

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

DON JULIEN

Présentée et soutenue publiquement le 23 Février 2005

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT LOMBALGIQUE AU
CENTRE DE LA DOULEUR DU CHU DE NANTES**

Président : Mme F. Ballereau
Pr. de Pharmacie Clinique et Santé Publique

Membres du jury : M. J. Nizard
Praticien Hospitalier (médecin)
M. Y. Lajat
Pr. de Neurochirurgie
M. J.C. Maupetit
Praticien Hospitalier (pharmacien)
M. G. Potel
Pr. de Thérapeutique

REMERCIEMENTS

A Madame Ballereau,

Professeur de Pharmacie Clinique et de Santé Publique, qui me fait l'honneur de présider ce jury, ainsi que pour son aide et ses conseils éclairés.

A Monsieur Nizard,

Praticien hospitalier, responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU Nord de Nantes, et directeur de ma thèse, pour m'avoir encouragé et soutenu dans ce travail.

A Monsieur Lajat,

Praticien hospitalier, responsable du service de Neurochirurgie du CHU Nord de Nantes, avec mes remerciements pour participer à ce jury.

A Monsieur Maupetit,

Docteur responsable du pôle pharmacie à l'Hôpital Saint Jacques, avec mes remerciements pour participer à ce jury et pour son aide au début de ce travail.

A Monsieur Potel,

Professeur de Thérapeutique, chef de service des urgences du CHU de Nantes, avec mes remerciements pour participer à ce jury.

A mes parents, pour leur amour et leur soutien.

A ma famille, mes amis.

A Mesdames Morineau, Chognot, Cheymol, Chassé, Dugast, et Monsieur Charrier pour m'avoir fait découvrir, apprendre et aimer ma profession.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 4 |
| I) CONTEXTE..... | 6 |
| 1) La lombalgie chronique, un problème de santé publique | 6 |
| 1-1 Diagnostic | 6 |
| 1-2 Impact socioéconomique | 7 |
| 1-3 Facteurs de risque | 9 |
| 2) Le Centre de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes | 11 |
| 2-1 Historique | 11 |
| 2-2 Présentation du centre de traitement et d'évaluation de la Douleur de Nantes | 12 |
| 2-3 Les acteurs de la pluridisciplinarité | 14 |
| 2-4 Traitements instaurés au Centre de la Douleur..... | 15 |
| 3) Pourquoi mettre en place un fascicule d'information et d'éducation thérapeutique destiné aux patients hospitalisés?..... | 19 |
| 3-1 L'éducation thérapeutique du patient | 19 |
| 3-2 Mieux faire passer le message | 21 |
| 3-3 Faire face à la lassitude des patients | 22 |
| 3-4 Adapter et maîtriser son traitement..... | 25 |
| 3-5 Soutenir le travail de l'équipe médicale | 26 |
| a) Les infirmières | 26 |
| b) L'externe en Pharmacie | 26 |
| c) Le médecin et l'équipe soignante | 28 |
| II) MATERIEL ET METHODE | 29 |
| III) RESULTATS: FORMALISATION DU FASCICULE ET MISE EN OEUVRE | 31 |
| 1) Formalisation du fascicule..... | 31 |
| 2) Mise en œuvre du fascicule | 37 |
| IV) DISCUSSION: LIMITES ET INTERETS DU FASCICULE | 38 |
| CONCLUSION..... | 41 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 43 |
| ANNEXES | 46 |

INTRODUCTION

L'invalidité liée à la douleur chronique non cancéreuse, et particulièrement à la lombalgie commune, a connu dans les 10 dernières années une forte croissance dans les pays industrialisés. La prévalence de la lombalgie est assez élevée, puisque l'on estime que 60 à 90% de la population a déjà souffert ou souffrira de douleurs lombaires. Pourtant seuls 6 à 8% des patients passeront au stade de chronicité invalidante et seront responsables de plus de 70% des coûts médicaux directs ou indirects, faisant de la lombalgie un réel problème de santé publique (*Maetzel, 2002 ; Rossignol, 1988*).

Les patients atteints de lombalgies chroniques rebelles hospitalisés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur sont en situation d'échec thérapeutique. Dans cette Unité, au terme de l'évaluation des composantes somatique, psychologique et sociale de la douleur chronique, différentes thérapies complémentaires sont envisagées: médicamenteuses, physiques, psychologiques, chirurgicales. Ces différentes techniques sont envisagées d'emblée en combinaison sous la forme d'un programme structuré, plutôt qu'une succession dans le temps de chacune de ces thérapies. **L'objectif est d'amener le patient à accroître sa tolérance à la douleur, à mieux l'accepter et à mener des activités aussi normales que possible.**

Dans une enquête de satisfaction menée d'avril 1999 à janvier 2000 par une étudiante en Pharmacie du Centre de la Douleur de Nantes afin d'évaluer le ressenti des personnes hospitalisées dans l'unité, et portant sur une cohorte de 30 lombalgiques chroniques hospitalisés au Centre de la Douleur de Nantes, 92% des patients ont trouvé les informations données par l'équipe soignante sur le médicament excellentes, très bonnes ou bonnes. Plus de la moitié des patients (54%) ont toujours eu des explications spontanées de leur traitement. **Cela témoigne de l'intérêt des patients pour l'explication de leurs traitements médicamenteux.** Une meilleure information permet une meilleure acceptation (coping) de la douleur et du handicap

par le patient, entraînant un meilleur pronostic dans la récupération des capacités fonctionnelles.

La rationalisation du traitement médicamenteux fait partie du programme pluridisciplinaire instauré au Centre de la Douleur. Beaucoup de patients arrivant dans l'Unité éprouvent des réticences vis à vis du médicament car ils sont souvent poly médicamenteux, tout en ne ressentant aucun effet bénéfique sur leurs douleurs chroniques. Le fait de réintroduire certains médicaments dans leur traitement lors de leur entrée est donc souvent mal perçu.

L'ensemble de l'équipe du Centre de la Douleur doit participer à l'instauration d'un climat de confiance avec le douloureux chronique, indispensable à son amélioration, et qui passe par de nombreuses explications sur les traitements administrés, avec les raisons de leur utilisation et la façon de les prendre. **L'explication orale reste la plus importante, mais un support écrit ne pourrait-il pas permettre d'appuyer ces dires, de les répéter afin de les retenir, et de laisser une trace écrite facilement consultable par le patient lui-même ou par son entourage?**

Nous avons souhaité répondre à cette question, et formaliser un document écrit spécifique sur la prise en charge médicamenteuse des douleurs chroniques non cancéreuses.

I) CONTEXTE

1) La lombalgie chronique, un problème de santé publique

Plus d'un sujet sur deux ressentent une lombalgie au cours de leur existence. Celle-ci risque de se chroniciser si elle n'est pas efficacement prise en charge au stade initial. Le diagnostic repose essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen clinique, qui permettent le plus souvent d'éliminer les autres diagnostics et de se passer d'examens complémentaires. **Lorsqu'elle devient chronique, la lombalgie peut être responsable d'un important handicap professionnel et social.** Rarement révélatrice d'une infection organique, qu'il faut savoir diagnostiquer et traiter pour son propre compte, la lombalgie chronique ne reconnaît pas d'explication physiopathogénique claire et indiscutée. **Son traitement est ainsi difficile à mettre en œuvre et la dimension psychologique peut être prépondérante, ce qui souligne l'importance de la qualité de la relation entre le médecin et son patient.**

1-1 Diagnostic

La lombalgie chronique dite « commune » est définie par une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse mais ne dépassant qu'exceptionnellement le genou (ANAES, 2000). Ceci ne comprend donc pas les lombalgies secondaires à une cause traumatique, tumorale ou infectieuse. Le patient la signale souvent de façon impropre comme « mal aux reins » ou « douleur de hanche ».

Il s'agit d'une douleur de la région rachidienne pouvant avoir son origine dans les structures disco vertébrales, interapophysaires postérieures, musculaires ou ligamentaires. La lombalgie chronique est, par définition, durable, plus ou moins permanente, succédant ou non à un épisode aigu (lombalgie aiguë ou lumbago).

Traduisant une déficience chronique du système disco-vertébro-ligamentaire et musculaire, la lombalgie chronique est rarement révélatrice d'une pathologie rachidienne, infectieuse, néoplasique ou inflammatoire, ou d'une pathologie extra rachidienne, qui doit cependant être éliminée lors des premières consultations.

La physiopathologie de la lombalgie chronique est mal connue et incomplètement élucidée. Ceci laisse la place à des explications non scientifiquement prouvées (théories ostéopathiques, homéopathiques ou autres) (*Ziza, 1998*):

- *le disque vertébral

- *les articulations postérieures

- *la déficience des muscles para vertébraux et des ligaments

- * une anomalie de la charnière lombo-sacrée ou une inégalité manifeste de longueurs de membres

- *l'état psychique du sujet et une dépression éventuelle influent considérablement sur la perception de la lombalgie chronique qu'ils majorent, auto entretiennent et finissent par provoquer. Le caractère secondaire à un accident du travail ou à un accident de la voie publique doit être pris en compte lors de l'abord du patient lombalgique.

1-2 Impact socioéconomique

La lombalgie commune, bien que bénigne, entraîne des retentissements personnels et sociaux majeurs. De nombreux instruments ont été élaborés et validés pour évaluer ces retentissements. Les incidences socioéconomiques de la lombalgie commune sont considérables et l'absence de suivi des recommandations concernant la prise en charge des lombalgies aiguës et chroniques entraîne un surcoût.

Chaque année, 111000 arrêts de travail d'une durée moyenne de 33 jours (soit 3,5 millions de journées de travail perdues) sont directement liés à cette pathologie (*AFREK, 1998*). L'évolution de ces arrêts de travail secondaires à un épisode de lombalgie a été considérée comme le plus souvent favorable. Des études montrent que 67% des patients en arrêt de travail en raison d'une lombalgie ont repris leur

activité en moins d'une semaine et que 90% le reprennent en moins de deux mois.

Cependant, **plus la période d'arrêt de travail s'allonge, plus les chances de reprendre le travail diminuent.** Moins de 50% des patients en arrêt de travail pour lombalgie reprendront leur poste et après deux ans d'absence, la probabilité de réintégrer son poste de travail est à peu près nulle (*S. Poiraudeau, 2004*). On considère donc habituellement que le sous-groupe de patients passant à la chronicité est responsable de la majorité des coûts. Quinze pour cent des employés lombalgiques représenteraient la moitié des jours d'absentéisme.

D'autres études rapportent qu'approximativement 10 à 15% des lombalgiques représentent 75% des coûts liés à cette pathologie (*Morel-Fatio, 2002*). Ainsi, bien que les données sur le coût de la pathologie lombaire commune soient relativement incomplètes, les résultats de différentes études montrent que cette pathologie est un véritable problème de santé publique dans les sociétés industrialisées.

Une enquête canadienne (*Rossignol, 1988*) a montré que 7,4% seulement des malades lombalgiques avaient un arrêt de travail supérieur à 6 mois mais qu'ils représentaient 68% des journées perdues et 76% des coûts d'indemnisation.

En France, les coûts médicaux directs représentent environ 1,6% des dépenses d'assurance maladie et 0,1% du produit intérieur brut. Mais les coûts indirects des lombalgies, comme les arrêts de travail, pertes de productivité,..., représentent 5 à 10 fois les coûts directs, l'essentiel de ces dépenses étant destinées aux lombalgiques chroniques. Ceci se retrouve dans tous les pays industrialisés. En Angleterre par exemple, un homme sur 25 change de travail du fait d'un accident lombaire chaque année. Il convient d'apprécier la gêne fonctionnelle et le handicap, pour éviter les trop longs arrêts de travail qui risquent de conduire au licenciement et organiser un retour rapide à la vie active. Dans certains métiers de force, envisager précocement un changement de poste, un aménagement du poste (ergothérapie), parfois un reclassement professionnel (COTOREP). Il est important de prendre précocement contact avec le médecin du travail.

D'après l'INSERM, **la probabilité de reprise du travail ne serait que de 40% après 6 mois d'absence consécutifs, et de 15% seulement après un an**

d'arrêt (INSERM, 2002). Il faut aussi tenir compte d'un déconditionnement physique et psychologique compliquant cette réinsertion professionnelle.

La tendance actuelle concernant la prise en charge de la lombalgie consiste en une reprise d'activité la plus rapide possible.

1-3 Facteurs de risque

En raison de la fréquence, du coût et du retentissement des lombalgies, de nombreuses études se sont attachées à déterminer les facteurs de risque de survenue, de récurrence et de chronicité de cette symptomatologie dans la population générale afin de pouvoir trouver des solutions médicales et économiques permettant de diminuer le retentissement socioéconomique de cette pathologie.

Une des difficultés d'analyse des facteurs de risque de la lombalgie est que celle-ci est d'origine multifactorielle et ceci est valable aussi pour les causes de récurrence, de chronicité et de non retour au travail, comme le montre le tableau suivant (S. Poiraudéau, 2004):

| Récidive | Chronicité | Non-retour au travail |
|-----------------------------------|--|--|
| ATCD de lombalgie | ATCD de lombalgie | Sciatique |
| | ATCD de chirurgie lombaire | Sévérité de la douleur |
| | Sévérité de la douleur | |
| | Sciatique | Sévérité de l'incapacité fonctionnelle |
| | Durée de la lombalgie | |
| | Sévérité de l'incapacité fonctionnelle | |
| | Insatisfaction au travail | Insatisfaction au travail |
| Insatisfaction au travail | Mauvais état général de santé | Mauvais état général de santé |
| Mauvais état général de santé | | Inadéquation du salaire |
| | Facteurs socioprofessionnels | |
| Facteurs socioprofessionnels | Statut psychologique global | |
| Statut psychologique global | Dépression | Type de personnalité |
| Dépression | Mauvaise posture au travail | |
| Mauvaise posture au travail | Contexte social non satisfaisant | Charge élevée de travail |
| Soulever des charges | Autre douleur musculosquelettique | |
| Contexte social non satisfaisant | Age | |
| Autre douleur musculosquelettique | Sexe féminin | Age |
| | Avis global du médecin | Sexe féminin |
| | Acceptation de la douleur (coping) | Absence de phénomène de centralisation |
| | | Contexte juridique |

Tableau 1: Synthèse des facteurs de risque de récurrence, chronicité ou de non-retour au travail, d'après S. Poiraudéau et al. Encyclopédie pratique de la médecine, 2004 ; 15, 841-847.

