

Conclusion

➤ L'utilisation d'outils adaptés, le respect de protocoles thérapeutiques ont permis une réduction du nombre de jours jusqu'à sédation de la douleur et du nombre de thérapeutiques utilisées. Ce travail a également permis d'insister sur la prise en charge multidisciplinaire de ces patients et notamment sur la nécessité d'une coordination entre les différents intervenants (médecins, infirmières, kinésithérapeutes).

Il a montré qu'une telle action est possible et a des conséquences positives en terme de résultats chez le patient.

Le jugement subjectif par les participants a été très favorable quant à la formation.

➤ Compte-tenu de la qualité de cette formation, il sera procédé à une large information à destination des associations de Formation Médicale Continue, afin qu'elles sollicitent l'Union Régionale dans le but d'obtenir la " valise pédagogique " permettant l'organisation et la déclinaison des actions de formation dans la région. Les professionnels de santé sauront ainsi mieux identifier et mieux évaluer cette douleur. Ils appréhenderont mieux les techniques non-médicamenteuses et médicamenteuses, notamment à travers l'utilisation des différents paliers de l'OMS. Le recours à la morphine sera ainsi mieux appréhendé et dédramatisé. Outre ces objectifs primaires, il en existe un secondaire : la mise en place d'une réelle coordination entre les différents intervenants.

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace

52, route de Bischwiller
67300 Schiltigheim
Tél. 03 90 20 84 84 / Fax 03 90 20 84 85
urmla@wanadoo.fr

➤ **Impact**
**d'une action de formation
en soins ambulatoires sur la
prise en charge de la douleur
chronique chez la personne
âgée vivant à domicile.**

Introduction

Les Unions d'Alsace, du Limousin et des Pays de la Loire ont établi le 28 novembre 1997, un partenariat avec la Direction Générale de la Santé. Il s'est concrétisé par une convention concernant la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée vivant à domicile. L'intention générale de ce travail mené en commun est d'optimiser la prise en charge de la douleur chronique en aidant les professionnels de santé à mieux la reconnaître, mieux l'évaluer et mieux la traiter dans une approche globale de la personne et de son environnement.

Cet important dossier s'est organisé en plusieurs étapes :

- Elaboration par les Unions d'un cahier des charges de la formation action
- Rédaction d'un protocole d'étude d'une action de formation,
- Formation de 168 professionnels de santé (40% de médecins, 30% d'infirmières, 30% de kinésithérapeutes) à la prise en charge en soins ambulatoires de la douleur chronique.
- Evaluation de l'impact de cette formation

Il s'agit dans un premier temps de former des formateurs experts issus des trois disciplines. Ils seront amenés à dispenser à leur tour cette formation aux professionnels libéraux de toutes les régions. Au terme de cette phase préparatoire, les trois Unions mettront à la disposition des associations de Formation Médicale Continue une valise pédagogique, sous réserve du respect d'un cahier des charges :

- Utilisation du livret pédagogique,
- Intervention des formateurs experts,
- Acceptation d'une évaluation sur la modification des pratiques et des comportements.

POUR L'ALSACE :

Participation à l'élaboration du Protocole : Dr Alain LION, Anne de BLAUWE
Elaboration des outils de l'étude : Anne de BLAUWE
Saisie des documents : Anne Cyriaque GUYOLOT

Coordinateur Régional : Dr Alain LION
Synthèse pour Le Libéral : Anne de BLAUWE

EN PARTENARIAT AVEC :

URML Pays de la Loire : Traitement des informations
URML du Limousin : Analyse des résultats

1. Le protocole d'étude de formation

Préalablement à la rédaction de ce protocole, un état de l'existant a été dressé en Alsace durant l'été 1999, en partenariat avec l'Echelon Régional du Service Médical de l'Assurance Maladie. Les résultats de cette enquête de pratique ont fait l'objet d'une publication au sein de la *Revue du Praticien* n°473 d'octobre 1999. Ces documents sont à disposition à l'Union.

