

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

THESE
pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Médecine Générale)**

par

Tifen Douguet-Bazin

née le 12 avril 1977 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 15 janvier 2009

**PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR SOMATIQUE
EN PSYCHIATRIE GENERALE :**
état des lieux au centre hospitalier de Montbert

Président : Monsieur le Professeur Vanelle

Directrice de thèse : Madame le Dr Garrigou-Canevet

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	p 4
I. RAPPELS ET DÉFINITIONS	
I. 1. Rappel historique.....	p6
I. 2. Étymologie.....	p8
I. 3. Définitions de la douleur	
A. Théorisation.....	p9
B. En pratique.....	p10
C. Neurophysiologie de la douleur.....	p13
I. 4. Instruments d'évaluation de la douleur.....	p14
I. 5. Cadre réglementaire.....	p19
I. 6. Traitement de la douleur	
A. Pour les douleurs par excès de nociception.....	p23
B. Pour les douleurs neurogènes.....	p24
C. Autres molécules utilisées.....	p26
D. Traitements non médicamenteux.....	p26
II. LES SPECIFICITES DES PATIENTS SUIVIS EN PSYCHIATRIE	
II. 1. Variations de la douleur	p28
II. 2. La psychose	p30
II. 3. Les syndrome anxiodépressifs.....	p33
II. 4. Les troubles somatoformes	
A. L'hystérie.....	p35
B. L'hypocondrie.....	p37
II. 5. Les troubles psychosomatiques.....	p38
II. 6. Autres troubles.....	p40
II. 7. Un cas particulier de douleur chronique : la fibromyalgie.....	p41
III. ETAT DES LIEUX AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTBERT	
III. 1. Fiche d'identité du CH de Montbert	
A. La structure	p43
B. Le personnel	p44
C. Les secteurs	p45
D. L'activité	p45
III. 2. Conclusion de la V2	p46
III. 3. Réalisation d'un audit des professionnels	
A. Méthodologie	p48
B. Résultats	p49
C. Consommation d'antalgiques	p56
III. 4. Discussion	p60

CONCLUSION p67

BIBLIOGRAPHIE p69

ANNEXES

« Jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dents »
W. Shakespeare

INTRODUCTION

La douleur est le motif de consultation le plus fréquent dans les pays dits développés. Elle représenterait 50 à 60% des consultations de médecine générale, dont un tiers concerne les douleurs chroniques. Dans nos sociétés où la médecine et l'hygiène ont permis un allongement considérable de la durée de vie, la question n'est pas tant celle de la durée que celle de la qualité de vie. Cette évolution va peut-être ramener la fonction du médecin à ses origines, « medicus curat, natura sanat ». La douleur doit toujours être soignée, la guérir sera régulièrement au-delà de nos compétences médicales.

La douleur est ainsi devenue un véritable enjeu de santé publique comme en témoignent différents plans gouvernementaux.

Nous assistons depuis plusieurs années, dans un contexte de déstigmatisation de la psychiatrie, à une prise en compte croissante des besoins somatiques en santé mentale. Des études sur la douleur en psychiatrie commencent en France. Des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) apparaissent dans les Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM), comme dans les hôpitaux généraux et les Centres Hospitaliers Universitaires, avec l'action conjointe de somaticiens et de psychiatres. Ils sont un des témoins du souci actuel d'amélioration des soins somatiques en psychiatrie.

Ce même souci anime aujourd'hui le Centre Hospitalier de Montbert.

Dans la population rencontrée en psychiatrie, évaluer et donc soigner la douleur est souvent difficile. L'amélioration de la prise en charge « somatique » de ces patients, notamment au niveau de la douleur, nécessite-t-elle la mise en œuvre de moyens spécifiques pour cette catégorie donnée de patients, comme en pédiatrie ou en

gériatrie ? Commence-t-elle par la prise en compte de cette problématique et la formation/information des personnels soignants ?

I. RAPPELS ET DEFINITIONS

I.1. Rappel historique

La prise en charge de la douleur est relativement récente dans l'histoire de la médecine.

Pour Hippocrate (460-370 av J-C), soulager la douleur est une chose divine. Longtemps, la douleur est un mal nécessaire, manifestation du péché originel, elle est rédemptrice. Souffrir permet alors d'expier ses fautes, à chacun de trouver pourquoi il souffre et quelles fautes il a commises.

Au Ier siècle après J-C, pour Sénèque, stoïcien, la souffrance en elle-même n'est pas souhaitable, par contre est un bien souhaitable la vertu qui donne le courage de la supporter. La douleur est inévitable dans l'apprentissage ; le petit enfant apprenant à marcher « tombe pour se relever chaque fois avec des larmes, tant qu'il n'est pas parvenu, au prix de sa souffrance, à exécuter ce que demande la nature » [26]. La résistance à la douleur physique est la condition du progrès. La philosophie stoïcienne comme la religion judéo-chrétienne continuent d'exercer leur influence de nos jours.

Après la Renaissance, la douleur devient un symptôme, mais on la soulage peu.

La découverte de l'anesthésie et de la morphine au XIXe siècle permet une approche différente de la douleur. Isolée en 1803, la morphine est utilisée comme antalgique notamment sur les champs de bataille. En 1877, le Dr Levinstein et le pharmacologue L. Lewin décrivent pour la première fois la toxicomanie, stigmatisant la morphine dans cette image péjorative. Pour le grand public comme pour beaucoup de médecins, la morphine est un « poison » et son usage reste très limité. L'anesthésie se développe à partir de 1847 avec l'utilisation de l'éther, du protoxyde d'azote, puis du chloroforme. La chirurgie sans douleur était jusqu'alors inconcevable.

En 1960, la douleur est considérée le plus souvent comme une réaction utile de l'organisme, ayant une fonction d'alerte pour le sujet. Elle doit donc être respectée.

En 1965, R. Melzack et P. Wall énoncent la théorie du « gate control » : le stimulus douloureux est modulé par différents systèmes et neuromédiateurs au cours de son intégration par le système nerveux. Le cerveau n'est pas le récepteur passif des informations somatiques qui lui parviennent mais un centre d'interprétation et de correction. La sensation douloureuse ne dépend pas d'un schéma linéaire : un stimulus douloureux important ne donne pas toujours une douleur importante et inversement.

Les progrès de la médecine vont inciter à la recherche du "zéro douleur", comme lors de l'accouchement. Ainsi que dans d'autres domaines médicaux (vaccinations, antibiotiques, génie génétique...) on observe une certaine déception quant aux résultats escomptés. A partir des années 1980, la douleur chez le nourrisson est reconnue et traitée. Dans les services d'urgence de nombreux hôpitaux, des protocoles antalgiques sont mis en place avant le diagnostic étiologique de la douleur permettant de commencer à soulager le patient au plus tôt. Ces dernières années, les thérapeutiques ont beaucoup évolué : amélioration des galéniques des médicaments, découverte d'effets antalgiques pour certains psychotropes, mise en place de techniques kinésithérapiques variées à visée antalgique...

Aujourd'hui la douleur est devenue un problème de santé publique en France, y compris en santé mentale.

I. 2. Étymologie

Douleur et souffrance ont, semble-t-il, la même signification depuis le XIIe siècle en langue française. La douleur est issue du latin dolor, qui avait donné le verbe douloir. Souffrir vient du latin suffrire qui signifie supporter, se maintenir et au figuré endurer, il s'emploie ensuite dans le sens de ressentir une douleur physique ou morale et remplace l'ancien verbe douloir. L'indistinction entre douleur somatique et psychique dans notre vocabulaire pourrait venir de l'origine gréco-latine de notre langue. Pour la Grèce Antique comme à l'époque latine, le corps et l'âme ne sont pas séparés comme aujourd'hui. Certains auteurs font malgré tout une distinction entre ces deux termes, souffrance et douleur. La souffrance désigne pour eux la douleur morale en opposition à la douleur physique ou encore la conséquence de la douleur sur l'individu. La douleur n'est plus ici que le stimulus nociceptif, ce qui ne correspond pas à la définition communément acceptée aujourd'hui, comme nous le verrons plus tard.

En anglais, "pain" vient du latin poena, qui a donné en français la peine. La peine est un terme juridique qui désigne la compensation versée pour une faute ou un crime, c'est-à-dire l'amende ou le châtement. Il désigne alors les souffrances infligées à quelqu'un. Plus tard il a pris le sens de douleur, chagrin. En français comme en anglais, les termes douleur et "pain" désignent aussi bien la souffrance physique que morale, ainsi « J'ai mal » peut tout aussi bien signifier « Je suis mal ». En Allemand, il existe la même confusion du vocabulaire entre psychique et physique ("schmerzen, schmerz" du latin mordere signifiant mordre et "pein" du latin poena).

Enfin, le patient, celui que nous sommes amenés à soigner, vient du latin patiens signifiant endurent, qui supporte. La prise en charge du patient doit donc le soulager du poids qu'il supporte, le soulager de sa souffrance.[20,22]

I.3. Définitions de la douleur

A. Théorisation

Pour certains auteurs tel Paul Foulquié, philosophe, définir la douleur est impossible et inutile : tout un chacun a expérimenté et sait ce qu'est la douleur.

Merskey, quant à lui propose en 1964 une première définition de la douleur [17]. En 1979, l'IASP (International Association for Study of Pain) adopte avec de légères modifications cette définition : « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion ». La douleur est donc à la fois sensation et émotion, à la fois physique et psychique. Le premier commentaire accompagnant cette définition stipule que la douleur est toujours un phénomène subjectif. Pour Merskey, il ne faut pas confondre le stimulus et l'expérience qu'il provoque : la douleur. Enfin celui-ci considère qu'une définition correcte de la douleur ne peut inclure le comportement du sujet. Cette définition est actuellement la plus utilisée.

On peut d'ores et déjà noter les limites d'une telle définition chez des patients dont le discours est difficilement intelligible tels les nourrissons, les déments ou certains psychotiques. L'expérience sensorielle et émotionnelle désagréable du patient ne pourra probablement être perçue par le soignant que par l'étude du comportement du sujet. Ainsi F. Boureau pense que le retentissement d'une douleur sur le comportement est indiscutablement l'indicateur le plus objectif de la sévérité de cette douleur [7].

Enfin, d'un point de vue psychanalytique, selon la psychologue Anne Aubert [1], pour comprendre la douleur dans l'œuvre de Freud, il se dessine trois axes : « elle contribue à la délimitation d'un "individu", elle requiert l'exercice de la pensée et, à travers elle, se gèrent les angoisses de mort. » La douleur participe à la conception de l'homme comme être psychosomatique ; psyché et soma doivent trouver leur propre délimitation ainsi que les moyens de penser leur réunion. La douleur fait effraction à

l'intérieur d'un appareil psychique dont elle bouleverse l'organisation. Elle vient de l'extérieur mais devient interne, elle est effraction et réaction à l'effraction. On retrouve de nouveau la confusion entre douleur psychique et douleur physique. De même pour F. Boureau, l'étiologie de la douleur est physique ou psychique; la douleur, quant à elle, est toujours neuropsychologique. La douleur permet, selon E. Serra, d'interroger la place du psychisme dans la médecine somatique mais aussi la place du corps somatique en santé mentale.[15]

B. En pratique

a) En fonction de sa durée

On distingue la douleur aiguë de la douleur dite chronique lorsqu'elle perdure plus de 3 à 6 mois.

