

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE ... UN PROCESSUS POUR MIEUX COMPRENDRE LA DOULEUR


Marquet France et Porcu Marie
Coordination Education Thérapeutique CHC

Schommer Marie-Claire
Coordination algologie

Sophie Nagelmackers
Infirmière Référente Centre de la douleur



PLAN DE L'EXPOSÉ


- ▶ Objectif de la présentation
 - ▶ Fonctionnement du centre en 2013 et réflexions
 - ▶ Concept de l'éducation thérapeutique
 - ▶ Intégration du concept dans l'approche actuelle
 - ▶ Difficultés
 - ▶ Perspectives d'avenir
- 

OBJECTIF DE L'EXPOSÉ

Vous présentez le cheminement de l'équipe du centre de la douleur

Vous convaincre de la pertinence du concept d'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient douloureux chronique


COMMENT FONCTIONNONS-NOUS EN 2013 ?

- ▶ Rdv médical dès demande
 - ▶ Prise en charge médicale individuelle ou prescription d'un bilan
 - ▶ Après bilan discussion en réunion multidisciplinaire
 - ▶ Proposition(s) thérapeutiques
 - ▶ 2ième rdv médical
- 

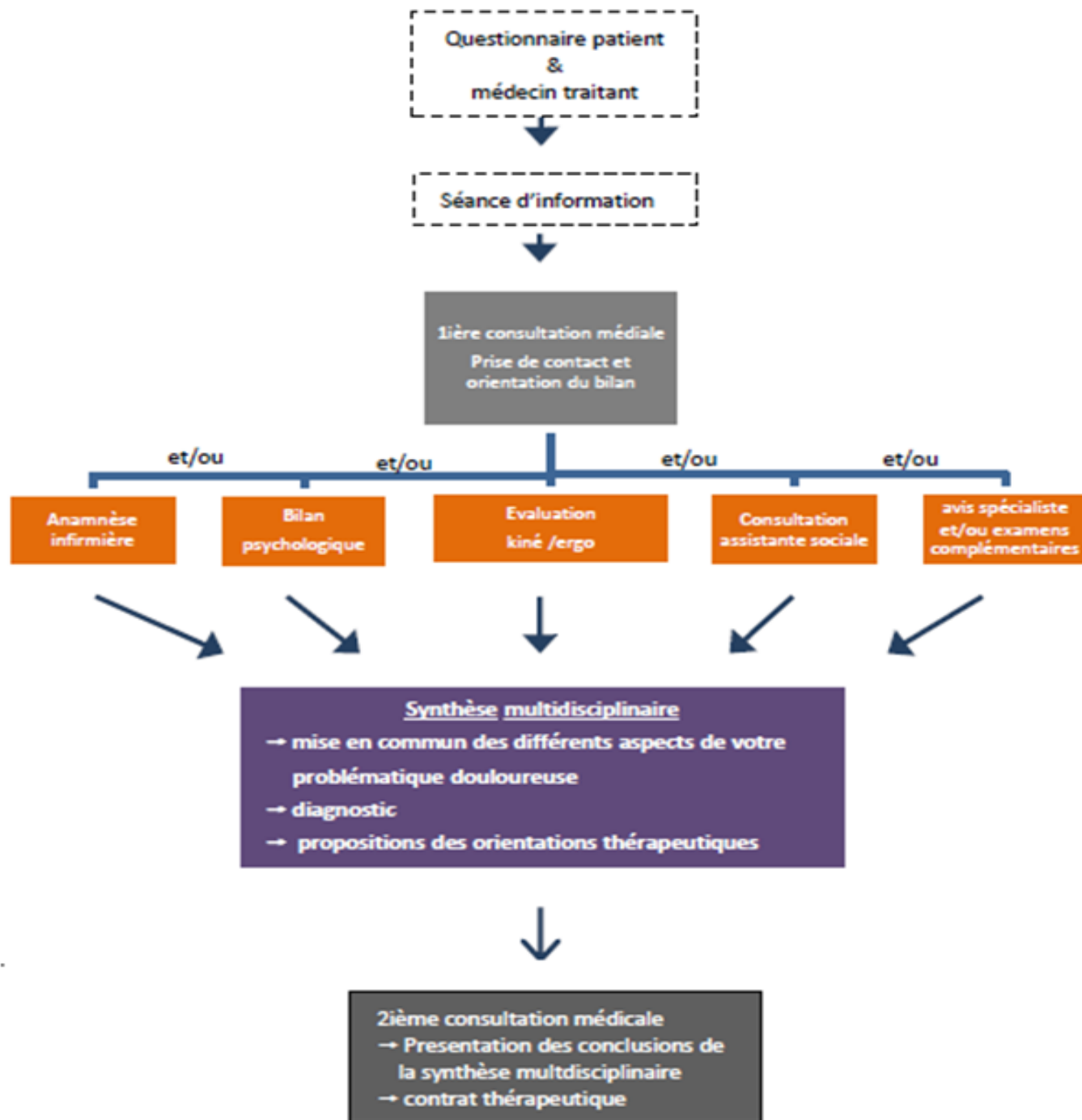
NOS CONSTATS ET REFLEXIONS

- ▶ offre de soin # des autres disciplines
- ▶ Pas de correspondance avec les attentes des patients
- ▶ Pas de distinction douleur subaiguë et douleur chronique
- ▶ Nombre important de rdv non respectés et d'abandon de suivi
- ▶ Sentiment d'inefficacité, de gaspillage des ressources

OBJECTIFS D'AMÉLIORATION

- ▶ Distinguer douleurs subaiguës, actes techniques et (= RDV rapide) et approche multidisciplinaire
 - ▶ Informer le patient de l'approche bio-psycho-sociale avant la prise de rdv
 - ▶ Stimuler l'implication du patient dès le début de la démarche
 - ▶ Prioriser les patients à haut potentiel motivationnel
- 

NOUVELLE PROCEDURE DE FONCTIONNEMENT



CONTENU DU QUESTIONNAIRE

Deux parties :

- Partie à remplir par le patient
- Partie à remplir par le médecin traitant

Patient


- ▶ Schéma, description et ressenti de la douleur
- ▶ Médication
- ▶ Répercussions physiques, psychologiques et sociales