Parmi les études réalisées, malgré des difficultés méthodologiques nombreuses, on peut ressortir certains facteurs de risque de passage à la chronicité (*Gatchel, 1995; Valat, 1997*):

*des facteurs personnels:

- le sexe féminin (surtout dans les études récentes)
- l'âge (risque relatif multiplié par 5 à partir de 50 ans)

*des facteurs socioprofessionnels:

- travail pénible et inadapté
- insatisfaction au travail
- conditions de travail

*des facteurs médico-légaux:

- litiges avec organismes sociaux
- conflit avec un tiers

*des facteurs socioéconomiques:

- bas niveau éducatif
- ressources peu élevées
- problèmes familiaux
- difficultés d'expression et linguistiques

*des facteurs psychologiques:

- dépression
- mal-être

L'évolution chronique des lombalgies dépend donc des caractéristiques médicales de l'affection elle-même mais également des données psychosociales et professionnelles. **Une prise en compte initiale de ces facteurs de risque pourrait permettre d'éviter ou de minimiser l'évolution vers la chronicité ou la récurrence.**

2) Le Centre de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes

2-1 Historique

En 1998, un premier plan de lutte contre la douleur a été défini, avec comme objectif « d’instaurer une véritable culture de lutte contre la douleur ».

En 2001, la société française de santé publique réalisa une évaluation de ce plan montrant qu’une prise de conscience des professionnels, ainsi que des usagers, s’était développée, et que des changements notables étaient intervenus notamment dans la prise en charge thérapeutique de la douleur.

Malgré ces éléments encourageants, des difficultés et des dysfonctionnements persistent, comme la méconnaissance de ces structures par le public et les libéraux, le faible usage d’outils de référence de mesures de l’intensité de la douleur, l’insuffisante formation des médecins dans le domaine de la douleur,...

En 2002, à partir de ce constat et pour soutenir les efforts engagés, le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées redéfinit un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé. Ce programme quadriennal poursuit les axes d’amélioration du plan précédent notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique rebelle.

Le fonctionnement pluridisciplinaire du centre de traitement de la douleur permet d’offrir aux patients une confrontation diagnostique plurielle et une prise en charge médicale, fonctionnelle, psychologique, sociale et professionnelle (*F. Boureau, 1993*). Pour l’équipe médicale, l’unité de lieu et de temps favorise les échanges indispensables. Pour les patients, un lieu spécifique favorise l’acceptation par le malade d’une évaluation « plus globale ». Ces patients sont en situation d’échec des prises en charge antérieures, médicamenteuses, non médicamenteuses, chirurgicales et des médecines alternatives.

2-2 Présentation du centre de traitement et d'évaluation de la Douleur de Nantes

Le centre de traitement et d'évaluation de la douleur du centre hospitalier de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle non cancéreuse de niveau III, composée de 7 lits d'hospitalisation, d'un plateau technique pour la réalisation de gestes algologiques et d'un bloc opératoire de neurochirurgie.

En effet, ces structures de lutte contre la douleur sont classées en niveaux de prise en charge: *niveau I*: les consultations pluridisciplinaires; *niveau II*: l'unité; *niveau III*: le centre d'évaluation et de traitement de la douleur, regroupant les deux niveaux précédents plus l'enseignement et la recherche sur la douleur.

En 2001, le centre a pris en charge en moyenne de façon hebdomadaire 25 patients en consultation et de 7 à 9 patients en hospitalisation de semaine. Les patients sont pris en charge au moins cinq jours et au mieux deux semaines en hôpital de semaine: la première est consacrée à la mise en œuvre du traitement et la seconde à son adaptation ainsi qu'à une réflexion sur la réinsertion socioprofessionnelle du patient. Cela représente environ 1400 consultations et 1400 journées d'hospitalisation sur une année. Le Docteur Julien Nizard et le Professeur Youenn Lajat ont permis une reconnaissance du Centre de la Douleur du CHU de Nantes et une rapide renommée, grâce à leur dynamisme lors de la mise en place de l'unité.

La prise en charge est adaptée en fonction de la personnalité et du vécu du patient. L'ANAES recommande « **d'adapter le suivi à chaque patient en fonction des objectifs fixés avec lui, en évitant la médicalisation excessive, tout en assurant un accompagnement thérapeutique qui reconforte le patient** », les modalités de suivi n'étant identifiées par aucune étude précédente. Les objectifs personnalisés sont négociés dès la préadmission et spécifiés dans le dossier unique, ce qui permet d'en informer toute l'équipe pour une prise en charge plus cohérente.

Le **contrat thérapeutique** passé entre le patient et le centre est la plupart du temps **oral** mais peut devenir écrit lorsque la motivation du patient est douteuse ou lorsqu'il a abandonné de nombreuses fois diverses méthodes de traitement.

Conformément au programme de lutte contre la douleur 2002-2005, l'établissement de santé remet un contrat d'engagement contre la douleur au patient à son admission. Ceci lui permet de mieux comprendre que la prise en charge de la douleur ne signifie pas une disparition complète de la douleur mais plutôt une diminution de cette douleur chronique rebelle de 20 à 30% et une meilleure façon de gérer cette douleur dans les différents moments de sa vie. Tout ceci est précisé dans le livret d'accueil (*annexe 2*).

Le programme personnalisé de prise en charge de la douleur de chaque patient prend en compte son parcours et son histoire médicale, en s'appuyant sur les traitements antérieurs médicamenteux ou non, de leur efficacité, de leur tolérance et de leur vécu général. Cette prise en charge pluridisciplinaire se base sur les 4 grands axes des Recommandations Professionnelles de l'ANAES qui sont:

***Prise en charge de la douleur:** perfusion d'anti-inflammatoires et/ou d'antalgiques, co-analgésiques, infiltrations radioguidées, massokinésithérapie antalgique, thérapie manuelle, physiothérapie, acupuncture, électrostimulations transcutanées (TENS), corset lombaire.

***Restauration fonctionnelle:** réengagement à l'effort, techniques correctives et éducatives, ces exercices physiques sont personnalisés et pluridisciplinaires.

***Accompagnement psychologique:** entretien psychologique individuel deux fois par semaine et un entretien avec le psychiatre, justifiés par la composante dépressive et/ou anxieuse présente chez ces patients.

***Réinsertion socioprofessionnelle:** entretien avec un médecin du service de Pathologie Professionnelle du CHU de Nantes, souvent durant la deuxième semaine d'hospitalisation et dans les six mois suivants.

Cette pluridisciplinarité a montré son efficacité lors d'une enquête réalisée précédemment au Centre de la Douleur sur 46 patients lombalgiques rebelles, avec des résultats se maintenant sur 12 mois (*Nizard, 2003*).

A sa sortie du service de soins, les recommandations de suivi par le médecin du

Centre de la Douleur sont rappelées à 3 mois, 6 mois, 12 mois et pendant deux ans. Le patient devra, si besoin, contacter son médecin traitant qui devient le référent. Mais celui-là peut toujours s'appuyer sur l'équipe du Centre de la Douleur.

2-3 Les acteurs de la pluridisciplinarité

Au Centre de la Douleur, le patient est encadré et accompagné par toute une équipe de professionnels de santé qui le rencontrent de façon individuelle ou alors en petits groupes lors des visites pluridisciplinaires qui se déroulent habituellement le mardi de chaque semaine. Cette équipe fait appel à :

*un **Médecin hospitalier rhumatologue et algologue**: il est responsable de l'unité, examine les patients en consultation puis les prend en charge en hospitalisation lors des trois visites hebdomadaires. Il coordonne l'action de l'équipe lors de différents staffs.

*un **Neurochirurgien**: spécialiste des affections rachidiennes, il se prononce sur une indication opératoire et effectue les gestes algologiques spécifiques si nécessaire.

*un **Médecin thérapeute manuel et acupuncteur**: il adapte et/ou associe des techniques non médicamenteuses en tenant compte des traitements antérieurs, de la personnalité et des désirs des patients (*Meas, 2003*).

*un **Psychiatre**: il intervient pour porter un diagnostic psychiatrique éventuel (dépression, anxiété, atteinte psychotique), pour évaluer le retentissement psychologique de la maladie douloureuse, pour mettre en route un traitement psychotrope et/ou une approche en psychothérapie (*Robin, 2003*).

*un **Médecin de pathologies professionnelles**: assisté d'un interne, il effectue le bilan des exercices antérieurs, des ressources actuelles, et des possibilités d'adaptation ou de reconversion professionnelle. Il peut instruire des dossiers COTOREP, conseiller le patient en vue d'une formation, prendre contact avec ses collègues médecins du travail de l'entreprise du patient.

*un **Médecin conseil de la Sécurité Sociale**: il intervient pour conseiller les travailleurs salariés sur l'obtention ou la réévaluation d'un taux d'invalidité, il tente d'aplanir d'éventuels contentieux avec la Sécurité Sociale ou propose des aides sociales complémentaires (*Sankale-Delga, 2003*).

*un **Kinésithérapeute**: il met en route les techniques antalgiques et correctives adaptées (*Jadaud, 2003*).

*un **Psychologue**: il est formé à la prise en charge des patients douloureux ainsi qu'aux thérapies dites « systémiques »: hypnose et thérapie brève.

*un **Assistant social**: il intervient dans le centre lors de problèmes sociaux: exonération du ticket modérateur, aides en cas de ressources limitées, demande de prise en charge au titre d'affection longue durée.

*des **Infirmières**: elles accueillent et sont à l'écoute lors des entretiens. Elles prennent en compte la douleur physique et psychologique du patient, assurent le suivi et la coordination des soins.

*un **Externe en Pharmacie**: il recueille l'historique médicamenteux, évalue les thérapeutiques antérieures à l'hospitalisation, mais il explique aussi les traitements engagés, leurs effets indésirables et les moyens d'y pallier.

L'équipe soignante est recrutée pour sa motivation et reçoit des formations régulières sur l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques (*Guide du Ministère de la Santé, 2002*). Tout ce personnel est mis en relation lors de staffs mais aussi grâce au dossier unique (*annexe 3*) sur lequel est colligé l'ensemble des données concernant le patient. Ce support écrit permet à toute l'équipe d'être informée en temps réel des conclusions et propositions thérapeutiques des uns et des autres, et d'éviter ainsi des contradictions ou des incohérences de prise en charge.

2-4 Traitements instaurés au Centre de la Douleur

Traitements médicamenteux

L'objectif de ces traitements médicamenteux mis en place au Centre de la Douleur est d'apprendre au patient à mieux gérer sa douleur, à vivre avec au quotidien. Au Centre, on essaie aussi de diminuer lors du séjour voire d'arrêter au long cours les traitements médicamenteux générateurs de dépendance, comme les somnifères, les benzodiazépines, et les morphiniques forts appartenant au palier III de

l'OMS.

Ces traitements sont adaptés selon le patient, avec des antalgiques et des anti-inflammatoires, et pour des cas plus spécifiques des perfusions, des co-analgésiques et des infiltrations radioguidées. Les plus prescrits au Centre sont les AINS, puis les antalgiques de palier I, puis les antidépresseurs et autres psychotropes.

Différents traitements sont utilisés au Centre: (THERIAQUE, 2005)

*Au début du séjour, un traitement par voie parentérale IV pendant 48 heures associant PROFENID® (kétoprofène, 200mg/j) et PRODAFALGAN® (pro paracétamol 2g, 3fois par jour) peut être administré au patient. Cette association utilisée en traitement d'attaque permet de diminuer la composante nociceptive des syndromes douloureux le plus souvent multifactoriels, mais aussi de permettre au patient hospitalisé de supporter l'augmentation d'effort physique exigé lors du séjour (kinésithérapie, réentraînement à l'effort). Des AINS per os ainsi que du paracétamol per os (4g/j) sont souvent administrés en relais de ces perfusions. L'utilisation des AINS est déconseillée au long cours (ANAES, 2000), on les utilise plutôt lors de cures de 10 à 15 jours.

*Différents antalgiques peuvent être associés entre eux ou utilisés seuls: du paracétamol (palier I), du tramadol (maximum 400mg/jour) ou du dextropropoxyphène (maximum 6gélules par jour) (palier II).

*L' ACUPAN® (néfopam, 20mg/ injection, maximum 120mg/24 heures) est un analgésique non morphinique d'action centrale administré par voie IV, placé dans le palier II par l'OMS, qui est utilisé chez certains patients.

*Les morphiniques les plus prescrits au Centre de la Douleur sont le SKENAN® (10-30-60-100-200mg, 1 prise toutes les 12 heures) par voie orale et le DUROGESIC® patchs (25-50-75-100µg/h, pendant 72 heures) par voie percutanée (Perrot, 1999). Pourtant, les morphiniques sont remplacés par des antalgiques de paliers inférieurs au Centre, mais ceci par diminution très progressive (palier de 10mg toutes les 12 à 24h pour le SKENAN® LP) pour éviter un syndrome de sevrage.

*Des antidépresseurs tricycliques comme le LAROXYL® (amitryptiline, en IV ou en gouttes buvables le soir, en augmentant progressivement les doses) agissent sur

les douleurs paroxystiques et continues, sur les sensations de brûlures, de dysesthésies. Le DEROXAT® (paroxétine, à partir de 20mg par jour) ou le SEROPRAM® (citalopram, à partir de 20mg par jour), qui sont des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, ont une efficacité sur les douleurs neuropathiques, car ils diminueraient la douleur en améliorant la dépression endogène sous-jacente.

*Des psychotropes, des myorelaxants (tétrazépam) ou des anti-épileptiques (clonazépam) sont aussi utilisés dans certains cas comme co-analgésiques, bien que certains n'aient pas d'AMM dans le cadre des douleurs rebelles.

Une bonne observance de ces traitements permet au patient de mieux contrôler ses douleurs chroniques. Elle repose sur une bonne compréhension de la part du malade de l'action de chaque médicament, ce qui permettra une meilleure acceptation du traitement. Toute l'équipe médicale doit être à l'écoute du malade pour percevoir un sur ou un sous-dosage ainsi que des effets indésirables.

Traitements non médicamenteux

***Les TENS**, ou électrostimulations transcutanées, ont un effet antalgique surtout pendant la période d'application.

***L'acupuncture** semble avoir un effet antalgique à court terme.

***Le port d'un corset** de maintien abdomino-lombaire lors des efforts.

***Les manipulations vertébrales** sont efficaces.

***Les thérapies comportementales** ont aussi une place importante dans ces traitements.

***L'exercice physique** est efficace à court terme dans le traitement à visée antalgique et fonctionnel de la lombalgie chronique.

Chaque patient doit trouver dans ces techniques celle (ou celles) qui lui convient le mieux. Le repos au lit n'est pas recommandé alors que l'exercice physique doit être maintenu malgré les douleurs mais il faut en moduler la durée et l'intensité.

Toutes ces techniques non médicamenteuses sont souvent mieux supportées

quand un traitement de fond médicamenteux les soutient. Cette prise en charge pluridisciplinaire de la lombalgie chronique est donc une tentative de réponse à des sujets douloureux pour lesquels la démarche médicale isolée a montré ses limites. Chacun des acteurs de la multidisciplinarité va dans son interaction avec le patient l'aider à redevenir sujet de sa douleur en l'amenant à trouver des solutions personnelles à sa souffrance, que ce soit dans les domaines physique, ergonomique, social ou existentiel. **Le Centre de la Douleur permet aux acteurs de ces disciplines de se rencontrer pour le mieux-être du patient lombalgique chronique.**

3) Pourquoi mettre en place un fascicule d'information et d'éducation thérapeutique destiné aux patients hospitalisés?