La douleur aiguë a, le plus souvent, une fonction de symptôme d'alarme, elle entraîne une réaction anxieuse qui vient renforcer le signal. Elle est "bénéfique" pour l'individu; elle l'avertit que l'intégrité de son organisme est menacée.

La douleur chronique n'a pas d'effet positif direct sur le sujet, c'est une "douleur maladie", la douleur devient un "langage".

Elle va avoir de multiples conséquences négatives : effet dépressogène (par l'arrivée permanente d'informations négatives), irritabilité et altération de l'image de soi, entraînant progressivement isolement/inhibition. Enfin un sentiment de culpabilité s'installe bien souvent du fait des comportements induits pré-cités et de la perception instinctive (ou culturelle ? comme semble le montrer l'évolution de sens du mot peine) de la douleur comme une punition.

Mais la douleur chronique peut parfois avoir des conséquences positives : bénéfiques

secondaires au niveau de la société, au niveau professionnel et familial, lesquels pourront rendre plus difficile le traitement de ces douleurs.

b) En fonction de son type

On distingue la douleur par excès de nociception ou douleur nociceptive, la douleur neurogène, la douleur psychogène ou idiopathique et la douleur morale. Il existe bien sûr des douleurs mixtes (notamment d'origine néoplasique). Quel que soit son type, le patient est en souffrance.

La douleur nociceptive est due à la stimulation directe des nocicepteurs et nécessite donc l'intégrité du système nerveux périphérique et central. On décrit plusieurs types de douleur par excès de nociception : douleur référée, inflammatoire, mécanique.

La douleur neurogène est due à une lésion des voies ou des centres nerveux. La lésion des afférences entraîne une hyperexcitabilité des neurones relais et une diminution de l'efficacité des systèmes inhibiteurs. En cas de lésion peu étendue, on observera une allodynie c'est-à-dire une sensation douloureuse pour un stimulus non douloureux. Une lésion plus étendue entraînera une désafférentation de la zone avec une douleur spontanée et aléatoire.

Les douleurs neurogènes ont une topographie systématisée et sont continues à type de brûlure, de striction et/ou paroxystiques à type de décharges électriques. Ces douleurs sont variables dans le temps, particulièrement sensibles à l'attention et à la thymie.

La douleur psychogène est un diagnostic d'élimination, elle n'a pas d'origine organique mais peut se surajouter à une douleur initialement nociceptive ou neurogène. Son existence est discutée. Selon P. Ginies, algologue, elle correspond à un dysfonctionnement du système nerveux central [10]. Ce dysfonctionnement

commencerait à se voir en IRM fonctionnelle. Elle s'exprime par une douleur physique.

La douleur morale (ou souffrance pour certains) est une douleur psychique sans substratum physique. Elle est indépendante de toute douleur physique, mais peut parfois être la conséquence ou la cause d'une douleur dite physique.

Certains individualisent également les syndromes douloureux régionaux complexes : algodystrophie et causalgie [21]. Ils font le plus souvent suite à un traumatisme orthopédique ou à un déficit neurologique, mais sont parfois idiopathiques. Ils sont dus à une atteinte du système sympathique, avec possible participation « psychogène ». Ils associent des phénomènes vasomoteurs (œdèmes, anomalies de sudation, trouble trophiques) et des phénomènes d'allodynie et/ou d'hyperalgésie. L'algodystrophie est localisée à un membre, la causalgie concerne un territoire neurologique.

Enfin, des douleurs sont dites fonctionnelles car strictement liées à l'exercice d'une fonction particulière, la douleur est alors due à une exagération de la sensation physiologique (douleur menstruelle, douleur lors de la digestion...).

C. Neurophysiologie de la douleur

La douleur est un phénomène dynamique qui subit l'influence de mécanismes endogènes excitateurs et inhibiteurs. La douleur ressentie est la résultante d'une douleur ascendante signalant une "agression" de la périphérie vers les centres nerveux

et de sa modulation par les systèmes de contrôle inhibiteurs; schématiquement, on décrit trois niveaux de contrôle : médullaire, supraspinal et cortical.

Au niveau périphérique, les afférences sensibles arrivent à la moelle par l'intermédiaire de fibres de gros diamètre et à vitesse de conduction rapide. Au delà d'un certain seuil de stimulation ces fibres peuvent transmettre également des informations nociceptives. Les afférences nociceptives sont transmises au niveau médullaire par des fibres de petit calibre et à conduction lente [3].

Au niveau du premier relai synaptique (niveau spinal) s'effectue la première modulation du signal nociceptif : c'est la théorie du « gate control ». La stimulation des fibres sensibles d'une zone permet d'atténuer la stimulation nociceptive de la même zone, les fibres de gros diamètres ont un effet inhibiteur puissant sur la transmission synaptique des signaux conduits par les fibres nociceptives : lorsque l'on se cogne le genou, le fait de frotter le genou atténue la douleur.

Le deuxième contrôle nommé Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif (CIDN) est d'origine supraspinale (tronc cérébral), c'est un contrôle inhibiteur descendant. Les neuromédiateurs intervenant dans cette modulation sont la sérotonine (5HT), la noradrénaline, les opioïdes endogènes.

Enfin, le troisième contrôle est cortical ou d'une certaine manière psychogène. D'après les études en imagerie fonctionnelle, c'est le cortex cingulaire qui en serait responsable, également appelé cortex émotionnel. S. Marchand, neurophysiologiste, et son équipe ont montré que lors d'une douleur expérimentale, selon l'attente d'analgésie ou d'hyperalgésie du sujet par rapport à une intervention de l'expérimentateur, la douleur ressentie est moins ou plus forte bien que les signaux nociceptifs mesurés au niveau spinal soient identiques [29].

Un défaut des systèmes de contrôle peut donc participer à la perception de la douleur en tant que telle. Ainsi, dans la fibromyalgie, les douleurs chroniques pourraient être dues à la diminution de noradrénaline et sérotonine dans le liquide cébrospinal entraînant un déficit du CIDN [13].

I. 4. Instruments d'évaluation

Nous disposons aujourd'hui de multiples échelles d'évaluation. Plus l'évaluation porte sur des domaines complexes, variables, plus le recours à des questionnaires standardisés est important. La standardisation entraîne une perte d'information mais permet un gain d'interprétation. Les échelles actuelles ont été conceptualisées par des cliniciens. Des études sont en cours pour mettre en place des échelles élaborées par le patient. En effet, ce que nous mesurons aujourd'hui correspond à ce que nous souhaitons savoir en tant que clinicien et peut-être pas à ce qui préoccupe le patient.

Il n'existe pas d'outil spécifique à la psychiatrie pour le moment .

Une évaluation initiale de la douleur du sujet est toujours nécessaire. Celle-ci est une valeur de référence avant traitement, valeur nécessaire à la vérification de l'efficacité d'une thérapeutique et au suivi évolutif de la douleur. L'évaluation initiale ne permet pas de prédire l'antalgique à utiliser pour calmer cette douleur. Ces échelles d'évaluation ont été validées. D'une équipe à l'autre, leur utilisation permet un suivi fiable et reproductible de la douleur du patient.[3,25]

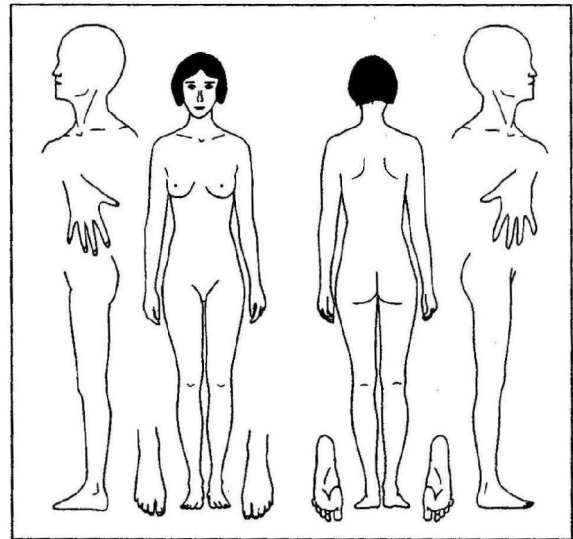
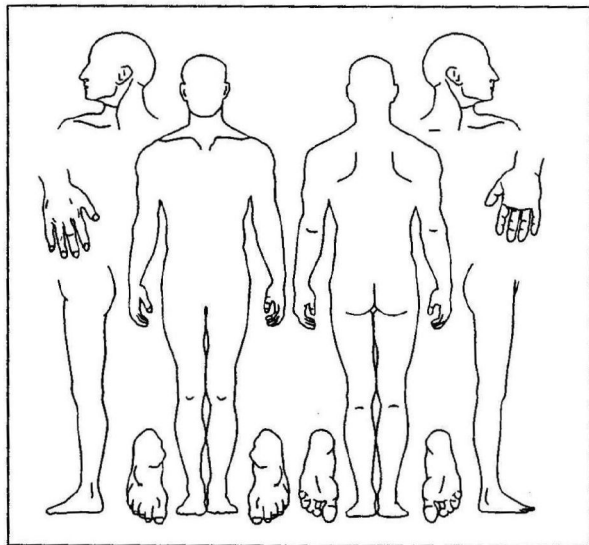
A. L'autoévaluation

Elle doit être quantitative, permettant une analyse dynamique dans le temps, et qualitative. Elle peut faire appel à un schéma topographique, et à des échelles unidimensionnelles : EVA (Échelle Visuelle Analogique), EN (Échelle Numérique), EVS (Échelle Verbale Simple), Échelle des visages, ou multidimensionnelles : le QDSA (Questionnaire Douleur de St Antoine), et par extension l'HAD (Hospital

Anxiety and Depression scale).

a) Schéma topographique

Le patient est invité à localiser sa douleur sur le schéma corporel :



b) Les échelles unidimensionnelles

- L'Échelle numérique (EN)

Elle consiste à proposer au patient de noter sa douleur sur une échelle de 0, correspondant à l'absence de douleur, à 100, correspondant à la pire douleur imaginable (on peut également utiliser une échelle de 0 à 10).

- L'Échelle Verbale Simple (EVS)

Une liste de qualificatifs est proposée au patient : pas de douleur (=0), douleur faible (=1), douleur modérée (=2), douleur intense (=3), la pire douleur imaginable (=4). Ces adjectifs peuvent être remplacés par d'autres plus simples : légère, moyenne,

forte et très forte.

- L'Échelle Visuelle Analogique (EVA)

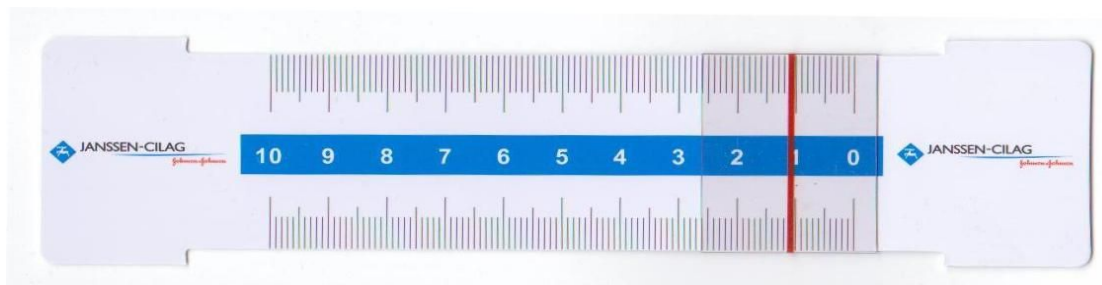
L'EVA constitue un moyen intéressant pour tenter d'objectiver le subjectif et surtout de suivre l'évolution d'une douleur.

