le manque d'évolution des réponses.

La diminution constatée chez six patients s'explique pour trois d'entre eux par une modification de leur traitement au cours de l'hospitalisation.

Cependant, le manque de sentiment de connaissance de certains patients concernant leur traitement, avant l'hospitalisation, est préoccupant. La situation est d'autant plus inquiétante qu'il s'agit ici de médicaments que le patient doit pouvoir adapter en fonction de l'intensité de ses douleurs, de ses pics douloureux et de ses activités quotidiennes.

Nous pouvons alors nous interroger quant à l'inefficacité de certains médicaments. Seraient-ils toujours inefficaces s'ils étaient pris convenablement, c'est-à-dire au moment opportun et à la bonne posologie ?

Le problème posé ici est celui de l'adhésion médicamenteuse. En d'autres termes, un patient qui connaît bien son traitement le prendra mieux, et les bénéfices de ce dernier n'en seront que meilleurs.

4.1.2.2 Anticipation et gestion des pics douloureux

La deuxième affirmation qui a été soumise aux patients : « *Je sais comment anticiper et gérer un pic douloureux. Je sais quels médicaments prendre et à quel moment.* », a pour objectif d'évaluer leurs capacités à gérer un pic douloureux et à adapter leur traitement.

Dans l'ensemble, nous avons constaté qu'avant la séance d'éducation thérapeutique, les patients estimaient savoir gérer un pic douloureux et savaient à quel moment prendre leur traitement. En effet, la note moyenne des réponses à cette question était de 6,8 sur 10 et près de la moitié des patients (44%) donnaient une note supérieure ou égale à 8 sur 10.

Nous avons constaté cependant que plus d'un tiers des patients (38%) donnait une note inférieure ou égale à 5 sur 10.

Les résultats obtenus suite à la séance d'éducation thérapeutique montraient que 76% des patients donnaient une note supérieure ou égale à 8 sur 10 et aucun patient ne donnait de note inférieure à 5 sur 10.

Nous avons constaté également que plus de la moitié des patients (62%) ont majoré leur note quant à l'affirmation suite à la séance d'éducation thérapeutique.

Les résultats sont tout à fait encourageants quant à l'efficacité du programme d'éducation thérapeutique. En effet la séance semble avoir permis aux patients : de mieux comprendre leurs douleurs, de prendre conscience de l'importance de l'anticipation du pic douloureux et de la nécessité de prendre précocement leur médicament lors de l'apparition d'un pic douloureux.

Suite aux échanges avec les patients au cours de la séance d'éducation thérapeutique, ou lors des entretiens individuels, nous avons pu constater que beaucoup d'entre eux ont pris conscience du fait qu'ils ne prenaient pas leurs médicaments pour les crises douloureuses au bon moment. Ils étaient nombreux à attendre d'être au maximum de la douleur pour prendre un médicament et peu d'entre eux avaient le réflexe d'anticiper l'apparition d'un pic douloureux.

Nous pouvons espérer que l'apprentissage de la gestion du pic douloureux, par l'anticipation de l'activité douloureuse, ou la prise du médicament au moment le plus opportun, permettra aux patients de diminuer l'intensité de leurs douleurs.

Le manque d'anticipation et le fait que les patients attendent que la douleur soit très forte pour prendre un médicament les poussent à consommer des traitements antalgiques plus puissants tels que la codéine, le tramadol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou encore les morphiniques. L'anticipation du pic douloureux avec un médicament tel que le paracétamol permettrait peut-être de diminuer la prise de médicaments plus puissants et ainsi de réduire les effets secondaires de ces derniers.

Il serait donc intéressant d'évaluer l'impact de l'anticipation du pic douloureux sur la diminution de la consommation de ces médicaments plus puissants et de ce fait la réduction de leurs effets secondaires.

Il serait également pertinent d'évaluer à distance si l'amélioration de l'adhésion vis-à-vis de leur traitement peut avoir un impact sur leur motivation à reprendre une activité.

4.1.2.3 Prévention et gestion des principaux effets secondaires

La troisième affirmation qui a été soumise aux patients : « *Je sais comment prévenir et gérer les principaux effets secondaires (nausées, constipation, troubles de la mémoire, bouche sèche, prise de poids...)* », a pour objectif d'évaluer leurs capacités à gérer les effets secondaires.

Cette affirmation prend acte du fait que l'une des principales contraintes rencontrées par les patients souffrant de douleurs chroniques est la survenue d'effets indésirables. Nous avons constaté qu'avant la séance d'éducation thérapeutique la note moyenne donnée par les patients était de 5,3 sur 10. Un quart des patients (24%) donnait une note supérieure à 8 sur 10 et un peu plus de la moitié (54%) donnait une note inférieure ou égale à 5 sur 10.

Les résultats obtenus suite à la séance d'éducation thérapeutique étaient néanmoins positifs. En effet, la note moyenne obtenue était de 7,8 sur 10, 66% des patients donnaient une note supérieure ou égale à 8 sur 10 et 10% ont donné une note inférieure à 5 sur 10. Nous avons noté également que 70% des patients donnaient une note supérieure à l'issue de la séance d'éducation thérapeutique.

Les conseils donnés lors de la séance d'éducation thérapeutique semblent avoir aidé les patients. Il serait intéressant de pouvoir évaluer leur ressenti quant aux effets indésirables de leur traitement une fois retournés à leur domicile, afin d'évaluer l'intégration de ces conseils dans leur vie quotidienne.

Les résultats obtenus pour cette affirmation, avant la séance d'éducation thérapeutique, constituent de facto un réel signal d'alarme des patients à l'attention du corps médical.

Nous pouvons espérer qu'une meilleure gestion des effets secondaires médicamenteux permettra aux patients de moins craindre la prise de leurs médicaments et notamment ceux utilisés dans le traitement de fond. En effet, les échanges avec les patients nous ont appris que les classes médicamenteuses majoritairement redoutées par les patients pour leurs effets secondaires étaient les antidépresseurs, les antiépileptiques et les antalgiques de palier 2 et 3.

Nous pouvons penser qu'une meilleure adhésion vis à vis de leur traitement de fond pourrait permettre une diminution de l'intensité de leur douleur et de la fréquence de leurs pics douloureux.

4.1.3 Education thérapeutique et gestion des difficultés rencontrées par les patients

4.1.3.1 Anxiété et stress ressentis par rapport au traitement

La quatrième affirmation qui a été soumise aux patients : « *Je me sens perdu(e), stressé(e), anxieux(se) par rapport à mon traitement.* », a pour objectif d'évaluer l'impact que peut avoir leur traitement sur leurs angoisses ou leur stress.

Dans l'ensemble, nous avons constaté qu'avant la séance d'éducation thérapeutique, les patients ne semblaient ni anxieux, ni stressés par leur traitement. En effet la note moyenne donnée par les patients était de 3.8 sur 10. Près de la moitié des patients (48%) donnaient

une note inférieure ou égale à 3 sur 10. En revanche, un tiers des patients (32%) donnaient une note supérieure ou égale à 6 sur 10.

Les résultats obtenus suite à la séance d'éducation thérapeutique étaient encourageants, la note moyenne obtenue était de 2,3 sur 10, plus des trois quarts des patients (78%) donnaient une note inférieure ou égale à 3 sur 10 et seulement 14% une note supérieure ou égale à 6 sur 10.

Nous avons noté que 42% des patients ont diminué leur note suite à la séance d'éducation thérapeutique. Nous pouvons néanmoins être interpellés par le fait que 24% des patients ont donné une note supérieure à leur note d'origine.

Cette affirmation permet d'évaluer le ressenti des patients quant à leur traitement. Dans l'ensemble, les patients consultés ne semblent donc ni anxieux ni stressés par leur traitement.

Il était important d'apprécier cet état. En effet, un patient stressé par la prise de ses médicaments risque soit de ne pas les prendre, soit de retarder leur prise au maximum. Or, nous savons que pour avoir une efficacité optimale sur la crise douloureuse, le médicament doit être pris le plus tôt possible.

Là encore on peut penser qu'une meilleure compréhension de leur traitement permettrait aux patients d'être encore moins anxieux et augmenterait leur adhérence médicamenteuse.

Il est important de signaler que cette affirmation a cependant suscité des interrogations. En effet, certains patients s'estimant, par exemple, non anxieux ne comprenaient pas s'ils devaient apposer une note basse ou haute sur l'échelle d'évaluation à l'affirmation proposée.

La lecture de cette échelle a posé problème dans la mesure où elle nécessitait une explication individuelle, or tous les patients n'ont pas pu en bénéficier. Ceci explique peut-être les notes supérieures à 8 sur 10 (8% des patients) suite à l'hospitalisation et le fait que 24% des patients ont mis une note supérieure à leur note initiale. L'interprétation des résultats à cette affirmation peut donc être discutée. Il conviendra peut-être de lui apporter des modifications dans l'avenir.

4.1.3.2 Ecarts et erreurs faits avec le traitement

La cinquième affirmation qui a été soumise aux patients : « *Je pense que je fais des écarts, des erreurs, avec mon traitement.* », a pour objectif d'évaluer les éventuelles fautes effectuées par les patients avec leur traitement et dont ils sont déjà conscients avant la séance d'éducation thérapeutique.

Nous avons constaté qu'avant la séance d'éducation thérapeutique les patients estimaient dans l'ensemble ne pas faire d'erreur avec leur traitement. En effet, ils donnaient une note moyenne de 3.2 sur 10, deux tiers des patients (60%) donnaient même une note inférieure ou égale à 3 sur 10. On note néanmoins qu'un quart des patients (26%) donnaient une note de supérieure à 7 sur 10

Suite à la séance d'éducation thérapeutique, nous avons soumis une affirmation différente aux patients : « *Je pense que je faisais des écarts, des erreurs avec mon traitement.* ».

L'objectif de cette affirmation était de permettre aux patients d'avoir un regard critique sur les éventuelles erreurs qu'ils pouvaient commettre auparavant.

Nous avons constaté une note moyenne de 5.3 sur 10, il n'y avait plus qu'un tiers des patients (38%) qui donnait de note inférieure ou égale à 3 sur 10 et un tiers des patients (36%) donnait une note supérieure ou égale à 8 sur 10.

Nous pouvons noter que dans ce deuxième questionnaire 54% des patients donnaient une note supérieure.

Le ressenti face à cette affirmation était intéressant dans la mesure où elle a effectivement permis aux patients d'avoir ce regard critique sur leur pratique.

Cette affirmation nous a permis de confirmer le fait que les patients faisaient des erreurs avec leur traitement mais surtout que la moitié d'entre eux n'en étaient pas conscients. La séance d'éducation thérapeutique leur a donc permis de prendre conscience de leurs erreurs.

Cette proposition nous a également fait prendre conscience que le fait de les interroger sur leur ressenti avant la séance était autant bénéfique pour les patients que pour nous.

En effet, une telle démarche permet aux patients de valoriser leurs nouvelles connaissances, la valorisation du patient étant un des principes fondamentaux de l'éducation thérapeutique et d'avoir une vision plus concrète des erreurs qu'ils pouvaient commettre.

Pour nous, une telle démarche est bénéfique dans la mesure où elle nous permet une meilleure évaluation de la séance. Les résultats obtenus correspondent davantage à la réalité des faits.

4.1.3.3 Assumer la prise de ses médicaments et savoir réagir face aux réflexions de l'entourage

La sixième affirmation qui a été soumise aux patients : « *J'assume de prendre mes médicaments devant mon entourage et je sais réagir aux réflexions qu'ils peuvent me faire.* », a pour objectif d'évaluer l'impact de la prise médicamenteuse sur le rapport et les relations qu'ils entretiennent avec leur entourage.

Nous avons constaté avec l'étude de cette affirmation que la majorité des patients assumait le fait de devoir prendre des médicaments devant leur entourage et se sentait capable de réagir en cas de réflexions de leur part. En effet, au début de la semaine d'hospitalisation la moyenne des réponses des patients à cette question était de 7,4 sur 10. 64 % des patients donnaient une note supérieure ou égale à 8 sur 10 et 20% des patients mettaient une note inférieure ou égale à 5 sur 10.

Suite à la séance d'éducation thérapeutique, nous avons soumis une affirmation différente aux patients : « *Je pense qu'à l'avenir j'assumerai mieux le fait de prendre mes médicaments devant mon entourage et je saurai mieux réagir face aux réflexions qu'ils pourront me faire.* », dans l'objectif de les inviter à se projeter dans l'avenir.

A la fin de la semaine d'hospitalisation, nous avons constaté que dans la majorité des cas les patients se sentaient capables de faire face aux réflexions de leur entourage et assumaient

le fait de prendre leurs traitements. En effet, ils donnaient une note moyenne de 7.7 sur 10 à la proposition et 20% des patients ont majoré leur note. Nous avons remarqué néanmoins que 26% des patients ont diminué leur note.

Dans l'ensemble, les résultats sont plutôt positifs mais il faut prendre en compte les quelques patients ayant donné une moins bonne note lors du second questionnaire.

Cette question avait pour objectif d'évaluer les rapports que pouvaient entretenir les patients avec leur entourage, il était important pour nous de savoir si les patients se sentaient en mesure d'expliquer leur traitement à leurs proches. En effet, le soutien de l'entourage est primordial pour les patients et fait partie intégrante de la prise en charge des douloureux chroniques.

La pertinence de cette affirmation résidait dans le fait qu'elle permettait aux patients de se projeter dans l'avenir. Il serait donc intéressant d'avoir un suivi à plus long terme et de pouvoir réinterroger le patient sur le sujet deux à trois mois après l'hospitalisation.

4.1.4 Education thérapeutique et motivation

4.1.4.1 Accepter l'idée de prendre un traitement au long cours

La septième affirmation qui a été soumise aux patients : « *J'ai accepté de prendre un traitement au long cours.* », a pour objectif d'évaluer l'acceptation de leur maladie.

Nous avons constaté que même si les patients manifestent largement leur agacement face à la prise médicamenteuse, ces derniers ont conscience qu'il s'agit d'un traitement à long terme. En effet, avant la séance la moyenne des réponses était de 7,4 sur 10 et 60% des patients donnaient une note supérieure ou égale à 8 sur 10. Cependant ils étaient tout de même un tiers (28 %) à donner une note inférieure ou égale à 5 sur 10, dont 8% une note inférieure ou égale à 1 sur 10.

Suite à la séance d'éducation thérapeutique, la plupart des patients semblaient avoir pris conscience de la chronicité de leur douleur et de la nécessité de prendre des médicaments à long terme, ce qui est plutôt encourageant.

Néanmoins certains résultats restent inquiétants. Nous pouvons noter que 10% des patients donnaient une note inférieure ou égale à 5 sur 10 après la séance, ce qui signifie qu'ils n'ont toujours pas accepté la prise de leurs médicaments au long cours et espèrent toujours faire disparaître leurs douleurs.

Cette proposition avait pour objectif d'insister sur la chronicité des traitements médicamenteux dans la prise en charge des douleurs chroniques, et surtout de rappeler aux patients qu'il n'existe pas de traitement miracle pour leur douleur.

Ils vont devoir apprendre à vivre avec leur douleur, c'est à dire apprendre à la supporter au quotidien et intégrer leurs médicaments dans leur vie de tous les jours.

4.1.4.2 Avoir conscience de l'importance du traitement

La huitième affirmation qui a été soumise aux patients : « *J'ai conscience de l'importance de mon traitement.* », a pour objectif d'évaluer l'importance qu'ils accordent à leurs médicaments.

Nous avons constaté qu'avant la séance d'éducation thérapeutique les patients semblaient déjà conscients de l'importance de leur traitement. En effet, les patients donnaient une note moyenne de 8,9 sur 10 à cette proposition, nous avons noté également que 86% des patients donnaient une note supérieure ou égale à 8 sur 10 et seulement 4% des patients donnaient une note inférieure ou égale à 5 sur 10.

Suite à la semaine d'hospitalisation, nous avons observé des résultats similaires. L'évolution des réponses à cette question n'est pas très significative : 62% des patients n'ont pas changé leur réponse, 16% ont donné une note inférieure et 28% ont donné une meilleure note.

Cette affirmation nous montre que dans l'ensemble, les patients semblaient avoir pris conscience de l'importance de leur traitement.

Nous avons noté cependant que les deux patients qui avaient donné une note inférieure ou égale à 5 sur 10 au début de la semaine ont conservé cette note en fin de semaine. Il aurait été intéressant d'échanger avec ces patients pour comprendre leurs réticences vis à vis de leurs médicaments.

L'objectif de cette intervention était de faire prendre conscience aux patients que bien que leurs douleurs persistent, leurs médicaments ont probablement permis de les réduire. Ainsi, plus ils seront observants vis-à-vis de leurs médicaments, meilleure en sera leur efficacité. Dans l'ensemble les résultats sont néanmoins encourageants.

4.1.4.3 Motivation pour prendre son traitement au mieux

La neuvième affirmation qui a été soumise aux patients : « *Je suis très motivé(e) aujourd'hui pour prendre mon traitement au mieux.* », a pour objectif d'évaluer leurs motivations.

Généralement, nous avons constaté que même avant la séance d'éducation thérapeutique les patients semblaient motivés dans leur prise en charge. En effet, lors du premier questionnaire, la note moyenne des réponses à cette proposition était de 9,3 sur 10, 64% des patients donnaient déjà 10 sur 10 à cette affirmation et aucune note n'était inférieure à 6 sur 10.

A la fin de la séance d'éducation thérapeutique, la note moyenne était de 9,5 sur 10, 72% des patients donnaient une note de 10 sur 10 à la question et aucune note n'était inférieure à 7. Nous avons noté que même si la grande majorité des patients n'a pas changé sa note, un quart d'entre eux a majoré celle-ci et 10% des patients ont baissé leur note.

Les résultats obtenus pour cette affirmation apparaissent très encourageants. En effet, ils montrent que les patients semblaient motivés pour prendre leur traitement de façon optimale.

Cette question a néanmoins été délicate à analyser pour les raisons suivantes : d'une part, il s'agissait de la dernière question et l'attention des patients commençait à diminuer, d'autre part, les patients jugeaient souvent cette question « inutile ». Ils ont souvent mis en évidence le fait que leur présence même témoignait de leur motivation à améliorer la prise de leur traitement.

Cette proposition demeure malgré tout fondamentale dans la mesure où l'un des enjeux principaux de l'éducation thérapeutique et de la prise en charge des patients douloureux chroniques est de rendre le patient acteur de sa prise en charge. Sa motivation constitue ainsi la base principale d'un travail d'éducation thérapeutique réussi.

4.1.5 Résultat global obtenu pour le questionnaire

Les résultats obtenus à l'ensemble du questionnaire sont tout à fait encourageants.

En effet, si l'on considère que pour l'affirmation 4 : « *Je me sens perdu(e), stressé(e), anxieux(se) par rapport à mon traitement.* » le patient devrait diminuer sa note s'il se sent moins stressé ou anxieux suite à la séance d'éducation thérapeutique.

On constate que 43% des notes ont été améliorées suite à la séance d'éducation thérapeutique (augmentées ou diminuées en fonction des questions), 43% sont restées identiques et 14% ont régressées.

Cela signifie néanmoins que pour une partie des patients, les séances d'éducation thérapeutique semblent ne pas avoir été positives.

On note qu'en moyenne, par question, 6,5 patients ont attribué une note inférieure lors du second questionnaire.

On constate cependant que lorsque le score est inférieur, la note diminue seulement d'un ou deux points (dans 50% des cas). Quand on sait que les patients n'avaient pas accès à leur premier questionnaire lorsqu'ils répondaient au second, on peut s'interroger sur la réelle diminution du score.

Nous avons quand même réussi à isoler un petit groupe de 11 patients pour qui l'éducation thérapeutique semble ne pas avoir été bénéfique. Parmi ce groupe, plusieurs constatations :

Premièrement, l'affirmation 6: « *J'assume de prendre mes médicaments devant mon entourage et je sais réagir aux réflexions qu'ils peuvent me faire.* » nous a posé problème. En effet, elle représente à elle seule 25% des notes négatives. Se pose alors la question de la compréhension de la question et de son échelle de notation. En effet, elle est située juste après deux affirmations dont le sens de notation était inversé (note majoritairement basse suite à la séance).

Deuxièmement, nous avons pu constituer 3 groupes de patients avec des profils semblables. Le premier groupe était constitué de 3 patients qui ont attribué des notes inférieures lors du second questionnaire à la gestion et à la connaissance des traitements ou des pics douloureux, associé à une diminution à l'affirmation 6. Il s'agit de 3 femmes, dont deux cadres ou professions intellectuelles supérieures. Elles sont toutes les 3 en arrêts de travail depuis environ 6 mois. Elles ont un profil anxieux dépressif (score HAD) similaire à l'entrée au CETD avec des notes comprises entre 13 et 15, et une EVA attribuée à leur sommeil à 6 sur 10.

Le deuxième groupe était constitué de 5 patients, dont les notes étaient régressives pour les affirmations 4 et 6 associées plus ou moins à un problème de gestion des traitements ou des pics douloureux, ou encore des effets indésirables. Dans ce groupe, 4 des 5 patients sont des hommes. Ce sont des patients qui étaient retraités (2 patients) ou en arrêt maladie (3 patients). On constate qu'ils étaient tous en situation d'abus médicamenteux avant l'hospitalisation et que 3 d'entre eux étaient en train de commencer un sevrage en dérivés morphiniques ou en benzodiazépine.

Le troisième groupe était constitué de 3 patients, chez qui nous pouvons constater une diminution des notes sur plus de la moitié du questionnaire (entre 5 et 6 questions sur 9). Il s'agit d'un groupe de 3 femmes, aux âges et activités professionnelles diverses, mais présentant une même pathologie : la fibromyalgie. Chez ces patientes, on constate une ordonnance d'entrée contenant très peu de médicaments (1 ou 2) et des médicaments tel que des AINS ou du tramadol. Il s'agit également de patientes chez qui des adaptations de traitements ont été nécessaires : instauration de paracétamol, d'acupan pour la gestion des pics douloureux et de tramadol à libération prolongée pour le traitement de fond.

Ces résultats nous incitent à aller plus loin dans la recherche d'efficacité de l'éducation thérapeutique. Et de se poser ainsi les questions : pour qui ça marche ? Pour qui ça ne marche pas ? Et pour quelles raisons ?

En effet l'évaluation de l'éducation thérapeutique est une chose difficile à appréhender. En effet, contrairement à d'autres thérapeutiques mieux cadrées et définies, celle-ci échappe à l'analyse isolée de par sa complexité. L'éducation thérapeutique est en effet une intervention complexe. Les interventions complexes se définissent par la présence d'enchevêtrements multiples avec des relations non linéaires, où la compréhension de la contribution d'un seul élément n'est pas suffisante pour analyser l'intervention comprise comme un tout. Ces interventions ont une histoire et un contexte particulier qu'il faut prendre en compte (Blaise et *al.*, 2010).