Médecin traitant

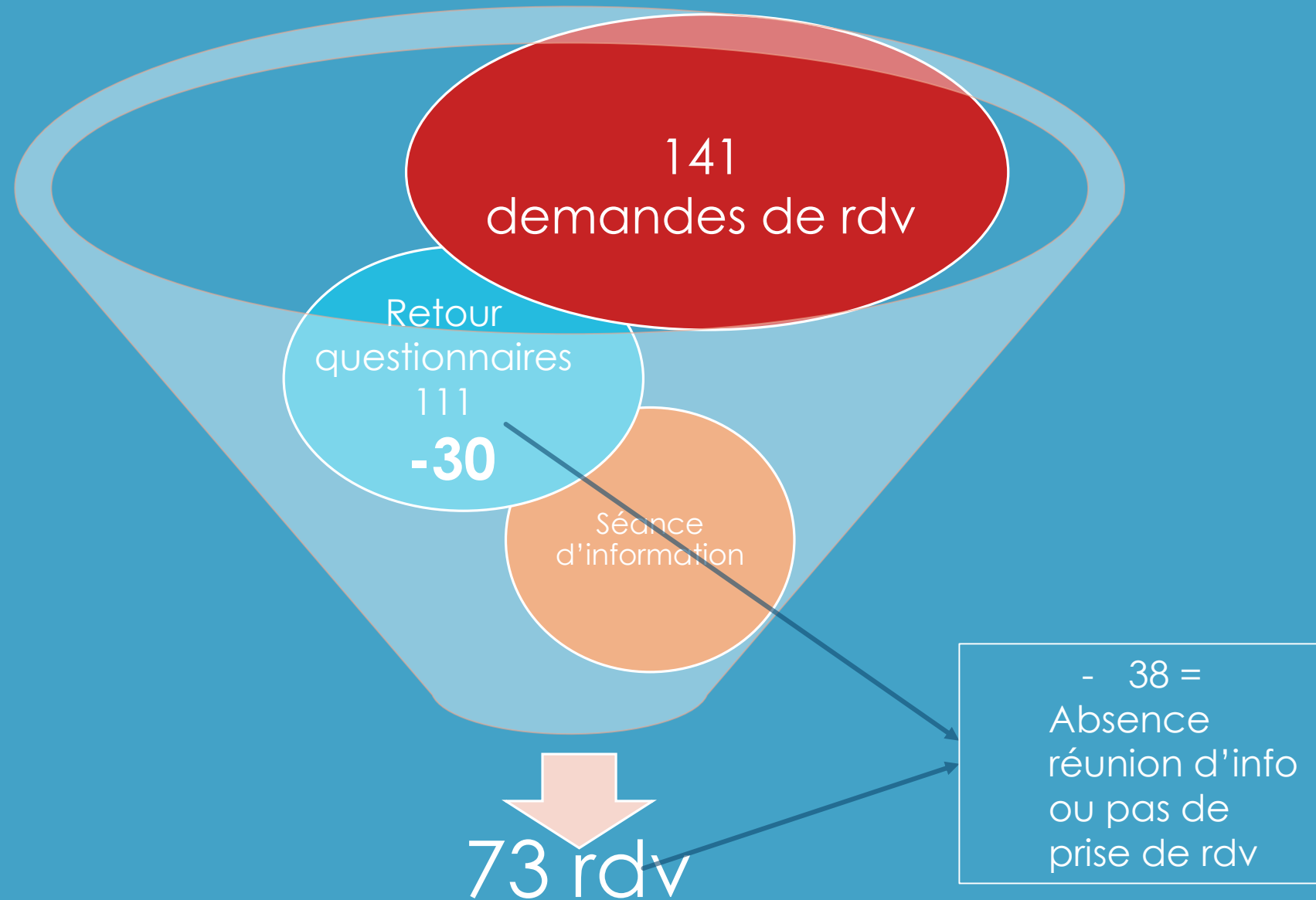
- ▶ Antécédents
- ▶ Description problème douloureux
- ▶ Examens complémentaires
- ▶ Traitement en cours
- ▶ Echecs de traitement

RÉUNION D'INFORMATION

Contenu de l'info :

- ▶ **Présentation de l'équipe**
 - ▶ **Définition de la douleur chronique**
 - ▶ **Impact psychosocial de la douleur**
 - ▶ **L'offre thérapeutique du centre**
 - ▶ **Fonctionnement du centre**
 - ▶ **Echange avec les patients**
 - ▶ **Documentation écrite**
- 

PREMIERS CONSTATS /4 MOIS





Définition

« À la différence des maladies guérissables, dont le diagnostic permet la mise en œuvre de moyens thérapeutiques propres à la restauration de l'état de santé antérieur, la maladie chronique se caractérise par des changements affectant le mode de vie, sans perspective de retour à une situation ayant précédé la survenue de la maladie.

