



Éducation thérapeutique et soins des douleurs chroniques chez la personne âgée

France MARCHAND-CADALEN Psychologue clinicienne doctorante

Dr Nagi MIMASSI

Praticien hospitalier

Consultation des douleurs chroniques rebelles

Pôle neurolocomoteur Centre Hospitalier Universitaire Morvan, 29269 BREST cedex 9

france.psy@laposte.net

nagi.mimassi@chu-brest.fr

BREST 30 janvier 2009



Cas clinique

Mme C, 84 ans, vit seule à son domicile avec présence proche et attentive de ses enfants.

Pas de déficiences notables.

Vie sociale présente.

Adressée par son médecin généraliste.

DI post zostériennes, gonalgies bi latérales.

EVA = 65

Consultation en présence d'une de ses filles.



PLAN

- 1) **Contexte**
- 2) **Définition et conditions de réalisation**
- 3) **L'éducation thérapeutique dans les soins des douleurs chroniques chez les personnes âgées**
- 4) **Cas clinique**



1) Le contexte :

Les enjeux de santé publique

Des évolutions majeures dans le monde

- ✓ **La mondialisation**
- ✓ **Les changements environnementaux**
- ✓ **La démographie**



Le contexte : **Les nouveaux défis**

- ✓ **Le vieillissement**
- ✓ **Les maladies chroniques**
- ✓ **La santé mentale**
- ✓ **Les handicaps / la perte d'autonomie**
- ✓ **Le coût de la santé**

2) La définition consensuelle

« L'éducation thérapeutique a pour objet de former le patient pour qu'il puisse acquérir un savoir faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. .../... »

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



2) La définition consensuelle

L'éducation thérapeutique du patient comprend tout ce qui est lié à la maladie et aux traitements :

- la sensibilisation,**
- l'information,**
- l'apprentissage,**
- le support psychosocial,**

.../...



2) La définition consensuelle

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

OMS Europe 1998



Un modèle de santé global

- *maladie plurifactorielle, complexe*
- *affecte l'individu, la famille, la société*
- *approche continue :*
 - *prévention - soins - réhabilitation*
 - *par équipes multidisciplinaires*
 - *ouverte sur la communauté.*



Un modèle d'éducation basé sur la logique d'apprentissage

- **Le but** : apprendre au patient à comprendre son comportement.
- le savoir, action pratique
- acquisition de compétences
- éducateurs, apprenants,
- savoir commun et spécifique
- contenu coordonné et intégré
- objectifs définis en commun.

Quelle relation patient soignant ?

Une relation de type :

- **activité – passivité ?**
- **direction – coopération ?**
- **participation mutuelle ?**



Axe méthodologique

But final :

Rendre le patient capable de formuler un jugement sur sa santé par la mobilisation de ses compétences :

- **soins**
- **vigilance (effets indésirables)**
- **prévention**
- **surveillance**
- **évaluation de l'efficacité**



Une démarche pragmatique

Pour le patient :

- Prendre conscience de ce qu'il sait ou ne sait pas.

Pour les éducateurs :

- Comprendre ce que comprend ou pas le patient ;
- Aider à (re)considérer le processus thérapeutique.
- Aider à ajuster le processus thérapeutique



Une démarche pragmatique

Ensemble :

- Élaborer des projets adaptés à l'individu**
- Élaborer un parcours d'éducation thérapeutique individualisé**

Diagnostic éducatif : comment ? avec qui ?

dimension bio-clinique	<i>Qu'est-ce qu'il a ?</i>
dimension cognitive	<i>Qu'est-ce qu'il sait ? Comment il perçoit ?</i>
dimension socio- professionnelle	<i>Qu'est-ce qu'il fait ?</i>
dimension psycho- affective	<i>Qui est-il ?</i>
dimension projective	<i>Quel est son projet ?</i>

R. Gagnayre, 2003,

Laboratoire de pédagogie de la Santé, Université Paris 13



Diagnostic éducatif

Une synthèse avec l'équipe :

- le projet du patient
- les facteurs facilitants
- les facteurs limitants
- les objectifs accessibles
- les objectifs de sécurité

R. Gagnayre, 2003



3) L'éducation thérapeutique dans les soins des douleurs chroniques chez les personnes âgées



État des lieux

> 50 ans souffrent plus qu'aux autres âges de la vie

50% de douleurs chroniques chez les PA

> de 50% des personnes en institution

Poly pathologies et comorbidités

Avec l'âge les douleurs ne diminuent pas,

elles se transforment : la dl ch ↑,

la dl aiguë ne disparaît pas



DI rhumatismales et arthralgies perdurent.

↑ DIs rachis lombaire (plainte essentielle);

au niveau des articulations porteuses : genou, pied ;

goutte, zona, DI neurologiques.

**↓ Plaintes dIs au niveau de la tête et du cou :
migraine, céphalées (attention!).**

Carence en vit D (33% en institution), source de dI.



Conséquences

Perte d'autonomie

Retentissement sur la vie quotidienne

Baisse de la qualité de vie

Disparition des liens sociaux

→ La préservation du fonctionnement autonome de la PA douloureuse est un objectif prioritaire de santé publique



Quelles douleurs ?