L'approche *Realist* peut sembler être une solution pour réaliser cette évaluation. En effet, elle est présentée comme une approche d'évaluation permettant d'apporter « des données probantes sur les interventions sociales complexes qui fournissent une explication de la manière dont celles-ci fonctionnent (ou non), et pour quelles raisons, dans des contextes spécifiques » (Pawson et *al.*, 2004).

L'approche *Realist* consiste à mettre en lumière le mécanisme (M) qui va produire des effets (E) dans un contexte donné (C), ce que Pawson appelle la configuration (CME) (Pawson & Tilley, 1997).

L'objectif de notre évaluation ne serait plus de répondre à la question : « le programme d'éducation thérapeutique est-il efficace ? » mais « est-ce que le programme d'éducation thérapeutique est efficace, comment, pour qui et dans quelles circonstances particulières ? ».

Cependant, bien que séduisante, l'approche *Realist* peut poser un certain nombre de problèmes. Les diverses études ayant utilisé ce procédé font part des difficultés qu'elles ont

pu rencontrer pour recueillir toutes les informations nécessaires. Ou encore des problèmes de distinctions entre les éléments du contexte et du mécanisme (Ridde et *al.*, 2012).

4.1.6 Comparaison avec d'autres études

Les résultats obtenus semblent confirmer ceux de l'étude réalisée par C. Golvan en 2012. Celle-ci avait mis en évidence la satisfaction des patients en ce qui concerne l'éducation thérapeutique médicamenteuse. 97% des patients étaient en grande partie satisfaits des séances, dont 58% tout à fait satisfaits. Les patients se déclaraient également très satisfaits du contenu et de l'efficacité des séances. (Golvan, 2012)

Ces résultats peuvent également être comparés à ceux publiés dans diverses études concernant l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique. Une revue de méta-analyses datant de 2010, reflet d'environ six cents études originales visant à estimer l'efficacité de l'éducation thérapeutique dans une dizaine de pathologies chroniques fréquentes, a été conduite (Lagger et *al.*, 2010). Il en ressort une efficacité évidente de l'éducation thérapeutique pour 60% des études.

4.2 Critique de la méthode

4.2.1 Limites du recueil de données

Notre étude a concerné les patients hospitalisés entre le 11 juin et le 28 septembre 2012 au CETD du CHU de Nantes.

L'étude s'est limitée aux patients ayant participé aux deux séances d'éducation thérapeutique médicamenteuse et ayant répondu aux deux questionnaires d'évaluation. La population étudiée n'était que de cinquante patients, soit un faible échantillonnage limitant la portée de l'étude.

Elle s'est déroulée sur une période de quatre mois, elle est donc réduite dans le temps limitant également la portée de l'étude et la représentativité des résultats.

Nous n'avons pas utilisé de groupe témoin limitant son objectivité.

4.2.2 Limite du choix de la population

Notre étude concernait uniquement des patients hospitalisés au CETD du CHU de Nantes, présentant des douleurs chroniques rebelles, soit une catégorie particulière de patients limitant la portée de l'étude.

4.2.3 Limites de la validité de l'analyse

4.2.3.1 Les séances d'éducation thérapeutique

Les stages d'externes en pharmacie étant de trois mois, les séances d'éducation thérapeutique ont été effectuées par deux binômes différents d'externes. Les séances animées différemment ont pu favoriser un biais. En effet la qualité des séances et le ressenti des patients varient suivant les intervenants. Si les séances avaient été animées par un plus grand nombre d'intervenants, l'analyse aurait été plus représentative.

4.2.3.2 Remise des réponses aux questionnaires

Les questionnaires remplis par les patients étaient récupérés par les externes en pharmacie en début et en fin d'hospitalisation. Le fait de rendre le questionnaire, qui plus est aux personnes ayant animé les séances, peut avoir influencé les réponses des patients. En effet, on peut imaginer que les patients n'ont pas toujours osé répondre sincèrement aux questions.

4.2.4 Limites de la présentation des résultats

Du fait de l'obligation de faire une synthèse des résultats, nous n'avons pas pu retranscrire la totalité des informations. Ainsi nous n'avons pas donné le détail des ordonnances de chaque patient avant et après l'hospitalisation ni fait le lien entre le résultat du MQS score et celui du questionnaire.

4.2.5 Limites du recueil de données à un instant « t »

Pour des raisons pratiques, tous les questionnaires ont été réalisés au cours de l'hospitalisation. Ceci n'a pas permis de prendre en compte l'aspect évolutif de

l'apprentissage sur le long terme. Nous sommes conscients que certaines notions nécessitent un certain délai pour être acquises et que d'autres peuvent être oubliées avec le temps. L'évaluation aurait été plus pertinente si elle avait été réalisée à distance de l'hospitalisation.

En effet, l'éducation thérapeutique du patient est un processus évolutif, l'évaluation doit être poursuivie à distance et non pas se limiter à un instant donné. Lors de l'évaluation de l'éducation thérapeutique, il apparaît nécessaire de ne pas seulement se focaliser sur les résultats mais également de prendre en compte tout le processus d'apprentissage. Il serait intéressant de pouvoir réévaluer ces notions, auprès de nos patients, à distance et à différentes reprises.

Il aurait été intéressant de réaliser le second questionnaire trois mois après la séance d'éducation thérapeutique, cependant les contraintes liées au recueil des données auraient été trop importantes (perte conséquente de patients, manque de temps pour les médecins, difficultés à récupérer tous les questionnaires dans les dossiers, évolution des personnes référentes répondant aux questions des patients...).

4.2.6 Limites des critères de jugement choisis

4.2.6.1 Le questionnaire d'évaluation

Le questionnaire utilisé comportait plusieurs questions visant à évaluer de manière globale l'efficacité du programme d'éducation thérapeutique. Pour y répondre, les patients devaient attribuer une note comprise entre 0 et 10 à chacune des questions. Ce mode d'évaluation limite la pertinence de leurs réponses. Un système de questions ouvertes permettrait aux patients de s'exprimer plus facilement.

Les questions qui ont été soumises aux patients reposaient sur des critères que nous avons définis auparavant et qui étaient identiques pour tous. Cependant, au cours d'un processus d'éducation thérapeutique, l'évaluation doit tenir compte de critères propres à chaque patient et définis avec lui en amont lors du diagnostic éducatif. L'efficacité du programme doit tenir compte de critères définis et fixés par le patient.

Il était difficile pour les patients de comprendre certaines questions notamment en ce qui concerne le sens de notation. En pratique, il n'a pas été possible de les laisser répondre seuls, l'animateur devant faire le questionnaire avec eux de façon systématique. Ceci a posé des problèmes d'organisation pour que tous les patients puissent répondre à l'ensemble des deux questionnaires. Ainsi certains questionnaires sont restés incomplets.

On a pu constater que les patients ne sont pas encore sensibilisés à cette démarche. Dans la société actuelle tout doit être réussite. Ils se croient donc jugés et n'osent pas exprimer leur méconnaissance. Beaucoup nous ont confié, à la fin de la semaine, qu'ils avaient surestimé leurs notes lors du premier questionnaire. Ceci explique, en partie, les moyennes assez élevées obtenues au premier questionnaire, ce qui fausse l'interprétation des données du second questionnaire et donc la comparaison entre les deux questionnaires.

4.2.6.2 Consommation médicamenteuse

En ce qui concerne l'analyse de la consommation médicamenteuse, plusieurs éléments ont pu influencer nos résultats.

En effet, les données recueillies étaient celles fournies par les patients, elles ne correspondaient pas nécessairement à la réalité, notamment en ce qui concerne l'automédication dont la liste n'était pas exhaustive.

Les intervenants étant multiples, la manière de compléter et de recueillir les données dans le dossier des patients a pu varier.

4.2.7 Limites des résultats

Lors de notre étude, nous ne pouvons pas évaluer le changement de comportement et de connaissance des patients. Nous pouvons seulement évaluer les représentations du patient c'est-à-dire ses sentiments de connaissances, de compétences et sa motivation. Pour évaluer de réels changements de comportement et de compétence il faudrait évaluer à distance (au moins à 3 mois) en partant de ce que le patient a changé dans sa pratique quotidienne.

Le questionnaire étant réalisé à la fin de la séance d'éducation thérapeutique, il manque ici au patient le recul nécessaire sur sa pratique quotidienne en dehors de l'hôpital.

De même, nous pouvons seulement conclure à une amélioration pour certains patients qui est due aux séances d'éducation thérapeutique et à la prise en charge globale du CETD. En effet, nous n'avons pas utilisé de groupe contrôle bénéficiant d'une prise en charge globale au CETD mais sans séance d'éducation thérapeutique.

4.3 Points forts, amélioration et perspective

4.3.1 Amélioration du questionnaire

L'analyse du questionnaire nous a permis de mettre en évidence des points à améliorer afin de faciliter l'évaluation des séances d'éducation thérapeutique.

Afin de faciliter la lisibilité de l'échelle de notation, nous avons supprimé le système de notation de 0 à 10. Ainsi, les patients répondent à la question en mettant une croix dans la case correspondante à leur cas :

- « Tout à fait d'accord »
- « D'accord »
- « Partiellement d'accord »
- « Pas du tout d'accord »

Afin d'améliorer la compréhension du questionnaire, il serait souhaitable qu'il soit rempli avec l'aide d'un animateur. Dans un souci de faisabilité, le premier questionnaire est distribué dès le lundi et il est demandé aux patients d'essayer de le compléter seul avant le mardi matin. Ainsi, en cas d'interrogations, le patient pourra poser ses questions lors de l'entretien avec l'externe en pharmacie le mardi matin.

En ce qui concerne l'amélioration de la visibilité des résultats nous proposons aux patients d'apporter à la séance d'éducation thérapeutique leur premier questionnaire. Ainsi, ils peuvent répondre sur le même questionnaire après la séance d'éducation thérapeutique en changeant de symbole (avant une croix et après un cercle). Les patients peuvent alors visualiser l'évolution de leurs réponses.

Afin de récupérer tous les questionnaires, le second est complété en groupe avec les animateurs à la fin de la séance d'éducation thérapeutique. Cette solution ne permet pas aux patients d'avoir un recul suffisant mais les contraintes liées à l'emploi du temps des patients ne nous laissent que peu de choix.

Actuellement, un nouveau questionnaire prenant en compte ces remarques est utilisé dans le service (Annexe 15).

4.3.2 Amélioration de la séance d'éducation thérapeutique

Le principal reproche que les patients nous ont fait vis-à-vis des séances d'éducation thérapeutique était leur côté trop scolaire.

4.3.2.1 Méthodes utilisées

Pour les rendre plus ludiques nous avons utilisé plusieurs méthodes :

Lors de la première partie de la séance d'éducation thérapeutique, nous avons rajouté des boîtes de médicaments afin que les patients puissent visualiser leurs traitements.

Lors de la deuxième partie de la séance, nous avons conservé les thèmes abordés, mais nous avons remplacé le système de QCM par des questions auxquelles les patients répondent par l'intermédiaire d'un abaque de Régnier.

Le principe de l'abaque a été imaginé par François Régnier en 1973. Il consiste à élaborer des questions courtes, sous forme d'affirmations, et d'y assortir des réponses correspondant à une échelle d'intérêts symbolisés par des couleurs (Regnier, 1983).

L'abaque de Régnier permet à chaque patient d'exprimer son opinion par la visualisation de couleur sur un thème donné. Il permet d'obtenir des jugements plus nuancés qu'un simple vote « oui » ou « non ».

Le groupe répond de manière non verbale en utilisant un code de 3 couleurs.

Chaque patient dispose de 4 cartons de couleurs :

- 1 vert : « tout à fait d'accord »,
- 1 orange : « partiellement d'accord »,
- 1 rouge : « pas du tout d'accord »,
- 1 blanc : « ne sait pas ».

Le patient lève le carton de la couleur correspondant à son appréciation.

Cette méthode permet à tous les patients, même aux plus timides, de s'exprimer.

4.3.2.2 Déroulement de la séance :

Suite à la formulation par l'animateur de l'affirmation ou de la question du questionnaire, chaque patient choisit devant l'animateur le carton correspondant à son choix.

Une fois que tous les patients ont répondu à la question le débat collectif commence, tous les patients pouvant alors s'exprimer sur leur choix.

Cela rend l'atelier plus ludique et les patients plus participatifs (ils échangent davantage entre eux).

4.3.2.3 Création de l'outil :

Afin de pouvoir réaliser un abaque de Régnier nous avons dû modifier toutes les questions. En effet, il n'était pas possible de réaliser un Abaque de Régnier avec des questions à choix multiples.

Les thèmes des différentes questions ont été conservés, et les questions ont été transformées en différentes affirmations.

Ainsi un nouveau document a été réalisé et est désormais utilisé lors de la séance d'éducation thérapeutique (Annexe 16).

4.3.3 Elaboration d'un nouvel outil : le jeu de cartes du diagnostic éducatif

4.3.3.1 Motifs de la création de cet outil

Lors de l'étude, nous nous sommes aperçus qu'il était intéressant de faire le questionnaire de pré-éducation thérapeutique avec les patients avant la séance d'éducation thérapeutique, afin d'établir un premier contact.

Cependant, le questionnaire de pré-éducation thérapeutique n'avait pas initialement cet objectif. Il avait pour but d'évaluer les séances d'éducation thérapeutique. Il ne permettait donc pas de réaliser un diagnostic éducatif.

Il manquait une étape clé dans la démarche éducative globale. Bien que les patients entrent dans une prise en charge globale lors de leur rendez-vous avec le médecin algologue avant

l'hospitalisation, et lors de leur consultation de pré-admission avec un des psychologues. Il manquait cependant l'étape du diagnostic éducatif.

La séance d'éducation thérapeutique du mercredi matin, même si elle s'inscrit dans cette démarche, concerne surtout la prise en charge médicamenteuse et fait intervenir un nouvel acteur de santé : l'externe en pharmacie.

Il était alors intéressant de créer un diagnostic éducatif ciblé autour de la prise en charge médicamenteuse. Réalisé par l'externe en pharmacie, il permet de créer une alliance entre ce dernier et le patient, et, ainsi, mieux préparer la séance d'éducation thérapeutique médicamenteuse en la ciblant autour des attentes des patients hospitalisés cette semaine-là.

4.3.3.2 En quoi consiste le diagnostic éducatif,

Le diagnostic éducatif doit être la première étape de la démarche d'éducation thérapeutique. En effet, il constitue le fondement du programme d'éducation thérapeutique à partir duquel se construit l'alliance thérapeutique.

Il est élaboré par un professionnel de santé au cours d'une ou plusieurs séances d'éducation thérapeutique individuelles.

Il constitue un temps d'apprentissage pour le patient, en sollicitant sa compréhension, sa réflexion et sa capacité d'anticipation.

Le diagnostic éducatif est évolutif, et doit être actualisé régulièrement. Il nécessite d'être partagé avec l'équipe et doit faire l'objet d'une trace écrite qui sera mise dans le dossier du patient.

Le diagnostic éducatif est indispensable à l'identification des besoins et des attentes du patient. Ce temps permet de définir, avec lui, les objectifs et compétences qu'il devra acquérir et permettra de lui présenter le contenu de la séance d'éducation thérapeutique.

A la fin du diagnostic éducatif, les objectifs prioritaires doivent être définis avec le patient et figurer dans la fiche de synthèse propre à chacun d'entre eux.

Ces objectifs ainsi définis permettront d'aboutir aux nouveaux indicateurs d'évaluation. Ils pourront également servir à la réalisation d'une évaluation individualisée et centrée sur les attentes et besoins de chaque patient.

4.3.3.3 L'élaboration du jeu de cartes :

4.3.3.3.1 Choix des conditions d'utilisation

Avant d'établir le diagnostic éducatif, nous nous sommes demandés comment le mettre en place.

Il doit être réalisé individuellement avant la séance d'éducation thérapeutique par l'externe en pharmacie en charge du patient. Il nous a semblé que le moment le plus approprié était le mardi matin, suite à la réalisation de l'historique médicamenteux.

Pour qu'il soit plus facilement mis en place, il nous est apparu indispensable de créer un support qui servirait à chaque patient.

Le modèle du jeu de cartes nous a semblé intéressant d'un point de vue pédagogique, car il possède un côté ludique et permet d'utiliser les deux faces de chaque carte :

- une face visible par le patient qui contient la question,
- une autre face servant au professionnel de santé définissant les objectifs à atteindre pour chaque question.

4.3.3.3.2 Le choix des thèmes à aborder

Il a ensuite été nécessaire de définir le nombre de questions à poser et les thèmes à aborder. Il a été décidé de ne pas dépasser 15 questions, pour que le questionnaire ne soit pas trop long à réaliser.

Les thèmes qui nous ont semblé les plus importants à aborder avec le patient sont les suivants :

- Ses connaissances générales sur ses médicaments,
- Ses compétences d'auto-soin,
- Les effets secondaires de ses médicaments,
- Ses croyances,
- Ses motivations.

Une fois les thèmes définis nous avons dû sélectionner les objectifs qui nous semblaient indispensables à atteindre pour chaque thème soit pour :

- Ses connaissances générales sur ses médicaments :
 - Connaître le nom et l'indication de chacun de ses médicaments,
 - Savoir organiser la prise de ses médicaments.
- Ses compétences d'auto-soin :
 - Savoir anticiper et gérer un pic douloureux,
 - Connaître le risque lié à l'arrêt brutal de certains médicaments,
 - Savoir gérer en urgence une commande de médicaments et connaître l'existence du dossier pharmaceutique,
 - Connaître les risques liés à l'automédication,
 - Connaître les 4 axes de la prise en charge globale : axe médical, fonctionnel, psychologique, sociaux-professionnel.
- Les effets secondaires de ses médicaments :
 - Cibler les effets indésirables de chaque patient,
 - Connaître les médicaments qui peuvent altérer la vigilance.
- Ses croyances :
 - Connaître les médicaments à risque de dépendance.
- Ses motivations :
 - Evaluer l'impact de la prise de médicaments dans la vie quotidienne,
 - Evaluer l'implication du patient dans sa prise en charge.

Une fois les thèmes et les objectifs définis s'est posée la question de la forme à donner à chaque item.

Il a été décidé de poser uniquement des questions ouvertes pour permettre au patient de s'exprimer plus facilement, et de centrer les questions sur lui et sur ses représentations.

Une couleur a été définie pour chacun des thèmes pour que cela soit plus clair.

- Ses connaissances générales sur ses médicaments (violet),
- Ses compétences d'auto-soin (bleu),
- Les effets secondaires de ses médicaments, (orange)
- Ses croyances (orange),
- Ses motivations (rose).

4.3.3.3 Création du mode d'emploi

Le diagnostic éducatif étant réalisé par des personnes différentes, il paraît intéressant d'introduire une notice d'utilisation avec le jeu de cartes, afin de définir de façon précise les modalités d'utilisation.

Cette notice précise:

- Les indications du jeu de carte,
- Son intérêt,
- Son but,
- Son mode d'emploi.

Actuellement, le jeu de cartes du diagnostic éducatif est utilisé dans le service du CETD du CHU de Nantes (Annexe 17).

4.3.3.4 Elaboration de la fiche de synthèse

Le diagnostic éducatif devant laisser une trace écrite qui restera dans le dossier du patient, il nous a semblé plus facile de créer une fiche personnelle pour chaque patient que l'externe en pharmacie complètera lors de l'entretien avec le patient (Annexe 18).

Sur cette fiche, il est indispensable de faire apparaître :

- L'identité du patient,
- La date de réalisation du diagnostic éducatif,
- Le traitement du patient.

Ensuite, à l'aide d'un tableau reprenant les différents thèmes, il convient de définir pour chacune des questions si le patient maîtrise ou non le sujet abordé.

L'appréciation des connaissances du patient se fait selon 3 niveaux :

Acquis (A) Partiellement Acquis (PA) Non Acquis (NA)

On considère qu'une notion est:

- « acquise » dès lors qu'elle est parfaitement intégrée par le patient,
- « partiellement acquise » dès lors que le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises,
- « non acquise » dès lors que le patient ne sait rien sur le sujet

Il est indispensable d'inclure dans cette fiche les objectifs du patient et ceux du professionnel de santé.

Cette fiche fait office de synthèse au diagnostic éducatif. Elle sert de support pour l'élaboration de la séance d'éducation thérapeutique, afin de pouvoir cibler les points indispensables à aborder ou à approfondir notamment lors de la deuxième partie de la séance.

Elle permet aussi, lors de l'évaluation post-éducation thérapeutique, qui a lieu individuellement suite à la séance, de voir si les objectifs du patient et du professionnel de santé sont remplis.

5 Conclusion

Enjeu majeur de santé publique, la prise en charge des douleurs chroniques préoccupe notamment du fait de l'augmentation du nombre de patients concernés et donc du coût qu'elle représente pour la société. Une des problématiques rencontrées chez ces patients est celle de la consommation médicamenteuse, souvent inadaptée et abusive. Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique apparaît désormais comme indispensable. Elle fait d'ailleurs désormais partie du cahier des charges des structures d'Etude et de Traitement de la Douleur chronique depuis 2011.

Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes accueille les patients souffrant de douleurs chroniques rebelles au cours d'une semaine d'hospitalisation et leur propose une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Au cours de cette semaine, les patients participent à deux séances d'éducation thérapeutique médicamenteuse.

Dans un objectif de perpétuelle amélioration de l'éducation thérapeutique, il apparaît nécessaire de mettre en place un processus d'évaluation du programme proposé aux patients. Partant du constat qu'aucune évaluation de l'efficacité de l'éducation thérapeutique n'avait jusque là été réalisée, nous avons entrepris d'effectuer une étude prenant en compte l'influence de celle-ci sur les représentations (sentiment de connaissance, sentiment de compétence, importance perçue et motivation perçue) par le patient.

Nous avons pu montrer dans ce travail que l'éducation thérapeutique incluse dans une prise en charge globale influait sur la consommation médicamenteuse du patient notamment celle des médicaments pourvoyeurs de dépendance tels que les morphiniques et les benzodiazépines, et ceux à haut risque d'effets indésirables lors d'une consommation à long terme comme par exemple les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Notre travail a également permis de mettre en évidence l'acquisition par le patient de nouvelles connaissances concernant ses médicaments, ses compétences d'auto-soins et son savoir-faire. L'éducation thérapeutique semble également permettre au patient de diminuer ses angoisses vis-à-vis de son traitement, de mieux accepter sa maladie et renforcer ses motivations. Les résultats que nous avons obtenus sont très encourageants. En effet ils confirment la légitimité de ce programme au sein de la prise en charge globale des patients douloureux chroniques et semblent indiquer que ces patients en tirent un réel bénéfice.