Il y a renoncement à l'idée de guérir » J-P. Assal

MALADIE CHRONIQUE

DEUX EXPERTISES SOIGNANT /PERSONNE MALADE

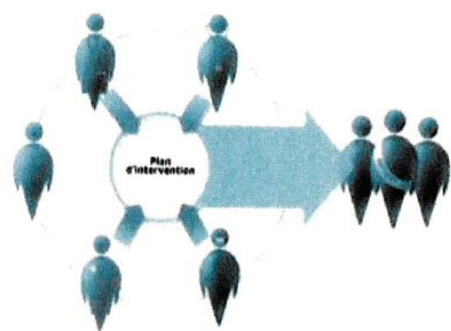
30

129 600

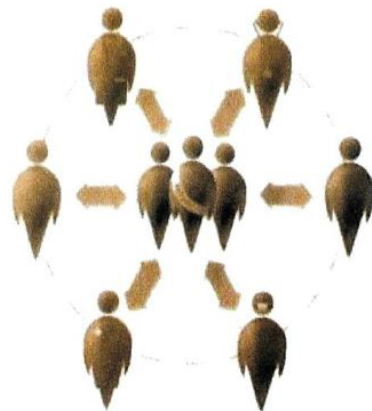
3 mois

Consultation
médicale 0.02%

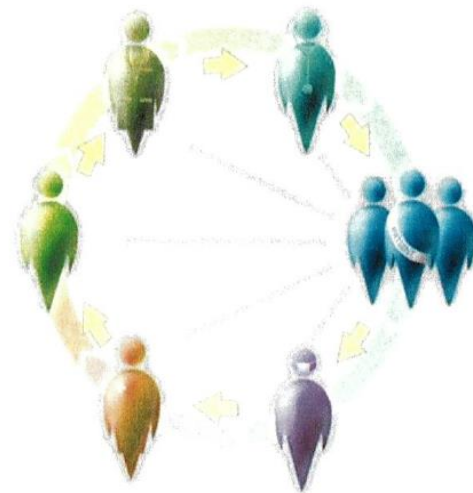
Vécu de la
personne malade
99.8 %



Paternalisme, 1945 à ?



Approche centrée sur le patient,
1990 à ?



Partenariat de soins,
depuis 2010.

POURQUOI SE SOIGNE -T- ON?

Certaines personnes se soignent et d'autres pas !!!

- ▶ S'étonner
- ▶ Comprendre
- ▶ Etre non-observant ...naturel

Quelle est la clé de
l'Observance /Alliance thérapeutique ?

LA CLÉ DE L'OBSERVANCE / ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

- ▶ Dans la personne...?
- ▶ Relation soignant/soigné...?

Introduire dans la relation thérapeutique
l'éducation thérapeutique (ETP)
L'ETP pour situer la relation thérapeutique

POUR ÉVALUER LA NON -OBSERVANCE

- ▶ On se place dans la dimension de l'*aide* et non du *jugement*
- ▶ On considère qu'il est *normal* de ne pas appliquer les recommandations des soignants
- ▶ On différencie la NO intentionnelle et l'oubli...

Pourquoi fait-on, Pourquoi ne fait-on pas?

Le geste de ... c'est une ACTION plus qu'un comportement...

TENDRE L'OREILLE,

C'EST TENDRE LA MAIN.

Quelqu'un vous a-t-il écouté aujourd'hui?



FRANCOFON

L'ECOUTE, C'EST L'AFFAIRE DE TOUS.



Tél. 143. • La Main Tendue

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN 3 DIMENSIONS

- ▶ une aide aux apprentissages savoirs et savoir-faire des patients et leur famille pour renforcer leurs compétences à gérer leur traitement.
- ▶ un accompagnement éducatif en adéquation avec leur quotidien, accepter le changement, pouvoir de décision en mobilisant les nouveaux savoirs.
- ▶ un accompagnement global : « devenir autrement le même », processus d'**EMPOWERMENT** qui permet à la personne atteinte de maladie chronique de trouver un équilibre de vie qui a du **SENS** et une **QUALITÉ DE VIE** satisfaisante.