Le plan 2002-2005 insiste en premier sur la nécessité d'informer le patient sur l'existence d'une prise en charge de la Douleur dans les établissements de santé, et plus particulièrement sur la création de structures spécialisées contre la Douleur dans ces établissements.

Par rapport à ces indications, le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) a décidé dans le cadre du programme d'Assurance Qualité du CHU, en prévision de la visite d'accréditation II, de concevoir un fascicule d'information pour le patient sur les traitements médicamenteux et la Douleur. Le CLUD a été créé au sein de chaque établissement de santé à partir de recommandations élaborées par le Collège national des médecins de la douleur en 1995 (*Annequin, 2001*). C'est une instance pluridisciplinaire qui comporte, de manière optimale, des médecins des services cliniques, un pharmacien, un psychologue, des responsables administratifs et des représentants des personnels soignants. Les missions et responsabilités du CLUD sont nombreuses et elles comprennent entre autres la participation à l'information des patients en diffusant des brochures mentionnant les modalités de prise en charge de la douleur dans l'établissement. Le fascicule élaboré dans ce travail tend vers ce but et doit remplir plusieurs objectifs.

3-1 L'éducation thérapeutique du patient

Depuis 1998, l'éducation du patient est définie comme l'un des objectifs prioritaires de la Direction Générale de la Santé. **Le guide d'accréditation des hôpitaux (ANAES, 2000) mentionne l'éducation du patient comme critère de qualité.** Dans l'éducation du patient, on distingue 3 niveaux d'activité: l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (*Deccache, 1999*).

L'éducation thérapeutique du patient est un élément important de la prise en charge médicale, notamment en cas de maladie chronique.

L'éducation thérapeutique vise à aider le patient atteint de maladie chronique et son entourage à comprendre la maladie et le traitement, à mieux coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et à maintenir ou améliorer la qualité de sa vie. Elle repose sur l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active la maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les soignants. Il s'agit d'une démarche construite sur des choix éthiques et déontologiques (droits du patient à une prise en charge et à une protection de son état de santé, à l'information et à la dignité, à des soins de qualité), fondée sur des valeurs (responsabilité thérapeutique partagée par le soignant et le soigné, respect de la liberté individuelle, autonomie, équité, accessibilité), et sur des critères de qualité. En ce sens, elle trouve toute sa place dans l'évolution des pratiques de prise en charge et dans une modernisation du système de soins. Cela concerne les actions d'éducation liées au traitement curatif ou préventif. Elle repose pleinement sur les soignants, dont cette activité est partie intégrante de leur fonction soignante.

L'OMS a souligné 4 points importants sur l'éducation thérapeutique des patients:

***former les malades** pour qu'ils puissent acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie.

***L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu** qui fait partie intégrante des soins médicaux.

***l'éducation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial,** tous liés à la maladie et au traitement.

***la formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.**

Cette éducation thérapeutique du patient est aujourd'hui devenue une nécessité du fait de l'accroissement du nombre de malades chroniques, de la mauvaise observance fréquente des prescriptions qui diminue l'efficacité de la prise en charge

thérapeutique et qui fait courir le risque de complications liées au traitement lui-même. L'évolution des attitudes et des comportements des patients vis à vis des professionnels de santé compte aussi dans cette nouvelle approche, car il existe des difficultés face à une diffusion incontrôlée des connaissances médicales, une demande d'informations et de participation aux décisions médicales les concernant et une acquisition de droits conduisant vers une « citoyenneté de santé ».

Dans une enquête rétrospective descriptive, portant sur l'ensemble des lombalgiques rebelles hospitalisés au Centre de la Douleur du CHU de Nantes de mai 1999 à juin 2002, **les patients jugent bien ou très bien à 87,5% la qualité du conseil thérapeutique au Centre.** Certains précisent qu'avant leur passage dans ce service, très peu, voire aucune information n'avait été donnée par leur(s) médecin(s) traitant(s).

3-2 Mieux faire passer le message

Lors de la ou des deux semaines pendant lesquelles le patient séjournera dans le service d'évaluation et de traitement de la douleur, il va rencontrer différents acteurs de santé qui vont lui proposer et pratiquer des techniques pour le soulager au maximum.

Les médicaments ne sont qu'une partie des éléments que le patient lombalgique chronique trouvera dans la « boîte à outils thérapeutique » proposée dans le service. Ils lui seront prescrits par le médecin hospitalier responsable du service et dispensés par les infirmières. Les explications de ce traitement lui seront fournies par l'externe en pharmacie, dont c'est l'une des principales fonctions. Cette information se fait uniquement de façon orale et parfois au bout de quelques jours dans le service, si l'externe a plusieurs patients à sa charge.

Lors de la première semaine, le patient a beaucoup de techniques et de concepts à assimiler. **Un support papier, remis à l'entrée dans le Centre de la Douleur ou au moment de la prescription des médicaments, permettrait au malade lombalgique de comprendre le traitement médicamenteux qu'il doit prendre et lui laisser une trace écrite à laquelle il pourra se référer en cas d'interrogations.** Il pourrait ainsi, s'il a encore des questions, les poser lors de la ou

des visites de l'externe en Pharmacie afin de mieux s'approprier ce traitement et ne plus « le subir ».

De plus, la relation ne se limite pas au soignant et au patient, mais doit intégrer autant que possible l'entourage familial. Le support social revêt une importance majeure dans la gestion d'une maladie chronique. Le support papier permettrait à l'entourage de mieux comprendre certaines réactions de la personne souffrant de lombalgies chroniques rebelles à cause de son traitement et de le soutenir dans ses efforts, surtout s'ils n'ont pu assister aux explications données dans le service.

Il ne faut pas que l'écrit soit remis seul car il est indispensable, pour que le patient se l'approprie, qu'il soit accompagné d'une explication orale. En effet, la plupart des patients sont demandeurs de communication, ils veulent être accompagnés et soutenus dans leur maladie chronique. **L'écrit est important comme preuve et comme référence en cas de doute.**

3-3 Faire face à la lassitude des patients

Le patient qui est accueilli au Centre d'évaluation et de traitement de la Douleur est le plus souvent en situation d'échec thérapeutique. Il est polymédicamenté et ne veut plus entendre parler de médicaments, que ce soit des nouveaux traitements ou d'anciens qui n'ont pas été actifs.

Or, il faut bien lui faire comprendre que, dans le cadre d'une maladie chronique, la prise en charge n'est pas seulement médicamenteuse, mais aussi fonctionnelle, psychologique et sociale, selon les recommandations de l'ANAES. La logique de cette prise en charge est donc pluridisciplinaire; les patients bien souvent démotivés par les multiples investigations chirurgicales et bilans complémentaires ne peuvent trouver qu'un bénéfice dans le dialogue (écoute, informations, conseils thérapeutiques,...) qui leur permet de mieux gérer leur pathologie. Le médicament n'est qu'un moyen parmi les autres outils thérapeutiques mis à leur disposition pour mieux vivre.

Les principaux soucis chez ces patients, vis à vis de leurs traitements médicamenteux antérieurs, sont la bonne tolérance de ces traitements, les risques liés au mésusage des médicaments et la compréhension de leurs traitements.

Il est toujours risqué, en termes d'effets indésirables, d'instaurer un traitement à long terme, en l'occurrence chez le lombalgique chronique. Il faut tenir compte de sa tolérance au traitement et de son acceptabilité d'une polymédication, conditionnant une bonne observance. D'après l'enquête menée au Centre de 1999 à 2002 (A. Castagne, 2004), les effets indésirables les plus recensés sont les brûlures digestives (40,7%), la prise de poids (11,1%) et la somnolence, les vertiges, nausées et vomissements (22,2%). Il faut bien expliquer au patient que ces effets secondaires peuvent peut-être diminués en baissant les doses ou compensés par d'autres médicaments, et si ce n'est pas le cas, que d'autres traitements peuvent être utilisés en remplacement. **Il faut bien garder à l'esprit que la chronicité de cette pathologie prolonge le traitement médicamenteux et pose un problème de tolérance voire de toxicité à long terme.**

Les prescripteurs en ville ont peu de connaissances des pratiques médicales appliquées contre la douleur, surtout du côté pluridisciplinaire des traitements instaurés dans les Centres de la Douleur. La principale réponse à l'insatisfaction des patients est l'augmentation des doses prescrites ce qui peut entraîner une apparition d'effets indésirables et une certaine dépendance. Au Centre de la Douleur, les médecins préfèrent supprimer petit à petit ces médicaments responsables de dépendance souvent introduits par les prescripteurs en ville, comme les benzodiazépines et les hypnotiques. Pour la morphine, le but est aussi de la diminuer et, d'après une enquête, les patients eux-mêmes montrent une réticence au recours à la morphine pour des douleurs moyennes (Berthelot, 2000). Pour un emploi le moins dangereux possible, il faut informer le patient sur la façon d'en prendre (débuter doucement et arrêter par paliers progressifs) et l'éduquer sur ce sujet pour éviter les effets indésirables. L'utilisation d'antalgiques de niveau III, tels que les morphiniques forts, fait désormais l'objet de recommandations dans les douleurs non cancéreuses,

mais il vaut mieux l'éviter au long cours chez le lombalgique chronique rebelle, surtout si les autres aspects multidisciplinaires sont négligés.

Le fait que certains antalgiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens soient en vente libre, pour l'automédication, augmente le risque de iatrogénie. Les AINS, entraînant souvent des brûlures d'estomac voire des hémorragies digestives, sont surtout nocifs chez des personnes sensibles et polymédicamentés. Il faut sensibiliser les patients sur leur traitement et sur le fait qu'ils peuvent prendre l'antalgique approprié selon la douleur. Le conseil thérapeutique peut permettre de limiter cette iatrogénie et l'inobservance (*Berthelot, 2002*).

Des témoignages de patients ayant séjourné au Centre de la Douleur montrent bien que beaucoup ne savent pas pourquoi ils prennent tel médicament à telle heure et pour quelle action. En voici quelques-uns :

* « il me semble indispensable qu'un patient quel qu'il soit reçoive un minimum d'informations du médecin qui lui fait face, tant sur le traitement que sur ses conséquences, explications qui engendrent indéniablement un climat de confiance...ce qui a manqué dans mon cas personnel durant ces longues et pénibles années. »

* « mes séjours m'ont permis de retrouver une certaine confiance qui a suscité en moi un éveil... celui de gérer ma douleur. »

* « figurez-vous que c'est la première et unique fois qu'on m'a expliqué en quoi consiste mon traitement. »

Le patient a souvent été passif vis à vis de ses traitements médicamenteux passés. On constate un véritable manque de dialogue entre le patient et son prescripteur. Or, c'est dans le cadre du dialogue que le praticien pourra détecter d'éventuelles insatisfactions thérapeutiques de la part du patient, et des signes orientant vers un mésusage, un abus ou une dépendance psychique.

3-4 Adapter et maîtriser son traitement

Le principal objectif du traitement est de permettre au patient de contrôler et de gérer sa douleur, d'améliorer sa fonction et de favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle. Pour cela, il faut responsabiliser le patient, en lui donnant, au préalable, l'information la plus claire possible. L'objectif est d'intégrer le schéma thérapeutique du médecin dans un contrat délimitant les modalités et le but du traitement, les principes associés de la prise en charge globale, et les critères d'un éventuel arrêt.

L'éducation thérapeutique du patient est un processus systémique d'apprentissage centré sur le patient. Il doit lui permettre d'adapter ses prises médicamenteuses selon ses douleurs ou les efforts à fournir. Le patient doit sentir qu'il peut maîtriser ses douleurs ou du moins les moduler selon son mode de vie, que ses douleurs lombalgiques ne sont pas une fatalité (ceci vient de peurs et croyances) (*Duplan, 2001*). Les effets à court, moyen et long terme du conseil thérapeutique seront une modification des savoirs et des savoir-faire, une meilleure acceptation de la maladie, une amélioration de la santé et de la qualité de vie.

Il faut bien informer le patient sur la place des médicaments qu'il consomme quotidiennement par rapport aux traitements non médicamenteux. **S'il comprend bien la stratégie globale du Centre de la Douleur, il acceptera sûrement plus facilement la notion de dosage des médicaments plutôt que celle de quantité de médicaments absorbés.**

Au Centre de la Douleur, le médecin prescrit des médicaments qu'il pense les mieux adaptés pour traiter le patient, mais ce dernier doit accepter l'idée que **cette prise en charge médicamenteuse se fera par tâtonnements, avec l'évaluation des bénéfices et des risques, surtout s'il a un historique médicamenteux important.** Le fait de montrer au patient que son traitement est personnalisé et de lui expliquer permet de créer un climat de confiance indispensable dans toute thérapie. **C'est pourquoi le fascicule doit être un support explicatif écrit appuyant et rappelant le conseil thérapeutique dispensé de façon oral.**

3-5 Soutenir le travail de l'équipe médicale

a) Les infirmières

Les infirmières sont les premières à accueillir le patient au Centre de la Douleur. Elles s'entretiennent avec lui et cet entretien est retranscrit dans le dossier unique consultable par toute l'équipe soignante. Cela permet d'avoir une vue globale du contexte familial, socioprofessionnel et psychologique du patient hospitalisé pour une action plus cohérente dans le service.

A l'entrée du lombalgique chronique dans l'unité, le médecin prescrit les traitements médicamenteux qu'il juge les mieux adaptés, au vu de l'histoire médicamenteuse du patient et de l'objectif défini lors de sa prise en charge pluridisciplinaire. L'infirmière, par ses visites quotidiennes, est la première personne à entendre les remarques du patient sur son traitement, son efficacité et sa tolérance. Ces remarques sont annotées afin que le médecin et l'externe en Pharmacie, les principaux acteurs du médicament, en soient avertis. Le médecin pourra alors choisir de modifier les doses ou d'arrêter le traitement après évaluation du rapport bénéfice/risque.

L'infirmière pourrait remettre au patient le fascicule au malade lombalgique chronique après la première visite du médecin, afin d'appuyer et rappeler les explications qu'il donna lors de l'instauration du traitement. Cela permettrait aussi au patient de poser des questions plus précises à l'externe en Pharmacie lors de ses visites.

b) L'externe en Pharmacie

L'externe en Pharmacie est étudiant en 5^{ème} année et consacre du lundi au vendredi ses matinées au Centre de la Douleur. Au cours de la semaine, il rencontrera les patients seul ou au cours de visites pluridisciplinaires (annexe 4). **Le rôle de l'externe en Pharmacie est d'écoute et d'aide au patient pour la gestion de son**

traitement. Il faut accorder une grande attention à la manière dont le patient rapporte les différents traitements, car il raisonne souvent en termes de « tout ou rien » alors qu'en réalité, tel ou tel traitement a pu apporter un certain degré de soulagement et pourra éventuellement être repris.

Lors du premier contact seul avec le patient, l'externe en Pharmacie le questionne sur ces antécédents médicamenteux ou non, l'efficacité, la durée, la tolérance et les raisons de leur éventuel arrêt (historique médicamenteux). Il note aussi les allergies, l'automédication possible. Tout ceci est reporté dans le dossier unique du patient, ainsi que toute information importante ressortant de l'entretien.