Le protocole a servi de base et de corps de référence à la formation des groupes de professionnels (voir infra, point 2). Il a permis :

- D'apporter une définition de la douleur et de la douleur chronique (voir ci-dessous).
- De présenter les méthodes et outils pédagogiques
- De valider une très importante bibliographie
- De prévoir et d'inclure une évaluation d'emblée dans le cahier des charges (voir infra, point 3)

LA DOULEUR CHRONIQUE, DÉFINITION...

" La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis 3 à 6 mois et /ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient. Est considérée comme douleur chronique, celle qui résiste à un traitement étiologique ou étiopathologique, perdant son caractère utile de signal d'alarme d'une maladie aiguë, devenant une entité à part entière avec sa sémiologie propre, nécessitant une approche clinique et un traitement spécifiques. Cette définition sera appliquée au sujet âgé de plus de 70 ans, vivant en tout lieu lui permettant de bénéficier d'une prise en charge par les professionnels de santé, intervenant dans le cadre de leur activité libérale "

2. La formation

Au total, 3 séminaires ont formé **168 professionnels de santé** à la prise en charge de la douleur en médecine ambulatoire. Cette action s'est déroulée dans une dynamique de coopération entre médecins, kinésithérapeutes, infirmières et dans un esprit communautaire et d'interdisciplinarité propice au maintien à domicile. Les professionnels de santé ont été recrutés au sein d'une région rurale et semi-rurale (Limousin) et urbaine (Alsace).

1^{ère} : une première formation nationale test fut dispensée aux futurs experts de la formation en décembre 1999 à Paris.

2^{ème} : une Formation de 48 heures a été dispensée en avril 2000 à Paris, toutes régions confondues. Celle-ci fait l'objet de l'évaluation présentée ci-dessous.

3^{ème} : une dernière session a été organisée dans chaque région en décembre 2000.

Les Thèmes de la formation :

- **définition** de la douleur, de la douleur chronique et des mécanismes physiopathologiques, **étiologie** de ces douleurs chroniques ;
- la prise en compte d'une approche commune par la **sémantique** permettant de caractériser les modifications psychologiques et les différents modes d'externalisation de ces manifestations algiques ;
- Les **outils d'évaluation de la douleur** utilisés suivant que le sujet est communicant ou non. Les Unions régionales ont retenu : le questionnaire douleur de Saint Antoine (QDSA), l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), l'Echelle Comportementale de la Douleur chez la personne âgée (ECPA) ;
- Une mise à niveau sur les **différentes thérapeutiques médicamenteuses** de la douleur avec les paliers (OMS), complétée par la présentation de stratégies thérapeutiques ;
- Les **thérapeutiques non médicamenteuses** (kinésithérapiques et infirmières) ;
- La synthèse des différentes stratégies utilisables ;
- Le rôle de la **coordination entre les professionnels de santé**.

3. L'évaluation de l'impact de la formation

Afin de pouvoir évaluer la pertinence de la formation, une étude a été menée par les professionnels de santé, auxquels il a été demandé de suivre des patients âgés, souffrant de douleurs chroniques, selon des critères d'inclusion extrêmement précis et validés.

- Un mois avant la seconde formation, les **33** professionnels de santé du groupe bénéficiant de cette formation ont inclus **121** patients répondant aux critères du protocole sur les 2 régions. **Groupe Pré-formé ou groupe A**. Les patients ont été vus à J0 et J28.
- Après la formation, ces **mêmes** professionnels de santé, **22** exploitables, devaient recruter les patients pendant 3 mois, ce qui a représenté **147** patients. Il s'agit du **Groupe Post-formé ou groupe P**. Les patients ont été revus à J0, J2, J7, J28.
- Parallèlement un groupe contrôle de **44** professionnels a inclus sur la même période de 3 mois le même nombre de patients soit **272**. Ce groupe sert à vérifier qu'il n'y a pas eu, en terme de connaissance, de variation temporelle entre la période de pré-formation et la période post-formation. Il s'agit du **Groupe contrôle ou groupe C**. Les patients ont été vus à J0 et J28. Après l'étude, ces professionnels de santé ont été eux-mêmes formés en région (3^{ème} formation).