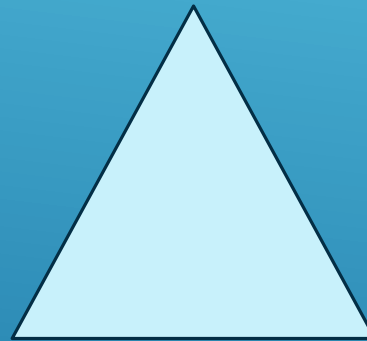
3 RELATIONS EN EDUCATION THERAPEUTIQUE

GOLAY

Relation d'aide

Accueillir
Soutenir
Valoriser

La personne malade



Relation de soin

Diagnostiquer
Prescrire
Informer

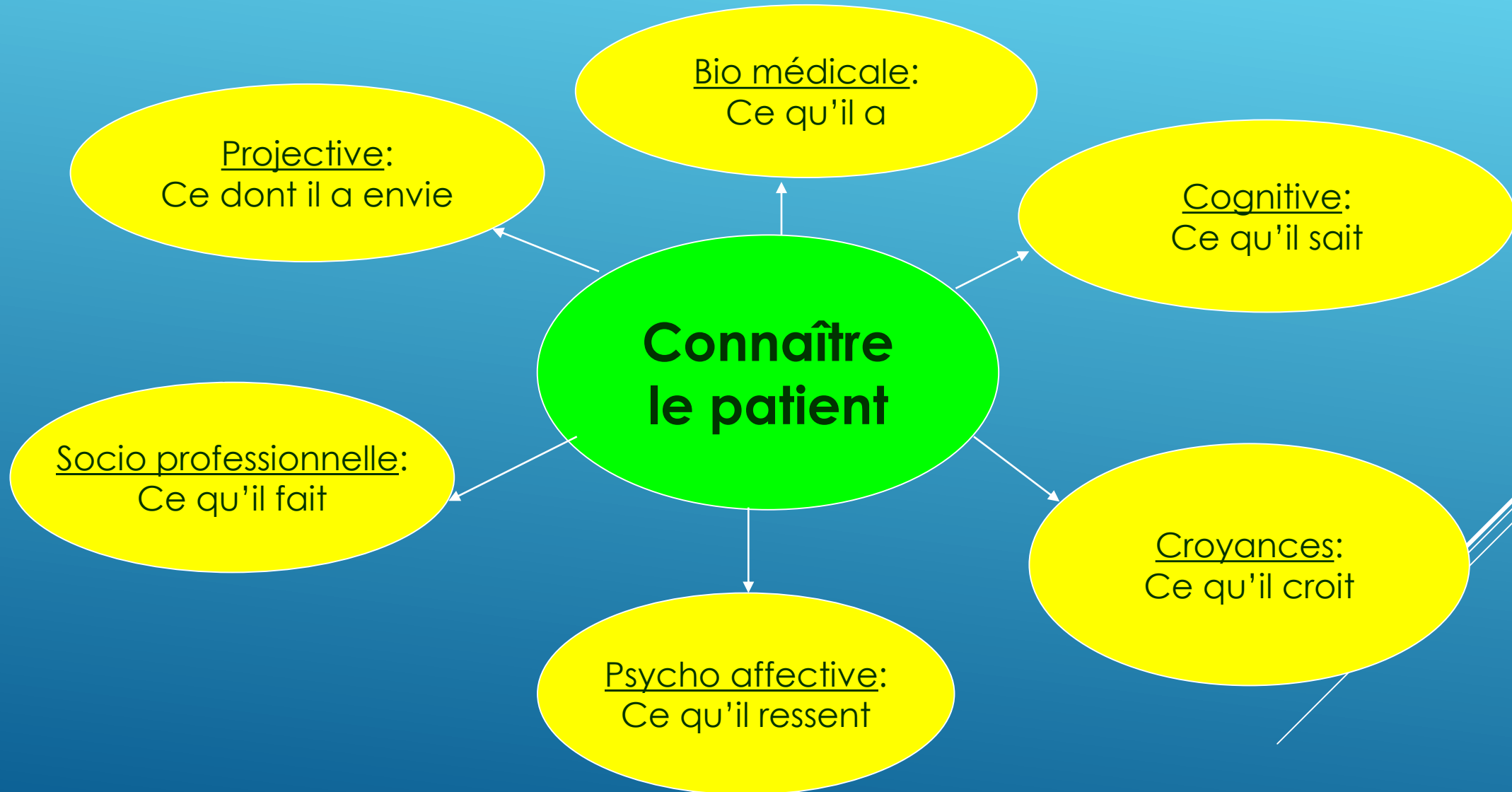
Le soignant

Relation Pédagogique

Mobiliser
Faire des liens
Donner du sens

La maladie et le
traitement

LES DIMENSIONS DU BILAN EDUCATIF PARTAGÉ



Au niveau du patient:

- ▶ **Exprime ses besoins, ses attentes, ses craintes, ses ressources**
- ▶ **Permet d'identifier les freins et les leviers motivationnels afin d'adopter une prise en charge personnalisée**

Au niveau du soignant : nouveau paradigme

- ▶ **Expliquer au patient et à sa famille la démarche éducative**
- ▶ **Etre conscient de ses propres représentations de l'éducation thérapeutique**
- ▶ **Evaluer avec le patient la situation**
- ▶ **Convenir avec lui d'un programme personnalisé**

NOTION DU BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ

LE BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ

- ▶ Début d'une relation de **confiance**
- ▶ Il n'est pas exhaustif
- ▶ Mais simplement de montrer
 - qu'on a **entendu** une personne, et ce qu'elle vit,
 - **sans la juger**
 - et **convenu avec elle** des objectifs pour l'accompagner

LE BILAN EDUCATIF PARTAGÉ

▶ Doit mettre en évidence

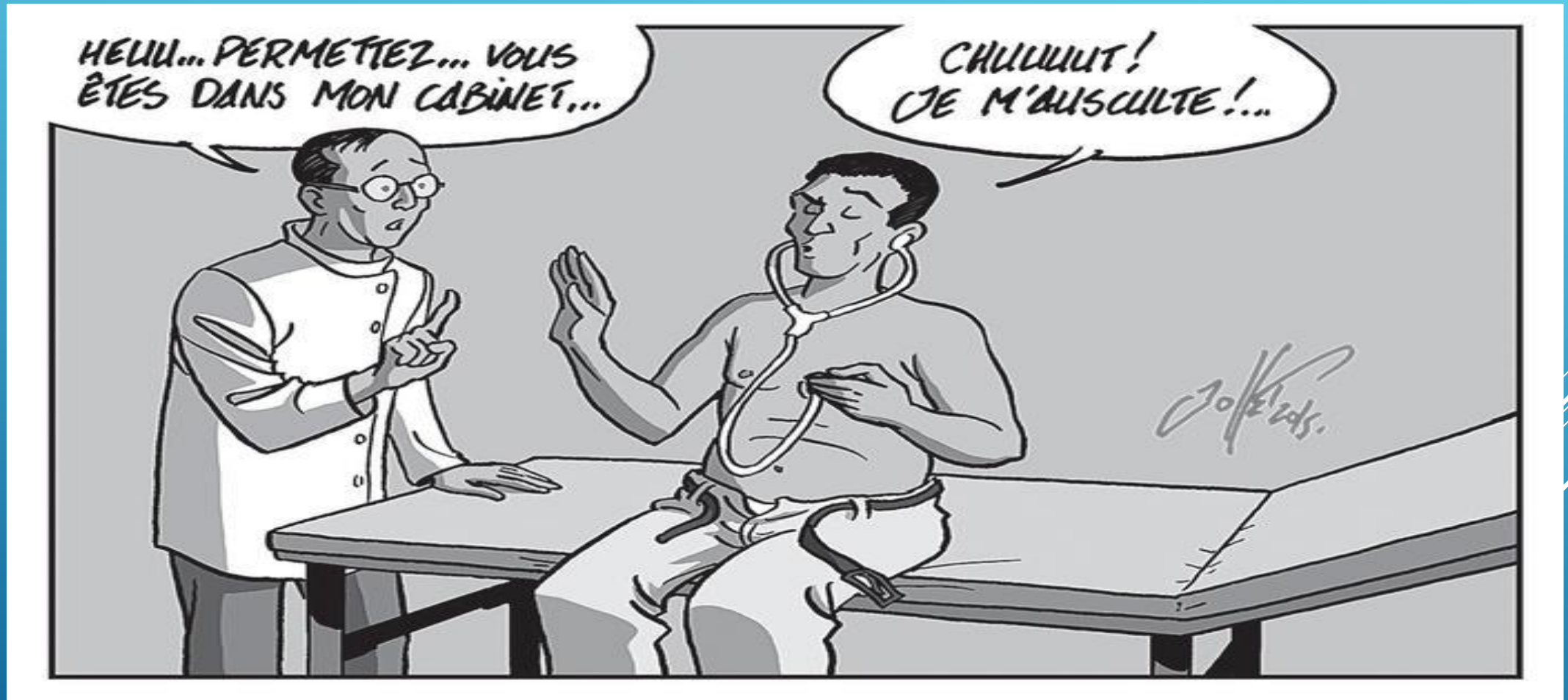
- ▶ Les aspects positifs (leviers, sur lesquels on peut compter)
- ▶ Les aspects négatifs (freins, problèmes à résoudre)
- ▶ Les priorités de la démarche éducative