Pour autant, il est difficile d'appréhender concrètement l'efficacité du programme d'éducation thérapeutique. En effet, contrairement à d'autres thérapeutiques mieux cadrées et définies, celle-ci échappe à l'analyse isolée de par sa complexité. La recherche de l'efficacité du programme apparaît nécessaire mais insuffisante. En effet, l'éducation thérapeutique est une méthode qui évolue dans le temps et qui nécessite d'être toujours réévaluée.

La spécificité de la population étudiée, à savoir les douloureux chroniques, le faible échantillonnage limité à 50 patients, mais également la courte durée de l'étude, s'inscrivent également comme limites méthodologiques.

Le travail fourni au cours de cette étude a permis de mener une réflexion sur les perspectives d'amélioration du programme. Ainsi aidés par les remarques et suggestions des patients, nous avons pu apporter des modifications aux séances d'éducation thérapeutique médicamenteuse, tant sur leurs forme que sur leurs contenu.

Cette étude nous a également permis l'élaboration d'un nouvel outil de diagnostic éducatif. Cet outil est le fruit de réflexions menées entre les responsables du programme du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur et les spécialistes en éducation thérapeutique. Récemment mis en place, il devrait permettre de faciliter l'alliance thérapeutique entre le patient et le soignant, et de pouvoir adapter davantage le contenu des séances d'éducation thérapeutique aux des attentes des patients. Il apparaît néanmoins nécessaire d'évaluer à son tour cet outil afin de vérifier son adaptabilité aux besoins et attentes des patients.

De telles démarches doivent ainsi être poursuivies afin d'améliorer perpétuellement les méthodes d'éducation thérapeutique. L'évaluation est certes indispensable mais elle n'est pas une fin en soi, elle doit être source de progression.

Comme nous l'avons souligné au cours de notre étude, la consommation médicamenteuse des patients atteints de douleurs chroniques est souvent complexe et inadaptée. Il serait donc intéressant de pouvoir caractériser cette consommation, afin de mettre en évidence les facteurs pouvant être liés à cette consommation inadaptée. C'est dans cette optique, et en vue de la réalisation prochaine d'une étude au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes, qu'un protocole a été élaboré en collaboration avec le Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance.

6 Bibliographie

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandation pour la pratique clinique. Saint Denis la Plaine : ANAES ; 1999.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Saint Denis la Plaine : ANAES ; 2000.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandation pour la pratique clinique: CCQ (Céphalées Chroniques Quotidienne) Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge. Saint Denis la Plaine: ANAES ; 2004.

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Saint Denis la Plaine : ANSM ; 2013.a

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Saint Denis la Plaine : ANSM ; 2013.b

Assal JP. Traitement des maladies de longue durée: de la phase aiguë au stade de la chronicité: Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. EMC (Elsevier Masson, Paris) Endocrinologie-Nutrition, 10-365-A-10, 1997, 16.

Bahra A, Walsh M, Menon S, Goadsby PJ. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics? Headache. 2003 Mar; 43(3) :179-90.

Ballantyne JC, Shin NS. Efficacy of opioids for chronic pain: a review of the evidence. Clin J Pain. 2008 Jul-Aug;24(6) :469-78.

Bannwarth B. Inadéquation de la stratégie par paliers de l'OMS au traitement des douleurs rhumatologiques. Rev rhum. 2010 jan;77(1) :1-3.

Bénigno M. Comprendre et combattre la douleur. Editions Dangles ; 2002.

Bertrand X. Préface du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris : Ministère de la santé et des Solidarités ; 2006.

Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. Headache. 2008 Sep;48(8) :1157-68.

Bizet MP, Vigot I, Nizard J, Lajat Y. Accompagner les patients douloureux chroniques: Rôle de l'équipe soignante au Centre de Traitement de la Douleur. Douleur et Analgésie. 2003 sep; 16(3) :141-3.

Blaise P, Marchal B, Lefèvre P, Kegels G. Au-delà des méthodes expérimentales: l'approche réaliste en évaluation. Dans : Potvin L, Moquet MJ, Jones CM dir. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES ; 2010. p. 285-96.

Bonadiman L, Gagnayre R, Marchand C, Marcolongo R. Utilisation de la carte conceptuelle en consultation médicale. *Education du patient et Enjeux de santé*. 2006 ;24(2) :46-50.

Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, Rostaing S, Lanteri-Minet M, Collin E, Grisart J, Boureau F. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*. 2004 Apr;108(3):248-57.

Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008 Jun;136(3) :380-7.

Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, Da Silva JA, Danneskiold-Samsøe B, Dincer F, Henriksson C, Henriksson KG, Kosek E, Longley K, McCarthy GM, Perro S, Puszczewicz M, Sarzi-Puttini P, Silman A, Späth M, Choy E. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2008 Apr;67(4) :536-41.

Chaillet S, Perignon F. La prise en charge de la douleur dans les établissements de la santé en France. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville ; 1995.

Chatelier F, Nizard J, Geraut G, Lajat Y. Pourquoi et comment intégrer le Médecin du Travail à l'équipe du Centre de Traitement de la Douleur .*Douleur et Analgésie*. 2003 sep;16(3) :177-81.

Chiffolleau Ch. Rôle du psychologue au Centre de Traitement de la Douleur. Pour une approche subjective de la clinique de la douleur. *Douleur et Analgésie*. 2003 sep;16(3) :169-71.

Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/DH n°94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins de la prise en charge de la douleur. Paris : DGS ; 1994.

Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Paris : DGS ; 1998.

Direction Générale de la Santé. Rapport du groupe de travail sur l'éducation thérapeutique du patient. Paris : DGS ; 2001.

Dousset V, Henry P. Céphalées chroniques quotidiennes, céphalées par abus médicamenteux Définitions, épidémiologie. *Douleur et Analgésie*. 2005 dec;18(4) :135-8.

Epping-Jordan J, Bengoa R, Kawar R, Sabaté E. The challenge of chronic conditions: WHO responds. *BMJ*. 2001 oct;323(7319) :947-8.

Fautrel B, Pham T, Mouterde G, Le Loët X, Goupille P, Guillemin F, Ravaud P, Cantagrel A, Dougados M, Puéchal X, Sibilia J, Soubrier M, Mariette X, Combe B. Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNFalpha antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 2007 Dec;74(6) :627-37.

Fricker J. Pain in Europe, A Report. Pain in Europe survey - Mundipharma International Limite. Cambridge, England : 2003. 16.

Gagnayre R, Ivernois JF. Les compétences des soignants en éducation thérapeutique. ADSP. 2005 sep;52: 69-72.

Golvan C. Evaluation de la mise en place d'un programme d'Education thérapeutique Médicamenteuse au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes. [Thèse: Pharmacie]. Nantes: Université de Nantes;2012.

Grenier B, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique du patient... au travers des textes législatifs et réglementaires et des rapports professionnels de 2002 à 2006. Université Paris 13 : Laboratoire de Pédagogie de la Santé; 2006 août;1-46.

Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache: a study in a general population. Neurology. 2002 apr; 58(7) :1062-5.

Harden RN, Weinland SR, Remble TA, Houll TT, Coli S, Steedman S Kee WG. Medication Quantification Scale Version III: update in medication classes and revised detriment weights by survey of American Pain Society Physicians .J Pain. 2005 juin;6(6) :364–371.

Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? Pain Clinical Update. 2003 jun;11(2) :1-4.

Haute Autorité de Santé. Recommandations. Education thérapeutique Définition, finalités et organisation. Saint Denis la Plaine : HAS ; 2007. a

Haute Autorité de Santé. Structure d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Saint Denis la Plaine : HAS ; 2007.b

Haute Autorité de Santé. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Recommandations. Saint Denis la Plaine: HAS ; 2008. a.

Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle. Service Evaluation économique et Santé publique. Saint Denis la Plaine : HAS ; 2008.b

Haute Autorité de Santé. Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique. Guide pour les coordonnateurs et les équipes. Saint-Denis-la Plaine : HAS ; 2012.

Haut Comité de la Santé Publique. Avis du Haut Comité de la santé publique sur le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique. Paris : HCSP ; 2003.

Iguenane J, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique du patient: le diagnostic éducatif. Kinésithérapie, les cahiers. 2004 mai-juin;29-30 :58-64.

Imbs JL, Pouyanne P, Haramburu F, Welsch M, Decker N, Blayac JP, Bégaud B. Iatrogenic medication: estimation of its prevalence in French public hospitals. Regional Centers of Pharmacovigilance. Therapie. 1999 Jan-Feb;54(1) :21-7.

Ivernois JF, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient. ADSP. 2001 sep ;36 :11-3.

Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient- approche pédagogique. 2ème édition. Paris: Maloine; 2004.

Jadaud A, Nizard J, Danglot Cl, Fourneau M, Lajat Y. Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de Traitement de la Douleur. Douleur et Analgésie. 2003 sep;16(3) :145-9.

Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ, Koepsell TD, Deyo RA. Lessons from a Trial of Acupuncture and Massage for low Back Pain. Spine. 2001 jul;26(13) :1418-24.

Kee WG, Steedman S, Middaugh SJ. Medication Quantification Scale (MQS): update of detriment weights and medication additions. Am J Pain Manage. 1998; 8(3) :83-8.

Lacoste-Roussillon C, Pouyanne P, Haramburu F, Miremont G, Bégaud B. Incidence of serious adverse drug reactions in general practice: a prospective study. Clin Pharmacol Ther. 2001 Jun;69(6) :458-62.

Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients Accompagner les patients avec une maladie chronique: Nouvelles approches. 2ème édition. Paris: Maloine; 2003.

Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. Patient Educ Couns. 2010 jun;79(3) :283-6.

Lanoiselée J, Nizard J, Meas Y, Lajat Y. Rôle du médecin de médecine physique et réadaptation dans un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. Douleur et Analgésie. 2003 sep;16(3) :151-4.

Lantéri-Minet M, Auray JP, el Hasnaoui A, Dartigues FJ, Duru G, Henry P, Lucas C, Pradalier A, Chazot G, Gaudin AF. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. Pain. 2003 mar;102(1-2) :143-9.

Linton SJ. The socioeconomic impact of chronic back pain: is anyone benefiting? Pain. 1998 Apr;75(2-3) :163-8.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel du 22 juillet 2009.

Lorig K. Partnerships between expert patients and physicians. The Lancet. 2002 mar;359(9309) :814-5.

Mager RF. Comment définir des objectifs pédagogiques. 2ème édition. Paris: Dunod; 2003.

Masters Steedman S, Middaugh SJ, Kee WG, Carson DS, Harden RN, Miller MC. Chronic-pain medications: equivalence levels and method of quantifying usage. Clin J Pain. 1992 sep;8(3) :204-14.

Mayer TG, Gatchel RJ, Kishino N, Keeley J, Capra P, Mayer H, Barnett J, Mooney V. Objective assessment of spine function following industrial injury. A prospective study with comparison group and one-year follow-up. Spine. 1985 Jul-Aug;10(6) :482-93.

Meas Y, Nizard J, Rouxville R, Lajat Y. Place de l'acupuncteur et du thérapeute manuel dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques. Douleur et Analgésie. 2003 sep; 16(3) :155-9.

Mercadier E. Intérêt de la quantification de la consommation de médicaments dans la prise en charge globale du patient douloureux chronique [Thèse: Med]. Nantes: Université de Nantes; 2007.

Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain. 2eme edition. Seattle : IASP Press; 1994.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Paris: ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 2002.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat D'Etat à la Santé et aux Handicapés. Plan national d'Education pour la Santé. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Secrétariat D'Etat à la Santé et aux Handicapés ; 2001.

Ministère de la Santé. Le plan de lutte contre la douleur 1998-2000. Paris : ministère de la Santé ; 1998.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Plan 2007-2011 d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chroniques. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative ; 2007.

Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités ; 2006.

Ministère des affaires sociales et de la Solidarité. La douleur chronique. Les structures spécialisées dans son traitement. Paris : Ministère des affaires sociales et de la Solidarité ; 1991.

Ministère du travail de l'emploi et de la Santé. Instruction N°DGOS/PF2/2011 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. Paris : Ministère du travail de l'emploi et de la Santé ; 2011.

Moulias S. Les polyalgies. Successful Aging, 2003.
http://www.saging.com/mise_au_point/les-polyalgies

Nizard J, Lombrail P, Potel P, Meas Y, Lanoiselée JM, Robin B, Nguyen JM, Lajat Y. Evaluation de la prise en charge des lombalgiques rebelles par un Centre de Traitement de la Douleur. Douleur et Analgésie. 2003 sep;16(3) :187-96.

Observatoire de la médecine générale. [En ligne] Société Française de Médecine Générale.
<http://omg.sfm.org/>

Organisation Mondial de la Santé. Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance. Seizième rapport. Genève : OMS; 1969.

Organisation Mondial de la Santé. Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : dixième révision - descriptions cliniques et directives pour le diagnostic : CIM - 10/ICD - 10 : Chapitre V (F). Paris: Masson; 1993.

Organisation Mondial de la Santé. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Copenhagen: OMS; 1998.

Ospina M, Harstall C. Prevalence of chronic pain: an overview. HTA 29. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002.

Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist synthesis: an introduction [en ligne]. ESRC Research Methods Programme. 2004. Disponible à l' URL:
<http://www.ccsr.ac.uk/methods/publications/RMPmethods2.pdf>

Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. London; Thousand Oaks, California: Sage; 1997.

Peters M, Vydellingum V, Abu-Saad HH, Dowson A. Migraine and chronic daily headache management: implications for primary care practitioners. J Clin Nurs. 2007 Jul;16(7B) :159-67.

Pouyanne P, Haramburu F, Imbs JL, Bégaud B. Admissions to hospital caused by adverse drug reactions: cross sectional incidence study. BMJ. 2000 Apr; 320(7241) :1036.

Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Paris: Masson; 2004.

Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population--a prevalence study. *J Clin Epidemiol.* 1991;44(11) :1147-57.

Régnier F. L'Abaque de Régnier: pour une lecture musicale de la communication. *Acta Endoscopica.* 1983 sep;13(5-6) :361-73.

Ridde V, Robert E, Guichard A, Blaise P, Van Olmen J. L'approche *Realist* à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Special Issues in Complex Evaluation.* 2012, 26(3) :1-14.

Robin B, Nizard J, Houart C, Gélugne F, Bocher R, Lajat Y. Place du psychiatre dans un Centre de Traitement de la Douleur. *Douleur et Analgésie.* 2003 sep;16(3) :161-7.

Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. *Pain Pract.* 2005 Dec;5(4) :303-15.

Sankale-Delga A, Nizard J, Benkara F, Lajat Y. Rôle du médecin-conseil hospitalier dans la prise en charge pluridisciplinaire du douloureux chronique en Centre de Traitement de la douleur. *Douleur et Analgésie.* 2003 sep;16 (3) :183-85.

Serrie A, Thurel C. La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. 2ème édition. Rueil-Malmaison: Arnette; 2002.

Siberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew MT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache.* 1994 Jan;34(1) :1-7.

Société Scientifique de Médecine Générale, Vanhalewyn M, Cerexhe F. La douleur chronique. Recommandations de bonne pratique. Bruxelles: SSMG; 2004.

Sullivan MD, Howe CQ. Opioid therapy for chronic pain in the United States: promises and perils. *Pain.* 2013 Dec;154 Suppl 1:S94-S100.

Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Probable medication-overuse headache: the effect of a 2-month drug-free period. *Neurology.* 2006 Jun;66(12) :1894-8.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 jun;67(6) :361-70.

Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Svebak S, Holmen J. Analgesic use: a predictor of chronic pain and medication overuse headache: the Head-HUNT Study. *Neurology.* 2003 Jul;61(2) :160-4.

7 ANNEXES

ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE DN4

ANNEXE 2 QUESTIONNAIRE DE PRE-EDUCATION THERAPEUTIQUE

ANNEXE 3 QUESTIONNAIRE DE POST-EDUCATION THERAPEUTIQUE

ANNEXE 4 CONTRAT DE SOIN

ANNEXE 5 DOSSIER DU PATIENT

ANNEXE 6 LIVRET D'ACCUEIL DES PATIENTS

ANNEXE 7 PLANNING D'ACTIVITE DE LA SEMAINE D'HOSPITALISATION

ANNEXE 8 CONDUCTEUR DE SEANCE

ANNEXE 9 DOCUMENT INTERVENANT PREMIERE SEANCE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE

ANNEXE 10 DOCUMENT PATIENT DEUXIEME SEANCE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE

ANNEXE 11 DOCUMENT INTERVENANT DEUXIEME SEANCES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSES

ANNEXE 12 DOCUMENT PATIENT FIN DE SEANCE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

ANNEXE 13 ECHELLE HAD

ANNEXE 14 ECHELLE DE QUANTIFICATION MEDICAMENTEUSE

ANNEXE 15 QUESTIONNAIRE EDUCATION THERAPEUTIQUE NOUVELLE VERSION

ANNEXE 16 DOCUMENT INTERVENANT DEUXIEME SEANCE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE NOUVELLE VERSION

ANNEXE 17 DIAGNOSTIC D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

ANNEXE 18 FICHE DE SYNTHESE DU DIAGNOSTIC D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Annexe 1 Questionnaire DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ;

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piquûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le score du patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

(Bouhassira et al., 2004)

Annexe 2 Questionnaire de pré-éducation thérapeutique

Mon Traitement et Moi ...

1 - ME SOIGNER :

- Je comprends mon traitement, je connais mes médicaments et je sais différencier traitement de crise et traitement de fond.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- Je sais comment anticiper et gérer un pic douloureux. Je sais quels médicaments prendre et à quel moment.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- Je sais comment prévenir et gérer les principaux effets secondaires (nausées, constipation, troubles de la mémoire, bouche sèche, prise de poids...).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →



2 - MES DIFFICULTES RENCONTREES :



- Je me sens perdu(e), stressé(e), anxieux(se) par rapport à mon traitement.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- Je pense que je fais des écarts, des erreurs, avec mon traitement.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- J'assume le fait de prendre mes médicaments devant mon entourage et je sais réagir face aux réflexions qu'ils peuvent me faire.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

3 - M'ADAPTER, ME MOTIVER, ACCEPTER MA MALADIE :

- J'ai accepté l'idée de prendre un traitement au long cours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- J'ai conscience de l'importance de mon traitement.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- Je suis très motivé(e) aujourd'hui pour prendre mes traitements au mieux.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →



Annexe 3 Questionnaire de post-éducation thérapeutique

Mon Traitement et Moi ...

1 - ME SOIGNER :

- Je comprends mon traitement, je connais mes médicaments et je sais différencier traitement de crise et traitement de fond.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- Je sais comment anticiper et gérer un pic douloureux. Je sais quels médicaments prendre et à quel moment.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- Je sais comment prévenir et gérer les principaux effets secondaires (nausées, constipation, troubles de la mémoire, bouche sèche, prise de poids...).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →



2 - MES DIFFICULTES RENCONTREES :



- Je me sens perdu(e), stressé(e), anxieux(se) par rapport à mon traitement.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- Je pense que je faisais des écarts, des erreurs, avec mon traitement.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- Je pense qu'à l'avenir j'assumerai mieux le fait de prendre mes médicaments devant mon entourage et je saurai mieux réagir face aux réflexions qu'ils pourront me faire.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

3 - M'ADAPTER, ME MOTIVER, ACCEPTER MA MALADIE :

- J'ai accepté l'idée de prendre un traitement au long cours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- J'ai conscience de l'importance de mon traitement.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

- Je suis très motivé(e) aujourd'hui pour prendre mes traitements au mieux.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →



Annexe 4 Contrat de soin



N°INESS 440017598

CENTRE D'EVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR
Bric NEUROSCIENCES
Responsable du Centre de la Douleur
Docteur Julien NIZARD

Unité Fixe Douleur

Responsable : Dr Edwige de CHAUVIGNY, PH
Site HGRL - 4^{ème} étage aile Nord
Cadre de Santé : Mme Sylvie BOURDEAU
Tél. secrétariat : 02 40 16 51 73
Tél. Unité : 02 16 51 83
Dr Julien NIZARD
Dr Marianne HELBERT, Praticien Attaché
Dr Eva KERROGAULT, Praticien Attaché
Dr Charoët PHAM, PH Anesthésiste
Psychologues Mme A. DESNOST - M. F. GILLOT
Psychiatres: Dr Louis BENDLER- Dr Benoît ROBIN
Kinésithérapeute : Mme Frédérique AUDEGUY

Consultation des Equipes Mobiles

Douleur : Responsable: Dr Emmanuelle KUHN, PH
Mme Claire COSSET - LADE- Tél : 02 40 16 51 73
Soins Palliatifs : Resp. : Dr Annie Rochedreux, PH
Soins de Support : Mme Claudine SACHOT, Cadre
Equipe Pédiatrique : Dr MH. DROUINEAU, PH

Consultations Douleur Adulte

Responsable : Dr Julien NIZARD
Site HGRL- RDC Haut- Tél. 02 40 16 51 73
Dr Edwige de CHAUVIGNY
Dr Emmanuelle KUHN
Dr Marianne HELBERT, Dr Eva KERROGAULT
Dr Monica PAPAIANU, Praticien Attaché
Neurochirurgien
Pr Jean-Paul N'GUYEN
Dr Sylvie RAOUL, PH
Psychologues Mme A. DESNOST - M.F. GILLOT
IDE Consultations: TESS : Mme F. CARDUNER

Consultation Douleur Enfant

Service de Pédiatrie (Dr G. PICHEGOT)
Responsable : Dr Marie-Hélène DROUINEAU
Site HME - Tél. secrétariat : 02 40 08 36 10
Tél. Equipe Médicale : 06 04 52 87 17
IDE Pédiatrique : Madame Florence JOUNES
Kinésithérapeute : Mme Véronique DENION

Consultation Douleur Personne Agée

Responsable : Dr Marianne HELBERT
Site Centre Hospitalier Bellevue
Tél. secrétariat : 02 40 08 66 19
Dr Jean-Marc FEVE - Neurologue
Dr Philippe JAULIN - Psychiatre
Drs A. HUICHET et C. KIRMSEY - Acupuncteurs
Psychologue : Madame Olympe ABID

Consultation Lombalgie Complexe

Dr Josée GLEMAZEC, PH
Dr José DELLECRES, PH - Pr Naouen PASSUEL
Dr J.M. LANOSSELEE
Site Hôtel Dieu -RDCB. Téléphone : 02 40 08 48 59

Consultation Algies Pelvi-périnéales

Responsables : Pr Roger ROBERT
Dr Jean Jacques LABAT, PH
Dr Thibault RIANJ, Dr Kevin BUFFENOIR, PHU
Site Hôtel Dieu- 9^{ème} étage-Tél. 02 40 08 39 10

Consultation Migraines et Céphalées

Responsables : Dr E. KUHN
et Dr E. de CHAUVIGNY- Mme F. AUDEGUY
Site HGRL- RDC Haut- Tél. 02 40 16 53 80

Consultation Douleurs Ore-faciales

Responsables : Dr Bénédicte ENKEL, MCU-PH
Dr Alain HOORNAERT, MCU-PH
Site Hôtel Dieu- Tél. 02 40 08 37 27

Consultation Situations Transitoires

Responsables : Dr M. HELBERT
Dr E. de CHAUVIGNY
Site HGRL-4^{ème} Sud, Tél. 02 40 16 51 73
Secrétariat Universitaire
Mme Isabelle REIGNER

**CENTRE FEDERATIF
DOULEUR, SOINS DE SUPPORT, ETHIQUE CLINIQUE**
Soins, Enseignement, Recherche
Coordinateur Général : Docteur Julien NIZARD
Professeur Gérard DABOULIS - Professeur Jean-Paul N'GUYEN

CONTRAT DE SOIN

Les douleurs chroniques sont des phénomènes complexes qui engendrent des souffrances ne pouvant être soulagées qu'avec des solutions multiples, pluri et inter-disciplinaires.