L'analyse principale de l'étude porte sur la comparaison des groupes A et P.

L'objectif principal de ce travail était d'améliorer en terme de résultat sur les patients la prise en charge de la douleur chronique chez les personnes âgées à domicile, grâce à une amélioration des connaissances et des pratiques.

3.1. Améliorer en terme de résultat sur les patients, la prise en charge de la douleur chronique chez les personnes âgées à domicile

Les patients inclus étaient âgés de plus de 70 ans, présentant une douleur chronique selon la définition (voir encadré), vivant en tout lieu permettant de bénéficier d'une prise en charge par des professionnels de santé dans le cadre de leur exercice libéral, ayant une espérance de vie supérieure à un mois, et assurés sociaux bénéficiant d'une couverture prenant en charge les traitements institués.

L'impact de la formation en terme de résultat (Niveau IV² d'une Formation Médicale Continue) est rarement utilisée en France. Par rapport aux objectifs initiaux, la majorité des critères montre une signification entre les groupes pré-formés et post-formés : nombre total de thérapeutiques, nombre total de médicaments et nombre de jours jusqu'à la sédation de la douleur. En revanche, l'efficacité jugée par les professionnels de santé et le nombre de thérapeutiques non médicamenteuses ne sont pas significatifs. Les variations de l'EVA, de l'ECPA et du QDSA, quant à elles, montrent qu'il existe une amélioration de la prise en charge chez ces patients. Les sorties d'étude et les non-respect du protocole ont été exclus de l'analyse.

² Niveau IV : Amélioration de l'état de santé de la population - Rapport publié en 1995 par l'ANDEM rappelant les 4 stades d'évaluation d'une action de Formation Médicale Continue

3.1.1. Nombre total de thérapeutiques

	Groupe A	Groupe P
	118	144
Nombre total de thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses	2,43	2,74
	Groupe A	Groupe P
	56	64
Nombre total de thérapeutiques non médicamenteuses	1,14	0,98

Groupe A Pré-formé (121)	Groupe P Post-formé (147)
<ul style="list-style-type: none"> > le groupe A a prescrit 1,89 molécules médicamenteuses. > 73% des patients ont été revus à J28 et le traitement a été modifié chez 23% d'entre eux. A ce moment dans 59% des cas, une thérapeutique non médicamenteuse a été adjointe. > Il est constaté que le choix de l'antalgique est influencé par l'intensité de la douleur du patient. Peu de médecins utilisent des anticonvulsivants (2,5%) ou des morphiniques (10%). > Globalement, Les techniques non médicamenteuses ne sont utilisées que dans 30% des cas. Il s'agit essentiellement de kinésithérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> > le groupe P a prescrit 2,29 molécules médicamenteuses. > Pour le groupe post-formé, 68% des patients ont été revus à J2, 90% à J7 et 98% à J28. 32% de ceux qui ont été revus à J2 ont vu leur traitement modifié, 36% de ceux revus à J7 ont eu une modification thérapeutique et 22% de ceux revus à J28 ont également eu une modification. > On ne note pas dans ce groupe d'augmentation des thérapeutiques non médicamenteuse. Ceci est peut-être en relation avec une meilleure prise en charge médicamenteuse du fait d'un recours facilité à des paliers d'antalgiques plus élevés.

Pour le groupe P, Il est à noter que chaque région comprenait un médecin coordonnateur qui devait valider ou non le bon suivi du protocole médicamenteux et non médicamenteux présenté lors de la formation.