▶ Négociations des objectifs

- ▶ Micros objectifs Spécifiques, Mesurables, Réalistes et atteignables dans le Temps
- ▶ Projet de vie

«... Devenir autrement le même...»

Bensaid N. 1978



CHANGEMENT DE VISION

Passer de :

« Mettre à l'écart les patients « non compliant » »

à :

« Accompagner les patients sur ce parcours de deuil d'une guérison impossible et de l'acceptation d'une autre approche thérapeutique avec l'objectif d'améliorer leur qualité de vie malgré la douleur ? »

CHANGEMENT DE VISION

Passer de :

... « Je sais ce qui est bon pour vous... »

à :

...« que puis-je apprendre de vous patient qui vivez avec cette maladie qu'est la douleur chronique »

COMMENT INTÉGRER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS NOTRE PRISE EN CHARGE ?



CHANGEMENTS CONCRETS

- ▶ **Le patient sait-il remplir le questionnaire seul ?**
 - ▶ **Analphabétisme, problème de langue, difficulté d'écriture, réticence ? Si oui, rdv infirmier**
- ▶ **Avant la consultation: Prise de connaissance du questionnaire et si possible du compte rendu du premier rdv médical**

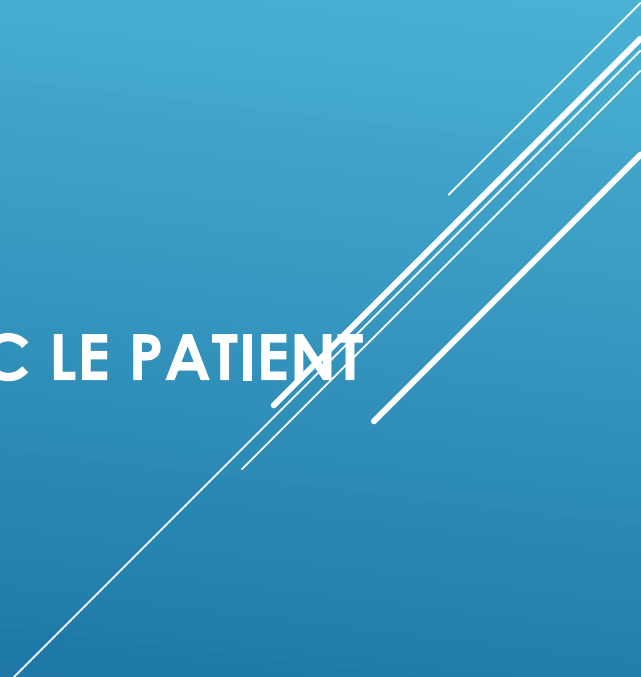
▶ **Consultation :**

- ▶ **Feuille blanche, c'est le patient qui choisit la porte d'entrée de l'entretien**
- ▶ **Entrevue semi-directive**
- ▶ **Créer un climat de confiance**
- ▶ **Mise en évidence des connaissances du patient sur les modulateurs de sa douleur**
- ▶ **Mise en évidence de la globalité et des interactions de leurs dysfonctionnement**
- ▶ **Aider le patient à repérer les leviers de changements en mettant en évidence leurs capacités**
- ▶ **Détecter les freins**