Après cela, lors d'une de ces visites, l'externe évoquera avec le patient le traitement instauré dans le service. Il lui explique l'utilité de chaque médicament, la posologie à respecter, les effets indésirables possibles. Si le traitement est installé depuis quelques jours, il peut en noter dans le dossier la tolérance, l'efficacité sur la douleur et les effets indésirables. L'externe doit aussi être attentif à la non observance thérapeutique conduisant à une éventuelle insuffisante activité, ainsi qu'à des effets anormaux ressentis par le patient pouvant indiquer un surdosage médicamenteux. Il doit bien faire comprendre au patient que ce traitement lui permettra de mieux supporter les autres techniques non médicamenteuses du Centre et qu'**il doit s'approprier ce traitement pour mieux gérer sa douleur.**

Au cours du staff pluridisciplinaire hebdomadaire, les différentes notes reportées dans le dossier permettent à l'équipe soignante de faire le point sur la prise en charge fonctionnelle, médicamenteuse, psychologique et l'évolution de la douleur, pour établir une meilleure stratégie commune de soins.

A la visite de sortie, l'externe en Pharmacie peut être amené à réexpliquer l'ordonnance de sortie, en insistant sur le schéma thérapeutique, les posologies à suivre ou à adapter selon les douleurs. Il doit expliquer au lombalgique chronique le principe de sa prise en charge médicamenteuse et les conditions d'efficacité de son traitement, ceci évitant peut-être une automédication inutile.

L'utilisation du fascicule permettrait de rappeler au patient les explications fournies par le médecin et l'externe en Pharmacie. Le patient comprendrait mieux son traitement et aurait moins de problèmes pour se l'approprier et pour l'utiliser pour maîtriser sa douleur.

c) Le médecin et l'équipe soignante

Tout le reste de l'équipe pluridisciplinaire pourrait se reporter au fascicule pour suivre l'évolution du traitement du malade avec lui, en cas de remarques concernant les médicaments lors de leurs visites. De plus, ce support écrit rappellera bien l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire, en plus des traitements médicamenteux auxquels ils sont souvent habitués.

II) MATERIEL ET METHODE

Le point de départ de ce travail est le stage de 8 mois que j'ai effectué au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes en 2003. Les visites rendues aux patients lors de leur semaine d'hospitalisation m'ont permis de me rendre compte que les personnes hospitalisées ne savaient pas trop ce qu'elles prenaient comme traitement médicamenteux ni dans quel but. Le Docteur Julien Nizard, praticien hospitalier et responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes, m'a orienté vers l'éducation thérapeutique des patients hospitalisés, plus particulièrement celle des personnes lombalgiques chroniques, comme sujet pour ma thèse et vers l'idée d'un support papier permettant de mieux informer les personnes hospitalisées dans l'unité.

Pour élaborer ce fascicule, je me suis tout d'abord appuyé sur la littérature et les articles de différents spécialistes dans des magazines spécialisés et sur internet. Ayant regroupé de nombreuses informations sur les traitements médicamenteux, la lombalgie chronique rebelle et sur l'éducation thérapeutique en général, le Docteur Jean Claude Maupetit, responsable du pôle pharmacie du CHU de Nantes, m'a permis de mieux organiser mes données et d'établir une ébauche de plan comme point de départ. Puis je me suis renseigné sur les documents d'information du patient dans le domaine de la prise en charge de la douleur à l'hôpital. Pour cela, j'ai rencontré le Docteur Serge Robard, Président du Comité de lutte contre la Douleur du Comité Régional de Lutte contre le Cancer (CRLCC), qui m'a présenté divers fascicules donnés au Centre René Gauducheau (CRLCC) pour informer les malades sur la douleur et les actes médicaux et chirurgicaux qu'ils peuvent y subir. Cela m'a aidé à mieux visualiser mon futur travail.

Le Professeur Françoise Ballereau, Professeur de Pharmacie Clinique et Pharmacien au CHU de Nantes, et présidente de cette thèse, m'a permis de mettre en forme les différentes parties de cette thèse. Elle m'a aussi indiqué les personnes pouvant avoir un œil critique grâce à leur expérience sur le fascicule réalisé. J'ai contacté le Docteur Léila Moret, médecin de Santé Publique, Madame Catherine Greffier, spécialisée en éducation thérapeutique, Madame Emmanuelle Dubois du

service de communication du CHU de Nantes et Monsieur Etienne Nerzic de l'Espace des usagers du CHU de Nantes, afin de rendre ce support papier compréhensible par la plupart des personnes hospitalisées. Ces personnes m'ont permis de rendre mon document plus accessible aux patients grâce à un langage courant et approprié. Elles m'ont aussi aidé à toujours garder le patient douloureux chronique au centre de cette information.

III) RESULTATS: FORMALISATION DU FASCICULE ET MISE EN OEUVRE

1) Formalisation du fascicule

Le travail de recherches effectué, j'ai réalisé un fascicule renseignant le patient douloureux sur les médicaments contrôlant ses douleurs et leur bon usage, dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient. Cette éducation thérapeutique comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation. Le fascicule produit va dans ce sens, avec des explications sur les traitements médicamenteux instaurés au centre d'évaluation et de traitement de la douleur.

Mais même si l'information du patient doit être « claire, loyale et appropriée », le médecin ne peut pas tout dire aux patients. Ceci dépend de ce qu'ils veulent ou peuvent entendre et recevoir comme informations ; le médecin doit donc agir au cas par cas et parfois aller à l'essentiel. **Le lombalgique chronique, de par sa polymédication, peut être réticent face à un nouveau traitement médicamenteux. Il faut, par des mots simples, lui faire comprendre les mécanismes d'action de ces médicaments.** Le fascicule remis dans le Centre permettrait de mieux accepter ces traitements en rappelant les dires du médecin ou de l'externe en Pharmacie tout au long du séjour. **Ce supplément d'informations permettrait de créer une relation de meilleure qualité entre le patient et son médecin, ainsi qu'un climat de confiance avec l'équipe soignante.**

Contenu du fascicule:

a) Les grandes classes de médicaments dans le traitement de la douleur

Le fascicule doit bien présenter le médicament ni comme une technique miraculeuse contre la douleur, ni avec un résultat rapide et définitif, mais comme une méthode parmi les autres mise à la disposition du patient pour contrôler sa douleur.

Une présentation des différentes classes de médicaments contre la douleur permet au patient de se familiariser avec ceux-ci et de comprendre leur utilisation.

L'ANAES a publié des recommandations concernant les traitements médicamenteux dans le cadre de la prise en charge de la lombalgie chronique (ANAES, 2000). Elle y définit 3 grades pour l'évaluation de ses recommandations traitant de la lombalgie chronique:

*grade A (preuve scientifique établie)

*grade B (présomption scientifique)

*grade C (études de niveau moindre)

Les antalgiques de palier I: aucun essai paracétamol versus placebo n'a été publié pour la lombalgie. Les antalgiques de palier I sont quand même recommandés dans les lombalgies aiguës et chroniques. Leur efficacité semble être admise par l'usage, ainsi que par analogie avec d'autres affections rhumatismales comme l'arthrose.

Les antalgiques de palier II sont introduits après échec des antalgiques du palier I dans le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique, dont ils réduisent la douleur (grade B).

Les antalgiques de palier III sont envisagés seulement si les autres thérapeutiques ont échoué (paliers I et II, élimination d'un contexte dépressif). Ils sont étudiés au cas par cas, sur une courte durée pour limiter les effets indésirables et en respectant les contre-indications (grade C).

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être prescrits sur une courte durée pour leur action antalgique chez des lombalgiques chroniques (grade C) (les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 non évalués).

Les myorelaxants comme le tétrazépam sont efficaces dans la lombalgie chronique rebelle (grade B). Le thiocolchicoside est également utilisé en rhumatologie. Ce sont aussi des co-analgésiques.

Les co-analgésiques sont prescrits comme adjuvants des antalgiques. Ce sont les anxiolytiques, antiépileptiques, hypnotiques et les antidépresseurs (l'usage des imipraminiques correspond au grade C). Il faut bien évaluer le rapport bénéfique/risque d'une utilisation d'un antidépresseur tri cyclique à visée antalgique

chez un lombalgique chronique en dehors d'un contexte dépressif.

Les antalgiques et les co-analgésiques peuvent être utilisés seuls ou en association pour permettre au patient lombalgique chronique de contrôler sa douleur en prenant tel ou tel médicament. Au Centre de la Douleur, les médecins évitent les benzodiazépines et les morphiniques forts qui entraînent une dépendance, alors ils essaient d'en diminuer l'utilisation.

b) Les effets secondaires de ces traitements

L'information éclairée du patient est une question éthique et juridique, qui ne peut être oubliée ou restreinte du seul fait de la rareté d'un effet indésirable. Mais le médecin doit adapter les informations transmises au patient à ce sujet, selon son histoire thérapeutique et ses réticences. C'est pourquoi le fascicule contiendra surtout les effets indésirables les plus fréquents et/ou les plus graves. En effet, des études ont montré que les patients ne connaissent pas les effets indésirables les plus graves de leurs traitements.

Les effets indésirables sont des réactions nocives et non voulues par un médicament, se produisant aux posologies recommandées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou la modification d'une fonction physiologique (*Agence du Médicament, 1995*). Cela toucherait de 1,7 à 35% des patients hospitalisés (*Imbs, 1999*).

Le médecin doit faire comprendre au patient que, lorsqu'il prend un médicament, l'équipe soignante évalue **le rapport bénéfique / risque** et qu'elle jouera sur le dosage et/ou l'heure de prise pour en limiter les effets indésirables.

Par exemple, au début d'un traitement par AINS, une information écrite et orale pourrait permettre de diminuer les complications telles que les hémorragies digestives. Ces traitements doivent être utilisés sur de courte période. Le nombre de décès annuels en France dus aux corticoïdes et AINS est environ de 3000 (*Berthelot,*

2002). Dans une enquête comprenant 125 patients hospitalisés dans un service de rhumatologie prenant un AINS avant leur hospitalisation, 69% disent avoir lu la notice alors que 2% ne savent pas qu'ils prennent un AINS. Vingt-deux pour cent ont même un rythme de prise excessif pour la molécule prescrite (*Berthelot, 1999*).

Pour les benzodiazépines, on doit faire face à un véritable problème de pharmacodépendance, avec une baisse de la vigilance et une somnolence. Ces médicaments sont souvent prescrits au-delà des 12 semaines légales chez le lombalgique chronique, avec un effet de tolérance le poussant à augmenter les doses. Ces médicaments retardent souvent la réinsertion socioprofessionnelle (*Dally, 2002*).

La prescription de la morphine pose les mêmes problèmes de dépendance et de tolérance, ainsi que des nausées, constipations, et de rares risques de dépression respiratoire (surtout si surdosage). Sa prescription s'applique maintenant aux lombalgies chroniques, mais il faut prendre ses précautions, surtout que son efficacité n'est pas toujours meilleure que celles des autres antalgiques (*Perrot, 1998; Moulin, 1996*). Au Centre de la Douleur, l'équipe soignante cherche à faire disparaître ces traitements ou du moins à les diminuer, tout en respectant des paliers pour éviter un syndrome de sevrage.

La notice des médicaments ne constitue pas à elle seule un moyen d'information sur les effets indésirables. **Le médecin prescripteur doit expliquer le traitement au patient pour éviter des incompréhensions. La relation patient/prescripteur n'en sera que renforcée. Le fascicule n'est qu'un outil de plus permettant d'augmenter ce climat de confiance.**

c) Heures de prise, libération prolongée et libération immédiate

Par l'utilisation de médicaments à libération immédiate et à libération prolongée, le patient lombalgique chronique diminue les effets et prévient la crise douloureuse. **Il contrôle mieux son traitement, ce qui permet une meilleure observance.** Les heures de prise sont respectées ou adaptées selon la douleur, ce qui permet au patient d'améliorer sa qualité de vie et son ressenti de la douleur.

Le fond douloureux est prévenu par la forme Libération Prolongée (LP) et la crise douloureuse est traitée par la forme Libération Active (LI). Dans l'enquête dirigée au Centre de la Douleur entre 1999 et 2002, 55% des patients ont bénéficié d'une association d'analgésiques de palier I (paracétamol jusqu'à 4 g/jour répartis en 4 prises) et de palier II (le tramadol).

La forme à libération prolongée, agissant en traitement de fond, apporte une durée d'action analgésique prolongée sur 12 heures, avec une posologie répartie en 2 prises matin et soir (dose maximale de 400mg/jour pour le tramadol). Cette action couvre le fond douloureux du mieux possible permettant au patient d'avoir une activité à peu près normale. **La forme à libération immédiate agit lors de crise** et permet d'avoir une action rapide et appropriée face à une douleur aiguë, ce qui permet de gérer ces pics de douleur répartis dans la journée de façon active. Ce mode de prises adaptées est calqué sur la prise de morphine, avec les formes ACTISKENAN® à action rapide et SKENAN® à action prolongée, tout en diminuant les effets indésirables de la morphine.