Dans ces conditions, la prise en charge ne peut se dérouler que s'il s'établit une réelle coopération entre les professionnels et le patient ; aussi s'engager dans une démarche active est fondamental.

1. L'équipe de professionnels s'engage à mettre en oeuvre toute sa compétence et son savoir-faire pour vous permettre de mieux repérer les douleurs chroniques dont vous souffrez et vous aider à réfléchir aux différents moyens qui pourraient contribuer à soulager votre souffrance.

2. Je soussigné Mme, Melle, M.....
m'engage pendant ce temps d'hospitalisation à tout mettre en oeuvre pour réfléchir activement à une meilleure gestion des douleurs :

- En ayant au préalable, réalisé les recommandations et exercices proposés lors de la pré-admission.

- En travaillant dans le sens des objectifs personnels définis ensemble :

- En participant et m'investissant dans toutes les activités thérapeutiques.

- En ne partant pas avant le terme de mon hospitalisation (une semaine ou deux selon les prises en charge) sans que cela ait été correctement réfléchi avec l'équipe.

- En respectant le livret d'accueil du service dont j'ai pris connaissance.

Dès que le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur réceptionnera ce contrat dûment rempli, le patient recevra en retour des dates pour une hospitalisation.

Ce contrat donnant tout son sens à l'hospitalisation, s'il était impossible au patient d'y adhérer, le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur invite le patient à le recontacter afin de définir avec lui un cadre de prise en charge plus adapté.

Date et signature du patient

Date et signature du médecin représentant
Le Centre d'Evaluation et Traitement de la
Douleur

Boulevard Jacques Monod - ST HERBLAIN 44093 NANTES CEDEX 1

Annexe 5 Dossier du patient

3

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES
* Centre Fédératif Douleur-Soins de Support- Ethique clinique (Dr J. Nizard)

CENTRE D'ÉVALUATION et de TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Dr J. NIZARD - Dr E. de CHAUVIGNY - Dr E. KUHN
Dr. M. HELBERT Attachés : Dr. E. KERROUAULT, Dr. M. Papaianu
Intervenants : Pr JP NGUYEN, Dr S. RAOUL, Dr L. BINDLER - Dr A. GUARINO - Dr F.CHATELIER
☎ Secrétariat : 02 40 16 51 73 ☎ Hospitalisation : 02 40 16 51 83
Cadre infirmier : S. BOURDEAU Psychologues : A. DESNOST et F.GILLOT Kiné : F. AUDEGUY

Nom : Etiquette-IPP
Profession :

Arrêt de travail (depuis le) :
Périodes d'arrêt de travail l'année écoulée :

ALD : Invalidité :

Situation familiale : Profession du conjoint :
Enfants :

Lieu et mode de vie :

Consultation douleur initiale : Médecin : Date :

Médecin adressant :
Réseau de prise en charge
Médecin traitant :

Médecins spécialistes :

-

-

Psychiatre :
Kinésithérapeute :
Médecin du travail :
Médecin conseil :

DIAGNOSTICS

• Diagnostic Principal :

• Diagnostics Associés :

-

-

DESCRIPTION DE LA DOULEUR INITIALE

EVA INITIALE : Globale :

Intervalle :

TYPE :

caractère neurogène

DN4

/10

caractère impulsif

HORAIRES :

- continues

- paroxystiques

- composante nocturne (nombre réveils)

- dérouillage matinal (heures)

LOCALISATIONS (préciser si besoin EVA pour chaque localisation)

1.Rachis :

- cervical

- dorsal

- lombaire

2. Membres :

- Inférieurs :

- Supérieurs :

1.3. Céphalées :

1.4. Syndrome douloureux diffus :

SITUATION D'EXCEPTION DOULOUREUSE (mieux-être) :

-
-
-

FACTEURS AGGRAVANTS :

-
-

HISTOIRE DE LA MALADIE :

- date d'apparition des douleurs :
- date de passage à la chronicité :
- date de diffusion des douleurs :

ANTECEDENTS CONTRIBUTIFS

• MEDICAUX

• CHIRURGICAUX

• FAMILIAUX

RETENTISSEMENT FONCTIONNEL INITIAL

- EVA GLOBALE (Activités de la Vie Quotidienne)

- FATIGUE (EVA)

FATIGABILITE A L'EFFORT

- ENTRETIEN PHYSIQUE ACTUEL

- PERIMETRE DE MARCHE (en mètres)

- TEMPS D'INACTIVITE DIURNE (en heures)

- POSITION ASSISE (heures)

- POSITION DEBOUT

- CONDUITE AUTOMOBILE (km)

- SOULEVEMENT (kg)

ORTHESES, FAUTEUIL ROULANT

ACTIVITES PREFEREES/MAINTENUES

PREFEREES/ABANDONNEES:

-
-
-

RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL

TROUBLES DU SOMMEIL : EVA :

- Type :

SYMPTOMES ANXIEUX ET/OU DEPRESSIFS

HAD A D

TROUBLES MNESIQUES/COGNITIFS

RETENTISSEMENT FAMILIAL

RETENTISSEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL

EXAMENS CLINIQUES

Préciser dates, noms examinateurs

*

-

-

-

-

*

-

-

-

-

*

-

-

-

-

-

*

-

-

-

-

-

EXAMENS COMPLEMENTAIRES CONTRIBUTIFS

I. IMAGERIE

II. EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

III. BIOLOGIE / DIVERS

TRAITEMENTS ANTERIEURS ET ACTUELS

Rédacteurs : Médecins, externe en Pharmacie

ALLERGIES

I. TRAITEMENT INITIAL (Date)

MQS Score d'entrée :

Antalgiques	Coanalgésiques	Autres
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.

II. TRAITEMENTS ANTERIEURS

1. <u>MEDICAUX</u> (doses)	Période de prescription	Efficacité (TB, B, M, Ehec)	Tolérance (Signaler effets indésirables)
<p>1.1 <u>Médicaments</u></p> <p style="padding-left: 20px;">a. <u>Antalgiques</u></p> <p>Palier I</p> <p>Palier II</p> <p>Palier III</p> <p>AINS/ corticoïdes</p> <p style="padding-left: 20px;">b. <u>Co-Analgésiques</u></p> <p>Antidépresseurs</p>			

Antiépileptiques Kétamine Autres			
1.2 <u>Infiltrations</u> - - - - -			
<u>2. FONCTIONNELS</u>	Méthodes	Efficacité (TB, B, M, Echec)	Tolérance (Signaler effets indésirables)
2.1 <u>Kiné ambulatoire</u> - - -			
2.2 <u>TENS</u> - - -			
2.3 <u>Corset(s) et orthèses</u> - -			
2.4 <u>Centres de rééducation (dates)</u> - - -			
<u>3. THERAPIES COMPLEMENTAIRES</u> Ostéopathie			

<p>Acupuncture</p> <p>Mésothérapie</p> <p>Autres</p>			
<u>4. PSYCHOLOGIQUES</u>	Méthodes	Efficacité (TB, B, M, Ehec)	
- - - -			
<u>4. STRUCTURES LUTTE DOULEUR</u>	Méthodes	Efficacité (TB, B, M, Ehec)	Tolérance (Signaler effets indésirables)
- - - - -			
<u>5. PROFESSIONNELS</u>			
<p>Dossier MDPH</p> <p>Adaptation de poste</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Formations</p> <p>-</p> <p>-</p>			

Invalidité			
6. REMARQUES			

CONSULTATION DE PREADMISSION

Psychologue :

Date :

I.GENOGRAMME

III. Demandes et attentes du patient

IV. Objectifs de soins négociés +++

- 1) Optimisation du traitement

- 2) Fonctionnels

- 3) Suivi psychothérapeutique (en cours ou à venir)

- 4) Socioprofessionnels

- 5) Autres objectifs de soins (sommeil, diététique...)

Remarques, observations cliniques

Avis (préciser)

HOSPITALISATION AU CENTRE DE LA DOULEUR

Date :

Nombre Hospitalisations CETD :

THERAPEUTIQUES MISES EN PLACE AVANT L'HOSPITALISATION

EVA DOULEUR A L'ENTREE: Globale :

Intervalle :

TYPE :

caractère neurogène

DN4

/10

caractère impulsif

HORAIRES :

- continues

- paroxystiques

- composante nocturne (nombre réveils)

LOCALISATIONS (préciser si besoin EVA pour chaque localisation)

1. Rachis :

- cervical

- dorsal

- lombaire

2. Membres :

- Inférieurs :

- Supérieurs :

1.3. Céphalées

1.5. Syndrome douloureux diffus :

RETENTISSEMENT FONCTIONNEL A L'ENTREE

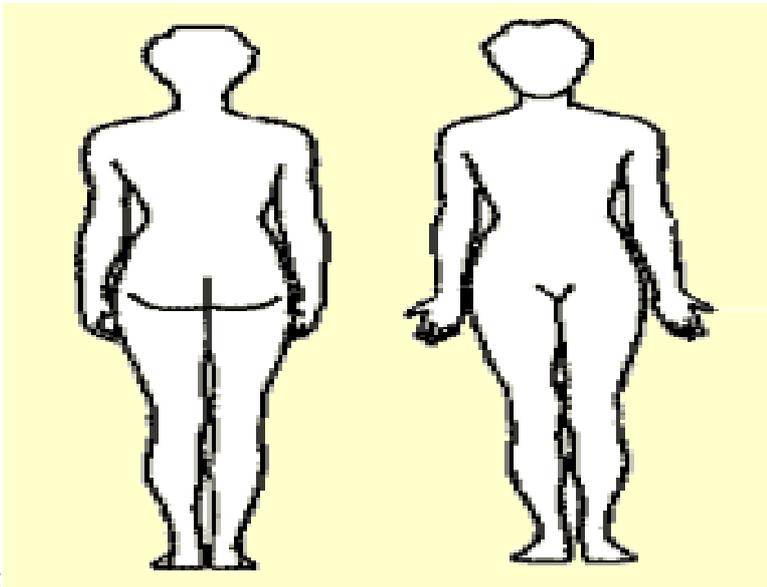
RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE A L'ENTREE

RETENTISSEMENT SOCIO-PROFESSIONNEL A L'ENTREE

PRISE EN CHARGE KINE

BILAN

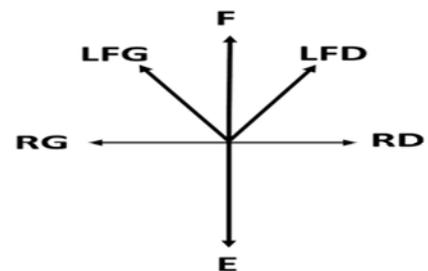
- Sensitif



- Articulaire

DDS :

Schobert :



- Musculaire

Sorensen :

Shirado :

Chaise :

- Fonctionnel

PM :

Clinophilie :

kinésiophobie :

Croyance :

équilibre :

Activités physiques :

- Objectifs patients

PEC KINE PENDANT HOSPITALISATION

Physiothérapie :

programme	localisation	efficacité

Automobilisation :

Réentrainement à l'effort:

Relaxation :

ETAYAGE

MEDECINE MANUELLE-OSTEOPATHIE

Dr E. KERROUAULT

Préciser dates, techniques et résultats

*
*
*

ABORD PSYCHOLOGIQUE AU CETD

Frédéric GILLOT – Anouck DESNOST-GAILLOT

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES

Date :

Psychiatre :

Intervenants : J Nizard E de Chauvigny E. Kuhn E Kerrouault M Helbert

Assistant

Interne

S Bourdeau F Gillot A Desnost F Audeguy **IDE:**

F. Carduner Stagiaire psychologue Externe médecine Externe pharmacie

Autres Participants:

ELEMENTS DIAGNOSTIQUES

CONDUITE A TENIR

		2. Entretien physique proposé
<u>Evaluation</u> <u>2^e Semaine</u>		3. Centre de rééducation
		4. Thérapie manuelle/Acupuncture
<u>Evaluation</u> <u>2^e semaine</u>		III. ABORD PSYCHOLOGIQUE Suivi ambulatoire Cs Sommeil Relaxation
		IV. ABORD SOCIO-PROFESSIONNEL
		1. <u>Professionnel</u> . Dossier MDPH . Adaptation de poste . Proposition de mise en Invalidité

		<p>2. Activités socialisantes</p> <p><u>3</u>- Entretiens avec la famille</p>
--	--	---

COMMENTAIRES

-
-
-
-
-

Annexe 6 Livret d'accueil des patients

**Centre Fédératif Douleur-Soins de Support-Ethique clinique
Dr Julien Nizard- Professeur Gérard Dabouis**



LIVRET D'ACCUEIL

**CENTRE D'EVALUATION et de TRAITEMENT de la
DOULEUR
C.H.U. NANTES**

Soins, Enseignement et Recherche sur la douleur

Structure de lutte contre la Douleur Chronique Rebelle

octobre 2011

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez, ou vous venez d'être hospitalisé au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur.

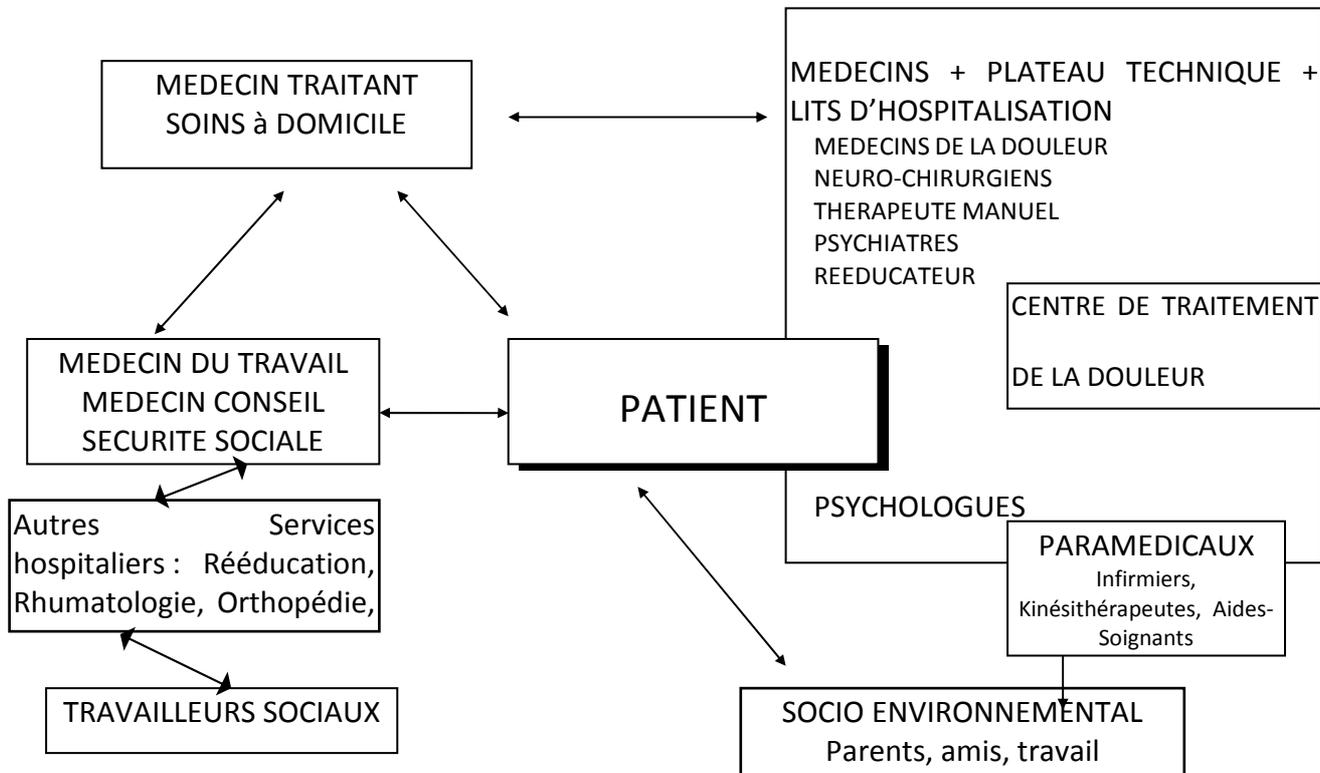
Ce document a pour but de vous informer sur :

- ◇ ce que vous pouvez attendre du centre, ses **modalités de fonctionnement**
- ◇ les éléments relatifs à votre **motivation et à la définition d'objectifs** communs avec l'équipe
- ◇ la **composition de l'équipe pluridisciplinaire** et le rôle de chacun des intervenants
- ◇ des aspects pratiques de votre prise en charge

Il complète le livret d'accueil du CHU de NANTES où vous trouverez des informations plus générales sur l'établissement.

QU'EST-CE QU'UN CENTRE DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR ?

ORGANISATION EN RESEAU DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULOUREUX



Selon l'instruction N°GDOS/PF2/2011/188 du 19.05.11, un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur comprend :

1. Les Centres de Traitement de la Douleur assurent une **prise en charge pluridisciplinaire** : plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées au sein de la structure.

2. Ils ont accès :

- à **un plateau technique** incluant les explorations fonctionnelles neurophysiologiques, la radiologie interventionnelle, un bloc opératoire et permettant d'effectuer certains gestes à visée antalgique.
- et à des **lits d'hospitalisation**.

Une partie de leur personnel est affectée en propre (et non mise à disposition).

3. Les Centres apportent leur **appui aux consultations pour les situations les plus complexes** : évaluation, prise en charge, réunion de concertation pluridisciplinaire.

4. Les Centres proposent des **traitements spécifiques dans des domaines d'expertise**. Ceux du CHU de Nantes sont :

- Douleurs rachidiennes (dont lombo-radiculalgies, névralgies cervico-brachiales), rachialgies diffuses
- Fibromyalgie Douleurs musculo-squelettiques (dont douleurs myofasciales)
- Migraines, céphalées, algies faciales, algies vasculaires de la face, névralgies faciales
- Douleurs neuropathiques périphériques et centrales
- Syndrome douloureux régional complexe ; douleurs aiguës du zona
- Douleurs du blessé médullaire
- Douleurs viscérales abdomino-pelviennes
- Douleurs périnéales
- Douleurs vasculaires, post-amputation
- Douleurs séquellaires du cancer
- Douleurs des rhumatismes inflammatoire
- Douleur du sujet âgé (à l'hôpital Bellier), et de l'enfant (à l'Hôtel Dieu)

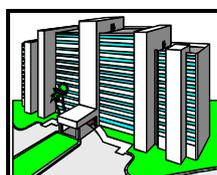
LOCALISATION ET MODALITES DE FONCTIONNEMENT

◆ Localisation

SERVICE de NEUROLOGIE - NEUROCHIRURGIE HOSPITALISATION de SEMAINE

4^{ème} étage - aile NORD

POLE NEUROSCIENCES



HOPITAL Guillaume et René LAENNEC (CHU Nord)
Boulevard Jacques Monod
44093 NANTES Cedex 1

02 40 16 51 73 et 02 40 16 56 94 (Secrétariat)

02 40 16 51 83 (Hospitalisation)

◆ Fonctionnement

Vous serez hospitalisé(e) dans cette unité de 24 lits , dont **7 lits sont réservés aux patients douloureux chroniques.**

L'unité est ouverte du lundi 7h au vendredi 18h.

Selon les cas, et sur décision médicale, vous serez **hospitalisé 1 ou 2 semaines** consécutives ou non, avec, dans ce dernier cas, retour au domicile le vendredi de la 1^{ère} semaine **après 14 heures**, et ré-hospitalisation le lundi suivant.

Dans la mesure du possible vous bénéficierez d'une **chambre seule**

Pour faciliter votre prise en charge, nous vous remercions de vous munir des éléments de votre dossier médical qui sont en votre possession (compte-rendu, radiographies).

Des témoignages de patients déjà hospitalisés, pouvant éclairer votre propre démarche sont à votre disposition auprès des soignants.

OBJECTIFS DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Un programme pluridisciplinaire de qualité ne se conçoit que sur une durée suffisante qui doit se poursuivre au moins **six à douze mois**. Votre motivation personnelle est déterminante. Les objectifs seront **personnalisés** lors de la consultation de préadmission avec un psychologue du service sous la forme d'un contrat de soin. Ils reposent sur :

A - REDYNAMISATION PHYSIQUE ET SOCIO-PROFESSIONNELLE :

1° AMELIORER VOS ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE :

C'est un critère **essentiel** : il s'agit selon les cas d'augmenter le périmètre de marche, de diminuer le temps d'inactivité et de pouvoir être capable d'effectuer davantage de tâches personnelles, familiales et professionnelles

2° LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR N'EST PAS SYNONYME DE DISPARITION DES DOULEURS :

Une diminution de 20 à 30% (résultat obtenu dans la plupart des études concernant les douleurs chroniques rebelles) peut vous permettre d'atteindre les objectifs suivants.

3° AMELIORER VOTRE QUALITE DE VIE :

Humeur, sommeil, relations aux autres, meilleure gestion de sa maladie.