La règle possède :

- x une face patient : celui-ci déplace le curseur sur une ligne allant de l'absence de douleur à la pire douleur imaginable,



- x et une face soignant graduée de 1 à 10 (ou de 1 à 100) qui permet au soignant de transcrire l'évaluation en chiffre :



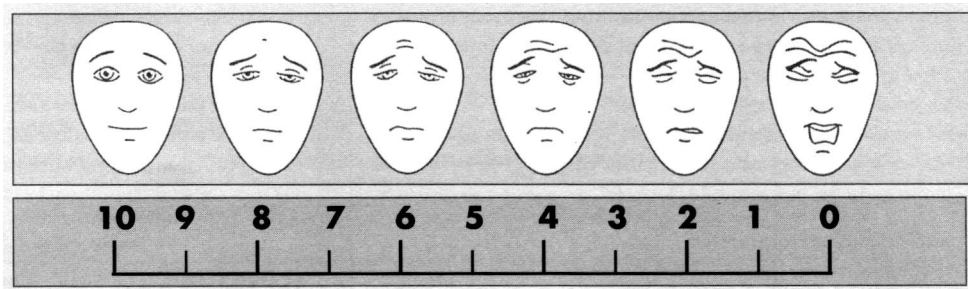
Ces trois échelles sont simples d'utilisation, elles mesurent la douleur de façon reproductible et fiable, l'EVA serait la plus sensible. Elles nécessitent d'être comprises par le patient, l'EVS serait la plus simple à comprendre. Elles ne sont pas utilisables chez l'enfant de moins de 6 ans, avec certaines restrictions chez les patients déments ou déficients mentaux. Chez les patients pour qui la compréhension est incertaine, on peut proposer les trois échelles et vérifier la cohérence des résultats afin d'évaluer la

possibilité d'utilisation de ces échelles.

Les échelles unidimensionnelles considèrent la variation de la douleur uniquement en terme d'intensité.

- L'échelle des visages

L'échelle des visages a été mise au point pour les enfants de 4 à 6 ans, mais peut être utile pour d'autres patients avec déficit de la communication. On demande au patient de s'autoévaluer en choisissant le visage qui exprime le mieux sa douleur. Le soignant peut associer à cette autoévaluation une hétéroévaluation en choisissant le visage qui correspond le mieux au patient selon lui.



c) Les échelles multidimensionnelles

Les échelles multidimensionnelles considèrent la douleur dans sa globalité et ses nuances.

- Le Questionnaire Douleur de St Antoine (annexe n°3). [7]

Il est la traduction par F. Boureau du Mc Gill Pain Questionnaire élaboré par R. Melzack. Ce dernier a mis au point une liste de 82 qualificatifs repartis en vingt classes et décrivant trois dimensions de la douleur : sensori-discriminative, affective-émotionnelle, cognitive-évaluative. La traduction par F. Boureau propose 57 qualificatifs répartis en 16 classes. Pour chaque qualificatif, l'intensité est notée de 0 (critère absent) à 4 (intensité extrême).

Pour F. Boureau, l'évaluation de la douleur doit se faire selon ses quatre composantes:

- x sensorielle (où, quand, comment),
- x affective (notion de jugement, la perception sensorielle désagréable est jugée comme une altération de la notion de bien-être),
- x végétative (augmentation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque)
- x motrice (capacité de réaction du sujet face à l'éventualité douloureuse).

Les deux premières composantes sont évaluées par le QDSA. Les deux dernières s'offrent au regard extérieur et pourraient permettre d'objectiver la douleur, elles font l'objet d'une hétéroévaluation. Le QDSA a surtout un intérêt pour l'évaluation de douleurs chroniques et chez des patients sans troubles cognitifs majeurs.

- L'HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) (annexe n°4).

Elle est également utilisée pour l'évaluation des douleurs chroniques. Elle permet d'appréhender les conséquences psychologiques de la douleur sur l'individu, c'est à dire la composante affective de la douleur.

- Il est également important d'évaluer la qualité du sommeil, marqueur indirect de la douleur, soit par un interrogatoire simple, soit en s'aidant du questionnaire d'évaluation du sommeil de Leeds (annexe n°5).

B. L'hétéroévaluation

Elle comporte un examen clinique rigoureux et complet.

Elle peut ensuite faire appel à des échelles comportementales ayant un intérêt particulier chez le douloureux chronique, et dans le cadre d'un déficit de la communication. Ces échelles aident le soignant à évaluer la douleur du patient à travers les répercussions qu'elle va avoir sur son comportement. Des échelles comportementales spécifiques ont été mises en place pour les sujets âgés : Algoplus,

Doloplus-2 (annexe n°6), ECPA : Échelle de Comportement douloureux chez la Personne Âgée (annexe n°7) dans le cadre de la démence. D'autres échelles ont été mises en place pour les enfants avant 4 ans, dont les plus utilisées sont l'échelle des visages (citée plus haut) et l'Échelle Douleur Enfant-Gustave Roussy (annexe n°8). Enfin l'échelle de San-Salvador (annexe n°9) a été mise en place pour les enfants polyhandicapés, et un outil est en cours d'évaluation pour les psychotiques (annexe n°10) s'inspirant des échelles Doloplus et San Salvador [21].

I.4. Cadre réglementaire

L'article L.1110-5 du code de santé publique (modifié par la Loi n°2005-370 du 22/04/2005) stipule que « [...] Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

L'article L1112-4 du code de santé publique (loi 2002-303 du 4/03/2002) précise que « Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médicosociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent [...]. Pour les établissements de santé publiques, ces moyens sont définis par le projet d'établissement [...]. Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale et continue des professionnels de santé et diffusent [...] les connaissances acquises, y compris aux équipes soignantes, en vue de permettre la réalisation de ces objectifs en ville comme dans les établissements. »

A noter que le droit français ne donne pas de définition de la douleur mais que le ministère de la santé fait référence, dans ses recommandations, à la définition de l'IASP, citée plus haut.

Le code de déontologie médicale fait référence à la douleur dans l'article 37 adopté en juin 2006 (article R.4127-37 du code de santé publique) : « En toutes circonstances,

le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique [...] »

L'article R4311-2 sur les compétences des infirmiers note que les soins infirmiers ont pour objet : alinéa 4 « de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs. » et alinéa 5 « de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes[...] ».

En juin 2005, les premières Assises Nationales de la douleur développent quatre axes prioritaires :

- engagement institutionnel systématique pour chaque établissement de santé dans un projet de lutte contre la douleur
- inscription de la douleur dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
- création et pérennisation des structures de prise en charge
- développement de la formation (initiale, continue, création d'un DIU) et de la recherche fondamentale et clinique.

Des plans gouvernementaux définissent depuis 10 ans les priorités en matière de lutte contre la douleur. Le troisième plan national de lutte contre la douleur a été mis en place pour la période 2006/2010 et quatre priorités ont été définies :

- Priorité 1 :

améliorer la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables (en citant les enfants, les personnes âgées, les personnes polyhandicapées, les personnes en fin de vie, mais pas spécifiquement les malades "psychiatriques").

- Priorité 2

améliorer la formation des professionnels de santé.

- Priorité 3 :

améliorer les modalités de traitement médicamenteux et non médicamenteux.

- Priorité 4

structurer la filière de soins de la douleur, en particulier chronique.

Ces priorités se rejoignent dans la création d'un Comité de LUTte Contre la Douleur (CLUD) au sein des établissements de santé. Des recommandations ont été effectuées dès 1998 pour la mise en place de ce comité. Elles ont été reprises pour une grande partie dans le manuel d'accréditation V2 des établissements de santé de la Haute Autorité de Santé au critère 32.

Le CLUD a pour objectifs de :

- proposer les orientations les mieux adaptées aux besoins locaux pour améliorer la prise en charge de la douleur (prévention, évaluation et traitement).
- coordonner au niveau de l'ensemble de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur.
- aider à la formation médicale continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement.
- susciter le développement des plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

Le CLUD a pour mission d'animer une véritable culture de la lutte contre la douleur. Il doit s'assurer de la qualité de l'évaluation de la douleur (achat et mise à disposition d'instruments d'évaluation de la douleur, formation des personnels à leur utilisation) et de sa mention dans le dossier de soins du patient. Il doit proposer des protocoles et diffuser les références médicales opposables. Il doit participer à l'information des patients afin de les impliquer dans la prise en charge de leur douleur. Il veille à l'utilisation rationnelle des moyens thérapeutiques médicamenteux et non médicamenteux mis en œuvre dans l'établissement.

Il est composé du président de la Commission Médicale d'Etablissement qui en

désignera les membres avec l'accord du directeur de l'établissement. Ses membres sont, pour un tiers et au maximum la moitié, des personnels soignants de l'établissement. L'ingénieur qualité, le pharmacien et un psychologue sont recommandés.

I.5. Traitement de la douleur

Classiquement, selon le type de la douleur les thérapeutiques seront différentes.

Les objectifs thérapeutiques seront également différents. S'il s'agit d'une douleur aiguë, le traitement doit être curatif, tant de la maladie causale que de la douleur. Lorsqu'il s'agit d'une douleur chronique, le traitement curatif n'est pas toujours possible, il sera souvent réadaptatif ou palliatif.[2,3]

A. Pour les douleurs par excès de nociception

On utilisera les antalgiques que l'OMS classe en trois paliers. En fonction de la douleur initiale, on passera plus ou moins vite d'un palier à l'autre. Les paliers ne sont pas des passages obligés, on peut prescrire un palier III en première intention.

Palier I : Le paracétamol : dont la seule contre-indication est l'insuffisance hépatique sévère, il n'a pas d'effets indésirables, la posologie adulte est de 3 à 4g/j à raison d'1g/4h, c'est un antalgique central.

Les AINS (aspirine, ibuprofène) : ils ont davantage de contre-indications et ont de multiples interactions médicamenteuses. Certaines associations demandent

une surveillance particulière, notamment avec le lithium. Ils ont également de nombreux effets secondaires. Les posologies antalgiques sont en général inférieures aux posologies anti-inflammatoires.

Palier II. Les morphiniques faibles :

La codéine : son action antalgique n'est présente que chez 9 patients sur 10.

Le dextropropoxyphène : il a de multiples effets indésirables et interactions médicamenteuses (avec le Tegretol* et les antidépresseurs tricycliques notamment).

Le tramadol : l'intensité de ses effets secondaires est très variable selon les sujets (nausées, vomissements, vertiges...). Il existe sous formes à libération immédiate ou prolongée, cette dernière étant souvent mieux tolérée.

L'extrait d'opium (Lamaline*).

A part, le nefopam (Acupan*) est un antalgique central non opioïde.

Beaucoup de ces paliers II sont sous forme d'association fixe avec le paracétamol.

Palier III. Les opioïdes :

Les morphiniques faibles : buprénorphine Temgesic* et Subutex*.

Les morphiniques forts : morphine, hydromorphone, fentanyl, pentazocine, nalbuphine, méthadone (non utilisée en traitement antalgique).