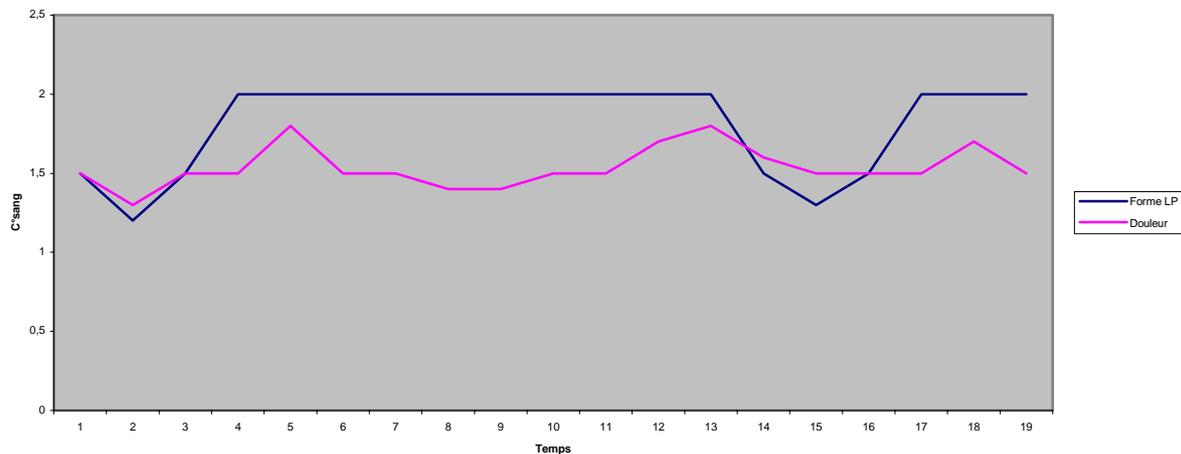


Figure 1: Utilisation de la forme LP contre la douleur continue

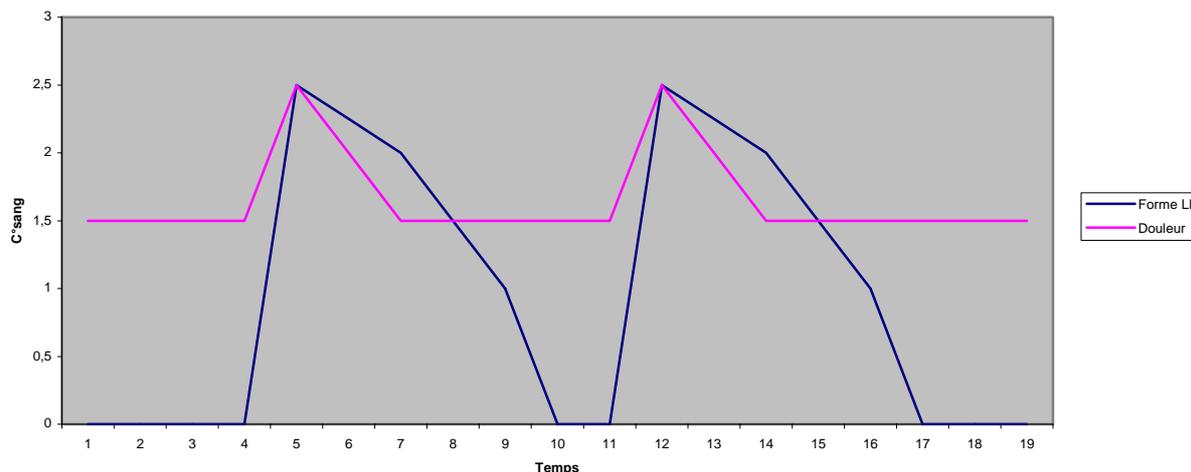


Figure 2: Utilisation de la forme LI en réaction à un pic douloureux

La plupart du temps, pour un patient lombalgique chronique, le médecin du Centre de la Douleur prescrit dans un premier temps une perfusion IV de PROFENID® et de PRODAFALGAN® pendant 48 heures pour donner une dose de charge au patient et lui permettre de réaliser le réentraînement à l'effort dans les meilleures conditions.

Le traitement de fond consiste très souvent en du tramadol LP (TOPALGIC® ou ZAMUDOL®: 50, 100, 150, 200), en 2 prises matin et soir couvrant le fond douloureux, et du paracétamol en prises régulières (4g/jour maximum) diminuant les pics de douleurs aiguës par anticipation. Pour les douleurs continues de type brûlures ou paroxystiques, le LAROXYL® et/ou le NEURONTIN® ont une efficacité démontrée, avec quelques réserves sur la tolérance des patients d'où une introduction très progressive.

Le traitement de crise ou poussée douloureuse se fera surtout par un AINS, agissant sur 12 heures environ, avec une prise par jour pendant 10 jours par mois, souvent associé à un anti-sécréteur gastrique pour prévenir des lésions gastriques, type MOPRAL®. Le paracétamol du traitement de fond peut aussi être utilisé pour les crises, ainsi que du tramadol à libération rapide.

Ces explications de traitements thérapeutiques permettent au patient de réfléchir sur son attitude face au médicament. Cela lui explique et lui montre qu'il peut, grâce à ces médicaments, agir sur sa douleur et **devenir un véritable acteur de sa prise en charge.** Le fascicule contenant ces informations permet de rendre plus abordable et compréhensible le médicament, et d'en faire une « arme » de plus contre la douleur dans sa prise en charge pluridisciplinaire. Nous avons donc réalisé ce document d'aide à la prise en charge du patient douloureux chronique non cancéreux (DCNC) qui présent en annexe 1.

2) Mise en œuvre du fascicule

Dans un premier temps, ce fascicule sera utilisé en expérimentation au premier trimestre 2005 dans le cadre pilote des patients hospitalisés du Centre de la Douleur. Ceci permettra de l'affiner et d'en vérifier l'applicabilité sur les autres douleurs chroniques de l'unité, le travail de départ étant plutôt axé sur les douleurs lombalgiques chroniques.

Il sera ensuite distribué à l'ensemble des membres du CLUD du CHU de Nantes pour le rendre utilisable et applicable aux patients douloureux chroniques hospitalisés. Cette recherche d'améliorations peut aussi déboucher sur un document plus spécifique à une pathologie particulière, comme la Douleur de l'enfant, la Douleur de la personne âgée,...

IV) DISCUSSION: LIMITES ET INTERETS DU FASCICULE

Le fascicule était prévu au départ pour l'éducation thérapeutique du lombalgique chronique, ce qui correspond à une population assez caractéristique. **Il semble donc être plutôt adapté à la douleur chronique non cancéreuse** qu'est la douleur lombalgique chronique, mais il serait intéressant d'envisager la réalisation de fascicules adaptés à d'autres situations douloureuses telles que la douleur aiguë, la douleur cancéreuse ou d'autres douleurs chroniques non cancéreuses (la douleur migraineuse ou la douleur fibromyalgique par exemple). L'utilisation du document d'aide à la prise en charge médicamenteuse chez le douloureux chronique permettra de voir si les résultats sont généralisables.

Ce travail, bien que non exhaustif, permet de **mettre en valeur le conseil thérapeutique**. Je me rends compte que ce fascicule tend plus vers l'information que vers l'éducation thérapeutique. Il aurait peut-être fallu introduire des cas cliniques étudiés au Centre de la Douleur pour illustrer les informations du document et permettre au patient hospitalisé de se reconnaître dans ces exemples. Mais j'avais le souci de ne pas trop donner d'informations au patient, de peur qu'il ne s'y retrouve plus au milieu de toutes ces données. Ce document servira de base pour l'élaboration de nouveaux fascicules car il n'existe pas de document informant la personne atteinte de douleurs chroniques non cancéreuses et lui expliquant comment se situer vis à vis du médicament. Pour les lombalgiques, quelques documents traitent surtout des techniques non médicamenteuses. Les différents fascicules trouvés au Centre René Gauducheau traitent bien de la douleur mais parlent très peu des médicaments ou alors ce sont ceux utilisés dans les douleurs cancéreuses (la morphine en particulier alors qu'elle est peu utilisée au Centre de la Douleur) ou en post opératoire. Ce sont des documents qui sont peu représentés à l'hôpital alors qu'ils devraient y être généralisés.

Ce fascicule apporte à la personne hospitalisée des éléments de réponse mais il

ne peut remplacer le dialogue avec les différents intervenants de l'équipe soignante. Il doit seulement servir de support et de rappel à l'explication orale du traitement, car l'éducation thérapeutique est un processus continu de formation et d'apprentissage pour le patient. La création de ce fascicule attire l'attention des soignants sur ces problèmes d'information du patient et peut permettre son amélioration. Il permet de soutenir l'action de l'équipe soignante de l'unité. Il permet aussi de mieux faire accepter le médicament comme traitement possible tout en le situant au milieu d'autres thérapeutiques non médicamenteuses. Il fait prendre conscience au malade qu'il peut être actif vis à vis de sa maladie lors de ses prises médicamenteuses, ce qui évite un rejet des thérapeutiques médicamenteuses. Cette trace écrite peut être consultée par la famille du patient, ce qui permet aussi à l'entourage de mieux comprendre les traitements et de pouvoir mieux soutenir le malade. Le patient peut aussi s'y reporter quand il se pose une question sur son traitement médicamenteux, et s'il n'y trouve pas la réponse, il pourra au moins s'en servir de support pour questionner le médecin lors d'une prochaine visite. **Ceci approfondira le dialogue médecin/patient et permettra d'établir un véritable climat de confiance propice à la guérison.**

C'est le rôle du pharmacien, qui est le spécialiste du médicament, d'expliquer aux personnes malades soumises à des traitements médicamenteux comment prendre leurs médicaments et pourquoi ils les prennent. C'est pourquoi j'ai trouvé ce travail intéressant car en tant que futur pharmacien d'officine, ce sera ma principale fonction. Etant fait pour l'hôpital, ce document servira surtout à l'étudiant en Pharmacie, non seulement au Centre de la Douleur mais également dans les services cliniques. L'étudiant en Pharmacie sera ainsi le vecteur de ce livret d'informations au patient au sein du CHU. En effet, les pharmaciens hospitaliers, trop peu nombreux, sont peu présents dans les services cliniques. Ce fascicule permettra à l'étudiant de réaliser au mieux sa fonction première qui est l'information des malades sur leurs traitements.

Le fascicule va aussi initier une démarche plus précise de la part du Comité de

Lutte contre la Douleur et des différents services du CHU de Nantes qui, en le faisant évoluer, vont pouvoir élaborer des documents plus précis et affiner l'information et l'éducation thérapeutique à l'hôpital selon les services. Il servira de base à leurs recherches d'amélioration de l'information du patient à l'hôpital.

CONCLUSION

L'éducation thérapeutique du lombalgique chronique est une priorité de Santé Publique pour la Haute Autorité de Santé. Le programme de lutte anti-douleur 2002-2005 insiste sur la formation universitaire et continue du personnel hospitalier comme élément important dans cette éducation. Celle-ci peut également passer par une information écrite, venant en complément de l'information orale délivrée aux patients par les différents membres de l'équipe soignante.

Le document proposé, qui sera dans un premier temps évalué au Centre de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes, doit sensibiliser et informer le douloureux chronique non cancéreux sur le bon usage des traitements médicamenteux instaurés à son arrivée dans le service. **Le douloureux et ses proches pourront ainsi le consulter, et questionner les soignants**, pour mieux collaborer au processus de soins. **Ce support écrit complète et ne remplace pas les explications orales** de l'équipe soignante, permettant leur acquisition par la répétition, car l'éducation thérapeutique est un processus continu de formation.

Le patient pourra aussi s'y reporter lorsqu'il se posera une question sur son traitement médicamenteux, et s'il n'y trouve pas la réponse, il pourra au moins s'en servir de support pour questionner le médecin lors d'une prochaine visite ou même le pharmacien d'officine. **Ceci permettra probablement d'approfondir le dialogue médecin/patient et le climat de confiance propice à l'amélioration de la qualité de vie du patient.**

Une fois ces notions intégrées au Centre de la Douleur, le patient devrait mieux adapter son traitement à son mode de vie et à ses douleurs, avec une meilleure gestion des douleurs au long cours et lors de poussées, limitant l'habituelle rigidité des traitements sur plusieurs mois. **Le patient aura acquis un savoir-faire, grâce à l'information sur son traitement, lui permettant de moduler ses prises médicamenteuses.**

Un patient bien éduqué est un patient meilleur observant, devenant plus actif, et participatif vis à vis de sa maladie, qui ne lui apparaît plus comme une fatalité.

Il est important que le patient intègre la notion que le médicament seul est insuffisant pour gérer au mieux ses douleurs chroniques : il devra de façon concomitante, apprendre l'utilisation des techniques non médicamenteuses de ses douleurs, dans le but de les rendre supportables, d'améliorer sa qualité de vie, et son insertion socioprofessionnelle.

Ce fascicule doit être validé par le Comité de Lutte contre la Douleur du CHU de Nantes. Après son expérimentation, dès 2005, au Centre de Traitement de la Douleur, il pourra ensuite être diffusé, et utilisé auprès de l'ensemble des patients hospitalisés. Des adaptations sont d'ores et déjà envisagées en fonction du type de douleur et du terrain : douleur aiguë, douleur chronique non cancéreuse et cancéreuse, douleur de l'enfant et de la personne âgée, du sujet handicapé...

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- **AGENCE DU MEDICAMENT, ASSOCIATION DES CENTRES REGIONAUX DE PHARMACOVIGILANCE, SYNDICAT NATIONAL DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE.** Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance des Médicaments à usage humain. *Thérapie*, 1995; 50, 547-555.

2- **AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.** Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Décembre 2000.

3- **ANNEQUIN D, TOURNIAIRE B.** Quoi de neuf dans la douleur de l'enfant ? *J. Pédiatr. Puériculture*, 2001 ; 14, 53-59.

4- **ASSOCIATION FRANCAISE POUR LA RECHERCHE ET L'EVALUATION EN KINESITHERAPIE (AFREK).** *Conférence de consensus- prise en charge kinésithérapique du lombalgique.* Texte des recommandations- texte long, 13 novembre 1998. Paris ; ANAES, 1998 ; 24 pages.

5- **BERTHELOT JM.** Que dire à un patient avant l'institution d'un traitement par corticoïdes et AINS (et que lui faire dire?). *Synoviale*, février 2002; n°108, 1-7.

6- **BERTHELOT JM, MILLET S, CHATELIER A, RIPOLL N, MAUGARS Y, PROST A.** Connaissance par 125 patients des règles de prise de leur AINS. *Thérapie*, 1999; 54, 683-688.

7- **BERTHELOT JM, PERROT L, GLEMAREC J, NIZARD J, PROST A, MAUGARS Y.** Prescrivons-nous assez de morphine? Le point de vue de 100 patients hospitalisés dans un service de rhumatologie. *Rev.Rhum.* [Ed.Fr], 2000; 67, 376-381.

8- **BOUREAU F.** Conduite à tenir vis à vis d'une douleur chronique. *Traité d'Anesthésie Réanimation*, 1993; 36,551-557.

9- **CASTAGNE A.** Iatrogénie et conseil thérapeutique chez le lombalgique chronique, enquête rétrospective chez 41 patients hospitalisés au Centre de Traitement et d'Evaluation de la Douleur à Nantes, de mai 1999 à juin 2002. *Thèse, Nantes*, février 2004.

10- **DALLY S.** Substances psychoactives et travail. Service de médecine interne de l'hôpital Fernand Widal, 15 mai 2002.

11- **DUPLAN B, ROCHE JF, MALLÉN G.** Définition et évaluation de la dimension psychologique de la lombalgie. *Rev.Rhum.* [Ed.Fr], 2001; 68, 141-144.

12- **GATCHEL RJ, POLATIN PB, MAYER TG.** The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*, 1995; 20, 2702-2709.

13- **GUIDE POUR LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE.** Ministère de la Santé, mai 2002. Disponible sur: www.sante.gouv.fr.

14- **IMBS JL, POUYANNE P, HARAMBURU F.** Iatrogénie médicamenteuse: estimation de sa prévalence dans les hôpitaux publics français. *Thérapie*, 1999; 54, 21-27.

15- **INSERM.** Expertises collectives, 2002.

16- **JADAUD J, NIZARD J, DANGLOOT C, FOURNEAU M, LAJAT Y.** Place du masseur kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de Traitement de la Douleur. *Doul. Et Analg*, 2003; 3, 145-149.

17- **MAETZEL A, LI L.** The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2002; 16, 23-30.

18- **MEAS Y, NIZARD J, ROUXEVILLE Y, LAJAT Y.** Place de l'acupuncture et du thérapeute manuel dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques. *Doul. Et Analg*, 2003; 3, 155-159.

19- **MOREL-FATIO M, VASSEL P.** Lombalgie chronique commune. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 2002; 3,1520-1528.