4° DIMINUER LES MEDICAMENTS RESPONSABLES DE DEPENDANCE :

Morphine, somnifères, tranquillisants seront progressivement diminués voire arrêtés à chaque fois que cela sera possible.

5° FAVORISER VOTRE RETOUR AU TRAVAIL OU LA REPRISE D'ACTIVITES EXTRA-PROFESSIONNELLES ET DE LOISIRS :

Grâce, notamment aux interventions des médecins de Pathologie Professionnelle et des médecins conseils de Sécurité Sociale selon le cas

6° APLANIR SI NECESSAIRE LES CONTENTIEUX (sécurité sociale, invalidité...) AFIN D'ENVISAGER VOTRE PROBLEMATIQUE DE FACON PLUS SEREINE.

B- SAVOIR MIEUX GERER LES RECHUTES EVENTUELLES, EN UTILISANT LES TECHNIQUES APPRISES FONCTIONNELLES, PSYCHOLOGIQUES ET SOCIO-PROFESSIONNELLES

C- METTRE EN PLACE UN PROGRAMME AU LONG COURS DE PREVENTION DES RECHUTES, NOTAMMENT PAR UNE ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE, UNE HYGIENE DE VIE SATISFAISANTE ET LE BON USAGE DES MEDICAMENTS.

PRENDRE CONSCIENCE DE CES OBJECTIFS CLAIRS, PRECIS ET LIMITES, C'EST AUSSI VOUS ENGAGER DANS LA VOIE DE VOTRE CHANGEMENT ET LIMITER LES RISQUES D'ECHEC.

IL CONVIENT DONC DE NE PAS ETRE « POLARISE » SUR LA SEULE AMELIORATION DE LA DOULEUR.

L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE : les personnes que vous pouvez rencontrer et le rôle de chacun

<p>Dr Julien NIZARD Responsable du Centre</p>	<p>Coordonne les activités de soins, enseignement et recherche du Centre</p>
<p>Dr Edwige DE CHAUVIGNY Dr Marion HELBERT Médecins de la douleur</p> <p>Assistant Spécialiste</p>	<p>Médecins algologues (traitement de la douleur) Assurent votre suivi en consultation et en hospitalisation. Coordonnent les activités de stimulation magnétique transcrânienne.</p> <p>Coordonnent les activités de l'équipe pluridisciplinaire qui mobilise vos ressources personnelles et peut permettre une meilleure gestion de vos douleurs en essayant de trouver des solutions, « les vôtres », sous forme d'objectifs personnalisés, simples, progressifs et réalisables</p>
<p>Dr Emmanuelle KUHN Mme Claire COSSET</p>	<p>Responsable de l'Equipe Mobile Douleur, elle pourra être amenée à vous prendre en charge en consultation et hospitalisation. Infirmière Anesthésiste Référente de l'Equipe Mobile Douleur</p>
<p>Pr Jean-Paul N'GUYEN Dr Dominique MENEGALLI Dr Sylvie RAOUL Neurochirurgiens</p>	<p>Chef du Service de Neurochirurgie</p> <p>Interviennent au Centre de la douleur pour donner un avis spécialisé, proposer des infiltrations radioguidées, des techniques de neurostimulation et de chirurgie fonctionnelle d'interruption des voies de la douleur (stimulations médullaire et corticale, pompe intrathécale), en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire.</p>
<p>Dr Eva KERROUAULT Praticien Attachée, algologue</p>	<p>Pourra vous suivre en consultation externe. Spécialiste de Médecine Manuelle Ostéopathie, pourra aborder avec vous cette technique le vendredi matin en hospitalisation.</p>
<p>INTERNE EN MEDECINE</p>	<p>Présent(e) au Centre à temps plein dans le cadre de sa formation, il/elle est un de vos référents médicaux, et un</p>

	intermédiaire entre le patient, l'équipe soignante et les praticiens responsables. Il /elle participe activement à la continuité de la prise en charge. Encadre les externes en médecine et pharmacie.
Madame Marie-Pierre BIZET Cadre de Santé	Coordonne l'équipe soignante. Pourra vous recevoir sur RV
Les Secrétaires Madame Delphine Vaconsin Madame Laura Tremblais	Assurent le secrétariat du Centre de la Douleur, vous accueillent et vous informent, pour la prise de rendez-vous en consultation et en hospitalisation.
Les Infirmier(e)s 1 pour 12 malades le jour 1 pour 24 malades la nuit	Vous accueillent, sont à votre écoute lors des entretiens. Elles prennent en compte votre douleur physique et votre souffrance psychologique, vous aident à l'évaluer, à identifier ce qui vous améliore et à déterminer des objectifs selon la démarche qui vous est proposée. Elles exécutent et coordonnent les prescriptions médicales et assurent le suivi des soins.
Les Aides-Soignantes 1 pour 12 malades le jour 1 pour 24 malades la nuit	Vous accueillent, participent aux soins en collaboration avec l'infirmière, en particulier en ce qui concerne le confort, l'hygiène, l'alimentation, Elles sont à votre écoute et répondent à vos besoins.
1 Agent des Services Hospitaliers	Assure l'entretien des locaux communs
Mme Frédérique AUDEGUY Kinésithérapeute	Vous propose une prise en charge kinésithérapique adaptée et personnalisée, en fonction de votre pathologie. Elle consiste, en règle générale, et sur prescription médicale en : * techniques antalgiques : massages, physiothérapie (chaleur) * apprentissage des techniques correctives * utilisation optimisée des électrostimulations transcutanées (TENS) réentraînement à l'effort Elle anime les groupes de marche.
Mme Anouck DESNOST-	Vous rencontreront, l'un ou l'autre à plusieurs reprises :

<p>Mme Emmanuelle JAMES Assistante sociale</p>	<p>Vous propose, selon vos besoins: Une information sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accès aux soins, la législation, les services d'aide à domicile - les dispositifs d'insertion professionnelle - les possibilités d'obtention d'aide financière <p>Une aide à l'organisation / coordination pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demander des aides auprès des organismes compétents - aider à la constitution de dossiers (MDPH) - contacter les partenaires sociaux et les services chargés de l'insertion (pour relais à la sortie de l'hôpital) <p>Un entretien d'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour évaluer votre situation sociale <p>pour soutenir votre entourage Elle cherche avant tout à vous impliquer dans les démarches engagées</p>
<p>Dr Catherine ROGER Praticien Conseil de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salarié</p>	<p>Pourra être amenée à donner un avis durant votre hospitalisation pour toute information ou conseil concernant la Sécurité Sociale et plus particulièrement son service médical</p>
<p>Dr Françoise CHATELIER Médecin du Service de Médecine du Travail et Pathologie Professionnelle du CHU. et 2 Internes de Pathologie Professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si vous êtes en âge d'avoir une activité professionnelle, vous pourrez rencontrer dans un premier temps Interne en Pathologie Professionnelle. - Une consultation externe ultérieure avec le Docteur CHATELIER pourra vous être proposée. <p>Il s'agit d'étudier avec vous les problèmes que vous pourriez rencontrer lors de votre reprise du travail et de la préparer, en envisageant diverses modalités :</p> <p>aménagement de poste ; mutation ; réorientation professionnelle ; formation professionnelle ; reconnaissance du statut de travailleur handicapé etc. ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un contact pourra être pris avec votre médecin du travail qui effectuera une visite de pré-reprise, de reprise, de surveillance...et négociera avec votre employeur. <p>Pour préparer cette entrevue, nous vous demandons de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rédiger un curriculum vitae, même succinct - préciser le nom de votre employeur et de votre médecin du travail (si vous en avez un) - réfléchir sur ce que vous pouvez, ou souhaitez faire dans le domaine socio-professionnel - d'apporter tous vos documents relatifs à votre

	travail
Equipe de Neuroradiologie du Pr Hubert DESAL Neuroradiologue	Pourra réaliser des gestes techniques spécifiques (infiltrations) sous scopie ou scanner, en fonction de votre pathologie
Les Externes en Pharmacie	Recueillent l'historique des traitements antérieurs (efficacité, effets secondaires, cause d'arrêt) Expliquent les traitements engagés, leurs effets indésirables, les moyens d'y pallier. Animent sous la supervision de l'interne en médecine les groupes d'éducation thérapeutique.
Dr Béatrice NOGUES Médecin du sommeil	Pourra à travers l'évaluation spécifique de votre sommeil, vous donner des conseils d'hygiène du sommeil. Si nécessaire, elle pourra vous proposer une prise en charge complémentaire au Centre du Sommeil du CHU Nord-Laennec.
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)	- Les médecins, psychologues et l'équipe soignante échangent quotidiennement pour optimiser votre suivi. - Tous les jeudis, de 12 H à 13H45, se tient la réunion de concertation pluridisciplinaire à laquelle participe l'ensemble de l'équipe et qui met en place le projet de soin de chaque patient.
Stagiaires	Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur est un Centre d'Enseignement et de Recherche sur la douleur, qui reçoit de nombreux stagiaires dans le cadre de conventions avec leur organisme de formation. Ils sont encadrés par des professionnels. <ul style="list-style-type: none"> - Médecins de la capacité de la douleur - Médecins et professions de santé du Diplôme Interuniversitaire de la Douleur - Stagiaires en Master de Psychologie - Stagiaires des instituts paramédicaux, infirmiers, kinésithérapeutes, ostéopathes

DEROULEMENT DE VOTRE HOSPITALISATION

❖ **Votre arrivée**, le lundi de la 1^{ère} semaine

Avant de monter au 4^{ème} étage, présentez-vous aux Admissions (dans le grand hall, Rez-de-Chaussée Haut) avec vos papiers de Sécurité Sociale et Mutuelle.

Vous serez accueilli(e), à votre arrivée dans l'Unité, par un membre de l'équipe soignante.

REMARQUES :

❖ Le **matin est réservé aux soins et visites médicales.**

❖ Les médecins **reçoivent les familles** sur rendez-vous

❖ **Corset, appareillage**

si un corset vous est prescrit, une technicienne se déplace pour prendre les mesures nécessaires. Il est réalisé et mis à votre disposition avant la fin de votre hospitalisation.

Il reste 23 euros à votre charge après remboursement sécurité sociale et mutuelle.

Des compresses pour application de chaleur (non remboursables) peuvent également vous être livrées, à votre demande, ainsi que d'autres appareils adaptés

❖ **Vêtements** : munissez-vous de chaussures de sport et vêtements confortables vous permettant de participer aux activités et exercices avec le kinésithérapeute.

❖ **Staffs**

1 réunions de l'équipe pluridisciplinaire, par semaine (jeudi), permet de faire le point sur **vos améliorations** et d'affiner la **stratégie de soins** commune.

❖ **Votre sortie**, le vendredi (de la 2^{ème} semaine, si hospitalisation de 2 semaines)

Les documents nécessaires (ordonnances, arrêt de travail...) vous seront remis en fin de matinée.

Un compte rendu d'hospitalisation sera envoyé aux thérapeutes qui vous suivent, et des contacts pourront être pris pour améliorer votre prise en charge, dans le cadre d'un **réseau de soins**.

❖ **Votre transport** peut se faire en taxi, en ambulance (assis ou couché), sur avis médical.

Vous avez le libre choix de votre ambulancier

Vous passerez aux Admissions avant votre départ de l'hôpital

VIE QUOTIDIENNE ET CONSEILS PRATIQUES



MEDICAMENTS

Il est souhaitable d'apporter vos dernières ordonnances et votre traitement habituel.
L'ensemble de votre traitement sera adapté en cours d'hospitalisation sur avis médical.

Si vous avez déjà porté un corset, apportez-le.



ALLERGIES

Pensez à signaler aux médecins et à l'infirmière vos allergies éventuelles.



LES REPAS

Une aide-soignante passe dans les chambres pour vous proposer les menus
Vous serez servis dans votre chambre à 8H, 12H, 18H.
Si vous suivez un régime particulier, une diététicienne vous proposera un menu adapté.

REPAS ACCOMPAGNANTS :

Un membre de votre famille peut, éventuellement, prendre ses repas, à midi, au restaurant de l'hôpital,
(Rez-de-Chaussée Bas)
Adressez-vous au personnel soignant pour en connaître les tarifs et les modalités.

LOISIRS

Prévoyez de quoi vous distraire, en dehors des consultations et des soins, selon vos habitudes préférées....

Sont à votre disposition :



LA CAFETERIA - KIOSQUE

Rez-de-chaussée haut

	LUNDI AU VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
RELAIS H	8h - 18h30	11h - 18h30	12h - 18h

Vous y trouverez livres, journaux, cartes de téléphone, timbres, cadeaux, boissons, petite restauration.



TELEVISION

Il y a possibilité de louer la télévision à la journée ou à la semaine, en vous adressant à l'espace TELECOM.

	LUNDI AU VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE et FERIES
TELECOM SERVICE	9h -12h 14h - 18h	10h - 12h 14h - 17h	14h - 17h



TELEPHONE

Il vous est possible d'avoir une ligne téléphonique directe dans votre chambre. Adressez-vous au personnel soignant pour connaître les modalités.

L'abonnement se prend à l'espace TELECOM (Rez-de-Chaussée haut, à côté du kiosque à journaux)

Pensez à donner le numéro qui vous est alors attribué à votre famille, à vos amis.

Sauf rares exceptions, **les infirmières ne peuvent pas vous passer les communications extérieures.**

A chaque étage, vous pourrez trouver des cabines téléphoniques à cartes.



LA BIBLIOTHEQUE

La bibliothèque prête gratuitement des livres et revues qu'elle distribue tous les mardis et vendredis à partir de 14 H.

Vous pouvez aussi vous rendre au local de la bibliothèque (Rez-de-Chaussée Bas)

CASSETTES de relaxation :

Nous pouvons vous prêter des cassettes ou des CD de relaxation si vous disposez de l'appareil audio permettant de les écouter



TABAC

Il est strictement interdit de fumer dans les chambres et dans les services de soins. (Loi de février 2007).



LE COURRIER

Le courrier est distribué chaque jour.

Pour l'expédition de votre courrier, vous pouvez le confier aux soignants ou le déposer vous-même au Rez-de-Chaussée haut à l'entrée du grand hall :

- le matin avant 10H
- l'après-midi avant 15H



ARGENT et BIJOUX

Les vols étant toujours possibles, veillez à garder un minimum d'argent et aucun bijou dans votre chambre.

Si cela est possible, **ne gardez que le strict nécessaire.**

Si besoin un dépôt au coffre de l'hôpital est possible (un reçu vous sera remis)



LES VISITES

Sont autorisées tous les jours de **14 H à 18 H.**

Elles ne doivent pas gêner ou fatiguer les malades voisins.

Il est déconseillé de se faire accompagner d'enfant de moins de 12 ans, en raison :

- du risque infectieux pour l'enfant et pour les malades
- du risque de fatigue pour le malade
- du risque de choquer l'enfant par la vision de certains appareillages.



CULTE

L'équipe d'aumônerie se tient à votre disposition à tout moment.

Pour les autres cultes, consulter la surveillante.

Nous ferons tout notre possible, avec votre participation, pour vous aider à dessiner une amélioration de votre qualité de vie.

Un questionnaire de sortie vous permettra de nous faire part de vos observations. N'hésitez pas à nous en faire part également oralement.

L'équipe soignante reste à votre disposition pour répondre à vos demandes.

Annexe 7 Planning d'activité de la semaine d'hospitalisation

PLANNING PATIENT
AU CENTRE d'EVALUATION et de TRAITEMENT DE LA DOULEUR,
SERVICE DE NEUROCHIRURGIE, HGRL

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
VISITE D'ENTREE Pluridisciplinaire Acupuncture ou Ostéopathie Dr Y.Méas	1er Secteur (ch 417 à 419) 9h15 : VISITE Pluridisciplinaire 10h30:Kiné en salle 2nd secteur (ch 412à 415) 9h15:Kiné en salle 10h30 : VISITE Pluridisciplinaire	VISITE Médicale 11h30 Education thérapeutique	VISITE Médicale Bilan des patients en 2ème semaine 12h30 STAFF pluridisciplinaire	VISITE DE SORTIE A partir de 12h30
13H30 Groupe de marche Bilan Kiné. Examen Entrée Acupuncture ou Ostéopathie par le Dr Y.Méas	13H30 Groupe de marche 14h30 Kiné Relaxation 15h30 Groupe de parole	13H30 Groupe de marche	13H30 Groupe de marche 16h30 Relaxation	

Annexe 8 Conducteur de séance

Conducteur de séance collective d'éducation thérapeutique :

Patients douloureux chroniques

Public	Patients adultes
Date	Mercredi
Horaire-Durée	11H00 séance 1ère semaine (30mn) 11H30 séance 2ème semaine (45mn)
N°séance/total prévu	2

Objectifs 1ère semaine:

Identifier le rôle des traitements à visée antalgique. (traitements de fond, de crise).

Améliorer la prise en charge des pics douloureux (anticipation, techniques non médicamenteuses).

Objectifs 2ème semaine :

Identifier les effets indésirables les plus importants par classe médicamenteuse et les moyens de les minimiser.

Revenir sur les points importants de la 1^{ère} séance.

Nombre de participants :3 ou 4

Nombre d'animateur(s) : 3 ou 4

Noms et titres : Dr Edwige de Chauvigny, PHC CETD, Interne en médecine CETD, Externe(s) en pharmacie.

Matériel à prévoir :tableau, feutres, crayons

Salle, lieu à prévoir : salle suffisamment grande pour accueillir le nombre de participants :
salle de réunion 4eme EST

Recommandations communes à toutes les séances.

Chaque début de séance doit consacrer 10min :

au rappel de la séance précédente ou celle du diagnostic éducatif individuel, de l'alliance thérapeutique, de la dernière consultation, de la proposition d'éducation.

cadrage de la séance : horaires, programme, règles éthiques, de non jugement et de confidentialité...,

à la présentation de tous les participants et des intervenants

participation active des patients

Au cours de la séance :

Valoriser, conforter patient,

Reformuler les propos des patients, « si j'ai bien compris », « comme vous le dites si bien »,

Attitude empathique des éducateurs.

Conclure :

Interrompre la séance 5 min avant la fin et rappeler l'essentiel de la séance

Solliciter les patients pour retracer les grands moments de la séance

Synthèse de l'expert

Durée (Hors intro et conclusion)	objectifs patients	objectifs éducateurs	techniques/outils	critères/indicateurs
Séance 1 ^{ere} semaine 30 MN	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre son traitement - Avoir une meilleure gestion des crises. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre à chacun de s'exprimer en toute liberté - Créer les conditions pour que chacun se sente à l'aise pour parler devant les autres - Présenter le schéma - Recueillir les informations importantes sur le tableau (demander s'ils ont bien compris leur différent traitement). - Remettre aux patients l'étoile des compétences en expliquant son fonctionnement - Remettre le questionnaire de satisfaction. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau weleda : présentation du schéma explicatif des composantes de la douleur. - Document récapitulatif de la séance avec un tableau à compléter par le patient. <p><u>Consigne</u> : placer chaque médicament à visée antalgique à leur place.</p>	Participation de tous , ambiance détendue
Séance 2 ^{eme} semaine 45MN	<ul style="list-style-type: none"> - S'évaluer - Se positionner sur le degré d'acquisition de certaines compétences 	<ul style="list-style-type: none"> -S'assurer de la bonne compréhension de la 1^{ère} séance. - Proposer de se positionner sur des compétences de l'étoile en fonction du ressenti des patients - Présenter les effets indésirables fréquents et les moyens de les minimiser. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etoile des compétences - Fiche récapitulative des principaux effets indésirables de quelques classes médicamenteuses. 	Interactivité, questions

Objectifs à atteindre pour les patients douloureux chroniques

- 1/ Je comprends à quoi servent mes médicaments.
- 2/ Je connais les risques liés à l'arrêt du traitement.
- 3/ Je connais les risques liés à mon traitement.
- 4/ J'anticipe les pics douloureux.
- 5/ Je sais utiliser les traitements médicamenteux et non médicamenteux.
- 6/ Je comprends la nécessité du suivi de la prise en charge.
- 7/ Je deviens acteur de ma prise en charge.
- 8/ Les associations de patients peuvent m'aider.

Annexe 9 Document intervenant première séance d'éducation thérapeutique médicamenteuse

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	EDUCATION THERAPEUTIQUE CONDUCTEUR DE SEANCE	Diffusion par :	
	Processus :	Page 145 / 189	V.

A- OBJECTIFS DE LA SEANCE

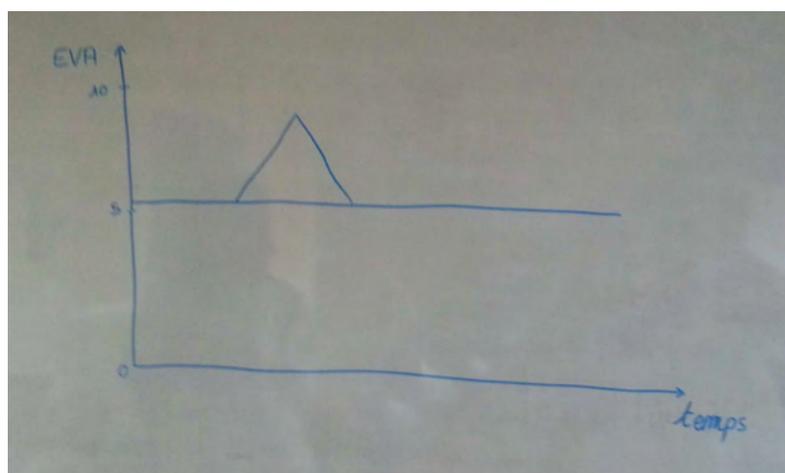
Apporter des connaissances et des outils permettant de comprendre son traitement et de se l'approprier pour une optimisation de la prise en charge globale.

B- PRESENTATION

- Présentation des intervenants
- Rappel sur la possibilité de bouger pendant la séance

C- COMPOSANTES DE LA DOULEUR

Dessiner au tableau le schéma suivant :



Présenter les deux composantes de la douleur :

Le fond douloureux : permanent et d'évolution lente

La crise douloureuse : augmentation rapide mais transitoire de la douleur (intensité, durée et formes variant selon l'individu).