1 – Douleurs par excès de nociception

- **douleurs rhumatismales, isolées ou associées aux dl osteoarticulaires**
(perte d'autonomie, peur de gêner les autres)
- **douleurs liées aux pathologies cancéreuses**
(à l'origine de dl continues et/ou d'accès paroxystiques dans 70% des cas)



Quelles douleurs ?

- **douleurs liées aux pathologies artérielles**
 - claudications dl (limite le périmètre de marche)
 - ischémies aiguës (amputations : cicatrisation longue, soins douloureux)
 - ulcère de jambe sur maladie variqueuse : mal évalué mais inconfort et dl chronique++
- **douleurs viscérales**
(dl aiguës) 30% des motifs de cs aux urgences ;
dl chroniques associées aux tbles du transit perturbant les liens sociaux.
- **escarres**



Quelles douleurs ?

2 – Douleurs neuropathiques

- compressions radiculaires
- neuropathies diabétiques, toxiques, dégénératives
- post AVC : souvent caractère rebelle de la dl
- douleurs persistantes post zona : 25% des patients
- cicatrices dl post-traumatiques , post-chir
- dl des membres amputés, dl moignon
- SDRC (algodystrophies)



Quelles douleurs ?

3 – Douleurs psychogènes

- **le syndrome anxiodépressif** : phénomène sous estimé
- **détérioration intellectuelle** (démence frontale ou maladie d'Alzheimer) : plainte dl fixe ou floue sans substrat anatomique
- **conditions de vie, isolement, « appels relationnels »**



Évidences

- 1 – Interroger la personne, quel que soit son âge**
- 2 - Interroger l'entourage**
- 3 - Préciser ce qui est bien compris et ce qui ne l'est pas**
- 4 – Observer tout changement de comportement
(refus de se lever, de se laver, de se soigner,
de communiquer, de manger, gestes antalgiques...)**
- 5 – Préciser le type de dl et évaluer l'intensité
douloureuse**

**Apprendre au patient et à son entourage à s'approprier
les outils d'évaluation, en fonction de la compréhension
et des handicaps.**



Pourquoi évaluer ?

- **pour mieux adapter les traitements**
- **pour limiter les troubles du comportement (sommeil, appétit, confusion, ↓ autonomie, anxiété...)**
- **pour une meilleure qualité de vie**
- **pour une meilleure communication avec les différents intervenants**
- **pour une meilleure participation aux soins**
- **pour améliorer l'observance**



Et aussi parce que :

- les PA pensent que la dl est un fait inéluctable lié à l'âge
- leurs réponses peuvent être erronées ou fausses :
 - par oubli
 - par pudeur (pb uro-génito-anaux)
 - pour ménager l'entourage
 - par crainte d'une pathologie grave (comme à tout âge)
- les soignants identifient mal les plaintes douloureuses.



L'objectif de traitement : à fixer avec le patient

Caractéristique d'un objectif thérapeutique

SMART / CREDIBLE

S pécifique

M esurable

A cceptable (désiré)

R éaliste (réalisable)

T au bon tempo

C iblé

R éalisable

E valuable

D ésiré

I nteractif

B esoins (selon)

L icite

E conomique

Les objectifs fixés doivent correspondre aux préoccupations et aux priorités du patient et de son entourage.

QUELS OUTILS?

Echelles d'autoévaluation globale EVA;EVS; ENS.

- Mesure de l'intensité: simple, facile, efficace et rapide

Echelles d'hétéroévaluation

-généralement multidimensionnelle : impact des douleurs sur les activités (données qualitatives)

- Questionnaire de Saint-Antoine; DN4

- Dessin projeté

- Doloplus, ECPA, Ste Perrine, Algoplus

-Echelle Anxiodépression: HAMILTON; HADS; GDS

Patient âgé communiquant et coopérant L'auto-évaluation de la douleur

Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.)^(4, 5)

- Ou positionneriez-vous le curseur pour exprimer votre douleur au moment présent ?
L'extrémité gauche correspond à "pas de douleur"
L'extrémité droite correspond à la "douleur maximale imaginable"



Echelle Numérique (E.N.)^(4, 5)

- Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur.
La note 0 correspond à "pas de douleur" et la note 10 correspond à la "douleur maximale imaginable".



Echelle Verbale Simple (E.V.S.) en 5 points^(4, 5)

- Quel est le niveau de votre douleur au moment présent :
absente, faible, modérée,
intense ou extrêmement intense ?



(4) ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.

(5) Boureau F. et al. Evaluation de l'intensité de la douleur au service d'accueil et des urgences : intérêt des échelles d'évaluations.
III^e conférence de consensus en médecine d'urgence. Réan Urg 1993 ; 2 (3 bis) : 331-5.



Les traitements pharmacologiques

4 points critiques liant médicaments et PA

- 1) L'évolution physiologique liée à l'âge**
- 2) La prévalence des polypathologies**
- 3) La polymédication**
- 4) La sensibilité à la pathologie iatrogène
(effets secondaires)**



Mais l'âge :

- à lui seul n'interdit aucun médicament
- modifie les objectifs de traitement
- modifie les modalités de prescription

A « cet âge » plus qu'à tout autre, le médicament ne résume pas le soin.