Ils ont des effets indésirables :

- un constant : la constipation qu'il faut toujours prévenir par l'adjonction d'un traitement laxatif.
- d'autres moins fréquents: rétention urinaire, pharmacodépendance (c'est un risque minime lors de l'utilisation des morphiniques en tant qu'antalgiques), dépression respiratoire, sédation.

Les opioïdes sont classés en quatre groupes selon leur affinité aux différents récepteurs morphiniques : agoniste pur (morphine, hydromorphone, fentanyl),

agoniste partiel (buprénorphine), agoniste-antagoniste (pentazocine, nalbuphine) et antagoniste (naloxone qui n'a pas de propriété antalgique mais qui est utilisée dans le traitement des effets indésirables des médicaments des trois premiers groupes car elle antagonise leurs effets). Ces quatre groupes différencient les effets, la puissance et les associations des différents opioïdes.

En annexe (annexe n°11), des tableaux présentent les effets biologiques principaux des opioïdes, leur sélectivité pour leurs différents récepteurs et leur classification.

B. Pour les douleurs neurogènes

Le traitement est complexe et fait appel à d'autres molécules, notamment psychotropes, dont les plus utilisées sont les antidépresseurs et les antiépileptiques. Ils sont utilisés en bithérapie avec un antalgique "classique" de palier II ou III. [13]

Antiépileptiques : carbamazépine Tegretol*, clonazepam Rivotril*, gabapentine Neurontin*, lamotrigine Lamictal*, prégabaline Lyrica*.

Leur efficacité est démontrée notamment dans les névralgies. Ils pourraient agir sur « l'embrasement épileptoformes des neurones nociceptifs » c'est-à-dire sur l'hyperexcitabilité neuronale notamment au niveau spinal. Ils sont également efficaces dans les douleurs de désafférentation.

Antidépresseurs : leur action antalgique est indépendante de l'effet thymoanaleptique. Les antidépresseurs tricycliques (ADT) ont montré une efficacité indiscutable, les posologies utilisées ici sont inférieures aux posologies à visée antidépressive : amitryptiline Laroxyl* clomipramine Anafranil* imipramine Tofranil*.

La miansérine Athymil* a un mode d'action proche de celui des ADT et peut être utilisée à visée antalgique.

Malgré le rôle de la sérotonine dans les systèmes descendants de contrôle de la douleur, les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (IRS), paroxétine, et fluoxétine, n'ont montré que peu ou pas d'effet antalgique propre [24].

Plus récemment, les inhibiteurs préférentiels du recaptage de la noradrénaline, duloxétine Cymbalta* et venlafaxine Effexor*, qui ont aussi un effet inhibiteur sur la recapture de la sérotonine, (IRSNA) se sont révélés efficaces[18].

L'effet antalgique des antidépresseurs tricycliques et des IRSNA disparaît après prise de naloxone (antagoniste morphinique). Une hypothèse opioïdergique a donc été émise ; les antidépresseurs augmenteraient l'analgésie morphinique [19]. Mais l'effet antalgique semble opérer à d'autres niveaux : modulation monoaminergique, influence sur les systèmes inhibiteurs descendants, blocage de canaux ioniques.

L'effet antalgique des neuroleptiques est discuté. Parfois utilisée dans le traitement des douleurs chroniques, la levopromazine Nozinan* aurait un pouvoir antalgique.

C. Autres molécules utilisées, parfois sans effet antalgique direct :

- Tranquillisants : benzodiazépines et hydroxyzine Atarax*
- Hypnotiques
- Myorelaxants : benzodiazépines, thiocolchicoside Coltramyl*, baclofène Lioréal*. L'utilisation du Lioresal est restreinte en cas de troubles psychiatriques (en cas d'arrêt brutal du traitement, il existe un risque de confusion, de troubles psychotiques, maniaques ou paranoïdes, d'hallucinations et de convulsions).
- Corticoïdes
- Anesthésiques locaux : l'application d'Emla* en patch ou en crème peut faciliter des gestes techniques douloureux tels les ponctions veineuses.
- Le MEOPA (Mélange Équimolaire d'Oxygène et Protoxyde d'azote) Kalinox* est intéressant pour prévenir les douleurs provoquées par des soins (ponction,

suture, pansement, soins dentaires).

- Antispasmodique : phloroglucinol Spasfon*
- Antimigraineux : dihydroergotamine (Gynergène caféiné*,...), triptans (sumatriptan Imigrane*, naratriptan Naramig*, zolmitriptan Zolmig*...), parfois présentés en association fixe avec caféine. Les triptans sont contre-indiqués notamment avec les IRS et les IMAO, dans plusieurs pathologies cardiaques et en cas d'antécédents d'épilepsie.

D. Traitement non médicamenteux

Il est également intéressant, particulièrement dans les douleurs chroniques, de mettre en place des traitements non médicamenteux.

La kinésithérapie a une place importante : masso-kinésithérapie active ou passive, en eau chaude, électrothérapie, neurostimulation transcutanée (TENS)... La neurostimulation transcutanée conventionnelle utilise la théorie de la porte (ou gate control) de Melzack et Wall. Le TENS permet d'augmenter ou de rétablir l'activité d'un système de contrôle inhibiteur de la douleur en délivrant à l'aide d'électrodes placées sur le trajet de la douleur un courant de haute fréquence (70-100 Hz) et de basse intensité. Elle est intéressante dans le traitement des douleurs neurogènes type névralgie. Une variante de la neurostimulation transcutanée, dite acupuncturale, utilise un courant basse fréquence de haute intensité et permettrait la libération d'endorphines dans le liquide céphalo-rachidien. Avec cette dernière technique, l'analgésie est retardée mais plus diffuse et prolongée que pour la technique conventionnelle. La technique acupuncturale est surtout utilisée pour des douleurs neurogènes chroniques. Les premières séances se font en consultation puis le patient devient autonome et peut faire des séances quotidiennes à domicile.

Un travail de relaxation est souvent nécessaire, différentes techniques sont possibles ; kinésithérapie, sophrologie, hypnose, avec la possibilité d'autonomisation du patient. Certains médecins formés utilisent l'acupuncture.

Les cures thermales ont montré un bénéfice pour les patients notamment dans les douleurs d'origine rhumatologique.

Quand cela est possible, et dans le cadre des syndromes douloureux chroniques, on propose une prise en charge psychologique : psychothérapie de soutien, d'inspiration analytique ou thérapies cognitivocomportementales. Elle s'adresse aux composantes affectives, cognitives et comportementales de la douleur.

II. LES SPECIFICITES DES PATIENTS SUIVIS EN PSYCHIATRIE

II. 1. Variations de la douleur

« Nous sentons plus un coup de rasoir du chirurgien que dix coups d'espée en la chaleur du combat. » Montaigne 1580.

En l'absence de troubles psychiatriques avérés, le ressenti de la douleur est variable d'un individu à l'autre et pour un même individu, d'un moment à l'autre. En cas de trouble anxieux généralisé notamment, ces variations normales vont être accentuées.

Les circonstances dans lesquelles survient une stimulation à priori douloureuse sont décisives pour l'appréciation de cette douleur en tant que telle par le sujet.

La douleur de l'accouchement est une douleur d'intensité majeure (10 sur l'EVA). Cette douleur a une fin heureuse le plus souvent, elle est pour cela plus facile à supporter que des douleurs de coliques néphrétiques.

Certaines expériences de Pavlov consistaient à infliger à des chiens des chocs électriques ou des brûlures allant parfois jusqu'à la blessure, et à leur administrer une ration de nourriture juste après. Les chiens réagissaient aux stimuli comme à des signaux d'alimentation : une stimulation nociceptive ne provoquait pas nécessairement une souffrance. Cette expérience amènerait à distinguer le stimulus nociceptif de la douleur qu'il engendre, de l'expérience consécutive à ce stimulus. Pour mémoire, Merskey précisait dans sa définition de la douleur que celle-ci qualifie l'expérience provoquée par le stimulus et non le stimulus lui-même.

L'approche comportementale définit plusieurs types de conditionnement [19]. Le conditionnement classique ou pavlovien considère qu'un stimulus dit inconditionnel (SI) provoque une réponse inconditionnelle (RI). Si on associe à SI un stimulus initialement neutre, après un certain temps ce dernier peut provoquer la RI même en l'absence du SI. En clinique, un comportement douloureux initialement réactionnel à un dommage peut devenir un mode de réponse à d'autres stimuli. Ainsi une douleur survenant à plusieurs reprises dans un environnement spécifique peut devenir une modalité comportementale conditionnée par la situation environnementale. Cette situation devient le facteur déclenchant de la douleur ou un facteur aggravant. Le conditionnement opérant ou skinnerien définit le renforcement ou la répression d'un comportement en fonction de ses conséquences pour l'individu. Il explique qu'un patient adopte une position qui a été antalgique, et la conserve même après disparition de la douleur. Il explique aussi qu'un patient entretienne sa douleur si elle a des conséquences positives pour lui, sociales, professionnelles, affectives.

En situation de danger vital, on observe chez l'homme comme chez l'animal, une analgésie endogène d'origine psychogène. Le sujet inhibe les stimuli nociceptifs qui lui parviennent, par libération d'opioïdes endogènes ou par des phénomènes hormonaux. Il peut alors s'extraire du danger immédiat, il pansera ses plaies ensuite.

La façon dont le patient appréhende la douleur modifie également cette perception. Les rapports entre douleur et angoisse ont été beaucoup étudiés, et ne sont pas univoques. En simplifiant, on peut imaginer trois cas de figure :

- x soit l'angoisse est due à la douleur ou à la douleur attendue, elle est anticipatoire et majore alors la douleur.
- x soit l'angoisse est préexistante, indépendante de la douleur et agit alors comme un puissant analgésiant. Cette anxiété interviendrait dans l'analgésie psychogène. [5]
- x soit l'angoisse est à l'origine de la douleur, alors composante somatique de celle-ci.

II. 2. La psychose

Il est notoire, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, que "les fous" peuvent supporter les misères de l'existence et qu'il est inutile de les protéger ; Foucault parlait de « la solidité animale de la folie », Pinel admirait la capacité des aliénés à supporter, comme les animaux, les pires intempéries [20]. Cette insensibilité à la douleur devient au début du XXe siècle un des critères pour le diagnostic de schizophrénie. En 2008, la plainte douloureuse spontanée a une plus faible prévalence dans cette population que dans la population générale selon les études épidémiologiques.

Plusieurs études expérimentales [in 5, 28], principalement anglo-saxonnes, ont tenté de mettre en évidence une diminution de la perception douloureuse dans la psychose, comme nous allons le voir. De nos jours, on ne parle plus d'insensibilité à la douleur mais plutôt d'hypoalgésie apparente. La capacité de discrimination sensorielle chez les patients schizophrènes serait préservée. La plupart des cohortes de ces études expérimentales ne sont que de 10 à 30 patients, les protocoles sont méthodologiquement et éthiquement discutables, leurs résultats sont variés et surtout d'interprétation variable. D'un point de vue méthodologique, deux notions principales

sont à soulever : d'une part les traitements suivis par les patients ne sont pas ou peu pris en compte, d'autre part les douleurs expérimentales utilisées ne reproduisent que très imparfaitement les douleurs "cliniques". Leur niveau de preuve scientifique, comme on l'entend aujourd'hui, est souvent faible. Elles n'ont permis d'émettre que des hypothèses.