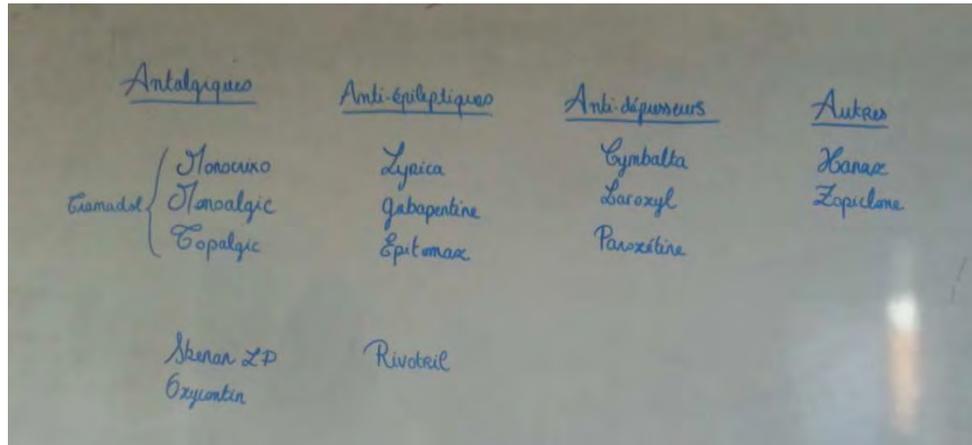
Y associer les deux types de traitements :

Le traitement de fond qui a pour objectif d'abaisser la douleur de fond et de diminuer le nombre de crises. A partir du schéma précédent montrer la diminution de la douleur de fond et le rôle des prises fixes en fonction de la spécialité.

Le traitement de la crise qui a pour objectif de diminuer en durée et en intensité une crise douloureuse.

D- TRAITEMENT DE FOND

Demander aux patients de donner tous les traitements de fond qu'ils connaissent. Inscrire les réponses dans quatre colonnes distinctes pour chacune des catégories suivantes. Séparer les morphiniques des autres antalgiques.
Ne pas mettre les catégories au départ.



Demander aux patients s'ils peuvent identifier les catégories.

Expliquer l'utilisation des antiépileptiques et antidépresseurs dans le traitement de la douleur : Preuve de leur efficacité sur la composante neurogène des douleurs.

Rappeler le délai d'action des médicaments de ces classes : 4 à 6 semaines.

Expliquer le principe de la libération prolongée.

Rappeler que les antalgiques morphiniques et les benzodiazépines entraînent une dépendance et une tolérance. Définir tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet) et dépendance (syndrome de sevrage à l'arrêt)

E- TRAITEMENT DE CRISE

Demander aux patients de donner tous les traitements de la crise qu'ils connaissent. Inscrire les réponses dans quatre colonnes distinctes pour chacun des paliers suivants. Ne pas mettre les catégories au départ

<u>Palier I</u>	<u>Palier II</u>	<u>Palier III</u>	<u>Anti-inflammatoires</u>
Paracétamol Doliprane Dafalgan Efferalgan	Tramadol Li. Tapirin Efferalgan codéiné Aucupan	Oxycodone Aclisolan	Ibuprofène Biprostid

Demander aux patients s'ils peuvent identifier les catégories.

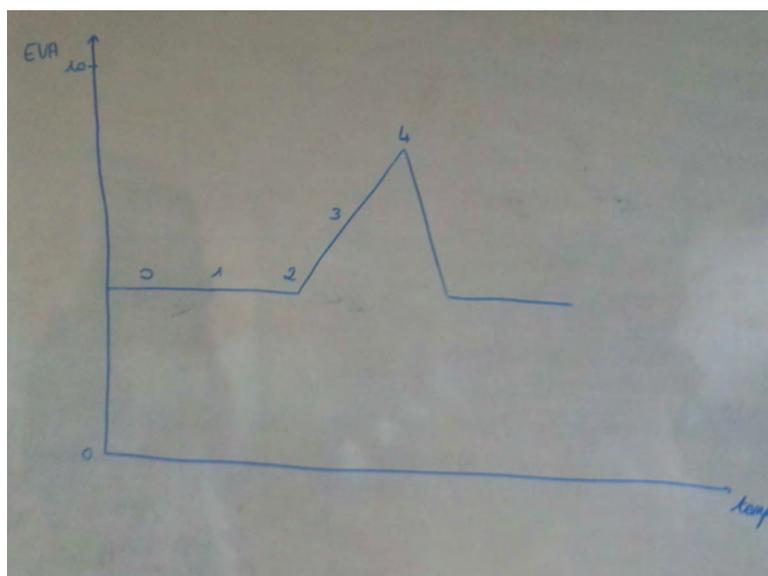
L'OMS définit trois paliers d'antalgiques. Séparer les anti-inflammatoires.

A l'intérieur d'un même palier, les médicaments n'ont pas le même mécanisme d'action : possibilité d'essayer un médicament d'un même palier même si inefficacité.

Rappel sur les effets indésirables des morphiniques de palier 3 : on évite de les utiliser en douleur chronique.

F- GESTION D'UN PIC DOULOUREUX

Dessiner au tableau le schéma suivant :



Quel est le meilleur moment pour prendre le traitement de crise ?

En 1 ou en 2. Rappel de la durée d'action d'un traitement par voie oral (30 minutes)

En 1 : Idéal = anticipation de la crise (pratique d'une activité).

En 2 : le plus tôt possible lorsque l'anticipation est impossible.

En 4 : A éviter, le temps que le médicament fasse effet, la douleur peut déjà avoir diminuée d'elle-même.

Rappeler qu'il est également possible de gérer une crise de manière non-médicamenteuse et ainsi d'alterner.

G- AXES DE PRISE EN CHARGE

Qu'est-il possible de faire pour diminuer la douleur ? Que faites-vous en général pour mieux gérer la douleur au quotidien ?

Inscrire les réponses dans trois colonnes distinctes pour chacun des axes suivants.

1) Axe médicamenteux

Déjà abordé, quand même le marquer pour que les quatre axes soient inscrits au tableau.

2) Axe fonctionnel

Chaleur, froid, TENS, Kiné, repos, activité physique, acupuncture, ostéopathe, balnéo,...

Notion de dosage de l'effort, Réentraînement à l'effort

3) Axe psycho-corporel

Psychologue, groupe de parole, hypnose, relaxation, sophrologie, art thérapie, ...

Thérapie à médiation corporelle, réancrer le patient dans son corps

Y aller avec des objectifs.

4) Axe socioprofessionnel

Loisirs, activité professionnelle, retrouver une place dans la société, un sens à sa vie.

Garder le lien social et familial.

Il est important d'investir les quatre axes : amélioration de la prise en charge globale.

H- MISE EN PRATIQUE

Cf. Mise en pratique

A la fin de la séance remettre aux patients le résumé de celle-ci.

Faire remplir aux patients le questionnaire d'évaluation de la s

Annexe 10 Document patient deuxième séance d'éducation thérapeutique médicamenteuse

EDUCATION THERAPEUTIQUE : 2ème séance

Un point sur les notions de la 1ère séance :

1) Mme L. prend de l'Ixprim, du Topalgic et du Cymbalta. Comment s'organise-t-elle, quand prend-elle chaque médicament ?

2) Mr O. prend du Monocrixo, de l'Effexor et du Lyrica. Comment s'organise-t-il ? Que fait-il quand il a des pics douloureux ?

Lutter contre les effets secondaires :

3) Mme M. vient d'arriver au CETD. On lui a instauré du Monocrixo LP 100 depuis deux jours. Quels effets secondaires peut-elle ressentir ?

- Des nausées et des vomissements
- Aucun effet secondaire
- De la somnolence
- De la constipation

4) Mr B. prend de l'Effergal codéiné et il se plaint de constipation. Il peut limiter cet effet en :

- Buvant au moins 1,5L par jour
- Utilisant des laxatifs quotidiennement
- Mangeant certains aliments qui facilitent le transit
- Ayant une activité physique légère

5) Le traitement de Mme U. vient d'être changé, et depuis deux jours elle ressent des nausées. Elle pourrait les atténuer en :

- Cuisinant des repas froids et sans odeurs pendant quelques jours
- Mangeant moins à chaque repas, mais plus souvent dans la journée
- S'allongeant juste après le repas
- Buvant un grand verre d'eau en début de repas

6) Mr A. a constamment la bouche sèche. C'est l'un des effets connus de ses médicaments. Il a appris qu'il peut diminuer ce symptôme en :

- Buvant régulièrement et aussi souvent que nécessaire
- Suçant un glaçon ou de la glace pilée
- Mâchant longtemps ses repas ou du chewing-gum
- Utilisant de l'Artisial (spray de solution proche de la salive)

7) Mme T. prend de l'âge et oublie régulièrement certains détails du quotidien. Ses médicaments n'améliorent rien... Pour lutter contre ces troubles de mémoire elle peut :

- Noter sur un carnet toutes les tâches qu'elle a à faire
- Entretenir sa mémoire avec des activités mentales (lecture, mots croisés...)
- Se concentrer sur une tâche à la fois
- Manger du poisson 1 à 2 fois par semaine

8) Depuis qu'elle est sous Lyrica , Mme R. voit les kilos s'accumuler. Ce médicament est connu pour augmenter l'appétit, mais elle peut limiter sa prise de poids en :

- Commençant ses repas par une assiette de crudités
- Limitant les aliments gras et sucrés et favorisant les légumes
- Evitant de grignoter entre les repas
- Pratiquant une activité physique modérée régulièrement

9) Et vous, quels sont vos « petits trucs » pour lutter contre les effets secondaires ?

Les médicaments, amis ou ennemis ?

10) Mr B. prend du Paracétamol 1g, quatre fois par jour. Le traitement est de moins en moins efficace et ses douleurs sont réapparues, il décide de doubler les doses. Quelles en seront les conséquences?

- Il aura moins mal.
- Il risque des troubles digestifs.
- Il peut augmenter les doses sur quelques semaines mais pas sur une longue période.
- Il risque une hépatite (maladie du foie) pouvant conduire à une greffe du foie.

11) Mr R. prend du Bi-Profénid contre son mal de tête. Il a des douleurs à l'estomac, que peut-il faire ?

- Il augmente les doses pour atténuer les douleurs digestives également
- Il prend un pansement gastrique
- Des cures courtes de Bi-Profénid permettent d'éviter cet effet
- Il prend rendez-vous chez son médecin

12) La dépendance :

- Tous les médicaments peuvent en être responsables
- Elle peut se caractériser par des sueurs, des tremblements, des nausées, une sensation de mal être passager.
- Pour limiter cet effet il faut arrêter le médicament brusquement.
- C'est la même chose que la tolérance.

13) Mme V. en a assez de consommer des médicaments depuis des années, elle pense se tourner vers d'autres alternatives. Elle a lu que :

- La phytothérapie (plantes) et l'aromathérapie (huiles essentielles) sont naturelles donc elle peut en prendre sans danger
- L'homéopathie peut aussi la soulager sans aucun effet secondaire
- Elle a une santé fragile, ça ne lui ferait pas de mal de faire une cure de compléments alimentaires
- De nouveaux médicaments viennent de sortir, ils en font la pub dans son magazine, et en plus c'est pratique, on peut les acheter par internet.

14) Au vu de ce pictogramme :



- Je ne peux pas prendre le volant
- Il existe 5 niveaux de vigilance
- Je peux parcourir une courte distance au volant de ma voiture
- Je demande conseil à mon médecin ou mon pharmacien

15) Mme K. se sent un peu perdue et isolée. Elle aimerait bien en savoir davantage sur ses douleurs et sa voisine lui a conseillé d'aller voir sur Internet car :

- On trouve des témoignages d'autres personnes dans des situations identiques et on peut partager nos expériences
- Il vaut mieux consulter des forums car on y trouve plusieurs avis et des discussions
- Il y a des sites dont les informations sont contrôlées et auxquels on peut se fier sans inquiétude
- Il vaut mieux quand même toujours en discuter avec un professionnel de santé

Que faire dans quelques situations pratiques :

16) Je pars en vacances pour deux semaines en famille à 500km de chez moi et je me rends compte que j'ai oublié mon traitement, comment faire ?

17) Je viens de me faire une entorse, puis-je prendre des médicaments pour ma cheville en plus de ceux que je prends pour mes douleurs habituelles ?

18) Avec le temps qu'il fait en ce moment, j'ai attrapé un rhume, je décide d'aller à la pharmacie. Puis-je prendre d'autres médicaments et dans quelles conditions ?

19) Quelqu'un dans mon entourage a mal, peut-il prendre mes médicaments ?

Vrai ou faux ?

20) Ca fait déjà cinq ans que j'ai un traitement contre la douleur. Je commence à désespérer car au bout d'un certain temps les médicaments deviennent forcément inefficaces.

21) Je m'inquiète aussi parce que je me dis qu'à force, tous les médicaments que je prends deviennent toxiques pour l'organisme.

22) En augmentant la dose, on augmente l'effet des médicaments.

23) Si j'ai beaucoup d'effets secondaires en début de traitement, ça ne changera pas.

24) Je suis déjà sous morphine, c'est un traitement fort. Pourtant il est utile que je prenne en plus le Paracétamol que mon médecin m'a prescrit.

25) Si on me donne des antidépresseurs, ça veut dire que je suis dépressif.

26) Si au bout de 7 jours les médicaments ne sont pas efficaces, ça veut dire qu'ils ne marchent pas chez moi.

27) Mon médecin m'a prescrit de l'ixprim « jusqu'à 8 par jour si besoin », je peux en prendre le maximum tous les jours sans danger.

28) Si je n'ai plus mal, je peux arrêter de prendre mon traitement.

Annexe 11 Document intervenant deuxième séances d'éducation thérapeutique médicamenteuses

EDUCATION THERAPEUTIQUE : Notions à aborder pendant la 2^{ème} séance d'Education

Ce document est à destination des externes en pharmacie qui animent la séance d'Education Thérapeutique. Il reprend les principales notions à aborder avec les patients au cours de la séance et peut servir de base pour commenter les QCM et répondre à leurs questions. Ces informations ne sont pas exhaustives et demandent à être adaptées et complétées en fonction de votre sensibilité !

Un point sur les notions de la 1ère séance :

1) Retrouver les classes médicamenteuses : Topalgic en traitement de fond, Ixprim en traitement de crise, Cymbalta comme co-antalgique.

Exemple d'horaire de prise : 8h Topalgic, 20h Topalgic + Cymbalta, Ixprim en fonction des pics.

Essayer d'anticiper les pics pour prendre le traitement de crise avant, à défaut le prendre dès le début du pic et ne pas attendre que les douleurs s'installent !

2) Retrouver les classes médicamenteuses. Mettre en évidence qu'il n'y a pas de traitement de crise. Monocrixo : 1 seule prise par jour contrairement au Topalgic.

Lutter contre les effets secondaires :

3) Toutes les réponses sont bonnes, tous les effets secondaires peuvent survenir, ou bien aucun d'entre eux ! Chaque personne réagit différemment il n'y a pas de règle générale.

4) Boire beaucoup, que ce soit de l'eau ou bien des jus de fruits, des potages, du lait, du thé, du café... (Limiter l'alcool cependant !)

Les laxatifs peuvent éventuellement être utilisés de façon ponctuelle mais ce n'est pas une solution. Il faut les limiter au maximum pour éviter le syndrome des laxatifs. Différencier les laxatifs doux (Macrogol, Lactulose...) de ceux qui sont irritants. Attention aux huiles (Lansoyl, huile de paraffine...) qui empêchent l'absorption des vitamines liposolubles.

Faire participer les patients : quels sont les aliments qui facilitent le transit ? (fruits et légumes sous toutes leurs formes (cuits, crus, frais, surgelés, en purée...), céréales et pain complets...)

L'activité physique facilite aussi le transit. Attention tout de même à ne pas trop forcer (aggravation des douleurs !)

5) Cuisiner froid et sans odeurs

Fractionner les repas.

NE PAS s'allonger ni saturer l'estomac avec un grand verre d'eau à jeun !

6) Sécheresse buccale chez tous les médicaments anti-cholinergiques.

Boire régulièrement

Sucer un glaçon ou mieux, de la glace pilée, mais attention à ne pas se brûler par le froid...

Mastiquer permet de se « muscler » les glandes salivaires, que ce soit au cours des repas ou avec du chewing-gum, mais attention au grignotage, privilégier ceux sans sucre.

Artisial : spray correcteur d'insuffisance salivaire. Sans prescription, sans contre-indications, sans effets secondaires. En parler avec son médecin. (Il existe aussi le Sulfarlem)

7) Faire remarquer que la majorité de la population, avec ou sans traitement, se plaint fréquemment de légers troubles de la mémoire...

Toutes les réponses sont bonnes et non exhaustives. A chacun son truc !

8) On observe une augmentation de l'appétit par modification de certains récepteurs du cerveau : la sensation de faim est moins ressentie. C'est malheureusement un effet fréquent et qui perdure tout au long du traitement. Paradoxalement, d'autres patients présentent plutôt une anorexie !

Commencer le repas par des crudités permet de remplir l'estomac.

Repréciser quels sont les aliments à éviter (pizza, chips, fromage, huiles/beurre/crème, pâtisseries, plats tout préparés...) et les règles hygiéno-diététiques de base.

9) Proposer aux patients d'échanger leurs astuces pour lutter contre les effets secondaires qu'ils rencontrent, tout en cadrant la discussion pour ne pas dévier du sujet initial !

Les médicaments, amis ou ennemis ?

10) Dose maximale : 4g/j

Dépasser la posologie maximale peut être dangereux, même sur une prise unique (si > 8g)

La greffe hépatique n'est pas un mythe, et même les médicaments les plus courants peuvent être dangereux. (ne pas dramatiser non plus sinon ils ne prendront plus rien !!!)

11) Les AINS sont des antalgiques mais à limiter aux situations inflammatoires et sur des cures courtes car risque d'ulcère gastrique.

Pas besoin d'IPP sur des cures courtes si pas d'antécédents mais on peut éventuellement utiliser un pansement gastrique (Gaviscon, Maalox...). Espacer la prise des autres médicaments de 2 heures minimum pour éviter les interactions.

Evidemment, augmenter la dose d'AINS n'est pas une solution !

12) Deux classes de médicaments concernées : les morphiniques et les benzodiazépines.

Ils sont à utiliser sur de courtes périodes et à diminuer très progressivement pour limiter l'effet de sevrage. L'objectif au CETD est de les limiter au maximum.

Dépendance : accoutumance de l'organisme qui implique un syndrome de sevrage, surtout si on l'arrête brusquement.

Tolérance : nécessité d'augmenter continuellement les doses pour que le médicament soit efficace.

13) Attention, « naturel » ne veut pas dire « sans danger » ! Les plantes contiennent des molécules actives (dont sont issus un grand nombre de médicaments) et donc logiquement il y a un risque d'effets secondaires et d'interactions. C'est encore plus vrai pour les huiles essentielles qui sont très concentrées (à n'utiliser que diluées). Toujours demander l'avis d'un professionnel de santé !

A l'inverse, l'homéopathie peut être utilisée sans restriction, il n'y a aucun effet secondaire, interaction ni contre-indication.

Compléments alimentaires, oui mais avec précautions, pas n'importe lesquels et sur des périodes courtes. Demander l'avis d'un professionnel de santé pour un conseil adapté.

Attention aux publicités et offres sur internet : pas forcément d'études sérieuses, de contrôles de la fabrication, de l'origine des produits, risque d'inefficacité voire même de toxicité...

14) Il existe trois niveaux de vigilance.

Niveau 3 : sédatifs, anesthésiques généraux et collyres brouillant la vue. Conduite interdite.

Niveau 2 : la conduite n'est pas interdite mais prudence ! Les effets sont variables d'une personne à l'autre, il faut demander l'avis de son médecin ou pharmacien mais la personne qui se connaît le mieux est le patient lui-même.

Connaitre les signes qui doivent alerter : somnolence, vertiges, troubles visuels...

Parcourir de longues distances est particulièrement dangereux, mais le risque existe aussi sur de petites distances, surtout des trajets connus qu'on parcourt de façon « automatique »...

Attention à l'accumulation des risques : association de médicaments, manque de sommeil, alcool...

15) Internet est une source énorme d'informations qui peuvent être utiles mais il faut rester vigilant et critique face à ce qu'on y lit.

Chaque situation est unique même si on pense se retrouver dans le témoignage d'autres patients. Les solutions et traitements qui marchent chez l'un ne sont pas forcément adaptés aux autres, et il en est de même pour les effets secondaires, complications et autres désagréments qui peuvent survenir chez certains.

Les forums sont intéressants pour le dialogue et le partage des expériences, mais attention ce sont des patients qui écrivent et non des professionnels de santé, leur contenu n'est absolument pas vérifié !

En revanche, certains sites apportent des informations fiables : celui de l'AFSSAPS, l'HAS et ceux qui comportent le sigle HON (Health On Net) par exemple.

Toujours faire confirmer une info trouvée sur Internet par un professionnel de santé.

Que faire dans quelques situations pratiques :

16) Toujours avoir avec soi une ordonnance, même périmée, ainsi que les coordonnées de son médecin et de sa pharmacie habituelle.

On peut se présenter dans une pharmacie et expliquer son problème : si on a une ordonnance valide ils pourront nous la délivrer. Si cette ordonnance était valable 3 mois et est périmée il est possible de faire une délivrance exceptionnelle (et cela doit rester exceptionnel !!). Sinon il faudra prendre rendez-vous avec un médecin pour obtenir une nouvelle ordonnance.

A défaut, on peut prendre du Paracétamol en attendant de trouver une solution, mais attention à l'automédication...

Ne surtout pas rester sans traitement, ce n'est pas une solution !

Aborder la notion du Dossier Pharmaceutique : dossier sur la carte vitale qui enregistre l'historique médicamenteux des quatre derniers mois et permet à toutes les pharmacies (de garde ou du lieu de vacances) de connaître le traitement du patient sur simple présentation de la carte vitale (permet les dépannages, évite les interactions). Dans le futur, il pourra être lu par les services des urgences en cas d'accident. Gratuit, il faut juste demander à sa pharmacie de le créer.

17) Ca dépend desquels, mais les antalgiques pris habituellement agiront aussi sur les douleurs de la cheville, ne pas les cumuler ! Certains médicaments peuvent cependant être prescrits en plus (anti-inflammatoires...). Ne pas s'auto-médiquer, toujours demander l'avis d'un professionnel.

NB : Les techniques non médicamenteuses (chaud, froid) peuvent aussi être utiles !

18) Mon traitement antidouleur ne m'interdit pas de prendre d'autres médicaments, mais pas dans n'importe quelles conditions !

« Médicament en vente libre » (sans ordonnance) ne signifie pas « absence de danger ».

Pour le rhume par exemple, un grand nombre de médicaments contient du Paracétamol (Humex, Actifed, Fervex...). Il faut donc en tenir compte pour ne pas se retrouver en surdosage.

Toujours mentionner son traitement au pharmacien avant d'acheter un médicament pour qu'il s'assure qu'il n'y a pas de contre-indication ou d'interaction.

