



Améliorer l'autogestion de la douleur chronique

Prof. Dawn Carnes

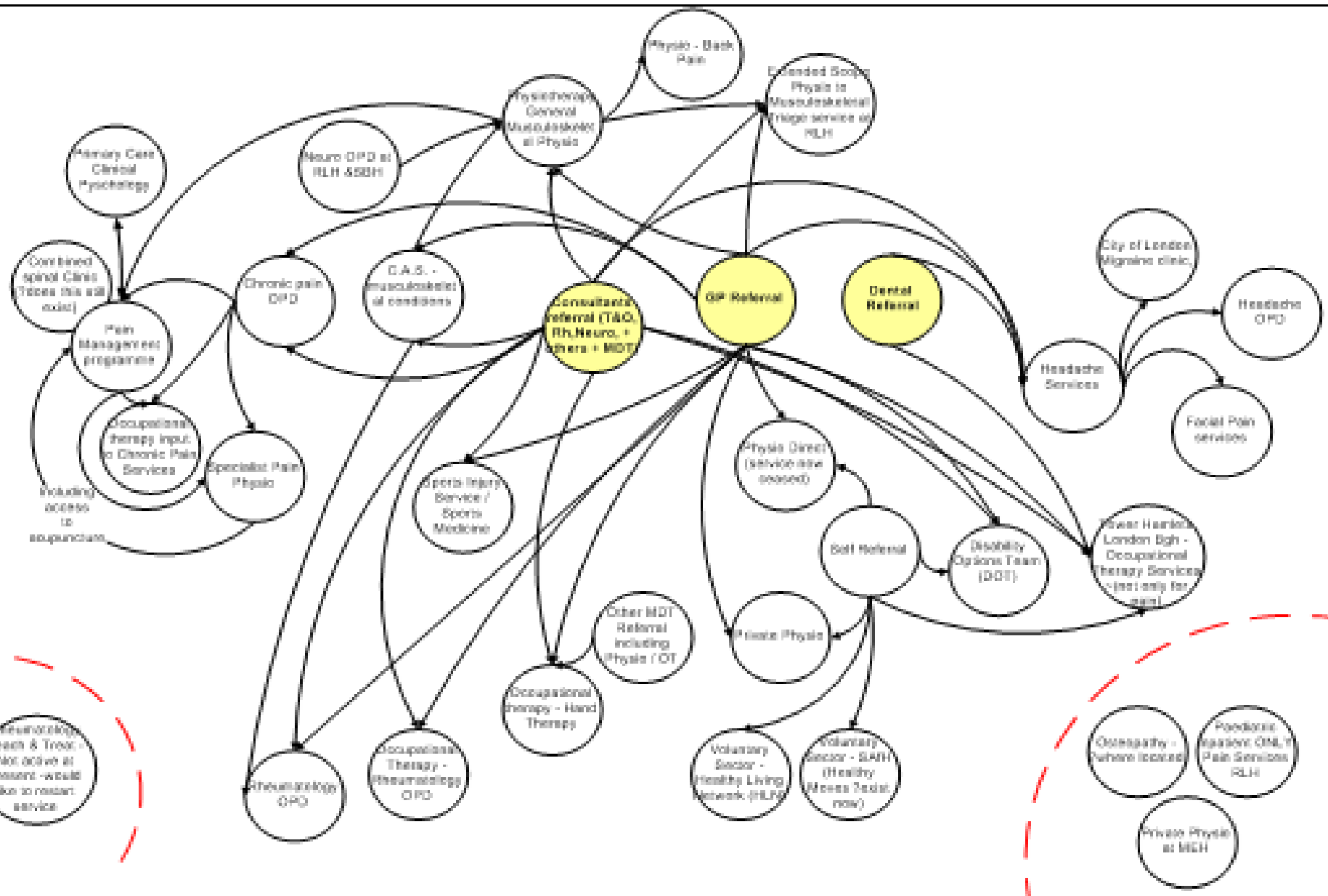


Pourquoi?

Les services aux patients souffrant de douleurs chroniques en 2015 étaient médiocres, confus et coûteux.



Les trajets possible





Pourquoi?

Il y a un fardeau individuel et sociétal important

Prévalence

- La prévalence de la douleur persistante est significative: ~23 %
- La douleur chronique augmente avec l'âge:
16% - 16-24 ans à
53 % - 75 ans et plus

<https://cks.nice.org.uk/topics/chronic-pain/background-information/prevalence/>





Pourquoi?

Les besoins des patients sont complexes.



Pourquoi?

Warwick
Medical School

- Niveaux élevés d'utilisation d'opioïdes
- Douleur multi-site
- Comorbidités
- La qualité de vie du patient est faible, associée à la dépression, à l'anxiété et à l'isolement social

Butera KA, et al.. The impact of multisite pain on functional outcomes in older adults: biopsychosocial considerations. J Pain Res. 2019 Mar 29;12:1115-1125



Barts and The London
School of Medicine and Dentistry

www.smd.qmul.ac.uk



Pourquoi ?

Warwick
Medical School

Visites fréquentes aux soins primaires

- 10% to 33% de patients âgés visitent leurs médecin fréquemment

Welzel, F.D., Stein, J., Hajek, A. *et al.* Frequent attenders in late life in primary care: a systematic review of European studies. *BMC Fam Pract* **18**, 104 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0700-7>

Les options thérapeutiques

Conseils comportementaux

- Mixte et confus

Produits pharmaceutiques

- Augmentation de la tolérance aux médicaments
- Opposer les effets secondaires

Physiothérapie

- Non-respect de l'exercice
- Évitement de la peur

Chirurgie

- Échec de la chirurgie pour mal de dos



Qu'est que l'autogestion?