3.1.2. Nombre de jours jusqu'à la sédation de la douleur

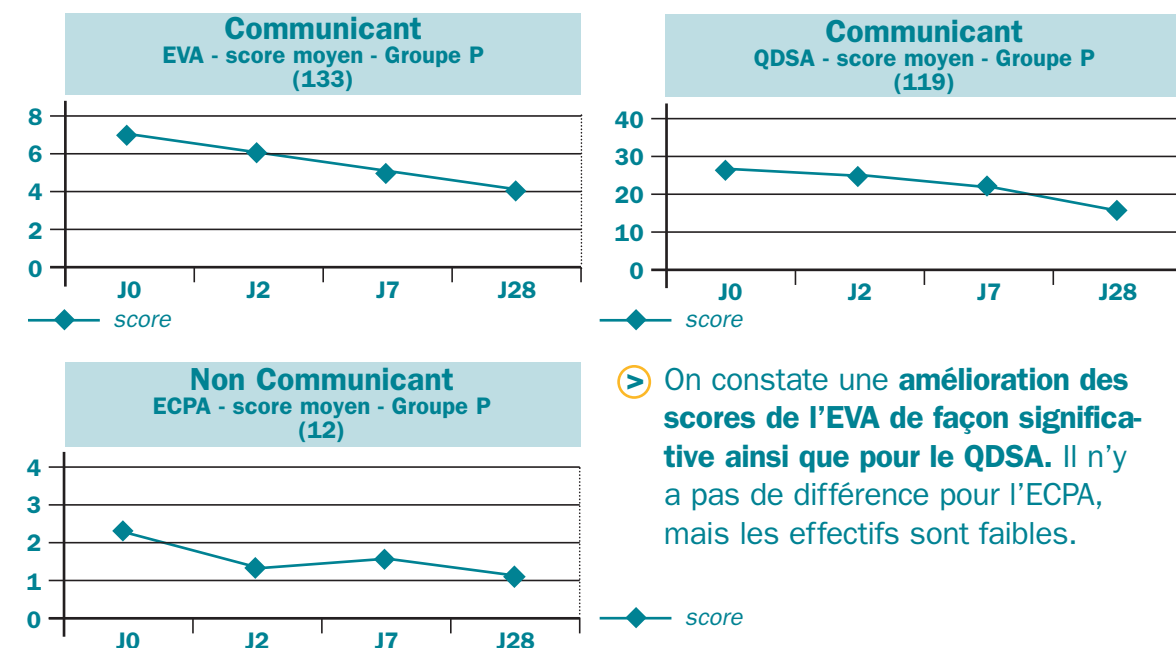
	Groupe A	Groupe P	
	86	125	Le test est significatif
Nombre de jours jusqu'à la sédation de la douleur	15,48 +/- 9,36	12,42 +/- 7,70	

3.1.3. Efficacité jugée par les professionnels de santé

	Groupe A	Groupe P	Il n'y a aucune différence dans le jugement de l'efficacité par les professionnels de santé
100% =	117	146	
Bonne	36%	50%	
Modérée	48%	37%	
Médiocre	12%	10%	
Mauvaise	4%	3%	

3.1.4. Les variations de l'EVA, de l'ECPA et du QDSA – Groupe Post-formé

Les schémas suivants montrent l'évolution des patients pris en charge à J0, J2, J7 et J28



➤ On constate une **amélioration des scores de l'EVA de façon significative ainsi que pour le QDSA**. Il n'y a pas de différence pour l'ECPA, mais les effectifs sont faibles.

Les objectifs secondaires comprenaient l'amélioration des connaissances techniques des professionnels de santé quant à l'identification de la douleur et de la prise en charge.