19) En dehors du Paracétamol (attention au dosage pour les enfants !) je ne dois pas donner mon traitement à mon entourage. Il est adapté à mon cas et à mes douleurs mais ne l'est pas forcément pour eux et cela peut même être dangereux. Consulter si les douleurs sont importantes.

Vrai ou faux ?

20) Faux. En dehors des morphiniques et des benzodiazépines, les médicaments qui sont efficaces chez un patient le resteront indéfiniment (c'est vrai pour la grande majorité des cas, mais il y a toujours quelques exceptions...).

21) Faux. Si on respecte bien les doses prescrites, il n'y a aucun danger, même après plusieurs années. Certains médicaments bien particuliers entraînent des séquelles (corticoïdes, anticancéreux...) mais pas ceux qui sont utilisés dans le traitement de la douleur. En revanche il y a un risque en cas de non-respect des posologies !

22) Vrai et faux. C'est vrai en-dessous de la dose maximale, mais quand on la dépasse on augmente les risques (effets secondaires, toxicité) sans augmenter l'efficacité.

Reprendre l'image du verre plein : on peut continuer de verser de l'eau, ça ne le remplira pas davantage. En revanche ça mouillera tout ce qui est autour.

23) Faux. La plupart des effets secondaires sont présents en début de traitement puis s'estompent au bout de quelques jours. Il faut donc persévérer même si on tolère mal un

médicament lors de son instauration. En revanche certains effets peuvent perdurer (par exemple la prise de poids avec le Lyrica).

24) Vrai. Le Paracétamol potentialise l'effet antalgique de la morphine.

25) Faux. Les antidépresseurs et les antiépileptiques sont des « co-antalgiques » qui sont utilisés chez les douloureux chroniques car des études scientifiques ont prouvés qu'ils étaient efficaces pour traiter certaines douleurs (neuropathiques).

26) Faux. Certains médicaments (antidépresseurs, antiépileptiques) peuvent mettre jusqu'à trois semaines pour être efficaces. Il y a deux raisons à cela : il faut le temps que le corps s'imprègne du médicament, et les doses sont augmentées progressivement pour que l'organisme s'adapte. La posologie de départ n'est donc pas immédiatement efficace sur les douleurs.

27) Vrai. Tant qu'on respecte bien les doses il n'y a aucun risque. (Voir la question 26)

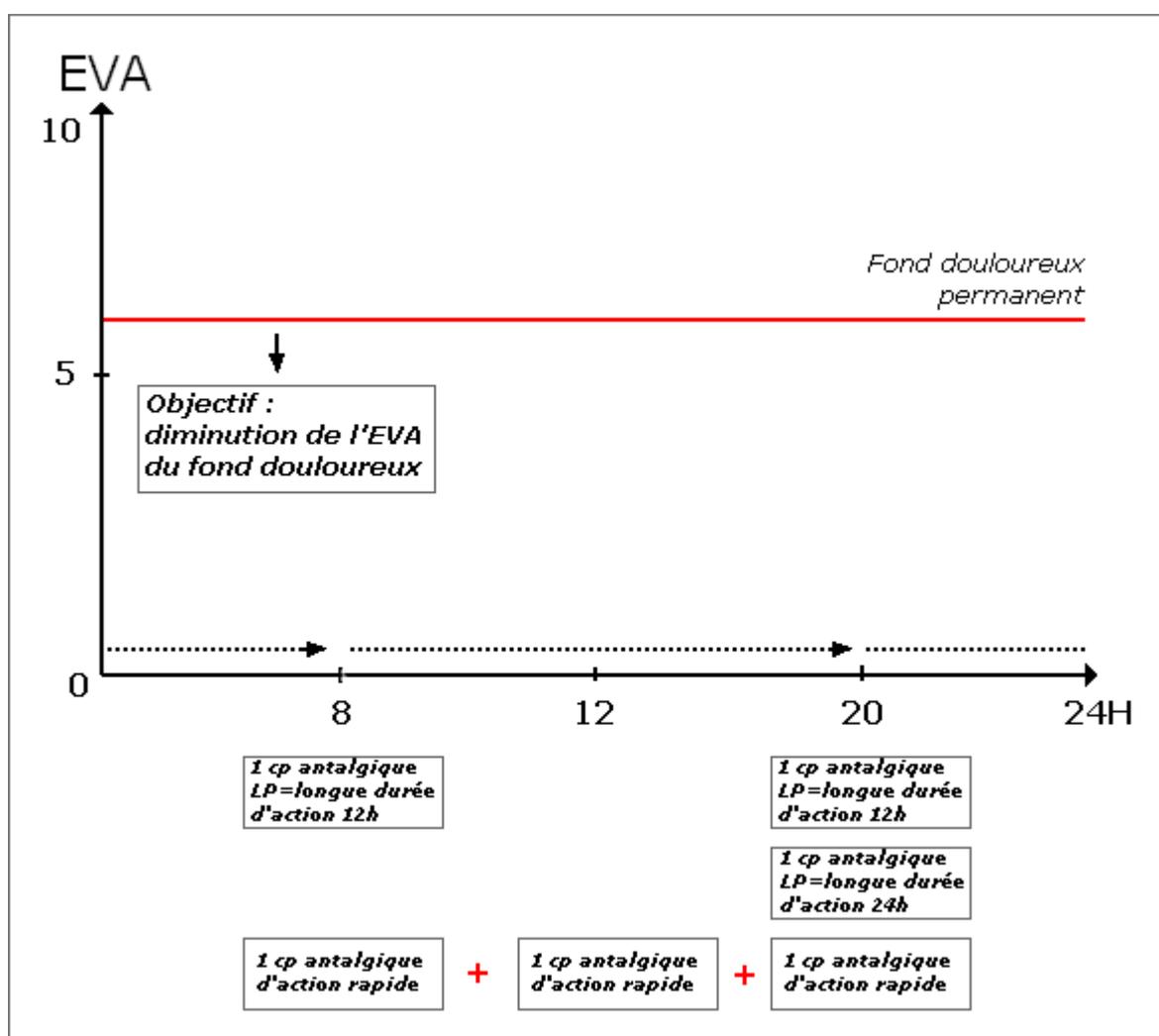
28) Vrai et faux. Il faut arrêter le traitement de crise (qui ne doit pas être systématique mais doit être pris uniquement en cas de pic douloureux) mais surtout pas le traitement de fond. C'est justement ce traitement de fond qui permet de ne plus avoir mal...

Annexe 12 Document patient fin de séance d'éducation thérapeutique

EDUCATION THERAPEUTIQUE CETD - CHU DE NANTES RESUME DE LA SEANCE COLLECTIVE

Votre douleur comporte deux composantes, un fond douloureux permanent sur lequel se surajoutent des pics douloureux.

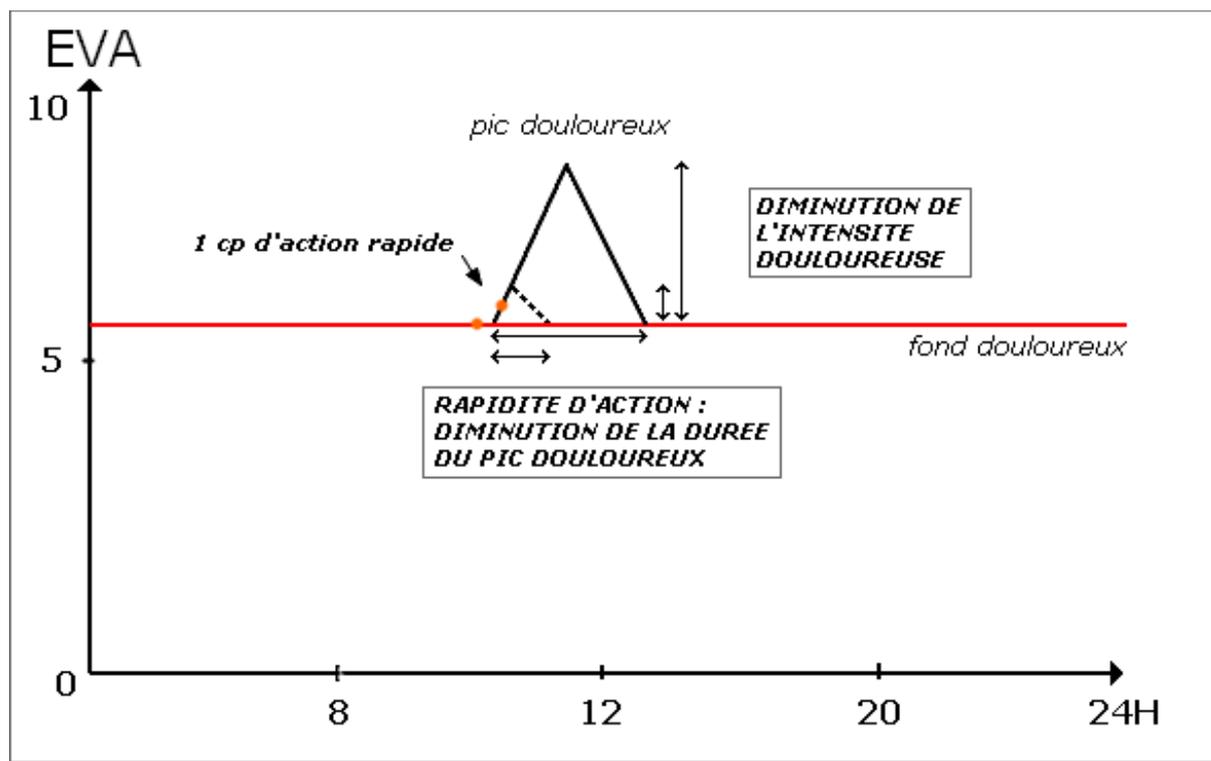
Le **fond douloureux** existe en permanence via une douleur continue et évoluant peu supérieure à 5 (EVA) => action du traitement de fond.



Les **pics douloureux** sont des moments de recrudescence douloureuse liés ou non à un facteur déclenchant => traitement d'action rapide.

Il existe deux types de pics douloureux :

- Pic douloureux inopiné : prise de l'antalgique le plus tôt possible
- Pic douloureux prévisible : prise de l'antalgique de manière anticipée : avant de commencer une activité potentiellement douloureuse.



THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES DANS LE TRAITEMENT DE MA DOULEUR

Traitement de fond			Traitement de crise		Anxiolytiques, Hypnotiques
Antalgiques	Co-antalgiques		Antalgiques	Anti-inflammatoires	
	Antidépresseur	Antiépileptique			

La prise en charge ne repose pas uniquement sur l'axe médicamenteux :

- Axe fonctionnel : maintien ou restauration de la capacité fonctionnelle et des activités (Kiné, Ostéopathe, TENS, Rééducation, ...)
- Axe psychologique (hypnose, sophrologie, psychologue, ...) :
- Axe socioprofessionnel : maintien de l'activité professionnelle et des loisirs

Annexe 13 Echelle HAD

Annexe : Protocole de recherche

ECHELLE H.A.D.

Consigne : Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et choisissez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- 3 - La plupart du temps
- 2 - Souvent
- 1 - De temps en temps
- 0 - Jamais

(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0 - Oui, tout autant qu'avant
- 1 - Pas autant
- 2 - Un peu seulement
- 3 - Presque plus

(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3 - Oui, très nettement
- 2 - Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0 - Pas du tout

(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :

- 0 - Autant que par le passé
- 1 - Plus autant qu'avant
- 2 - Vraiment moins qu'avant
- 3 - Plus du tout

(5-A) Je me fais du souci :

- 3 - Très souvent
- 2 - Assez souvent
- 1 - Occasionnellement
- 0 - Très occasionnellement

(6-D) Je suis de bonne humeur

- 3 - Jamais
- 2 - Rarement
- 1 - Assez souvent
- 0 - La plupart du temps

(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- 0 - Oui, quoi qu'il arrive
- 1 - Oui, en général
- 2 - Rarement
- 3 - Jamais

(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3 - Presque toujours
- 2 - Très souvent
- 1 - Parfois
- 0 - Jamais

(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0 - Jamais
- 1 - Parfois
- 2 - Assez souvent
- 3 - Très souvent

(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3 - Plus du tout
- 2 - Pas autant que je devrais
- 1 - Cela se peut
- 0 - J'y prête autant attention que par le passé

(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- 3 - Oui, c'est tout à fait le cas
- 2 - Un peu
- 1 - Pas tellement
- 0 - Pas du tout

(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 0 - Autant qu'avant
- 1 - Un peu moins qu'avant
- 2 - Bien moins qu'avant
- 3 - Presque jamais

(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3 - Vraiment très souvent
- 2 - Assez souvent
- 1 - Pas très souvent
- 0 - Jamais

(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :

- 0 - Souvent
- 1 - Parfois
- 2 - Rarement
- 3 - Très rarement

Annexe 14 Echelle de quantification médicamenteuse

	Une prise/sem	Dose sub-thérapeutique	Dose thérapeutique minimale	Dose thérapeutique maximale	Dose supra-thérapeutique
ANTALGIGUES PALLIER 1					
Paracétamol DAFALGAN*	Score = 0	< 1,5g/24h Score = 1	1,5-3g/24h Score = 2	3,5-4g/24h Score = 3	>4g/24h Score = 4
	Score = 0	Score = 1	Score = 2	Score = 3	Score = 4
AINS					
Diclofénac VOLTARENE*		<75mg/24h	75mg/24h	150mg/24h	>150mg/24h
Kétoprofène PROFENID*		<150mg/24h	150-200mg/24h	300mg/24h	>300mg/24h
	Score = 0	Score = 2	Score = 4	Score = 6	Score = 8
ANTIDEPRESSEURS					
Amytriptyline LAROXYL (1gtte=1mg)		<50mg/24h	50-150mg/24h	151-300mg/24h	>300mg/24h
Clomipramine ANAFRANIL*		<20mg/24h	20-150mg/24h	151-200mg/24h	
Fluoxétine PROZAC*		<20mg/24h	20mg/24h	60mg/24h	>60mg/24h
Paroxétine DEROXAT*		<20mg/24h	20mg/24h	50mg/24h	>50mg/24h
Venlafaxine EFFEXOR*		<50mg/24h	50-150mg/24h	151-375mg/24h	>375mg/24h
Milnacipran IXEL*		<25mg/24h	25-50mg/24h	100mg/24h	>100mg/24h
Citalopram SEROPRAM*		<20mg/24h	20-40mg/24h	60mg/24h	>60mg/24h
Tianeptine STABLON*		<12,5mg/24h	12,5-25mg/24h	26-37,5mg/24h	>37,5mg/24h
Miansérine ATHYMIL*		<30mg/24h	30-60mg/24h	60-90mg/24h	>90mg/24h
Mirtazapine NORSET*		<15mg/24h	15-30mg/24h	30-45mg/24h	>45mg/24h
	Score = 0	Score = 2	Score = 4	Score = 6	Score = 8
ANTISPASTIQUES					
Baclofène LIORESAL*		<15mg/24h	15-75mg/24h	76-120mg/24h	>120mg/24h
	Score = 0	Score = 3	Score = 6	Score = 9	Score = 12
MYORELAXANTS					
Tétrazépam MYOLASTAN*		<50mg/24h	50-100mg/24h	101-150mg/24h	>150mg/24h
Thiocolchicoside		<2cp/24h	2cp/24h	4cp/24h	>4cp/24h

MIOREL*					
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 3</i>	<i>Score = 6</i>	<i>Score = 9</i>	<i>Score = 12</i>
BENZODIAZEPINES					
Bromazepam LEXOMIL*		1/4cp/24h	1/2cp-2cp/24h	3-6cp/24h	>6cp/24h
Alprazolam XANAX*		0,25- 0,50mg/24h	0,75-2mg/24h	2,25-4mg/24h	>4mg/24h
Clonazépam RIVOTRIL*		<0,5mg/24h (<5gttes)	0,5-4mg/24h (5-40gttes)	4-8mg/24h (40-80gttes)	>8mg/24h (>80gttes)
Oxazépam SERESTA*		<20mg/24h	20-150mg/24h	151- 200mg/24h	>200mg/24h
Prazepam LYSANXIA*		<10mg/24h	10-30mg/24h	31-60mg/24h	
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 3</i>	<i>Score = 6</i>	<i>Score = 9</i>	<i>Score = 12</i>
HYPNOTIQUES					
Loprazolam HAVLANE*		<0,5mg/24h	0,5mg/24h	1mg/24h	>1mg/24h
Lormétazépam NOCTAMIDE*		<0,5mg/24h	0,5-1mg/24h	2mg/24h	>2mg/24h
NOCTRAN*		<1/2cp /24h	1/2-1cp/24h	2cp/24h	>2cp/24h
Zolpidem STILNOX*		<5mg/24h	5-10mg/24h	20mg/24h	>20mg/24h
Zopiclone IMOVANE*		<3,75mg/24h	3,75- 7,5mg/24h	15mg/24h	>15mg/24h
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 4</i>	<i>Score = 8</i>	<i>Score = 12</i>	<i>Score = 16</i>
DERIVES OPIOÏDES FAIBLES					
Dextropropoxyphène + paracétamol DIANTALVIC*		1gél/24h = 5mg morphine	2-4gél /24h = 10mg morphine	5-6gél/24h =25-30mg morphine	>6gél/24
Codéine + paracétamol EFFERALGAN CODEINE*		1cp/24h =5mg de morphine	2- 4cp/24h=10mg de morphine	6cp/24h = 30mg de morphine	>6cp/24
Tramadol TOPALGIC* (80mg =10mg morphine)		<100mg	100-150mg	200mg-400mg	600-960mg
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 4</i>	<i>Score = 4</i>	<i>Score = 8</i>	<i>Score = 12</i>
Néfopam ACUPAN* (12mg=10mg morphine)		<20 mg/24h	40-100mg/24h	120mg/24h	160mg/24h
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 4</i>	<i>Score = 8-12</i>	<i>Score = 14</i>	<i>Score = 16</i>
TRIPTANS					
Élétriptan RELPAX		20mg/24h	40mg/24h	80mg/24h	120mg/24h
Almotriptan ALMOGRAN			12.5mg/24h	25mg/24h	37.5mg/24h
Sumatriptan IMIGRAN			50 mg/24h	200mg/24h	250mg/24
Sumatriptan IMIGRAN Pulvérisations nasales			10 à 20mg	40mg/24h	60mg/24h

Sumatriptan IMIJECT			6mg/24h	12mg/24h	
Zolmitriptan ZOMIGORO			2.5mg/24h	10mg/24h	12.5 à 17.5mg
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 4</i>	<i>Score = 8</i>	<i>Score = 12</i>	<i>Score = 16</i>
ANTI-EPILEPTIQUES					
Carbamazépine TERGRETOL*		<600mg/24h	600- 800mg/24h	801- 1200mg/24h	1201- 2400mg/24h
Gabapentine NEURONTIN*		300- 600mg/24h	800- 900mg/24h	1200-3600mg	3600- 7200mg/24h
Prégabaline LYRICA*		75mg/24h	150- 300mg/24h	301- 600mg/24h	600- 1200mg/24h
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 5</i>	<i>Score = 10</i>	<i>Score = 15</i>	<i>Score = 20</i>
DERIVES OPIOÏDES FORTS					
Morphine SKENAN*		1-20mg/24h	21-70mg/24h	71-120mg/24h	120- 240mg/24h
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 6</i>	<i>Score = 12</i>	<i>Score = 18</i>	<i>Score = 24</i>
Fentanyl DUROGESIC* 25µg/h = 60mg/j de morphine		12µg/h/3j	25-50µg/h/3j	75- 100mg/h/3j	
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 12</i>	<i>Score = 12 - 18</i>	<i>Score = 24-30</i>	
Hydromorphone SOPHIDONE* 1,3mg = 10mg de morphine		4mg/j	8-16mg/j	24-48mg/j	
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 12</i>	<i>Score = 12 - 24</i>	<i>Score = 24-36</i>	
Oxycodone OXYCONTIN* 5mg = 10mg de morphine		5-10mg/j	20-40mg/j	80-160mg/j	
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 6</i>	<i>Score = 12 - 18</i>	<i>Score = 24 - 36</i>	
Dihydrocodéine DICODIN LP60*		0,5cp/24h	1cp/24h	2cp/24h	3-4cp/24h
	<i>Score = 0</i>	<i>Score = 6</i>	<i>Score = 6</i>	<i>Score = 12</i>	<i>Score = 18</i>

Annexe 15 Questionnaire éducation thérapeutique nouvelle version

Evaluation de fin de séance

CETD CHU NANTES

Vous trouverez ci-dessous une liste de propositions. Le but de ce questionnaire est d'évaluer l'éventuelle progression suite à la séance d'éducation thérapeutique. Vous utiliserez la légende suivante (les 2 symboles peuvent se retrouver dans la même case) :

: Pour les réponses d'avant la séance

: Pour les réponses d'après la séance

	0 Pas du tout	1 Un peu	2 Modérément	3 Beaucoup	4 Extrêmement
Je comprends le rôle de chaque médicament					
Je sais quel(s) médicament(s) prendre et à quel moment					
Je sais comment prévenir et gérer les principaux effets secondaires (nausées, constipation, bouche sèche...)					
Je pense que le traitement pourra faire disparaître mes douleurs					
J'ai trouvé des solutions autres que les médicaments pour gérer les pics douloureux					
Je pense que je fais des écarts, des erreurs avec mon traitement					
J'ai une appréhension à prendre mon traitement					
J'assume le fait de prendre mes médicaments devant mon entourage					
J'ai accepté l'idée de prendre un traitement au long cours					
J'ai conscience de l'importance de mon traitement					

Annexe 16 Document intervenant deuxième séance d'éducation thérapeutique nouvelle version

EDUCATION THERAPEUTIQUE : 2ème séance

Ce document est à destination des externes en pharmacie qui animent la séance d'Education Thérapeutique. Il reprend les principales notions à aborder avec les patients au cours de la séance et peut servir de base pour commenter les QCM et répondre à leurs questions. Ces informations ne sont pas exhaustives et demandent à être adaptées et complétées en fonction de votre sensibilité !

Un point sur les notions de la 1ère séance :

1) Mme L. prend de l'Ixprim, du Topalgic et du Cymbalta. Comment s'organise-t-elle, quand prend-elle chaque médicament ?

Retrouver les classes médicamenteuses :

- Topalgic en traitement de fond,
- Ixprim en traitement de crise,
- Cymbalta comme co-antalgique.

Exemple d'horaire de prise : 8h Topalgic, 20h Topalgic + Cymbalta, Ixprim en fonction des pics.

Essayer d'anticiper les pics pour prendre le traitement de crise avant, à défaut le prendre dès le début du pic et ne pas attendre que les douleurs s'installent !

