

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Proposition d'innovation

Optimiser l'observance des personnes sur la gestion de la douleur persistante: outils cliniques

Par Pascal Boudrias, 08413950

Travail présenté à Mesdames Marie-José Durand, Chantal Sylvain et Karine St-Jean

Dans le cadre du cours Essai-Synthèse

REA-106

15 juin 2013

RÉSUMÉ

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) persistants des travailleurs coûtent cher aux différents organismes. Afin de réduire les coûts, des cliniques interdisciplinaires de 2^e ligne, dont le CERE permettent d'aider les patients à retourner au travail. Pour aider cette clientèle, un programme de gestion de la douleur (PGD) a été élaboré, consistant en un enseignement de groupe et des interventions individuelles. Or, l'équipe traitante constate que les patients n'adhèrent pas au PGD. Cette non-observance entraîne des conséquences négatives qui touchent les cliniciens, les patients et limite grandement le succès de la réadaptation.

Cet essai-synthèse s'est intéressé à comprendre les raisons sous-jacentes possibles de la non-observance et à proposer des moyens pour améliorer l'adhérence des patients dans le cadre d'un programme de gestion de la douleur. Un travail préalable a permis de bien comprendre les facteurs agissant sur l'observance. Des quatre facteurs agissant sur l'observance, le choix s'est arrêté sur des concepts reliés aux caractéristiques du patient ainsi qu'à la relation thérapeutique. Les concepts de représentation de la maladie et du sentiment d'auto-efficacité personnelle dans la gestion de la douleur (SAEP) ont été ciblés comme facteurs reliés au patient. La décision partagée a été choisie comme facteur relié à la relation thérapeutique. L'objectif principal de l'essai-synthèse fut d'identifier si le PGD, dans sa forme actuelle, prend en considération ces concepts (SAEP, représentations de la maladie et décision partagée) reliés à l'observance et, dans un deuxième temps, d'identifier des stratégies concrètes pour permettre aux cliniciens d'utiliser ces éléments afin de maximiser l'observance au PGD.

Le premier objectif spécifique consistait à bien comprendre les concepts choisis et à les relier à l'observance. La recension des écrits a permis d'établir un lien direct entre ces concepts et l'observance. De plus, cette lecture a permis d'appliquer ces concepts à la réalité clinique et à trouver des stratégies réalistes.

Le second objectif spécifique consistait à déterminer si ces concepts étaient déjà présents dans les interventions individuelles et de groupe du PGD. Pour ce questionnement, la perspective des cliniciens et des patients a été recherchée. La collecte de données consistait en un questionnaire à choix multiple destiné aux cliniciens ciblant leur connaissance des concepts, l'utilisation de ceux-ci ainsi que leur intérêt pour une formation. Un deuxième questionnaire à court développement a été remis à deux cliniciennes pour évaluer la présence des concepts dans l'atelier de groupe. Finalement, un questionnaire à choix multiple a été distribué à deux reprises aux patients ayant reçu les deux ateliers de groupe du PGD et une semaine ou plus d'interventions au programme. Les résultats obtenus ont démontré que pour les interventions individuelles du PGD, une grande majorité de cliniciens et de patients considéraient que les concepts de SAEP et de décision partagée étaient utilisés. Cependant, en ce qui a trait à la représentation de la maladie, le tiers des cliniciens se disait comme indécis face à l'application de ce concept alors que les patients considéraient qu'on adressait leur représentation de la maladie. Tous les cliniciens sondés désiraient recevoir une formation sur des stratégies cliniques. Face au PGD de groupe, un seul des concepts (le SAEP) était présent au sein des deux ateliers. Donc malgré la faible observance constatée du PGD et de l'intérêt des cliniciens pour les outiller, le projet innovateur s'inscrivait donc comme une suite logique pour aider les cliniciens à améliorer l'observance dans le PGD.

Le troisième objectif spécifique consistait en l'élaboration de stratégies cliniques permettant aux cliniciens d'appliquer les concepts de SAEP, de représentation de la maladie et de décision partagée dans leurs interventions. Afin de faciliter l'appropriation par les cliniciens de ces stratégies d'interventions, une formation, accompagnée d'un aide-mémoire ont été préparés. Cette formation, et son aide-mémoire, propose une démarche logique bien précise pour appliquer les stratégies afin de maximiser l'observance. La démarche comprend deux stratégies reliées à la représentation de la maladie (questionnaire QRIT et tableau-synthèse), une reliée à la décision partagée (tableau adapté du modèle d'aide à la décision d'Ottawa), et une impliquant le concept de SAEP, soit la fixation d'objectifs nécessitant la gestion de la douleur. La formation des cliniciens a été effectuée auprès de onze cliniciens au mois de mai 2013, d'une durée d'une heure.

Le dernier objectif spécifique visait à vérifier l'appréciation des cliniciens face à la formation reçue. Un court questionnaire papier fut remis après la présentation aux 11 cliniciens ayant participé à la formation. Les résultats furent que tous les cliniciens ont apprécié la formation et appris de nouvelles informations. Par contre, aucun clinicien mentionne utiliser tous les outils dans la démarche proposée, préférant vouloir utiliser les stratégies séparément, particulièrement le tableau-synthèse de la représentation de la maladie. Le tiers des cliniciens demeurent ambivalents ou réticents face à l'utilisation des concepts compte tenu du contexte clinique actuel.

Les résultats de la première collecte de données face aux cliniciens sont expliqués par une mauvaise compréhension des concepts, un biais de désirabilité ou une surestimation des capacités des cliniciens, de même qu'à un manque d'expérience face aux concepts. Face à la perspective des patients, les résultats sont expliqués par une mauvaise compréhension ou un biais de désirabilité. Les résultats obtenus face à la deuxième collecte de données destinée aux cliniciens après la formation demeurent compatibles avec un contexte clinique peu propice à l'adoption d'un changement compte tenu de la charge clinique. Les principales forces de l'essai-synthèse est l'intérêt porté de vouloir relier ensemble trois concepts novateurs liés à l'observance pour permettre de développer une démarche clinique maximisant l'observance dans un programme de gestion de douleur, l'utilisation de stratégies cliniques s'appuyant sur des outils validés ou déjà existants dans la littérature ainsi que la double perspective qui fut recherchée afin d'identifier la présence des concepts au sein des enseignements. Les faiblesses principales de l'essai-synthèse concernent en la difficulté dans la méthodologie de s'appuyer sur des indicateurs fiables et valides pour identifier la présence des concepts au sein des enseignements individuels et de groupe, la méthodologie utilisée pour identifier la population ciblée, le choix des cliniciens face à l'évaluation du PGD de groupe ainsi qu'un biais de désirabilité sociale qui fut difficile à contrôler malgré l'anonymat des questionnaires.

En conclusion, cet essai-synthèse vise à augmenter l'observance dans un programme de gestion de la douleur en proposant un outil pour les cliniciens. Cet outil offre des stratégies thérapeutiques élaborées sur les concepts ciblant les facteurs reliés à l'observance de représentation de la maladie, du sentiment d'auto-efficacité personnelle et de la décision partagée.