3.2. Améliorer les connaissances techniques et les pratiques

Les professionnels de santé ont répondu à un **questionnaire de connaissance et de pratique**. Ce questionnaire a été complété chez les formés d'avant (A) et d'après (P) la formation, ainsi que chez le groupe contrôle (C). Ce questionnaire, permettant de tester le niveau II³ d'une action de Formation Médicale Continue, comportait 14 questions sur la douleur. Son objectif est de savoir comment le professionnel évaluait cette douleur et quelle stratégie il utilisait. Un score a été réalisé sur les 3 groupes :

Groupe A Avant la formation	Groupe C contrôle	Groupe P Après la formation
Score moyen : 6,94 / 14	Score moyen : 6,84 / 14	Score moyen : 8,27 / 14

Différence très significative entre A et P. Il existe une amélioration du score global permettant de considérer que l'impact immédiat de la formation a été atteint.

On note également une **meilleure description de la douleur**. Les professionnels savent mieux caractériser leurs patients. Il n'y a pratiquement plus de " ne sait pas ".

	100% =	Groupe A 121	Groupe P 147
Répartition des patients par type de douleur			
Nociceptive		55%	81%
Neurogène		13%	15%
Nociceptive + Neurogène		17%	1%
NSP		15%	3%
Type de patient			
Communicant		83%	92%
Non communicant		7%	8%
Ne sait pas		10%	

avec un plus grand nombre de douleurs nociceptives dans le groupe post-formé

➤ L'utilisation des méthodes adaptées d'évaluation de la douleur

Il est intéressant de savoir comment les professionnels procèdent pour connaître la douleur de leurs patients et selon quelle méthode avant (A) et après la formation (P).

		Groupe A 121
Choix par le professionnel de santé du mode de reconnaissance de la douleur		
Réponses multiples		121
Malade		39%
Famille		1%
Malade et famille		11%
Malade et critères psycho-comportementaux		23%
Famille et critères psycho-comportementaux		20%
Tous les critères		6%
Support pour évaluer cette douleur		100% = 91
Aucun		59%
Dossier médical		17%
Méthode spécifique d'évaluation		23%
Dossier + méthode		1%

Le plus souvent, l'évaluation de la douleur se basait sur l'interrogatoire des familles ou du malade, dans les autres cas, l'analyse des troubles psycho-comportementaux étaient pris en compte par le professionnel de santé ; une évaluation par des outils spécifiques a été réalisée dans 41% des cas (dossier médical et/ou méthode spécifique d'évaluation)

Après la formation (P), les évaluations ont été demandées à J0, J2, J7 et J28. Des grilles d'évaluation, présentées durant la formation et mises à disposition des professionnels de santé, devaient être remplies à chaque visite.

		Groupe P 147
Support pour évaluer la douleur		
QDSA	Base 135	81%
EVA	Base 135	90%
ECPA	(patients non communicants 12)	100%

L'utilisation des outils a été bien comprise et bien acceptée par le groupe de professionnels de santé et a sans doute permis une meilleure évaluation des résultats et une meilleure prise en charge.

➤ La coordination des professionnels de santé

Coordination	100% =	Groupe A 121	Groupe P 147
Oui		67%	56%
Non		24%	43%
NSP		9%	1%
Si oui,		(81)	(83)
coordination orale		42%	54%
Coordination physique		2%	5%
Coordination orale et physique		56%	41%

Dans le groupe des pré-formés, une coordination a été décrite dans 2/3 des cas. Elle était alors caractérisée par le professionnel comme orale et physique dans un cas sur deux. La formation a consisté notamment à définir ce qu'est réellement une coordination entre professionnels de santé vis-à-vis du malade. C'est ainsi que l'on se rend compte que dans le **groupe des post-formés, l'existence d'une réelle coordination est deux fois moins fréquente**. Cela est probablement dû au fait que les professionnels de santé ont réellement pris conscience au cours de la formation de ce qu'était une vraie coordination et que celle qu'ils décrivaient avant la formation ne correspondait pas aux critères retenus.

³ Niveau II : amélioration des connaissances théoriques – Rapport publié en 1995 par l'ANDEM rappelant les 4 stades d'évaluation d'une action de Formation Médicale Continue.