2) Mr O. prend du Monocrixo, de l'Effexor et du Lyrica. Comment s'organise-t-il ? Que fait-il quand il a des pics douloureux ?

Retrouver les classes médicamenteuses. Mettre en évidence qu'il n'y a pas de traitement de crise.

Monocrixo : 1 seule prise par jour contrairement au Topalgic.

3) Cela fait déjà cinq ans que j'ai un traitement contre la douleur. Je commence à désespérer car au bout d'un certain temps les médicaments deviennent forcément inefficaces.

Faux. En dehors des morphiniques et des benzodiazépines, les médicaments qui sont efficaces chez un patient le resteront indéfiniment (c'est vrai pour la grande majorité des cas, mais il y a toujours quelques exceptions...).

4) Je suis déjà sous morphine, c'est un traitement fort. Pourtant il est utile que je prenne en plus le Paracétamol que mon médecin m'a prescrit.

Vrai. Le Paracétamol potentialise l'effet antalgique de la morphine.

5) Si on me donne des antidépresseurs, ça veut dire que je suis dépressif.

Faux. Les antidépresseurs et les antiépileptiques sont des « co-antalgiques » qui sont utilisés chez les douloureux chroniques car des études scientifiques ont prouvé qu'ils étaient efficaces pour traiter certaines douleurs (neuropathiques).

Lutter contre les effets secondaires

6) Si j'ai beaucoup d'effets secondaires en début de traitement, ça ne changera pas.

Faux. La plupart des effets secondaires sont présents en début de traitement puis s'estompent au bout de quelques jours. Il faut donc persévérer même si on tolère mal un médicament lors de son instauration. En revanche certains effets peuvent perdurer (par exemple la prise de poids avec le Lyrica).

Les nausées

7) Mme M. vient d'arriver au CETD. On lui a instauré du Monocrixo LP 100 depuis deux jours. Elle va présenter des nausées.

Vrai mais d'autres effets secondaires peuvent exister : constipation, somnolence, ou aucun effets secondaire, chaque personne réagit différemment il n'y a pas de règle générale.

8) S'allonger juste après le repas permet de diminuer les nausées liées au traitement.

Faux. Ne pas s'allonger juste après le repas car cela va saturer l'estomac
Par contre on peut conseiller de fractionner les repas dans la journée, de consommer des repas froids et sans odeurs, ou encore de proposer à quelqu'un d'autre de faire la cuisine pour éviter d'être en contact avec les odeurs.

Mais ne pas boire un grand verre d'eau car cela risque de saturer l'estomac

La constipation

9) Mr B. prend de l'Effergal codéiné et il se plaint de constipation. Il peut limiter cet effet en prenant des laxatifs.

Les laxatifs peuvent éventuellement être utilisés de façon ponctuelle mais ce n'est pas une solution. Il faut les limiter au maximum pour éviter le syndrome des laxatifs.

Différencier les laxatifs doux (Macrogol, Lactulose...) de ceux qui sont irritants. Attention aux huiles (Lansoyl, huile de paraffine...) qui empêchent l'absorption des vitamines liposolubles.

Conseils hygiéno-diététiques : (faire participer les patients)

Boire beaucoup, que ce soit de l'eau ou bien des jus de fruits, des potages, du lait, du thé, du café... (limiter l'alcool cependant !)

Privilégier les aliments qui facilitent le transit ? (fruits et légumes sous toutes leurs formes (cuits, crus, frais, surgelés, en purée...), céréales et pain complets...)

Avoir une activité physique facilite aussi le transit. Attention tout de même à ne pas trop forcer (aggravation des douleurs !)

La bouche sèche

10) Mr A. a constamment la bouche sèche. C'est l'un des effets connus de ses médicaments. Il a appris qu'il peut diminuer ce symptôme en suçant un glaçon ou de la glace pilée

Vrai. Sucrer un glaçon ou mieux, de la glace pilée, mais attention à ne pas se brûler par le froid...

Mais on peut également leur proposer de : mastiquer ce qui permet de se « muscler » les glandes salivaires, que ce soit au cours des repas ou avec du chewing-gum, mais attention au grignotage, privilégier ceux sans sucre.

Boire régulièrement

Il existe aussi des sprays correcteurs d'insuffisance salivaire (Artisial par exemple), sans prescription, sans contre-indications, sans effets secondaires. En parler avec son médecin. (Il existe aussi le Sulfarlem)

Les troubles de la mémoire

11) Mme T. prend de l'âge et oublie régulièrement certains détails du quotidien. Ses médicaments n'améliorent rien... Pour lutter contre ces troubles de mémoire elle peut Entretenir sa mémoire avec des activités mentales (lecture, mots croisés...)

Vrai. Noter sur un carnet toutes les tâches qu'elle a à faire

Se concentrer sur une tâche à la fois

La prise de poids

12) Depuis qu'elle est sous Lyrica , Mme R. voit les kilos s'accumuler. Ce médicament est connu pour augmenter l'appétit, mais elle peut limiter sa prise de poids en commençant ses repas par une assiette de crudités

Vrai. On observe une augmentation de l'appétit par modification de certains récepteurs du cerveau : la sensation de faim est moins ressentie. C'est malheureusement un effet fréquent et qui perdure tout au long du traitement. Paradoxalement, d'autres patients présentent plutôt une anorexie !

Commencer le repas par des crudités permet de remplir l'estomac.

Repréciser quels sont les aliments à éviter (pizza, chips, fromage, huiles/beurre/crème, pâtisseries, plats tout préparés...)

Rappeler les règles hygiéno-diététiques de base : manger 5 fruits et légumes par jour, éviter de grignoter entre les repas, éviter de manger trop gras et trop salé, avoir un apport de chaque groupe d'aliment à tous les repas : protéine, féculent, fruit et légume, laitage : proposer aux patients de composer un repas type, et pratiquer une activité physique régulière.

Les troubles de la concentration

13) Au vu de ce pictogramme :



Je peux parcourir une courte distance au volant de ma voiture

Il existe trois niveaux de vigilance.

Niveau 3 : sédatifs, anesthésiques généraux et collyres brouillant la vue. Conduite interdite.

Niveau 2 : la conduite n'est pas interdite mais prudence ! Les effets sont variables d'une personne à l'autre, il faut demander l'avis de son médecin ou pharmacien mais la personne qui se connaît le mieux est le patient lui-même.

Connaitre les signes qui doivent alerter : somnolence, vertiges, troubles visuels...

Parcourir de longues distances est particulièrement dangereux, mais le risque existe aussi sur de petites distances, surtout des trajets connus qu'on parcourt de façon « automatique »...

Attention à l'accumulation des risques : association de médicaments, manque de sommeil, alcool...

Les médicaments, amis ou ennemis ?

Les abus médicamenteux

14) Si Mr B augmente sa dose de paracétamol à 8 g par jour sur une semaine pour soulager des douleurs plus importantes que d'habitude, il ne courra aucun risque

Faux. Dose maximale : 4g/j

Dépasser la posologie maximale peut être dangereux, même sur une prise unique (si > 8g)

La greffe hépatique n'est pas un mythe, et même les médicaments les plus courants peuvent être dangereux (ne pas dramatiser non plus sinon ils ne prendront plus rien !!!)

15) Mr R. prend de l'ibuprofène contre son mal de tête. Il a des douleurs à l'estomac il décide de prendre un pansement gastrique

Les AINS sont des antalgiques mais à limiter aux situations inflammatoires et sur des cures courtes car risque d'ulcère gastrique.

Pas besoin d'IPP sur des cures courtes si pas d'antécédents mais on peut éventuellement utiliser un pansement gastrique (Gaviscon, Maalox...). Espacer la prise des autres médicaments de 2 heures minimum pour éviter les interactions.

Evidemment, augmenter la dose d'AINS n'est pas une solution !

16) En augmentant la dose, on augmente l'effet des médicaments.

Vrai et faux. C'est vrai en-dessous de la dose maximale, mais quand on la dépasse on augmente les risques (effets secondaires, toxicité) sans augmenter l'efficacité.

Reprendre l'image du verre plein : on peut continuer de verser de l'eau, ça ne le remplira pas davantage. En revanche ça mouillera tout ce qui est autour.

La dépendance

17) La dépendance peut se caractériser par des sueurs, des tremblements, des nausées, une sensation de mal être passager.

Vrai. Deux classes de médicaments sont concernées : les morphiniques et les benzodiazépines.

Ils sont à utiliser sur de courtes périodes et à diminuer très progressivement pour limiter l'effet de sevrage. L'objectif au CETD est de les limiter au maximum.

Dépendance : accoutumance de l'organisme qui implique un syndrome de sevrage, surtout si on l'arrête brusquement.

Tolérance : nécessité d'augmenter continuellement les doses pour que le médicament soit efficace.

La toxicité pour l'organisme et les alternatives

18) Je m'inquiète aussi parce que je me dis qu'à force, tous les médicaments que je prends deviennent toxiques pour l'organisme.

Faux. Si on respecte bien les doses prescrites, il n'y a aucun danger, même après plusieurs années. Certains médicaments bien particuliers entraînent des séquelles (corticoïdes, anticancéreux...) mais pas ceux qui sont utilisés dans le traitement de la douleur. En revanche il y a un risque en cas de non-respect des posologies !

19) Mme V. en a assez de consommer des médicaments depuis des années, elle pense se tourner vers d'autres alternatives. Elle a lu que : La phytothérapie (plantes) et l'aromathérapie (huiles essentielles) sont naturelles donc elle peut en prendre sans danger

Attention, « naturel » ne veut pas dire « sans danger » ! Les plantes contiennent des molécules actives (dont sont issus un grand nombre de médicaments) et donc logiquement il y a un risque d'effets secondaires et d'interactions. C'est encore plus vrai pour les huiles essentielles qui sont très concentrées (à n'utiliser que diluées). Toujours demander l'avis d'un professionnel de santé !

20) L'homéopathie peut aussi la soulager sans aucun effet secondaire

A l'inverse, l'homéopathie peut être utilisée sans restriction, il n'y a aucun effet secondaire, interaction ni contre-indication.

Internet

21) Mme V. a vu une pub dans son magazine pour de nouveaux médicaments, et décide de les acheter par internet car moins chers qu'en pharmacie.

Attention aux publicités et offres sur internet : pas forcément d'études sérieuses, de contrôles de la fabrication, de l'origine des produits, risque d'inefficacité voire même de toxicité...

22) Mme K. se sent un peu perdue et isolée. Elle aimerait bien en savoir davantage sur ses douleurs et sa voisine lui a conseillé d'aller voir sur des forums de discussions car on y trouve plusieurs avis.

On trouve des témoignages d'autres personnes dans des situations identiques et on peut partager nos expériences

Il vaut mieux consulter des forums car on y trouve plusieurs avis et des discussions

Il y a des sites dont les informations sont contrôlées et auxquels on peut se fier sans inquiétude

Il vaut mieux quand même toujours en discuter avec un professionnel de santé

Que faire dans quelques situations pratiques :

23) Je pars en vacances pour deux semaines en famille à 500km de chez moi et je me rends compte que j'ai oublié mon traitement, comment faire ?

Toujours avoir avec soi une ordonnance, même périmée, ainsi que les coordonnées de son médecin et de sa pharmacie habituelle.

On peut se présenter dans une pharmacie et expliquer son problème : si on a une ordonnance valide ils pourront nous la délivrer. Si cette ordonnance était valable 3 mois et est périmée il est possible de faire une délivrance exceptionnelle (et cela doit rester exceptionnel !!). Sinon il faudra prendre rendez-vous avec un médecin pour obtenir une nouvelle ordonnance.

A défaut, on peut prendre du Paracétamol en attendant de trouver une solution, mais attention à l'automédication...

Ne surtout pas rester sans traitement, ce n'est pas une solution !

Aborder la notion du Dossier Pharmaceutique : dossier sur la carte vitale qui enregistre l'historique médicamenteux des quatre derniers mois et permet à toutes les pharmacies (de garde ou du lieu de vacances) de connaître le traitement du patient sur simple présentation de la carte vitale (permet les dépannages, évite les interactions). Dans le futur, il pourra être lu par les services des urgences en cas d'accident. Gratuit, il faut juste demander à sa pharmacie de le créer.

24) Je viens de me faire une entorse, puis-je prendre des médicaments pour ma cheville en plus de ceux que je prends pour mes douleurs habituelles ?

Ca dépend desquels, mais les antalgiques pris habituellement agiront aussi sur les douleurs de la cheville, ne pas les cumuler ! Certains médicaments peuvent cependant être prescrits en plus (anti-inflammatoires...). Ne pas s'auto-médiquer, toujours demander l'avis d'un professionnel.

NB : Les techniques non médicamenteuses (chaud, froid) peuvent aussi être utiles !

25) Avec le temps qu'il fait en ce moment, j'ai attrapé un rhume, je décide d'aller à la pharmacie. Puis-je prendre d'autres médicaments et dans quelles conditions ?

Mon traitement antidouleur ne m'interdit pas de prendre d'autres médicaments, mais pas dans n'importe quelles conditions !

« Médicament en vente libre » (sans ordonnance) ne signifie pas « absence de danger ».

Pour le rhume par exemple, un grand nombre de médicaments contient du Paracétamol (Humex, Actifed, Fervex...). Il faut donc en tenir compte pour ne pas se retrouver en surdosage.

Toujours mentionner son traitement au pharmacien avant d'acheter un médicament pour qu'il s'assure qu'il n'y a pas de contre-indication ou d'interaction.

26) Quelqu'un dans mon entourage a mal, peut-il prendre mes médicaments ?

En dehors du Paracétamol (attention au dosage pour les enfants !) je ne dois pas donner mon traitement à mon entourage. Il est adapté à mon cas et à mes douleurs mais ne l'est pas forcément pour eux et cela peut même être dangereux. Consulter si les douleurs sont importantes.

Annexe 17 Diagnostic d'éducation thérapeutique

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	DIAGNOSTIC EDUCATIF	Diffusion par :	
	Processus :	Page 171 / 189	V.

I- OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC EDUCATIF

Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et son projet dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé

J- OUTILS

- Jeu de 12 cartes
- Feuille de synthèse du diagnostic éducatif

K- PREMIERE ETAPE : DEFINITION DES OBJECTIFS

Cette étape est à réaliser le mardi matin.

- Identifier avec le patient s'il existe des attentes particulières vis-à-vis de sa compréhension de son traitement médicamenteux.
- Proposer en conséquence jusqu'à trois des douze thèmes proposés au patient en posant la question située sur le recto de la carte correspondante.
- Discuter de la réponse avec le patient à l'aide du verso de la même carte.
- Remplir la fiche de synthèse du diagnostic éducatif et indiquer les objectifs retenus.

L- DEUXIEME ETAPE : APPROFONDISSEMENT DE LA SEANCE COLLECTIVE

Cette étape est à réaliser le jeudi matin.

- Identifier à l'aide de la fiche d'évaluation de fin de séance les éventuels objectifs à reformuler.
- Répondre aux interrogations restantes du patient
- Laisser la feuille de synthèse dans le dossier du patient.

Jeu de cartes: Diagnostic éducatif



*Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur*

Indications:
est destiné
hospitalisés
pour des
chroniques.
Vous pouvez
un entretien
au patient
séance
thérapeutique
médicament
collective, a
un premier



*Centre D'Ev
de la Doule*

Intérêt: Installer une relation de confiance avec le patient.

But: Chaque carte a une thématique qui sera abordée avec le patient. A l'aide des questions et mises en situation vous pourrez évaluer les besoins éducatifs du patient.



*Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur*

- Utiliser toutes les cartes et poser les questions que vous jugez appropriées au patient.
- Remplir la fiche de synthèse propre au patient en indiquant ce qui est à valoriser ou à reprendre.
- Demander au patient s'il souhaite travailler des thèmes particuliers et remplir le tableau: "objectifs patient".
- Déterminer les thèmes qui vous semblent judicieux d'aborder et remplir le tableau: "objectifs pharmacien".



*Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur*

1

Objectifs

Connaitre le nom de ses médicaments et savoir faire la différence entre le traitement de fond et le traitement de crise.



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

Traitement: 1 Connaissances



Pouvez vous me dire quels sont les médicaments que vous utilisez pour diminuer vos douleurs?
Faites vous des différences entre vos

médicaments?

Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur



2

Objectif

Savoir organiser la prise
de ses médicaments.



*Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur*

Traitement: Organisation

2



Pouvez vous me dire
comment vous vous
organisez pour prendre
vos médicaments?



*Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur*

3

Objectif

Savoir anticiper un pic
douloureux.



*Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur*

3

Gérer ses douleurs



Pouvez-vous me dire ce
que vous faites avant la
pratique d'une activité
douloureuse?



*Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur*

4

Objectif

Connaître les risques de l'arrêt brutal de certains médicaments.



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

4

Gérer ses médicaments



Pouvez-vous arrêter vos médicaments si vos douleurs diminuent?



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

5

Objectifs

Savoir gérer en urgence
une commande de
médicaments.

Savoir qu'il faut toujours
avoir sur soi une
ordonnance.

Mettre en place son
dossier pharmaceutique.



*Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur*

Gérer l'oubli de ses médicaments

5



Pouvez-vous me dire
comment vous vous feriez
si vous aviez oublié vos
médicaments avant de
partir en vacances?



*Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur*

6

Objectif

Connaître les risques liés
à l'automédication
(risque de surdosage avec
le paracétamol
notamment).



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

6

L'auto médication



Pouvez-vous me dire ce
que vous faites lorsque
vous êtes enrhumé?



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur



Objectif

Connaître les quatre axes de prise en charge:

- Axe médical
- Axe fonctionnel
- Axe psychologique
- Axe socio-professionnel



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur



Améliorer sa qualité de vie



Pouvez-vous me dire ce que vous mettez en place pour améliorer votre qualité de vie en plus de vos médicaments?



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur



Objectif

Cibler les effets secondaires que présente le patient.



Centre D'Evaluation et de Traitement de la Douleur

Effets secondaires

8



Ressentez-vous des effets secondaires lors de la prise de vos médicaments?



Centre D'Evaluation et de Traitement de la Douleur

9

Objectif

Connaître les
médicaments qui peuvent
altérer la vigilance



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

Effets secondaires

9



Pensez-vous que vos
médicaments peuvent
influencer votre conduite
automobile?



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

10

Objectif

Connaître les médicaments à risque de dépendance.



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

10

Effets secondaires



Pensez-vous que les médicaments que vous prenez vous rendent dépendant?



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

11

Objectif

Evaluer l'impact de la prise de médicaments dans la vie quotidienne.



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

Vécu de la maladie

11



Comment vivez-vous la prise de vos médicaments au quotidien?



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

12

Objectif

Evaluer l'implication du patient vis-à-vis de sa prise en charge



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

12

Motivation



© Can Stock Photo - csp4580963

Vous sentez-vous acteur
de votre prise en charge?



Centre D'Evaluation et de Traitement
de la Douleur

Annexe 18 Fiche de synthèse du diagnostic d'éducation thérapeutique

 <small>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES</small>	SYNTHESE DU DIAGNOSTIC EDUCATIF	Diffusion par :	
	Processus :	Page	V.

NOM :

PRENOM :

DATE :

THEMES	ACQUIS et/ou A VALORISER	A REFORMULER
La connaissance du traitement		
L'organisation du traitement		
L'anticipation		
L'arrêt du traitement		
L'oubli du traitement		
L'automédication		
Les axes non-médicamenteux		
Les effets secondaires		
La vigilance		
La dépendance		
L'impact sur la vie quotidienne		
La motivation		

Accord du Pharmacien et du patient sur objectifs prioritaires

OBJECTIFS	
THEME 1	
THEME 2	
THEME 3	

Vu, le président du jury,

Mme Sylvie PLESSARD

Vu, le Directeur de thèse,

Mr Julien Nizard

Vu, le directeur de l'UFR,

Mme Virginie FERRE

Nom – Prénom : COTTIN Emilie

Titre de la thèse : Evaluation qualitative et quantitative de l'efficacité du programme d'éducation thérapeutique du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes. Etude sur 50 patients douloureux chroniques.

Résumé de la thèse :

But de l'enquête Au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes, les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire où l'éducation thérapeutique prend toute sa place. Le programme d'éducation thérapeutique a fait l'objet d'une première évaluation concernant la satisfaction des patients. Afin d'évaluer l'efficacité du programme, une étude quantitative (analyse d'ordonnances et du MQS score à l'entrée et à la sortie des patients) et qualitative (synthèse du questionnaire d'évaluation avant et après les séances) ont été réalisées.

Méthode : Ce travail a été mené grâce aux données récoltées auprès de 50 patients hospitalisés entre juin et septembre 2012 au CETD de Nantes.

Résultats : Nous avons observé : 1. Une diminution de la consommation des benzodiazépines, des hypnotiques, des opioïdes forts. 2. Une diminution du MQS score moyen de 31 à 22, avec une diminution chez 64% des patients. 3. Une amélioration des connaissances médicamenteuses, de l'anticipation des pics douloureux, de la gestion des effets indésirables et de l'anxiété ressentie. Une reconnaissance des erreurs faites avec les traitements avant l'hospitalisation. Une implication accrue des patients dans leur suivi thérapeutique qui assument mieux la prise des médicaments, acceptent leur maladie, prennent conscience de l'importance du traitement. 4. Le programme éducatif a été amélioré par l'instauration d'un nouvel outil de diagnostic éducatif et la modification du déroulement des séances afin de les rendre plus interactives.

Conclusion : L'étude souligne l'importance et la légitimité de l'éducation thérapeutique chez les patients hospitalisés en CETD. Ainsi le programme, incluant désormais le diagnostic éducatif, permet de créer une alliance thérapeutique avec le patient et de structurer le contenu des séances éducatives, qui sont finalisées par une évaluation. Il répond aux recommandations de la Haute autorité de Santé.

MOTS CLÉS : Centre d'évaluation et de Traitement de la Douleur - Education thérapeutique - diagnostic éducatif - alliance thérapeutique - évaluation - MQS score.

JURY :

PRÉSIDENT : Madame Sylvie PLESSARD, Professeur en Chimie Thérapeutique

ASSESEURS : Monsieur Julien NIZARD, Professeur et Chef du Centre Fédératif Douleur Soins de Support Ethique Clinique

Madame Edwige DE CHAUVIGNY, Médecin responsable de l'hospitalisation et de l'éducation thérapeutique du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

Madame Anne LE RHUN, Médecin en Santé publique et responsable de l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique

Madame Martine FOREAU, Docteur en Pharmacie

Adresse de l'auteur : 3 allée Claude Rouget de Lilse 44800 Saint Herblain