Bender et Schilder en 1930 proposent l'hypothèse d'une diminution des capacités d'intégration du mécanisme douloureux ou une sorte d'asymbolisme de la douleur. Chez les patients les plus déficitaires et dissociés, les stimuli nociceptifs ne peuvent être conceptualisés comme douloureux ; « la notion de douleur nécessite, pour être conçue, que le sujet puisse se reconnaître comme tel. »

A et BV Earle en 1955 tentèrent de montrer un dérèglement du système d'intégration de l'information concernant la douleur en étudiant la composante végétative de la douleur (variations de pression artérielle après un stimulus douloureux : différence significative entre témoins et schizophrènes). Guieu *et al* (1994) étudient le réflexe de retrait nociceptif suite à une stimulation électrique, il n'existe pas de différence significative entre le groupe schizophrène (10 patients) et le groupe témoin (10 personnes). On observe donc une diminution de réactivité comportementale à la douleur sans atteinte neurophysiologique.

Davis GC *et al* (1979) ont mis en évidence une réduction apparente de la sensibilité à la douleur chez des patients schizophrènes, réversible sous naltrexone (antagoniste morphinique). Le taux d'endorphines serait plus élevé chez les schizophrènes selon Buschbaum *et al* (1980), ce qui a été contredit par une autre étude (sur 3 patients, Pickar, 1982).

Selon Kraepelin, les automutilations seraient en relation avec la diminution de la sensibilité à la douleur chez les psychotiques. Elles pourraient prendre davantage de sens devant l'angoisse de morcellement du schizophrène. Ainsi pour François Gantheret [1] « dans ce corps menacé de dislocation, de disparition, Douleur est présence, la seule assurée, dernier refuge d'un sentiment d'existence qui s'évapore en

peu de réalité. » On peut parfois observer que l'automutilation chez un patient schizophrène n'a pas provoqué de douleur et au contraire soulage, ce geste est résolutif. La douleur, émanant du soma, amoindrirait la souffrance psychique, l'angoisse de morcellement. La douleur peut aider à préserver les limites du corps afin que celui-ci conserve son rôle de contenant.

En cherchant l'origine de la psychose, Freud en vient à considérer la réalité comme la source de toute souffrance et rompre toute relation avec elle « dans cette tentative désespérée qu'est la psychose » devient un procédé radical à opposer à la souffrance [1].

La psychose serait donc un moyen efficace pour échapper à la souffrance et la douleur un moyen efficace de revenir de la psychose vers la réalité. Cette dernière notion pourrait expliquer un autre phénomène particulier aux psychotiques : la résolution transitoire et parfois complète des symptômes psychotiques et des idées délirantes à l'occasion d'affections somatiques graves et douloureuses. Ce phénomène était même utilisé à visée thérapeutique avant l'avènement des neuroleptiques. Camille Bouchet, médecin en chef de l'asile des aliénés de Nantes, explique en 1825 dans son mémoire [6] l'intérêt d'entretenir ou créer des abcès (ou vésicatoires) afin de traiter la folie, parlant de médecine dérivative.

Le rôle des neuroleptiques a également été invoqué pour expliquer l'hypoalgésie des psychotiques. Selon V. Pichard [20], on peut supposer une double action des antipsychotiques :

- × En phase aiguë, productive, ils auraient une action positive, améliorant la perception du monde environnant en limitant les productions intérieures, et donc "rétablissant" la perception douloureuse.
- × En phase de rémission, ils diminueraient la « qualité émotionnelle » et restreindraient les échanges avec le monde extérieur.

Au total, beaucoup d'hypothèses ont été avancées sans qu'aucune n'ait pu être prouvée

scientifiquement, le plus probable étant qu'il s'agisse d'un phénomène plurifactoriel : hypothèse biologique, perte du sens de la douleur (spécifique à la schizophrénie) et rôle des neuroleptiques.

Le schizophrène ne serait donc pas insensible à la douleur mais il l'exprimerait et la jugerait différemment. Se pose alors la question fondamentale de l'évaluation de la douleur chez ces patients. En effet, suite à une revue de littérature, Leucht *et al* [16] concluent que l'augmentation de fréquence de pathologie somatique dans la schizophrénie peut être rapportée à des facteurs propres à cette maladie et à son traitement, mais également à l'organisation insatisfaisante des soins, à l'attitude des médecins et à la stigmatisation sociale des patients schizophrènes.

Cette hypoalgésie apparente pose un problème fréquent de retard diagnostique chez ces patients. Dès les années cinquante, Marchand (archives of neurology and psychiatry) explique qu'il « convient de prêter une attention particulière aux changements de comportements et d'habitudes », et que « dans la plupart des cas, une plainte émanant d'un psychotique est synonyme de troubles organiques ». La majorité des plaintes est malheureusement non spécifique et peu informative... Une recrudescence du délire, y compris sous la forme d'hallucinations cénesthésiques, devrait amener à rechercher un trouble organique sous-jacent chez ces patients.

Les difficultés seront du même ordre chez les patients autistes. Dans d'autres types de psychose, la problématique peut être inverse, comme lors de convictions délirantes hypocondriaques chez un paranoïaque.

II. 3. Les syndromes dépressifs

Ces pathologies vont principalement interférer dans la représentation et l'évolution d'une douleur à moyen et long terme. Un diagnostic d'infarctus du myocarde ou d'appendicite aiguë ne devrait pas poser de problème majeur dans cette population, à la différence de celle des psychotiques. [19,23]

Les syndromes anxio-dépressifs associent souvent des douleurs physiques à la souffrance morale. Ils peuvent avoir comme expression dominante une plainte douloureuse somatique, on parle alors de dépression masquée. La prise en charge de la douleur physique peut se compliquer d'un risque de "surenchère" médicamenteuse, et d'une inefficacité thérapeutique. La douleur physique peut masquer, ou se substituer à la douleur psychique, devenant l'expression de cette dernière. Dans nos sociétés occidentales, souffrir d'une pathologie somatique demeure plus "avouable" que souffrir d'une pathologie psychiatrique.

Dans un état d'anxiété intense, comme on l'a expliqué plus haut, ou lors d'accès mélancolique, la douleur physique peut être totalement occultée. Le patient présente une anesthésie affective mais également physique, exprimant alors peu ou pas de demande de soins y compris somatique. Geisser *et al* (2003)[4] montrent que les symptômes dépressifs sont positivement corrélés à une augmentation du seuil

douloureux ainsi qu'à la tolérance à la douleur. Dworkin *et al* (1995), ainsi que Dains *et al* (1979)[4], retrouvent que les patients déprimés seraient plus stoïques, face à la douleur, que des sujets sains. A l'inverse, Adler et Wagner (1993)[4] ont montré une diminution de l'efficacité de la discrimination sensorielle et de la tolérance à la douleur chez 15 patients déprimés. Comme pour la psychose, les études incluent peu de malades et il est difficile de faire la part respective de l'anxiété (due au syndrome dépressif ou à l'expérimentation elle-même), du syndrome dépressif, du syndrome douloureux et de l'action des psychotropes. Cela explique probablement des résultats parfois opposés.

Chez les douloureux chroniques, des manifestations psychiques, le plus souvent d'ordre anxio-dépressif, viennent s'associer à la douleur et à la maladie causale de cette douleur. Ces manifestations correspondent à une réaction normale d'un individu face à cette situation mais peuvent nécessiter une prise en charge spécifique. Cette composante peut être difficile à accepter par le patient, lui renvoyant l'idée que le soignant ne croit pas en sa douleur physique, mais pense qu'elle est psychogène.

Ainsi lors de douleurs chroniques [8], il faut s'attacher à différencier les répercussions psychologiques d'une douleur organique, une souffrance psychique s'exprimant dans le corps par le biais de la douleur ou une pathologie mixte. Le patient est-il dépressif parce qu'il a mal ou a-t-il mal parce qu'il est dépressif ? L'enjeu diagnostique est d'éviter une escalade thérapeutique et des prescriptions antalgiques qui ne peuvent être efficaces sur une douleur à composante psychique dominante. Bien que la demande médicamenteuse à visée antalgique soit parfois forte, il faut pouvoir proposer une prise en charge globale et notamment psychothérapeutique.

II. 4. Les troubles somatoformes

La nosographie psychiatrique actuelle a individualisé sous ce terme un ensemble de troubles caractérisés par la présence de préoccupations et/ou de manifestations somatiques dépourvues de substrat organique. Ces troubles somatoformes restent des troubles mentaux à déterminisme au moins en partie psychogène. En médecine, on parle plus souvent de symptômes fonctionnels ou de symptômes médicalement inexpliqués. Ces patients souffrant de troubles somatoformes iront consulter leur médecin généraliste et des spécialistes, à l'exception, bien souvent, des psychiatres qu'ils ne consulteront qu'avec scepticisme ou réticence.

Le terme hystérie a disparu des classifications psychiatriques américaines. Ces classifications font références d'avantage à des syndromes qu'à des pathologies. Ainsi la névrose hystérique n'est pas répertoriée et de nombreux troubles somatoformes étaient, autrefois, considérés comme les manifestations polymorphes de celle-ci.

Les manifestations douloureuses de l'hystérie et de l'hypocondrie sont donc dans la CIM-10 comme dans le DSM-IV des "sous-chapitres" des troubles somatoformes.

[11,12]

A. L'hystérie

Le trouble de la personnalité de type hystérique est aujourd'hui scindé en deux

personnalités :

- Personnalité histrionique où prédomine l'histrionisme : soit, en simplifiant, le désir de plaire ou du moins de susciter l'attention, amenant le sujet à jouer des rôles (notion de théâtralisme), le sujet lui-même étant "dupe" de son propre jeu.
- Personnalité dépendante : la dépendance affective du sujet vis à vis d'autrui entraîne alors une perte d'autonomie matérielle et psychique. Les accidents de conversion surviendraient plus volontiers chez ces sujets.

La personnalité hystérique présente d'autres traits : facticité des affects (tendance à l'érotisation des relations), mode de pensée imaginaire, hyperémotivité et impulsivité, suggestibilité, trouble de la sexualité.

Dans la CIM 10 et le DSM IV, on retrouve les manifestations de l'hystérie sous les dénominations : troubles dissociatifs et certains troubles somatoformes (somatisation). Les conversions hystériques appartiennent aux troubles somatoformes sous le terme de trouble de conversion et aux troubles dissociatifs.

Tous les organes peuvent être concernés par la conversion hystérique mais classiquement elle touche préférentiellement les fonctions corporelles concernées par la vie de relation, possédant une innervation volontaire. Selon Freud, la localisation du symptôme conversif est déterminée par la valeur symbolique de la zone pour le sujet, il n'est pas "choisi" au hasard. Il n'est pas pour autant sous le contrôle de la volonté du sujet. Les symptômes somatiques sont interprétés dans la théorie psychanalytique comme la mise en scène, à travers le corps, de fantasmes inconscients liés aux avatars de la sexualité infantile et au conflit œdipien. La conversion est également caractérisée par l'absence d'atteinte organique sous-jacente; c'est un symptôme fonctionnel et non lésionnel. Pour autant, elle peut s'accompagner de modifications physiologiques transitoires et induire des séquelles physiques. Les symptômes ont souvent un caractère spectaculaire, dramatisé, mais il est également évocateur d'observer une "belle indifférence". La sensibilité du symptôme hystérique

à la suggestion est classique mais inconstant. Il existe toujours une part de séduction vis à vis de l'interlocuteur (soignant ou proche) dans les symptômes affichés par l'hystérique. On ne voit plus guère aujourd'hui de grande crise pseudoconvulsive ou épileptoïde telle que l'avait décrite Charcot.