CHANGEMENTS CONCRETS

- ▶ Le patient peut être orienté vers d'autres professionnels en fonction de ses besoins (assistante sociale, ergo, kiné, ...) (autonomie inf & psy)
- ▶ On aide le patient à clarifier ses attentes et à les prioriser et on s'accorde avec lui sur les objectifs réalisables.
- ▶ On ne cherche plus à l'aider à tout pris: On ne fait pas boire un âne qui n'a pas soif mais peut être peut on stimuler sa soif?
- ▶ L'anamnèse n'est plus un relevé exhaustif de données mais un accompagnement du patient dans l'analyse de sa problématique
- ▶ Le rapport de la consultation est réalisé sous forme d'un bilan éducationnel partagé (BEP)

LE BILAN EDUCATIF PARTAGÉ

- ▶ FACTEURS D'AUTOSOINS
 - ▶ FACTEURS PSYCHOSOCIAUX
 - ▶ ATTENTES DU PATIENT
 - ▶ OBJECTIFS FIXES PAR LE PATIENT A L'ISSUE DU BILAN
 - ▶ PISTES ENVISAGÉES AVEC LE PATIENT
 - ▶ PISTES ENVISAGÉES MAIS PAS ENCORE DISCUTÉES AVEC LE PATIENT
- 

EXEMPLES : AUTOSOINS

	NA	EA	A	COMMENTAIRES
Le patient connaît sa maladie				
Le patient connaît le processus de la douleur chronique Temps – impact psycho-social – impact de vie				
Le patient est capable d'évaluer et de décrire ses douleurs en fonction des outils présentés : EN – EVA – pictogrammes - ...				
Le patient est capable de citer des situations qui modulent sa douleur				
Le patient est capable de comprendre l'interaction entre sa douleur et son histoire de vie passée et/ou présente				
Le patient est capable de comprendre l'interaction entre émotions et douleur				
Le patient est conscient de l'interaction entre la gestion des activités et la d+				
Le patient est conscient l'interaction entre la gestion du sommeil et des temps de repos et la douleur				


EXEMPLES : FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

	COMMENTAIRES
Sentiment de gravité de la maladie avec des conséquences sur sa personne. Peur des risques, complications, incidents, kinésiophobie.	
Soutien social perçu.	
Besoin d'autonomie ou état de dépendance (avantage secondaire, difficulté à demander de l'aide).	
Locus contrôle interne/externe.	
Sentiment d'efficacité ou inefficacité du traitement. Représentation des obstacles et inconvénients du traitement.	
Sentiment d'auto efficacité.	
Sa responsabilité dans sa prise en charge (implication)	

LE SUIVI ÉDUCATIONNEL

- ▶ les consultations de suivi du patient sont récentes (et encore à renforcer)
- ▶ reprend les mêmes items que ceux du BEP
- ▶ se base sur la même démarche (Ecoute, mise en évidence des avancées, travail réflexif sur les freins, réadaptation des objectifs)


NOS DIFFICULTÉS

- ▶ Trouver une juste répartition du temps de travail infirmier entre consultations de bilan et de suivi
 - ▶ Comment concilier le flux des nouveaux patients et la qualité des suivis
 - ▶ Compétences communicationnelles à développer
- 

PERSPECTIVES

- ▶ Participer à des consultations de l'équipe thérapeutique (tabacologie, diabétologie) et vice versa
- ▶ Labo de simulation
- ▶ Formation à l'éducation thérapeutique Ulg en 2017
- ▶ Mise en place d'un outil d'évaluation de l'efficience de la démarche

CONCLUSIONS

- ▶ L'acteur de la gestion de sa qualité de vie, c'est le patient. Notre rôle c'est de l'aider à développer ses compétences pour devenir un expert en gestion
 - ▶ Intégrer ce concept et le mettre en place ... un travail de longue haleine mais ... tellement enrichissant
- 



Pour votre attention

Avez-vous des