Aider les gens à s'aider eux-mêmes en leur donnant la confiance nécessaire pour gérer leur maladie/santé et bien-être



Nous avons un besoin de développer une nouvelle stratégie de l'autogestion

- Les revues systématiques de l'efficacité des cours actuels
- Une étude qualitative des opinions des patients
- Une revue des théories pour changer les comportements maladaptive



Conception du cours de formation après nos recherches

- Groupe (interactions social)
- Endroit convenable
- Dirigé par des professionnels de la santé et des patients
- Bref (3 jours pendant une semaine)
- Inclut les concepts Cognitivo-comportementaux
- Focus d'activité, pas d'exercice
- L'autogestion de la dépression
- Relaxation pour le contrôle (pas de preuve d'efficacité long-terme)
- Promouvoir de l'auto-efficacité
- Langue maternelle des participants

La hiérarchie d'apprentissage

Compréhension de la douleur



Acceptance de la douleur



Appréciation du lien entre la douleur et l'humeur



Le cercle de la douleur



Les techniques pour l'autogestion de la douleur



TCC



Contrôle de l'attention, distraction,
relaxation, communication



**Un essai pragmatique randomisé contrôlé
pour tester l'efficacité du cours**



Barts and The London
School of Medicine and Dentistry

www.smd.qmul.ac.uk

Randomised controlled trial

Novel evidence based
brief group lay and
healthcare professional
delivered course and
usual care (COPERS)

(N= 403)

Usual care plus an
education booklet on
pain management and a
relaxation CD

(N= 300)



Résultats

Characteristics	All participants (n=703)
Age – mean (range)	59.9 (19.3 to 94.4)
CPG disability – mean (SD) (scale 0-100)	63.3 (25.1)
CPG pain intensity – mean (SD) (scale 0-100)	71.3 (16.3)
PSEQ – mean (SD) (scale 0-60 60 = confident)	31.0 (13.9)
CPAQ – mean (SD) (scale 0-120 120 = coping)	56.6 (20.1)
HADS depression – mean (SD) (UK norm 6.14)	7.4 (4.1)
HADS anxiety – mean (SD) (UK norm 3.68)	9.2 (4.6)
HEIQ – mean (SD) (scale 5-20 20=worse state)	13.9 (3.5)
EQ5D – mean (SD) (no problems =1)	0.40 (0.34)
Co-morbidities – median (range)	2 (0 to 8)



Résultats - adhérence

Exposure (24 sessions in total)	N (%)
Adhérent (17 sessions or more)	282 (70%)
Moderate adhérence (9 – 16 sessions)	26 (6%)
Non-adhérent (8 or less sessions) (includes those who didn't attend at all = 56)	95 (24%)
Total	403 (100%)



Résultats

- Il n'y a aucun événement indésirable sérieux pendant les recherches



Précis de Résultats

Outcome	Durée	Différence entre l'intervention et le controle	Est-ce que l'intervention a aidé
Douleur et capacité de fonction	12 mois	-1.0 (95% CI -4.8 to 2.4)	Non
	6 mois	-1.2 (95% CI -4.9 to 3.0)	Non
Dépression	12 mois	-0.7 (95% CI -1.2 to -0.2)	Oui
	6 mois	-0.7 (95% CI -1.2 to -0.2)	Oui
Engagement Social	12 mois	0.8 (95% CI 0.4 to 1.2)	Oui
	6 mois	0.6 (95% CI 0.1 to 1.0)	Oui
Anxiété	12 mois	-0.4 (95% CI -0.9 to 0.1)	Non
	6 mois	-0.7 (95% CI -1.3 to -0.2)	Oui
Acceptance de la douleur	12 mois	-0.8 (95% CI -3.0 to 1.4)	Non
	6 mois	3.4 (95% CI 1.3 to 5.5)	Oui
Auto.efficacité pour l'autogestion	12 mois	1.4 (95% CI -0.2 to 3.1)	Non
	6 mois	2.3 (95% CI 0.6 to 4.1)	Oui



Les conclusions pour le cours de 'COPERS'

- Effets bénéfiques était plus positifs pour les personnes souffrant de dépression au début
- L'intervention de COPERS n'a pas eu un effet sur l'utilisation des ressources de santé ou sur l'incapacité liée à la douleur.
- En l'absence d'une intervention d'autogestion plus efficace, COPERS pourrait être utilisé comme substitut à des programmes de gestion de la douleur moins bien documentés et plus coûteux.



Conclusions (cont.)

L'autogestion est une intervention supplémentaire non-pharmacologique, rentable et sûre pour les patients souffrant de douleurs chroniques, qui peut conduire à un meilleur bien-être psychologique.



Acknowledgements

Funded by NIHR

This presentation presents independent research commissioned by the National Institute for Health Research (NIHR) under its Programme Grants for Applied Research scheme (RP-PG-0707-10189). The views expressed in this publication are those of the author(s) and not necessarily those of the NHS, the NIHR or the Department of Health.

L'equipe

SJC Taylor, K Homer, S Eldridge, B Kahan, N Hounsome, A Rahman, T Pincus, M Underwood