19- **MOULIN D, ELEZZI A, AMIREH R, SHARPE W, K BOYD D, MERSKEY H.** Randomized trial of oral morphine for non cancer pain. *Lancet*, 1996; 347, 143-147.

21- **NIZARD J, LOMBRIL P, POTEL G, MEAS Y, LANOISELEE JM, ROBIN B, NGUYEN JM, LAJAT Y.** Evaluation de la prise en charge de lombalgies rebelles par un Centre de Traitement de la Douleur. *Doul. Et Analg*, 2003; 3, 187-196.

- 22- **PERROT S.** Morphine en rhumatologie: du fondamental à la pratique. *Rev.Rhum.* [Ed.Fr], 1998; 65(5bis), 97S-98S.
- 23- **PERROT S, BERTIN P, BANNWARTH B, JAVIER RM, GLOWINSKI J, LE BARS M, TREVES R.** Utilisation de la morphine dans des douleurs rhumatologiques non cancéreuses: les recommandations de Limoges. *Rev.Rhum.* [Ed.Fr], 1999; 66(11), 651-657.
- 24- **POIRAUDEAU S, RANNOU F, REVEL M.** Lombalgies communes: handicaps et techniques d'évaluation, incidences socioéconomiques. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 2004; 15,841-847.
- 25- **POIRAUDEAU S, NYS A, REVEL M.** Evaluation analytique des moyens thérapeutiques dans la lombalgie: prise en charge physique et fonctionnelle. *Rev.Rhum.* [Ed.Fr], 2001; 68, 154-159.
- 26- **ROBIN B, NIZARD J, HOUART C, GELUGNE F, BOCHER R, LAJAT Y.** Place du psychiatre dans un Centre de Traitement de la Douleur. *Doul. Et Analg*, 2003; 3, 161-167.
- 27- **ROSSIGNOL M, SUISSA S, ABENHAIM L.** Working disability due to occupational back pain: three-year follow-up of 2,300 compensated workers in Quebec. *J. Occup. Med*, 1988; 30, 502-505.
- 28- **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. *Doul. Et Analg*, 2003; 3, 183-185.
- 29- **VALAT JP, GOUPILLE P, VEDERE V.** Lombalgies: facteurs de risque exposant à la chronicité. *Rev.Rhum.* [Ed.Fr], 1997; 64 (3), 203-208.
- 30- **ZIZA JM, CHAZERAIN P.** Prise en charge d'une lombalgie chronique. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 1998; 790-797.

Liens Internet :

- 1- **THERIAQUE.** www.theriaque.org, janvier 2005.

ANNEXES

Annexe 1 : Fascicule : Le Patient Dououreux Chronique et son traitement médicamenteux

Annexe 2 : Livret d'accueil

Annexe 3 : Dossier du patient

Annexe 4 : Emploi du temps de l'étudiant en Pharmacie

Annexe 1 :

Fascicule : Le Patient Dououreux Chronique et son traitement
médicamenteux

Le Patient Dououreux Chronique et Son Traitement Médicamenteux

Vous êtes hospitalisé au Centre d'évaluation et de traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes pour faire le point sur votre situation actuelle.

Au cours de votre séjour, nous vous présenterons différentes thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses de lutte contre la douleur, afin de pouvoir améliorer votre quotidien en maîtrisant au mieux vos douleurs.

La prise d'un traitement médicamenteux personnalisé, que vous vous serez approprié, est une composante importante de votre traitement.

Vous avez certainement déjà fait l'expérience, avec une efficacité et une tolérance variables, de certains médicaments destinés à diminuer vos douleurs : les antalgiques ou analgésiques étant efficaces sur la douleur elle-même, les co-analgésiques, étant efficaces sur certains signes d'accompagnement (contractures musculaires, anxiété, troubles du sommeil, éléments dépressifs...). Certains de ces médicaments pourront être pris de nouveau, si leur indication paraît correctement posée, mais avec des doses ou des répartitions dans la journée différentes. De nouveaux médicaments pourront être essayés, mais chaque fois après avoir obtenu votre consentement.

L'ensemble de l'équipe soignante se tient à votre disposition pour vous permettre de parler de votre traitement, et de mieux en saisir toutes les possibilités d'utilisation. En effet, cette équipe est là pour vous écouter, vous informer, vous aider et vous accompagner, ainsi que votre entourage. Nous vous proposons de mieux vous connaître afin de bien adapter votre traitement à votre vie quotidienne.

Ce document a pour objet de vous éclairer sur les différentes classes de médicaments disponibles dans le traitement de vos douleurs, leurs effets, afin de rechercher avec vous le meilleur rapport bénéfice/risque concernant leur utilisation dans votre cas particulier.

Comme vous le savez, le soulagement de la douleur chronique comporte également un traitement non médicamenteux complémentaire qui vous sera systématiquement proposé.

Quel est l'objectif du traitement médicamenteux ?

L'objectif prioritaire des ces traitements médicamenteux est d'atténuer vos douleurs pour mieux vivre votre quotidien, ce qui vous permettra de reprendre une activité physique et socioprofessionnelle satisfaisantes, en limitant au maximum les effets indésirables.

Quels sont les médicaments prescrits dans la douleur ?

1) Les Antalgiques: il existe 3 paliers de puissance de ces médicaments, définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Différents paliers peuvent être utilisés de façon concomitante, du fait de leur complémentarité d'action. A titre d'exemples :

- palier I: paracétamol (DAFALGAN®...), acide acétylsalicylique (ASPIRINE), anti-inflammatoires (BIPROFENID®...), néfopam (ACUPAN®), noramidopyrine...
- palier II: dextropropoxyphène (+paracétamol =DIANTALVIC®), tramadol (TOPALGIC®...), codéine...

Ces produits sont souvent associés au paracétamol, du fait de leur action complémentaire.

- palier III: morphine et ses dérivés : seule la morphine (SKENAN®, ACTISKENAN®, MOSCONTIN®...) a l'autorisation de mise sur le marché pour les douleurs chroniques non cancéreuses. Les autres dérivés (hydromorphone, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, péthidine) doivent être réservés aux douleurs cancéreuses rebelles (Recommandations nationales de l'AFSSAPS, 2004).

La morphine est rarement utilisée au Centre de la Douleur, sauf dans des indications et des conditions de prescriptions bien codifiées, qui limitent considérablement les risques de dépendance.

2) Les Co-analgésiques sont actifs sur certains types de douleurs et/ou leurs signes d'accompagnement :

- antidépresseurs (LAROXYL®...) et antiépileptiques (RIVOTRIL®), sont particulièrement actifs sur les douleurs liées à des atteintes des voies nerveuses (douleurs neuropathiques)
- antimigraineux (IMIGRANE®, ZOMIG®...)
- myorelaxants (MYOLASTAN®...)

Comment prendre vos médicaments?

Nous attirons votre attention sur le fait que le médicament s'inscrit dans une stratégie de prise en charge de la douleur chronique qui comporte également des thérapeutiques non médicamenteuses qui auront un effet durable (activité physique, prise en charge psychologique et socioprofessionnelle). Il n'est donc pas une fin en soi.

Il est important de prendre son traitement médicamenteux de façon adaptée à ses douleurs, en respectant des règles simples :

- **plus un antalgique est pris tôt, meilleur est le résultat** (par exemple dans la migraine).
- la **posologie qui convient le mieux sera recherchée progressivement** : elle doit permettre à la fois une amélioration sensible des douleurs et de limiter les effets indésirables.
- la **voie d'administration la plus simple (voie orale)** mérite d'être choisie chaque fois que possible. Cependant, des médicaments pourront vous être prescrits en perfusion lorsqu'une efficacité et/ou une rapidité d'action supplémentaires sont attendues : vous êtes parfaitement libre de choisir de bénéficier ou non d'un tel traitement.
- Une grande quantité de médicaments ne signifie pas une meilleure qualité de soins. Au contraire, il a été clairement prouvé que **l'abus de médicaments antalgiques** pourrait aggraver les douleurs (par exemple dans la migraine ou la lombalgie).
- Avec le temps, vous apprendrez à **organiser avec souplesse vos prises médicamenteuses**, en les augmentant si nécessaire en cas de poussée douloureuse, et en les diminuant en cas d'amélioration durable des symptômes.

Deux formes de libération du principe actif du médicament sont régulièrement utilisées. Leur action combinée permet de soulager au mieux les douleurs chroniques :

1) Les médicaments à libération prolongée (LP) ont une durée d'action d'environ 12 heures en libérant le principe actif de façon prolongée: ils peuvent donc être pris le matin et le soir. Ils permettent de couvrir le fond douloureux qui correspond à une douleur continue. Il est important de trouver la posologie adaptée pour traiter au mieux ce fond douloureux.

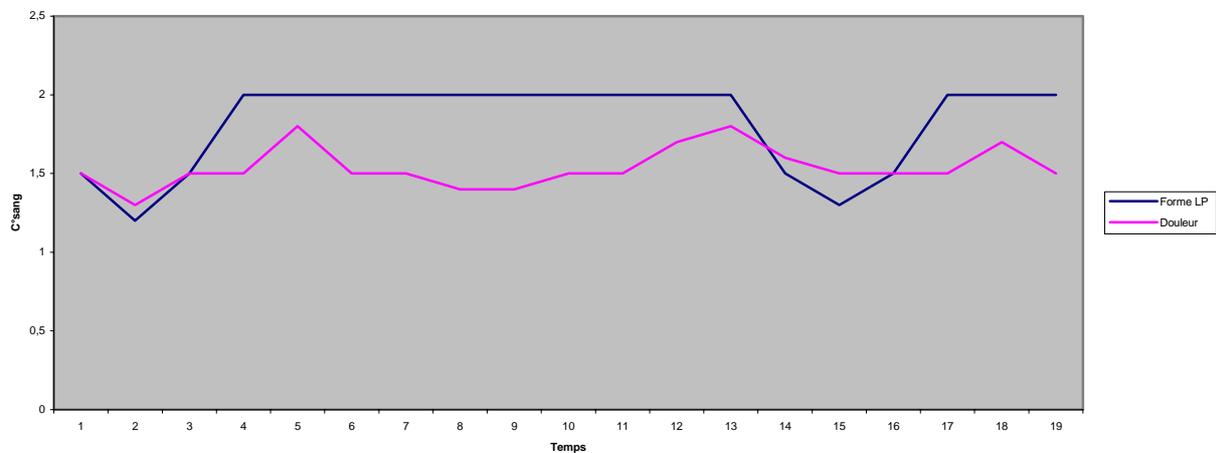


Figure 1: Utilisation de la forme LP contre la douleur continue

2) Les médicaments à libération immédiate (LI) ont une action plus rapide, mais limitée dans le temps (généralement 4 à 6 heures). Ils peuvent être pris, en « inter-doses », lors des pics douloureux. Leur action rapide permet de calmer cet excès de douleur dans de brefs délais. Ils peuvent parfois aussi être pris à heures fixes pour prévenir ces poussées douloureuses.

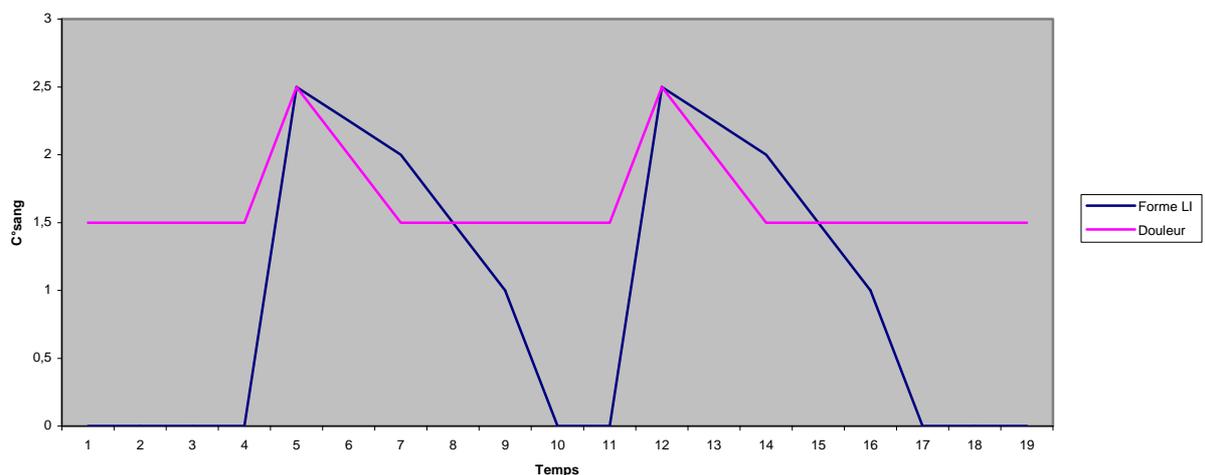


Figure 2: Utilisation de la forme LI en réaction à un pic douloureux

Rechercher le meilleur rapport bénéfique / risque.

Il est essentiel de réévaluer régulièrement, lors de votre hospitalisation, puis avec votre médecin traitant, le **rapport bénéfique thérapeutique / effet indésirable des votre traitement médicamenteux, et de l'adapter en conséquence.**

Pour chacun des traitements médicamenteux prescrits, **nous rechercherons avec vous le dosage et les modalités de prescription qui vous conviennent le mieux**, c'est à dire permettant de réduire vos douleurs avec le moins d'effets indésirables possibles. Si vous ressentez les effets indésirables et leur pénibilité, nous pouvons être amenés à vous prescrire des médicaments qui corrigent ces éventuels effets indésirables lorsque votre traitement contre la douleur est efficace.

Nous évaluerons tout au long de votre hospitalisation votre tolérance aux effets indésirables possibles de chaque médicament (surtout les nausées, vomissements, brûlures d'estomac, somnolence, constipation,...) et chercherons à les compenser ou à adapter les posologies pour les réduire. Si malgré les adaptations proposées vous ne pouvez tolérer votre traitement de la douleur, un nouveau traitement vous sera proposé.

Associer systématiquement des thérapeutiques non médicamenteuses de la douleur

Ces thérapeutiques non médicamenteuses, utilisables par tous, vous permettront à la fois de mieux supporter vos douleurs, et de limiter les prises médicamenteuses, donc leurs effets indésirables.

Elles nécessitent, pour obtenir des résultats intéressants, un apprentissage de la technique adaptée, et de votre part, une certaine persévérance (deux à trois semaines d'essai minimum).

Ce sont des techniques

- physiques : massages, électro-stimulations, exercices appropriés, ergonomie
- psychologiques : thérapies cognitivo-comportementales ou stratégiques, techniques à médiation corporelle : relaxation, sophrologie, hypnose
- professionnelles : adaptation de votre poste de travail, etc...

Nous restons à votre écoute pour vous accompagner dans votre démarche.
L'équipe du Centre de Traitement de la Douleur.