Les troubles sensitifs à type d'hyperesthésie ou d'algies sont probablement les symptômes conversifs somatiques les plus fréquemment rencontrés de nos jours et se "rangeraient" alors dans les troubles somatoformes (trouble somatisation, trouble douloureux, trouble somatoforme indifférencié). Pour de nombreux médecins, la fibromyalgie appartiendrait également aux troubles somatoformes, nous le reverrons plus loin. Plus que tout autre symptôme conversif, les douleurs, troubles subjectifs par définition, confrontent le clinicien à la difficulté du diagnostic différentiel. Le diagnostic de névrose hystérique se fera donc sur un faisceau d'arguments reprenant les notions citées plus haut et reste un diagnostic d'élimination. Une autre difficulté sera l'acceptation du diagnostic par le patient et la mise en place du traitement adéquat à savoir psychothérapique. Souvent chez ces patients le vagabondage médical (et/ou la fluctuation des symptômes) met en échec cette prise en charge.

B. L'hypocondrie

On appelle préoccupation hypocondriaque un souci exagéré concernant l'état de santé personnelle et la préservation d'une ou plusieurs fonctions physiologiques, somatiques ou psychiques. L'hypocondriaque est donc avant tout un "malade imaginaire", qui "invente" le mal dont il souffre, interprétant de façon erronée certaines sensations ou certains symptômes physiques. Ceci amène le sujet à multiplier les consultations médicales et les demandes, avec un comportement parfois revendicateur. L'hypocondriaque est un "éternel insatisfait". Par son comportement, il peut induire un rejet (conscient ou inconscient) de la part des médecins.

L'hypocondrie, telle qu'elle est décrite historiquement, relèverait du registre psychotique. On la retrouve dans la schizophrénie, dans la paranoïa (délire paranoïaque de revendication, délire sensitif de Kreschmer) ou dans la mélancolie avec le syndrome de Cotard. Cette hypocondrie reste un diagnostic rare.

Les troubles hypocondriaques sont plus fréquents et appartiennent au registre névrotique. Ils correspondent à l'hypocondrie des DSM IV et CIM 10. Selon JF. Moulin [19], l'hypocondrie occupe une place charnière parmi les syndromes douloureux chroniques à composante psychique dominante, d'une part parce qu'elle peut être psychotique ou névrotique, d'autre part parce que les limites entre hypocondrie névrotique et névrose hystérique sont floues. D'un point de vue psychanalytique, l'hypocondrie névrotique correspond à un désinvestissement du monde objectal et à un repli narcissique de la libido. Les organes investis sont l'objet d'une érotisation inconsciente. Le plaisir culpabilisé, culpabilité liée à l'autoérotisme, est retourné en son contraire plus tolérable : la douleur. L'hypocondrie névrotique peut résumer la symptomatologie de certains patients ou ne représenter qu'un symptôme d'une névrose structurée, hystérique, d'angoisse ou surtout phobique ou obsessionnelle.

A travers l'hypocondrie et l'hystérie, nous apercevons les limites de la nosographie et le risque encouru à classer les patients dans des catégories aux limites imprécises.

II. 5. Les troubles psychosomatiques

L'intérêt porté aux pathologies psychosomatiques montre le souci de la médecine somatique de relier psyché et soma. Les troubles somatoformes décrits plus haut illustrent ce lien psyché-soma dans le registre des pathologies psychiatriques.

Toute émotion déclenche diverses répercussions somatiques transitoires, endocriniennes et neurovégétatives. Dans la maladie psychosomatique, au lieu de

s'épuiser rapidement, ces signes persistent et engendrent des lésions organiques [8]. Schématiquement, cela s'observe lorsque des stress violents ou chroniques épuisent les capacités d'adaptation de l'organisme ou lorsque l'émotion, impossible à gérer, doit être refoulée pour préserver l'intégrité de l'organisme. Ici, un trouble organique est présent. Le patient ne "choisit" pas l'organe malade, la localisation somatique dépendant essentiellement de prédispositions biologiques. Le symptôme somatique n'a pas de signification symbolique. Une fois installé, le trouble organique évolue pour son propre compte.

Des facteurs de vulnérabilité aux pathologies psychosomatiques ont été décrits : pensée opératoire et alexithymie[12]. La pensée opératoire se caractérise par un discours factuel, rationnel, avec difficulté d'élaboration fantasmatique (rêves, rêveries éveillées), une difficulté à mobiliser les affects, à élaborer les conflits ou à les refouler. L'alexithymie correspond à des difficultés à extérioriser ses émotions, à les exprimer verbalement, voire à pouvoir les ressentir et les reconnaître.

La maladie psychosomatique englobe diverses pathologies : atopie (asthme, eczéma), psoriasis, certaines pathologies rhumatismales, les maladies de systèmes, certains ulcères gastro-duodénaux... Ces pathologies évoluent souvent par crises et non de façon linéaire. La prise en charge psychologique permettrait de limiter la survenue des crises ou de limiter l'impact de nouveaux facteurs de stress sur l'évolution de la maladie. Par extension, les pathologies dites fonctionnelles sont parfois "rangées" dans les pathologies psychosomatiques.

La douleur est, par essence, psychosomatique comme nous l'avons précédemment décrite, quelle que soit son origine. Elle peut être, tout ou partie, due à des facteurs de stress.

II. 6. Autres troubles

État de stress post-traumatique

Il survient à la suite d'un événement traumatique à potentialité mortifère ayant suscité frayeur et impuissance. Après un temps de latence de durée variable (un à deux mois le plus souvent), différents troubles peuvent apparaître. Le trouble pathognomonique de l'Etat de Stress Post-Traumatique est le syndrome de répétition ou de reviviscence [12]. Il est constitué de la reviviscence intrusive répétée avec la réaction de désarroi initiale de la situation traumatique. D'autres troubles viennent s'ajouter dont des troubles corporels à type de troubles somatoformes ou de troubles psychosomatiques. Les troubles somatoformes les plus fréquemment rencontrés sont l'asthénie et les algies.

Toxicomanie

La prise en charge des douleurs somatiques chez le toxicomane est souvent complexe. La toxicomanie n'est pas une contre-indication absolue à l'utilisation de la morphine mais nécessite des précautions particulières et génère des réticences à sa prescription chez beaucoup de praticiens [3].

Démence

La prise en charge de la douleur chez les patients déments est aujourd'hui étayée par de nombreuses études et recommandations et bénéficie d'outils spécifiques. La douleur des patients déments, une fois dépistée, est évaluée par l'EVS et/ou l'échelle Doloplus-2 dans beaucoup de services de gériatrie. Après avoir éliminé les causes "classiques" de douleur et d'inconfort chez la personne âgée (fécalome, rétention urinaire, début d'escarre...), il est souvent proposé un traitement antalgique d'épreuve. Les modalités d'examen et de prise en charge de certains patients suivis en psychiatrie pourra s'inspirer de celles de ces patients non ou peu communicants.

II. 7. Un cas particulier de douleur chronique : la fibromyalgie

Le concept de fibromyalgie a émergé dans les années 1980. Pour certains auteurs, cette maladie existe depuis toujours, pour d'autres son entité est encore discutée. Pour autant, elle est le sujet de nombreux ouvrages et études. Cette maladie aurait une prévalence de 2% environ (3,5% pour les femmes et 0,5% chez les hommes). Ces patients consultent plus les psychiatres par l'intermédiaire des CETD (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur) que par voie directe. Le fait de nommer les souffrances de ces malades permettrait d'améliorer leur qualité de vie. Pour Roland Barthes « Nommer c'est apaiser ». Pour les fibrosceptiques, le bénéfice pour les malades est moins évident; ainsi pour N. Hadler, la douleur est réelle mais la fibromyalgie n'est qu'une médicalisation de la misère. Des critères diagnostiques ont été décrits en 1981 par Yunus et en 1990 par l'American College of Rheumatology (annexe n°12). La fibromyalgie reste un diagnostic d'élimination. Les troubles morphologiques, biochimiques, microcirculatoires et fonctionnels rencontrés dans un muscle en cas de fibromyalgie sont aspécifiques et ne sont parfois que le reflet du déconditionnement musculaire. Il existe des modifications importantes de divers neuromédiateurs, principalement sérotonine et substance P.

Beaucoup d'études, avec des échantillons limités, ont analysé les relations entre psychiatrie et fibromyalgie : la fibromyalgie ne se résumerait pas à une pathologie psychiatrique. Cependant la prévalence des troubles psychiatriques associés dans la population souffrant de fibromyalgie est supérieure à celle de la population générale mais également supérieure à celle d'autres populations de douloureux chroniques, comme celle souffrant de polyarthrite rhumatoïde. Cette cooccurrence se retrouve notamment pour l'anxiété et les troubles de l'humeur.

Ceci a amené Hudson et Pope (1994)[4] à proposer le regroupement de 14 pathologies psychiatriques et somatiques dans le « spectre des troubles affectifs »¹.

Ce regroupement se justifierait par des anomalies physiologiques communes encore

inconnues mais supposées du fait de cette cooccurrence et de la réponse de ces pathologies aux différentes classes d'antidépresseurs.

Pour les fibrosceptiques, la fibromyalgie est plus un trouble de la somatisation ou un trouble somatoforme (DSM IV).

La somatisation ne remet pas en cause la réalité de la douleur vécue par le patient : « C'est cependant une injustice flagrante ; quelle que puisse être la cause des douleurs, fut-ce l'imagination, les douleurs elles-même n'en sont pas pour autant ni moins réelles, ni moins violentes. » S. Freud [9]. Le « spectre des troubles affectifs » pourrait accorder "fibrosceptiques" et "fibrodéfenseurs" en reconnaissant un lien entre ces différentes pathologies à défaut de ne faire qu'une pathologie avec différentes expressions.[4]

Selon Julien N *et al* [13], les douleurs des fibromyalgiques relèveraient d'un déficit de fonctionnement du Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif (niveau spinal du contrôle de la douleur) tandis que le contrôle cortical serait préservé. La douleur serait alors "neurogénique" plutôt que "psychogénique".

Comme tout syndrome douloureux chronique, la fibromyalgie a des conséquences psychologiques et sociales nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

¹ spectre des troubles affectifs : hyperactivité avec déficit attentionnel, boulimie, trouble dysthymique, anxiété généralisée, épisode dépressif majeur, trouble obsessionnel compulsif, trouble panique, état de stress post-traumatique, trouble dysphorique prémenstruel, phobie sociale et fibromyalgie, syndrome du colon irritable, migraine, cataplexie

III. ETAT DES LIEUX AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTBERT

III.1.La fiche d'identité du Centre Hospitalier de Montbert

L'établissement public de santé mentale de Montbert est ouvert depuis le 1er octobre 1974. Il se trouve en Loire-Atlantique au sud de Nantes. Il s'est inscrit dès son origine dans une politique de sectorisation des soins psychiatriques. Cette politique se donne pour but d'amener les soignants au plus près des patients avec développement des centres médicopsychologiques (consultations médicales, entretiens infirmiers et visites à domicile), des structures d'hospitalisation de jour et travail de proximité dans les hôpitaux généraux des secteurs. En 1974, l'hôpital comptait 400 lits d'hospitalisation complète dont 300 pour la psychiatrie adulte. En 1980, le premier hôpital de jour fut créé. En 1984, le centre hospitalier de Montbert devenait autonome par rapport au CHU de Nantes dont il dépendait jusqu'alors et ne cessera plus d'accentuer sa politique de développement des alternatives à l'hospitalisation complète des patients.