Choix d'une thérapeutique adaptée

(nature, posologie, galénique) qui tient compte de :

- l'état nutritionnel**
- la fonction rénale (poids, âge, formule de Crockroft)**
- l'état cognitif (MMS, pb d'observance...)**
- l'état de vulnérabilité (gd âge, polypathologies, insuffisances d'organe...)**
- la polymédication (interactions médicamenteuses, priorités...)**



- la capacité d'absorption par voie orale (tble de déglutition, refus...)
- la sensibilité prévisible aux effets indésirables (confusion, constipation, rétention urinaire...)
- les ressources environnementales (famille présente ou pas, nécessité d'éducation thérapeutique, possibilité de suivi rapproché)



Tous les antalgiques sont utilisables mais :

- respecter la règle principale : **commencer avec de faibles doses et augmenter les doses lentement**
- respecter la demi-vie du médicament
- évaluer régulièrement l'intensité de la douleur
- s'assurer que les effets secondaires sont bien contrôlés



Les prescriptions médicamenteuses doivent être intégrés dans une **prise en charge globale :**

- avec soutien psychosocial**
- et approches non médicamenteuses de contrôle de la douleur.**

Penser :

- aux techniques d'injection d'anesthésique locaux,
de produit de visco-supplémentation**
- à la lidocaïne en patch**



Les traitements non médicamenteux

Présence familiale

Techniques de physiothérapie et d'ergothérapie

Application de chaud ou froid

TENS (stimulation nerveuse transcutanée)

Techniques de relaxation

Massages

Soutien psychosocial

Activités d'ouverture sur la vie ...





Cas clinique

Mme C, 84 ans, vit seule à son domicile avec présence proche et attentive de ses enfants.

Pas de déficiences notables.

Vie sociale toujours présente.

DI post zostériennes, gonalgies bi latérales.

EVA = 65

Consultation en présence d'une de ses filles.

Objectif thérapeutique

Contrôle suffisant de la douleur pour permettre à Mme C. de maintenir son autonomie.

S	Spécifique	Contrôle suffisant de la dl pour permettre à Mme C. de sortir de chez elle pour faire ses courses
M	Mesurable	Sortir de chez elle tous les matins (comptage du nbre de sorties effectuées par semaine). Agenda
A	Acceptable	Antalgie sans somnolence diurne excessive, surtout le matin
R	Réaliste et réalisable	Horaires de prises médicamenteuses compatibles avec activités (sorties du matin)
T	Au bon tempo	Fixer délais d'observance liés à la $\frac{1}{2}$ vie du médicament: Paracétamol 4 h ; oxycodone LI 5mg 4 à 5h ; Versatis 12 h



Injection de produit de visco-supplémentation

Massage in loco avec gel AINS

Rollator



Recette de cuisine à donner pour la prochaine cs

Envisager une téléalarme

Rappel de la possibilité d'appeler la cs si pb



Intérêt de l'éducation thérapeutique

Écoute du patient

ses représentations, ses croyances, ses peurs,
ses manques, ses désirs.

Ecoute de l'entourage

Respect de la dignité de la personne

qq soit son statut médical.

Concordances

de langage, de compréhension, d'objectifs, de choix,
de moyens.

Logique du bien et du mieux

bien-être, meilleure observance, polymédication
réfléchie, coûts de santé raisonnables, accompagnement
du soin...



Bibliographie

***Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes.* A.Deccache et E. Lavendhomme. De Boeck-Wesmael, Coll. Savoirs et santé, Questions, 1989**

***Apprendre à éduquer le patient.* J.F. D'Ivernois et R.Gagnayre. Coll. Education du patient, 1995, Vidot éditeur.**

***L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative,* B. Sandrin Berthon et I. Aujoulat, Université d'été 1996, éditions CFES, coll. Séminaires, 1997**

***L'éducation thérapeutique des patients,* A.Lacroix et J. P. Assal, Maloine, 2003**

***Les difficultés d'observance dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses,* F. Marchand et N. Mimassi, Revue Douleurs, vol. 7, no1, 2006, pp. 17-21**

***Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques.* D. Simon et P.-Y. Traynard, Masson, coll. Abrégés, 2007**

***Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques.* Guide méthodologique. HAS, juin 2007**

***L'éducation thérapeutique du patient en rhumatologie : un intérêt connu de longue date, un cadre nouvellement défini par la HAS,* B. Fautrel, La Lettre du Rhumatologue, n° 341, avril 2008, pp.3-8**

***La Revue de gériatrie, Douleur et personnes âgées,* Tome 30, suppl C au N°6, Juin 2005**



Quelques Sites

<http://douleursenior.canalblog.fr>

<http://medecindouleur.canalblog.fr>

<http://www.has-sante.fr>

<http://www.cnrd.fr>

<http://www.sfetd.org>

<http://www.inpes.sante.fr> La santé à tout âge