Annexe 2 :

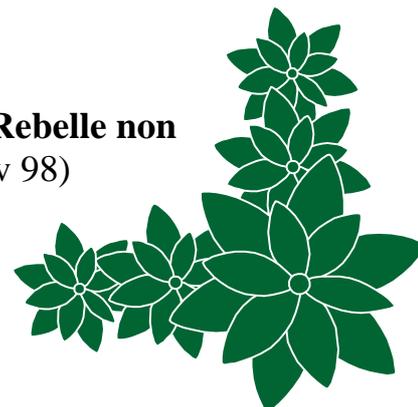
Livret d'accueil



LIVRET D'ACCUEIL

**CENTRE D'ÉVALUATION et de
TRAITEMENT de la DOULEUR
C.H.U. NANTES**

**Structure de lutte contre la Douleur Chronique Rebelle non
Cancéreuse de niveau III (labellisée en Nov 98)**



MAI 04

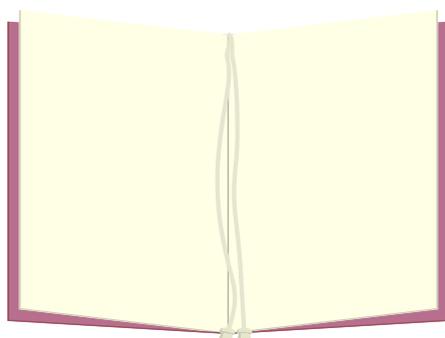
Madame, Mademoiselle, Monsieur,

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 :

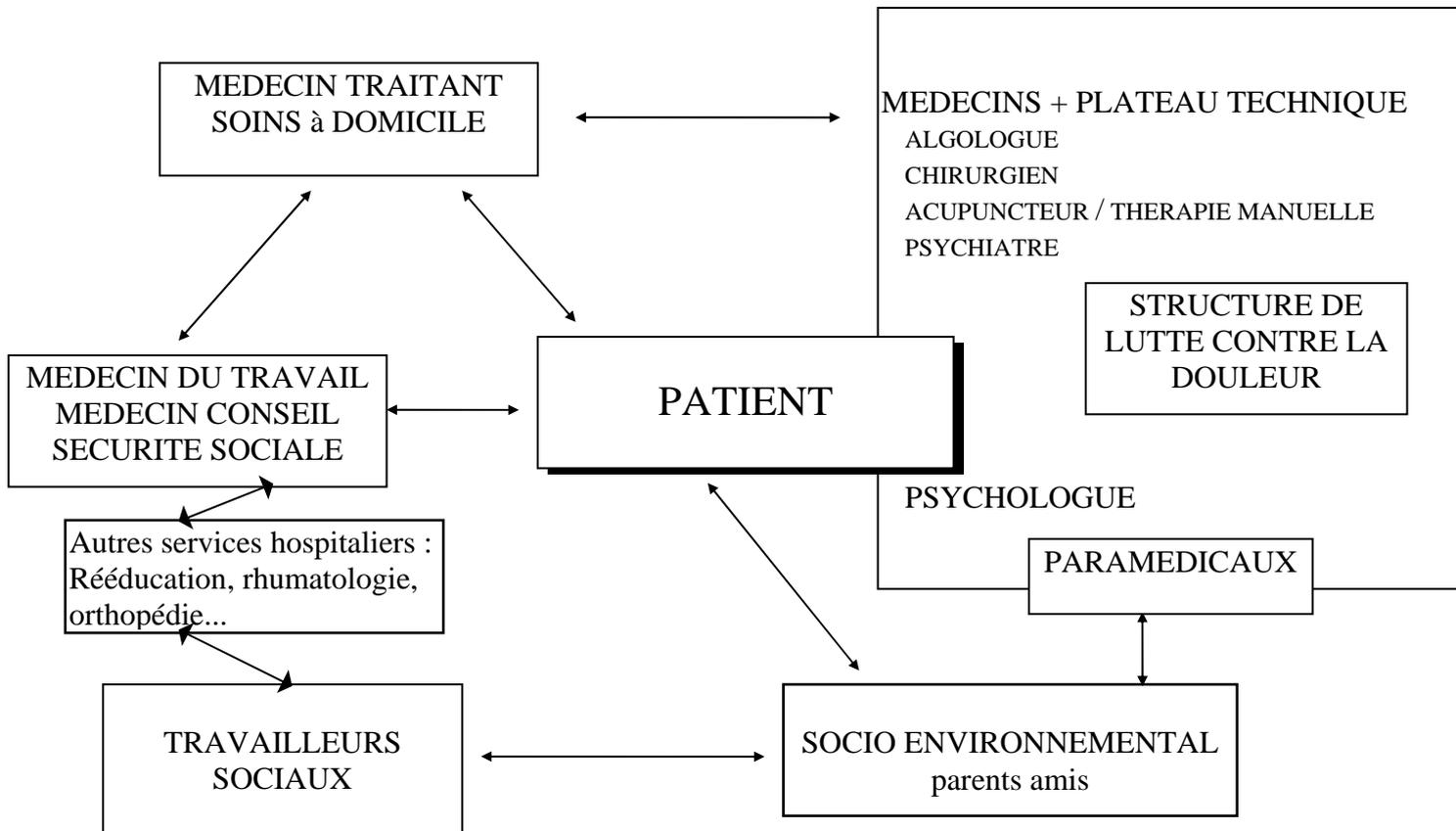
- ◇ ce que vous pouvez attendre du centre, ses modalités de fonctionnement
- ◇ les éléments relatifs à votre motivation et à la définition d'objectifs communs avec l'équipe soignante
- ◇ la composition de l'équipe pluridisciplinaire et le rôle de chacun des intervenants
- ◇ des aspects pratiques

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



Selon la circulaire DGS/DH du 04/02/98, une structure de lutte contre la douleur de niveau III comprend :

1. Local et lits d'hospitalisation spécifiques
2. Personnel médical à temps plein dans plus d'une discipline
3. Personnel paramédical à temps plein (infirmier, secrétaire, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute)
4. Dépistage et sélection des malades par questionnaire standardisé
5. Analyse des dossiers avant admission
6. Participation de consultants de disciplines variées
7. Evaluation psychométrique de routine
8. Activités de recherche
9. Activités d'enseignement
10. Méthodes thérapeutiques adaptées aux problèmes somatiques retrouvés
11. Surveillance à long terme périodique des résultats

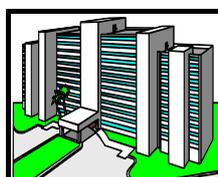
LOCALISATION ET MODALITES DE FONCTIONNEMENT

◆ 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 (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.

Sauf avis contraire et décision médicale, l'hospitalisation se déroule sur **2 semaines consécutives**, avec retour au domicile le vendredi de la 1^{ère} semaine, et réhospitalisation le lundi suivant.

Dans la mesure du possible vous bénéficiez 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-rendus, 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 essentielle. Les objectifs seront **personnalisés** mais reposent sur :

A REDYNAMISATION PHYSIQUE ET SOCIO-PROFESSIONNELLE :

1° AMELIORER VOS CAPACITES MOTRICES :

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 et médicaments psychotropes 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 APPRISSES FONCTIONNELLES, PSYCHOLOGIQUES ET SOCIO-PROFESSIONNELLES

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'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE : les personnes que vous pouvez rencontrer et le rôle de chacun

| | |
|---|---|
| Pr LAJAT Chef de Service Neurochirurgien | Responsable du service de Neurochirurgie Intervient au Centre de la douleur pour donner un avis spécialisé lorsqu'un geste chirurgical contre la douleur peut vous être proposé |
| Dr NIZARD Praticien Hospitalier Algologue Rhumatologue | Responsable de l'Unité des douloureux chroniques. Assure votre suivi en consultation et en hospitalisation. Coordonne 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 |
| Mme BIZET Cadre Infirmier | Responsable des équipes soignantes de l'unité d'hospitalisation de semaine. Prévoit, avec la secrétaire, la programmation de votre hospitalisation. Vous accueille et vous informe ainsi que votre famille. Anime et coordonne les activités de soins. Assure la gestion matérielle de l'unité Effectue, avec le service social, les démarches nécessaires pour votre sortie de l'hôpital (notamment en centre de rééducation) |
| Mme ALLAIN Secrétaire | Assure le secrétariat du Centre de la Douleur, vous accueille et vous informe (pour la prise de rendez-vous en consultation et en hospitalisation notamment) |
| 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 Aide 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. |
| 2 Agents des Services Hospitaliers | Assurent l'entretien des locaux communs |
| L'interne en médecine | Présent(e) sur les lieux la majeure partie du temps dans le cadre de sa |

| | |
|---|--|
| | formation, il/elle est un de vos référents médicaux, et un intermédiaire entre le patient, l'équipe soignante et les praticiens responsables. Il /elle participe activement à la continuité de la prise en charge |
| Mme DANGLOT Mr FOURNEAU Kinésithérapeutes | Vous proposent 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 |
| Mme CHIFFOLEAU Psychologue clinicienne | Vous rencontrera à plusieurs reprises - <i>en consultation</i> , pour être à l'écoute de votre demande de soins, votre désir de « guérir », vos attentes, votre motivation . - <i>en hospitalisation</i> , lors de la visite du Dr Nizard et à d'autres moments, en entretiens individuels L'approche psychologique consiste, non plus à vous réduire à un corps ou un organe douloureux, mais à vous offrir un espace de parole. Il s'agit de vous accompagner dans ce lieu et peut-être de vous ouvrir à un travail psychologique. |
| Dr MEAS Médecin acupuncteur médecine manuelle | Vous rencontrera en consultation et en hospitalisation pour être à votre écoute et vous proposer en complémentarité des techniques alternatives telles que l'acupuncture (médecine chinoise), la médecine manuelle, l'ostéopathie, l'électrostimulation et le réentraînement à l'effort. Nous développerons ces techniques dans le sens d'une stratégie commune dans la prise en charge et la gestion de la douleur. |
| Dr ROBIN Dr BOCHER Psychiatres | Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, la position du psychiatre est notamment d'évaluer avec vous les retentissements psychologiques et affectifs du vécu douloureux, pour vous même et votre entourage. Cette approche globale de la douleur, tant physique que morale, permet ainsi de mieux définir avec vous les objectifs à atteindre pour améliorer au quotidien votre qualité de vie. |
| Dr LANOISELEE Médecin Rééducateur | Evaluera avec vous les apports potentiels de la rééducation à votre problématique, pour en faire plus, bouger plus et mieux. Il proposera les modalités de prise en charge rééducatives les mieux adaptées à votre histoire |
| Dr ARTAGNAN Médecin anaesthésiste Musicothérapie Membre de l'ARPTA | Vous rencontrera lors de la visite pluridisciplinaire du Dr Nizard Recherchera avec vous le bénéfice que vous pouvez espérer de la musicothérapie, des psychothérapies actives et de l'hypnose ericksonienne, pour améliorer votre qualité de vie et aider votre réinsertion socio-familiale |
| Mme BENKARA | Vous propose, selon vos besoins: une <i>information</i> sur : |

| | |
|--|---|
| Assistante sociale | <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 (COTOREP) • 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 • pour soutenir votre entourage <p>Elle cherche avant tout à vous impliquer dans les démarches engagées</p> |
| Dr SANKALE Médecin conseil de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés | Est à votre disposition durant votre hospitalisation pour toute information ou conseil concernant la Sécurité Sociale et plus particulièrement son service médical |
| Dr CHATELIER Médecin de Pathologie Professionnelle et 2 internes de pathologie professionnelle | <p>Si vous êtes en âge d'avoir une activité professionnelle ou si vous désirez rester actif, vous verrez d'abord un Interne en Pathologie Professionnelle, puis éventuellement le Dr Chatelier lors d'une consultation externe.</p> <p>Il s'agit d'étudier avec vous les problèmes que vous pourriez avoir lors d'une éventuelle reprise du travail et de la préparer, en envisageant diverses modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aménagement de poste • mutation • réorientation • formation professionnelle • reconnaissance du statut de travailleur handicapé etc ... <p>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> <p>Pour préparer cette entrevue, nous vous invitons à :</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 encore un) • réfléchir sur ce que vous pouvez, ou souhaitez faire dans le domaine socio-professionnel |
| Pr DE KERSAINT GILLY Dr DESAL Neuroradiologues | Pourront réaliser des gestes techniques spécifiques (infiltrations) sous scopie ou scanner, en fonction de votre pathologie |
| L'Externe en Pharmacie | recueille l'historique des traitements antérieurs (efficacité, effets secondaires, cause d'arrêt) explique les traitements engagés, leurs effets indésirables, les moyens d'y palier |

| | | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|--------------------------------|--------------|---|---|---|---|--|
| 1^{ère} SEMAINE | matin | ARRIVEE : 9h <i>Visite d'entrée</i> - Dr Nizard - Equipe soignante | Visite pluridisciplinaire avec -Dr Nizard -Médecin rééducateur Dr Lanoiselee -psychologue, mme Chiffoleau -interne et/ou externe -stagiaires | Visite : Interne ou externe médecine, pharmacie | Actes techniques éventuels/ dr Nizard Acupuncture, Dr Meas Thérapeutiques non médicamenteuses, dr Artagnan <i>12h – staff pluridisciplinaire</i> | Visite de sortie : - dr Nizard - équipe soignante Psychologue : mme Chiffoleau |
| | a.m | Acupuncture, Dr Meas (après 20h) | Psychologue, mme Chiffoleau | | -Thérapeutiques non médicamenteuses, Dr Artagnan | SORTIE à partir de 14h30 |
| 2^{ème} SEMAINE | matin | ARRIVEE : 9h Visite « programme 2 ^{ème} semaine » - Dr Nizard - Equipe soignante | Visite pluridisciplinaire avec - dr Nizard - médecin rééducateur, Dr Lanoiselee - psychologue, mme Chiffoleau - interne et/ou externe - stagiaires | Visite : Interne ou externe médecine, pharmacie | Actes techniques éventuels / Dr Nizard Acupuncture, Dr Meas Psychiatre, Dr Robin ou Dr Houart <i>12h – staff pluridisciplinaire</i> | Visite de sortie - Dr Nizard - équipe soignante Psychologue : mme Chiffoleau |
| | a.m | Acupuncture, Dr Meas (après 20h) | -Psychologue, mme Chiffoleau | Consult. de Pathologie Professionnelle(Hôtel Dieu) Psychologue,C. Chiffoleau | -Thérapeutiques non médicamenteuses, Dr Artagnan | SORTIE fin matinée ou début a.m |

Ce programme est fait à titre indicatif.

Il peut être modifié pour diverses raisons, infirmières et aide-soignantes vous renseigneront

Les kinésithérapeutes interviennent tout au long de la semaine, l'Assistante Sociale et le Médecin Conseil, suivant votre demande et leur disponibilité

Les examens sont effectués sur rendez-vous.

Les **infiltrations** sont faites sur rendez-vous, en neuroradiologie

Lorsque vous quittez l'Unité, **nous vous remercions de prévenir l'équipe soignante présente, afin de faciliter l'organisation des soins**

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.

❖ **Le planning de la semaine** est affiché à titre indicatif dans votre chambre (cf page suivante)

REMARQUES :

❖ Le **matin est réservé aux soins et visites médicales** .