A. La structure

Le centre hospitalier de Montbert comprend actuellement:

- 3 Pôles de psychiatrie adulte (correspondant chacun à un secteur) disposant de :
 - 100 lits d'hospitalisation complète
 - 80 places d'hospitalisation de jour
 - 3 places d'hospitalisation de nuit
 - 7 centres médicopsychologiques (CMP)
 - 7 CATTP ou hôpitaux de jour
- 1 Pôle intersectoriel disposant :
 - d'une unité de médecine générale
 - d'une unité ambulatoire de psychogériatrie

- le centre d'accueil psychologique et de crise
 - la fédération de santé publique avec 3 axes : précarité, addictologie, prévention du suicide
 - le département d'information médicale
 - la pharmacie
- 1 Pôle de psychiatrie infanto-juvénile

Notre étude ne portera que sur les 3 pôles de psychiatrie adulte et le personnel intervenant dans les unités d'hospitalisation complète (22 médecins, 8 cadres de santé, 88 infirmiers et 20 aide-soignants), auxquels s'ajoutent les cinq médecins du pôle intersectoriel.

B. Le personnel

Au mois de mai 2008, l'hôpital comptait :

- 52 administratifs
- 29 techniques et 2 médicotechniques
- 290 soignants et éducatifs dont 184 infirmiers (infirmiers psychiatriques ou infirmiers diplômés d'état) et 26 aide-soignants en psychiatrie adulte.
- 37 médecins dont 22 équivalents temps plein pour la psychiatrie adulte.

C. Les secteurs

L'hôpital de Montbert prend en charge trois secteurs au sud de la Loire en Loire-Atlantique soit une population de 249 313 personnes en 2005, réparties de façon

homogène entre les 3 secteurs. Ces secteurs ont une morphologie à la fois urbaine, péri urbaine et rurale. Dans chacun d'eux, la croissance de la population entre 1999 et 2005 a été importante ; +11% versus 7,4% en Pays de Loire et 5,7% en France. Cette croissance est encore plus marquée pour les moins de 20ans (+12%) et les plus de 75 ans (+15%). D'après les projections démographiques établies par l'INSEE pour la période 2000/2030, la croissance serait plutôt en augmentation dans les années à venir, du fait de la diminution de la mortalité d'une part, et du maintien de l'indice de fécondité et des mouvements migratoires d'autre part.

D. L'activité, quelques chiffres pour l'année 2007:

2 354 admissions dont 524 premières admissions, 31 959 journées d'hospitalisation temps plein avec une durée moyenne de séjour de 20 jours, 29 907 journées d'hospitalisations à temps partiel, un taux d'occupation de 85% et une file active de 5 944 patients suivis dont 3 499 en psychiatrie adulte, soit une file active de 154 patients pour 1 ETP médecin. 25,8% des patients de la file active soit 853 patients ont bénéficié d'une hospitalisation complète en 2007, le suivi se fait donc principalement en ambulatoire.

L'unité de médecine générale est composée d'un médecin généraliste à 60% et d'une secrétaire à 50%. Cette unité gère, pour tout ou partie, les soins somatiques des patients en hospitalisation complète. Il n'a pas été mis en place d'examen somatique systématique à l'entrée pour les patients hospitalisés. Ceux-ci ne sont examinés que lorsqu'ils présentent des symptômes spécifiques. Le médecin généraliste prend en charge 32% des patients hospitalisés. Il a fait 738 consultations en 2007. 7,58% de ces consultations avaient pour motif la douleur. Ce motif de consultation a augmenté de plus de 4% en 2 ans, illustrant probablement une écoute différente du patient au cours des deux dernières années.

Pathologies traitées au CH de Montbert

Répartition des catégories de diagnostics principaux en 2002 et 2007

Catégories de diagnostics	2002		2007	
	Nb	%	Nb	%
Syndrome démentiel	165	5,41	137	4,15
Alcool	333	10,92	280	8,48
Substances toxiques	42	1,38	37	1,12
Psychoses	537	17,61	539	16,32
Troubles de l'humeur	681	22,33	665	20,13
Troubles névrotiques et facteurs d'adaptation dont troubles de l'alimentation	471	15,44	472	14,29
Troubles de la personnalité	197	6,46	222	6,72
Anomalie du développement et psychoses infantiles	116	3,80	108	3,27
Autres diagnostics dont tentatives de suicide	320	10,49	389	11,78
			116	3,51
Sans diagnostic	188		454	
Total	3050		3303	

III. 2. Les conclusions de la V2

Le CH de Montbert a fait l'objet en 2007 de la visite des experts de la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la V2. Leur rapport concluait à une Certification avec suivi (niveau 2, sur une échelle de 4 niveaux) en avril 2008.

Le suivi est dû à une mauvaise cotation du critère 32 du chapitre 3 (Prise en charge du patient) correspondant à la prise en charge de la douleur et à son évaluation.

Référence 32 : La douleur est évaluée et prise en charge.				
Critère	32a : Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.			
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Existence d'une organisation permettant la prévention et la prise en charge systématique de la douleur (CLUD ou structure équivalente, consultations spécialisées, référents, outils et méthodes)	NON	L'établissement ne dispose pas de CLUD.	D	L'établissement en date du 02 10 2007 a fait la demande d'intégrer le réseau Douleur 44.
Utilisation de recommandations de bonne pratique (Anaes, Collège national des médecins de la douleur, Société française d'anesthésie et de réanimation, association internationale pour l'étude de la douleur, etc.) dans l'élaboration de protocoles	NON	Les professionnels n'utilisent pas de recommandations de bonnes pratiques		

Référence 32 : La douleur est évaluée et prise en charge.				
Critère 32b : Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement.				
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Information du patient et/ou son entourage sur la prise en charge de sa douleur.	OUI		C	
Mise à disposition d'outils de mesure de la douleur – échelle visuelle analogique (EVA), etc. – adaptés aux patients (enfants, personnes non communicantes).	EN PARTIE	En cas de prise en charge de la douleur par le médecin généraliste, celle-ci utilise une échelle visuelle analogique. Les professionnels ne disposent pas de moyens adaptés pour procéder à l'évaluation.		
Traçabilité dans le dossier du patient, de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur.	NON	Il n'y a pas de traçabilité dans le dossier, de la mesure et du suivi de l'intensité de la douleur.		
Réalisation de mesures de satisfaction avec analyse et actions d'amélioration.	NON	La mesure de la satisfaction de la prise en charge de la douleur n'est pas réalisée.		

Référence 32 : La douleur est évaluée et prise en charge.				
Critère 32c : Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.				
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des besoins de formation spécifiques de l'ensemble des professionnels (médicaux et paramédicaux).	NON		D	
Contenu de la formation.	NON			
Évaluation du programme de formation et réajustements.	NON			

Référence 32 : La douleur est évaluée et prise en charge.				
Critère 32d : La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence.				
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Coordination entre pharmacie et secteurs d'activité.	OUI		A	
Procédure d'approvisionnement des secteurs d'activité.	OUI			
Règles de fonctionnement internes aux secteurs d'activité (personne-ressource, responsable de l'armoire de pharmacie, traçabilité).	OUI			

Suite à ce rapport, la prise en charge de la douleur a été inscrite dans le projet de soins et le projet médical 2008-2012 de l'établissement.

L'établissement avait déjà intégré le Réseau Douleur 44 en octobre 2007. Une session de formation de 2 jours sur la douleur a eu lieu en mars et mai 2008, 11 soignants et un médecin y ont participé.

Enfin, un comité de lutte contre la douleur est en projet.

III. 3. Réalisation d'un audit des professionnels

A. Méthodologie

Deux questionnaires (annexe n°1) ont été réalisés ; l'un s'adressant aux médecins et l'autre au personnel soignant travaillant dans les unités d'hospitalisation complète (infirmiers et aides-soignants). Ces questionnaires reprennent pour partie l'étude nationale faite en 2005 [27] : « La douleur en santé mentale : états des lieux en France »(annexe n°2) présenté au 6^e congrès annuel de la Société Française d' Étude et de Traitement de la Douleur de novembre 2006.

Le questionnaire médecin comprenait 22 questions dont 2 ouvertes. Le questionnaire soignant comprenait également 22 questions dont deux ouvertes et dont certaines communes au questionnaire médecin.

Nous avons adressé, de façon nominative, un questionnaire à chacun des 27 médecins intervenant en psychiatrie adulte : 17 praticiens hospitaliers (1 de médecine générale et 16 de psychiatrie), 4 assistants (1 en psychiatrie et 3 en médecine générale) et 6 internes (3 de médecine générale et 3 de psychiatrie).

Nous avons transmis par l'intermédiaire des cadres de santé de chaque unité, 116 questionnaires pour les 88 infirmiers (Infirmiers Diplômés d' État et Infirmiers Spécialisés en Psychiatrie), les 20 aide-soignants et les 8 cadres de santé (dont 3 de nuit) soit 82,75% d'infirmiers et 17,25% d'aides-soignants.

Les questionnaires ont été distribués au début du mois d'août et retournés le 10/09/08.

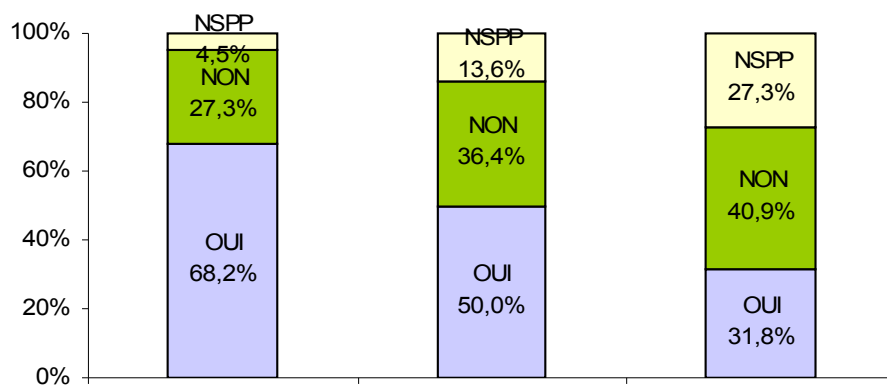
B. Résultats

Le sigle NSPP signifie Ne Se Prononce Pas
 et PEC signifie Prise En Charge.