❖ Le Dr Nizard et Mme Bizet **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 appareil adaptés

❖ **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 :

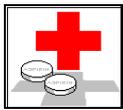
Les documents nécessaires (ordonnances, arrêt de travail...) vous seront remis en fin de matinée.

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 au 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

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, le midi, au restaurant de l'hôpital, (Rez de Chaussée Bas)
Adressez vous au personnel soignant pour en connaître les tarifs et les modalités.



TELEPHONE

Il vous est possible d'avoir une ligne téléphonique directe dans votre chambre.
Adressez vous au personnel soignant pour connaître les tarifs et les modalités

L'abonnement se prend au bureau face au 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.

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

Ouverture : Lundi au vendredi : 8H à 18H

Samedi : 11H à 18H

Dimanche : 13H30 à 18H

Vous y trouverez livres, journaux, cartes de téléphone, timbres, cadeaux



TELEVISION

Il y a possibilité de louer la télévision, en vous adressant au bureau face au kiosque à journaux



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.

Une « salle fumeur » est à votre disposition dans le hall central, rez de chaussée haut (à côté de la cafétéria).



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 bijoux 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 12 H à 20 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 3 :
Dossier du patient

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Hôpital G. et R. LAENNEC 44093 SAINT HERBLAIN cedex 01

PHRC Lombalgiques chroniques

**CENTRE D'ÉVALUATION et de TRAITEMENT DE LA
DOULEUR**

**Pr Y.LAJAT - Dr J. NIZARD - Dr Y.MEAS –Dr B. RIOULT- Dr S. DUTERTRE- Dr B.
ROBIN-**

Dr JM. LANOISELEE- Dr F.CHATELIER

☎ 02 40 16 51 73 secrétariat - BIP Dr NIZARD : 26 313

☎ 02 40 16 51 83 hospitalisation ; Cadre infirmier : M.P. BIZET

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Arrêt de travail (depuis le) :

Périodes d'arrêt de travail l'année écoulée :

ALD :

Invalidité :

Situation familiale :

Profession du conjoint :

Enfants : -

-
-

Lieu de vie :

Consultation douleur initiale :

Médecin : Date :

Adressé (e) par :

Correspondants :

Médecin traitant :

Médecins spécialistes :

Kinésithérapeute :

Médecin du travail :

CPAM :

Médecin conseil :

N° sécurité sociale :

MOTIF :

1. Douleurs :

1.1.Rachis :

-
-
-
-
-

1.2.Membres :

- **Inférieurs :**

- **Supérieurs :**

1.3. Céphalées :

1.3.Syndrôme douloureux diffus

2. Retentissement

2.1.Fonctionnel :

- **Asthénie**
- **Fatigabilité à l'effort**

2.2.Psychique

- **Anxiété :**
- **Syndrôme dépressif**
- **Troubles du sommeil**
- **Croyances et comportements**

2.3.Socio-professionnel

- **Durée arrêt travail**
- **Accident de Travail**
- **Satisfaction au travail**
- **Pénibilité du travail**

3. Iatrogénie

DIAGNOSTICS :

Diagnostic principal :

Diagnostics associés :

-
-
-
-

HISTOIRE DE LA MALADIE :

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

ANTECEDENTS CONTRIBUTIFS :

- Médicaux :

- Chirurgicaux :

- Psychologiques :

- Allergiques :

- Familiaux :

Rédacteur : Equipe Soignante

I. FAMILIAL

1. Ascendants / Fratrie

- *
*
*
*
*
*
*

2. Couple / Descendants

- *
*
*
*
*
*
*

II. SOCIAL (relations amicales et sociales)

- *
*
*
*

*

*

*

TRAITEMENTS ANTERIEURS ET ACTUELS

I. TRAITEMENTS ANTERIEURS

| 1. <u>Médicaux</u> (doses) (Externe en pharmacie) | Durée | Efficacité (TB, B, M, Echec) | Tolérance (Signaler effets indésirables) |
|--|-----------------|---|---|
| 1.1 <u>Médicaments</u> a. Antalgiques : * * * * * * b. Analgésiques : * * * * * * | | | |
| 1.2 <u>Infiltrations</u> * * * * * | | | |
| 2. <u>Traitements fonctionnels</u> | Méthodes | Efficacité (TB, B, M, | Tolérance (Signaler effets |

| | | Echec) | indésirables) |
|---|--|---------------|----------------------|
| 2.1 <u>Kiné ambulatoire</u> * * * * * | | | |
| 2.2 <u>Centres de rééducation</u> * * * * * | | | |
| 2.3 <u>Corset(s)</u> * * * * * | | | |
| 2.4 <u>TENS</u> * * * * * | | | |
| 2.5 <u>Thérapies complémentaires</u> * Ostéopathie * Acupuncture | | | |

| | | | |
|--|-----------------|---|---|
| * Mésothérapie | | | |
| 3. <u>Abords psychologiques</u> | Méthodes | Efficacité (TB, B, M, Echec) | |
| * * * * * * * * * | | | |
| 4. <u>Structures de lutte contre la douleur</u> | Méthodes | Efficacité (TB, B, M, Echec) | Tolérance (Signaler effets indésirables) |
| * * * * * | | | |
| 5. <u>Abords professionnels</u> | | | |
| * Dossier COTOREP * Formations | | | |

| | | | |
|---------------------|--|--|--|
| * Invalidité | | | |
| * Autres | | | |

II. TRAITEMENT A L'ENTREE (Externe en pharmacie)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

DESCRIPTION DE LA DOULEUR INITIALE (Interne et externe médecine)

* EVA initiale : Fourchette mois : (à) Moyenne :

* DUREE D'EVOLUTION (en mois) :

* TYPE : caractère impulsif
 caractère neurogène

* SIEGE ET IRRADIATIONS :

* HORAIRES : continues
 paroxysmes
 composante nocturne (nombre réveils :)

* SITUATION D'EXCEPTION DOULOUREUSE (mieux-être) :

- *
*
*
*
*

* FACTEURS AGGRAVANTS :

- *
*
*
*

*

RETENTISSEMENT FONCTIONNEL INITIAL (Interne et externe médecine)

* **EVA GLOBALE** (activités de la vie quotidienne) :

* **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/ABANDONNEES** :

*

*

*

*

*

* **DEROUILLEGE MATINAL** (heures) :

RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE INITIAL

I. RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE INITIAL

1.1 TROUBLES DU SOMMEIL

* EVA sommeil (sur 10) :

* Troubles endormissement :

* Réveils nocturnes :

* Réveils précoces :

1.2 ELEMENTS CLINIQUES

*

*

*

*

*

1.3 ELEMENTS ANXIEUX

1.4 ELEMENTS DEPRESSIFS

1.5 RETENTISSEMENT SEXUEL

1.6 CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES / Eléments addictifs

EXAMENS CLINIQUES

Préciser dates, noms examinateurs

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

I. IMAGERIE

- *
*
*
*
*
*
*

II. EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

- *
*
*
*
*
*
*

III. BIOLOGIE / DIVERS

- *
*

*
*
*
*
*

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE AU CENTRE DE LA DOULEUR

TRAITEMENTS MEDICAUX EN HOSPITALISATION (interne et externe ph)

| TRAITEMENTS (voie) | DUREE | EFFICACITE | TOLERANCE |
|---|-------|------------|-----------|
| 1. Médicaux * * * * * * * * * * * | | | |
| 2. Infiltratifs * * * * * * * * * * * | | | |

3. Autres

*

*

*

*

*

ABORD FONCTIONNEL

| TECHNIQUES | RESULTATS : efficacité, tolérance |
|---|-----------------------------------|
| I. <u>KINESITHERAPIE</u> : Protocoles * * * * * | |
| II. <u>TENS</u> : Protocoles * * * * * | |
| III. <u>ORTHESES et CONTENTIONS</u> * * * * * | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

I. DEMANDE ET MOTIVATION

- *
*
*
*
*

II. OBJECTIFS DE SOINS NEGOCIES

2.1 Baisse des prises médicamenteuses

- *
*
*

2.2 Fonctionnels

- *
*
*

2.3 Sociaux

- *
*
*
*
*

2.4 Professionnels

STAFFS PLURIDISCIPLINAIRES

Date

Intervenants (Cocher les présents)

J.Nizard

Y.Lajat

B.Riout

Y.Méas

S.Dutertre

Interne

Cadre MP Bizet

Psychiatre

Dr Sankalé

Asociale

Infirmier

Kiné

Diététicienne

Psychologue

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

*

EVOLUTION LORS DE L'HOSPITALISATION

| DATES | EVALUATIONS | PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES |
|-------|-------------|--|
| | | <i><u>I. ABORD MEDICAL</u></i> |
| | | 1. <u>Médicamenteux</u> |
| | | 2. <u>Infiltration</u> |
| | | <i><u>II. ABORD FONCTIONNEL</u></i> |
| | | 1. <u>Kinésithérapie</u> * Massages / Physio : * TENS : * Corset : |
| | | 2. <u>Entretien physique</u> |
| | | 3. <u>Centre de rééducation</u> |
| | | 4. <u>Thérapie manuelle</u> |
| | | <i><u>III. ABORD PSYCHOLOGIQUE</u></i> * * * * * |

| | | |
|--|--|---|
| | | |
| | | IV. <u>ABORD SOCIO-PROFESSIONNEL</u> |
| | | 1. <u>Professionnel</u> |
| | | 2. <u>Activités socialisantes</u> |

EVALUATION A LA SORTIE DU CENTRE

I. DOULEUR

* EVA sur 10 :

* Composante nocturne :

II. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

* EVA sur 10 :

* Périmètre de marche (en mètres) :

* Cycloergomètre :

* Temps d'inactivité (en heures) :

* Smirado :

* Sorensen :

III. ETAT PSYCHOLOGIQUE

* EVA sommeil sur 10 :

* Symptômes anxieux :

* Symptômes dépressifs :

* Entourage socio-familial :

IV. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE SORTIE

*

*

*

*

V. ETAYAGE

VI. AMELIORATION

*** % d'amélioration estimé par le patient :**

*** % d'amélioration estimé par le médecin :**

I. DOULEUR

* EVA sur 10

* Composante nocturne

II. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

* EVA sur 10

III. ETAT PSYCHOLOGIQUE

* EVA sommeil sur 10

* Symptômes anxieux

* Symptômes dépressifs

IV. ETAT SOCIO-PROFESSIONNEL

V. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

II. ABORD FONCTIONNEL

*

* TENS

2. Entretien physique

3. Centre de rééducation

III. ABORD PSYCHOLOGIQUE

IV. ABORD SOCIO-PROFESSIONNEL

% d'amélioration

I. DOULEUR

* EVA sur 10

* Composante nocturne

II. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL

* EVA sur 10

III. ETAT PSYCHOLOGIQUE

* EVA sommeil sur 10

* Symptômes anxieux

* Symptômes dépressifs

IV. ETAT SOCIO-PROFESSIONNEL

V. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

II. ABORD FONCTIONNEL

*

* TENS

2. Entretien physique

3. Centre de rééducation

III. ABORD PSYCHOLOGIQUE

IV. ABORD SOCIO-PROFESSIONNEL

% d'amélioration

Annexe 4 :

Emploi du temps de l'étudiant en Pharmacie

EMPLOI DU TEMPS DE L'EXTERNE EN PHARMACIE

AU CENTRE DE LA DOULEUR

Lundi: Accueil du patient au Centre de la Douleur et premiers contacts seul ou avec une équipe médicale composée d'une infirmière, d'un externe en Médecine et d'un en Pharmacie, ainsi que du médecin. S'il est seul, il note dans le dossier unique les antécédents médicamenteux du patient, avec les échecs, la tolérance, les différents effets thérapeutiques ressentis.

L'externe prend connaissance, si possible au préalable, du dossier du patient avec l'historique socioprofessionnel, psychologique et familial.

Mardi: Visite pluridisciplinaire. L'équipe soignante est composée du praticien hospitalier algologue et rhumatologue responsable de l'unité, du médecin rééducateur du Centre de Maubreuil, d'un kinésithérapeute, d'une infirmière, d'une psychologue et des externes en Médecine et Pharmacie.

L'externe y note la durée de séjour, les différentes modalités de prise en charge du patient pendant et après l'hospitalisation dans le Centre de la Douleur.

Mercredi: Notification dans le dossier unique par l'externe en Pharmacie des traitements instaurés dans le service avec l'efficacité sur la douleur, le ressenti, la tolérance, les effets indésirables, la posologie utilisée. L'externe explique aussi au patient ce traitement et participe à son éducation thérapeutique, par son écoute et ses conseils.

Jeudi: Staff à la pharmacie de l'hôpital puis staff avec l'équipe soignante du service pour élaborer une stratégie de prise en charge optimale de la douleur du patient, chacun apportant son point de vue selon sa spécialité.

Vendredi: Sortie du service après la visite au cours de laquelle l'externe en Pharmacie peut être amené à réexpliquer l'ordonnance de sortie, afin que le traitement soit pris de façon intelligente et efficace (posologies efficaces, heures de prises, limitation de l'automédication).

Nom – Prénoms : Don Julien, Didier

Titre de la Thèse : Education thérapeutique du patient lombalgique chronique au Centre de la Douleur du CHU de Nantes

Résumé de la Thèse : L'invalidité liée à la douleur chronique non cancéreuse a connu une forte croissance dans les pays industrialisés dans les 10 dernières années. Parmi ces douleurs, la lombalgie chronique rebelle est considérée comme un réel problème de société et de santé publique. Les personnes atteintes de cette pathologie qui sont accueillies au Centre de Traitement et d'Evaluation de la Douleur du CHU de Nantes sont le plus souvent en situation d'échec thérapeutique. L'équipe soignante va prendre en charge ces patients par des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses associées. Le médicament est une de ces thérapeutiques à laquelle les patients ont souvent déjà été confrontés. L'équipe soignante doit réintroduire le médicament en expliquant quels médicaments prendre, pourquoi les prendre et comment les prendre. L'éducation thérapeutique du patient vis-à-vis de sa douleur est le plus souvent faite de façon orale. Nous verrons comment un support écrit pourrait améliorer l'information du patient. Ceci lui permettrait d'être plus actif vis-à-vis de ses douleurs, en s'appropriant son traitement, pour atteindre un niveau de douleurs compatible avec sa vie quotidienne.

MOTS CLES : Education thérapeutique, Livret, Information, Lombalgie chronique, Médicament

JURY

**PRESIDENT : Mme Françoise BALLEREAU, Professeur de Pharmacie Clinique
Centre Hospitalier Universitaire, Nantes**

**ASSESEURS : M. Julien NIZARD, Praticien hospitalier (médecin)
Hôpital Laënnec, Nantes**

**M. Youenn LAJAT, Professeur de Neurochirurgie
Hôpital Laënnec, Nantes**

**M. Jean Claude MAUPETIT, Praticien hospitalier (pharmacien)
Hôpital Saint Jacques, Nantes**

**M. Gilles POTEL, Professeur de Thérapeutique
Centre Hospitalier Universitaire, Nantes**

Adresse de l'auteur : 22 rue Montebello, 85100 LES SABLES D'OLONNE