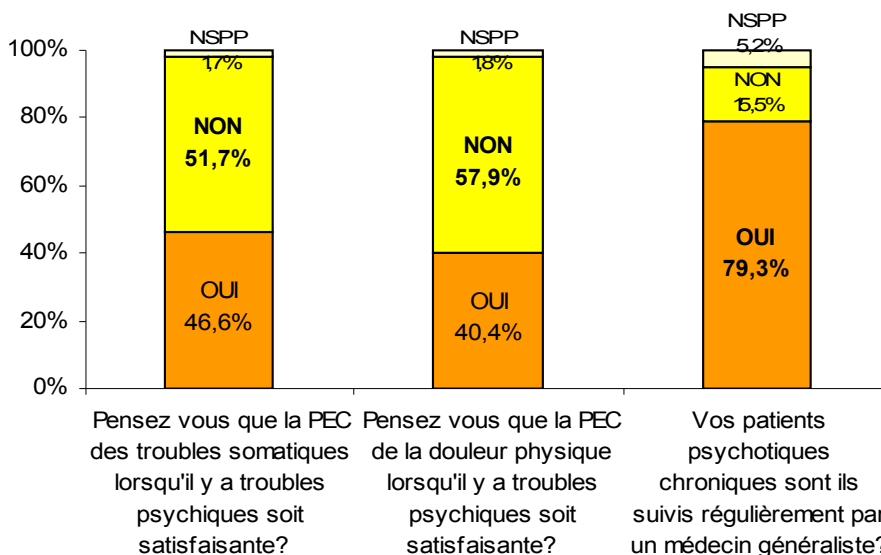
a) 22 questionnaires médecin ont été retournés sur 27 soit un taux de réponse de 81,5%. Les médecins ayant répondu sont praticiens hospitaliers à 63,6%, assistants à 13,6% et internes pour 22,7% ce qui correspond à la répartition médicale réelle.
 59 questionnaires soignants ont été retournés soit un taux de réponse de 50,9%. 91,1% des questionnaires retournés ont été remplis par des infirmiers (qui représentent 82,75% de la population cible). 89,5% des retours viennent des équipes de jour (qui représentent 69,7% de la population cible).

b)

Enquête Douleur Médecin - 2008



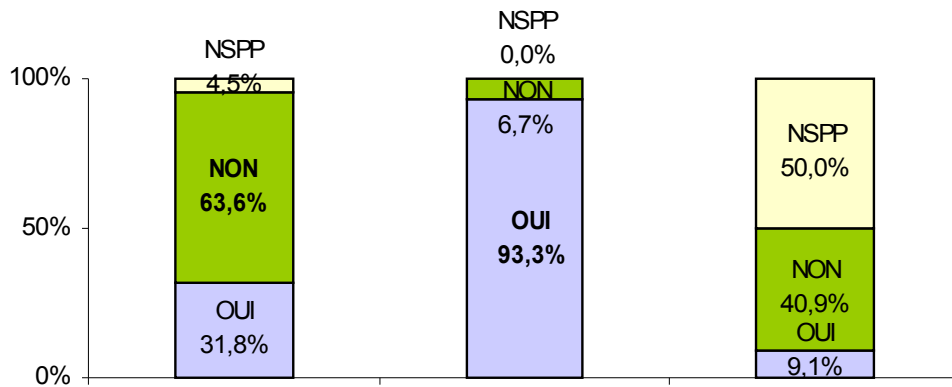
Enquête Douleur Soignant - 2008



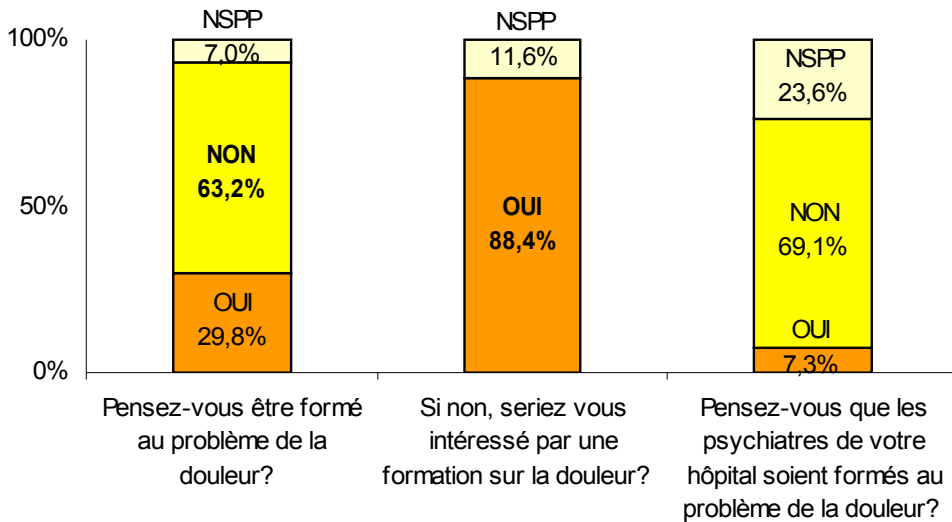
La prise en charge somatique des patients est satisfaisante pour 68,2% des médecins contre 46,6% des soignants. La prise en charge régulière des patients psychotiques est de 31,8% selon les médecins et de 79,3% selon les soignants. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les médecins suivent les patients en extra et en intrahospitalier. Les soignants, eux, ne voient que les psychotiques hospitalisés à temps complet, qui sont pour leur très grande majorité vus par le médecin généraliste de l'hôpital donc mieux pris en charge.

c) Les réponses sont homogènes sur le manque de formation à la prise en charge de la douleur pour les médecins et les soignants. On note seulement que la majorité des médecins ne se prononce pas sur la formation de leurs équipes. Les soignants sont 69,1% à penser que les psychiatres ne sont pas formés.

Enquête Douleur Médecin - 2008



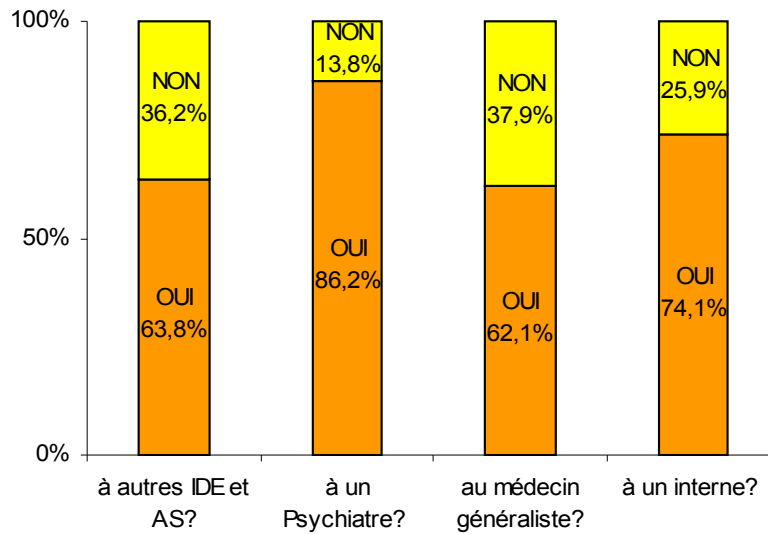
Enquête Douleur Soignant - 2008



d) Au niveau soignant, il ne semble pas y avoir d'interlocuteur spécifique pour la prise en charge de la douleur somatique. On peut cependant noter que celui qui est le moins sollicité, paradoxalement, est le médecin généraliste de l'hôpital.

Enquête Douleur Soignant - 2008

A qui signalez-vous un patient douloureux?



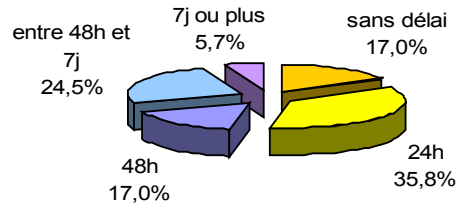
e) Alors qu'ils ne s'estiment pas formés pour 61,9% d'entre eux, les psychiatres n'adressent toutefois les patients douloureux à un somaticien que dans 50% des cas. Le somaticien n'est disponible sur l'hôpital seulement les lundi, mardi et jeudi, est-ce la raison ?

Les assistants généralistes, qui exercent à l'hôpital, ont une fonction de psychiatre. De même, les internes de médecine générale viennent se former à la prise en charge des pathologies psychiatriques à l'hôpital de Montbert et n'ont pas, en dehors des gardes, de fonction dans les soins somatiques.

f)

Enquête douleur Soignant - 2008

Quel est le délai entre le signalement de la douleur et sa prise en charge?



Le délai de prise en charge de la douleur est de plus de 24h pour 47,2% des patients.

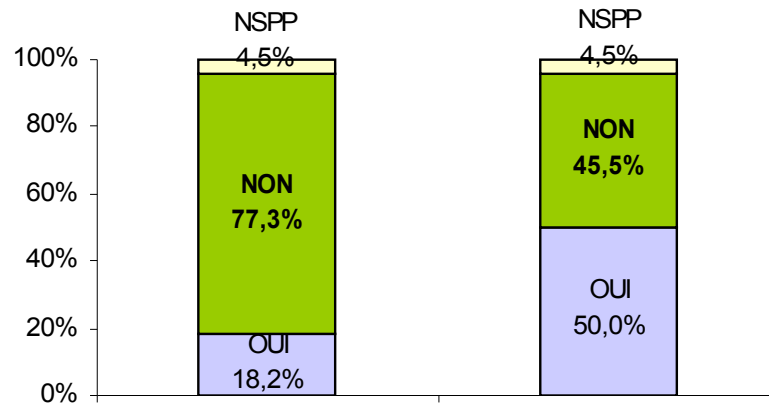
g) L'Échelle Visuelle Analogique est très peu utilisée : 8% des soignants et 25% des médecins. 36% des soignants et 20% des médecins connaissent d'autres échelles, mais ne les utilisent pas pour autant.

Dans la majorité des cas, la douleur ne fait pas l'objet d'une évaluation dite objective et reproductible.

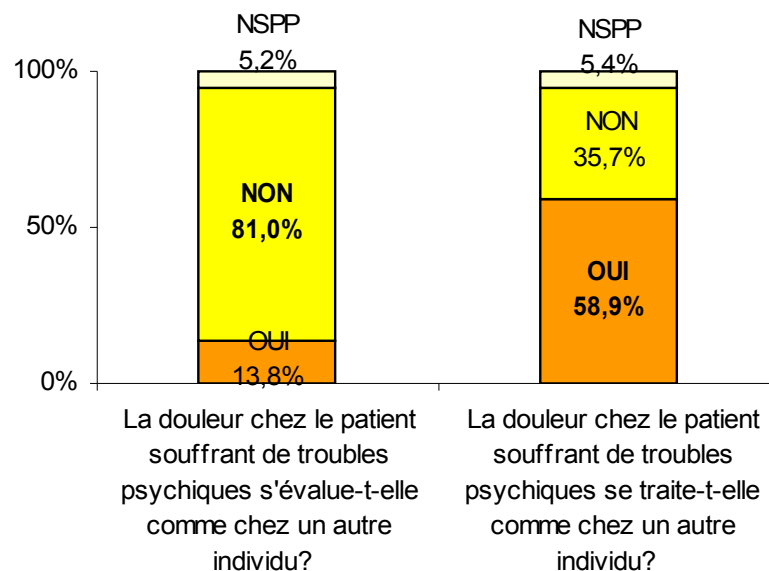
h) 45,5% des médecins pensent qu'on ne traite pas une douleur somatique chez un patient souffrant de troubles psychiques comme chez un autre individu. C'est

également l'avis de 35,7% des soignants.

Enquête Douleur Médecin - 2008



Enquête Douleur Soignant - 2008



i) Les médecins prescrivent parfois des antalgiques pour 60% d'entre eux et souvent pour 40%.

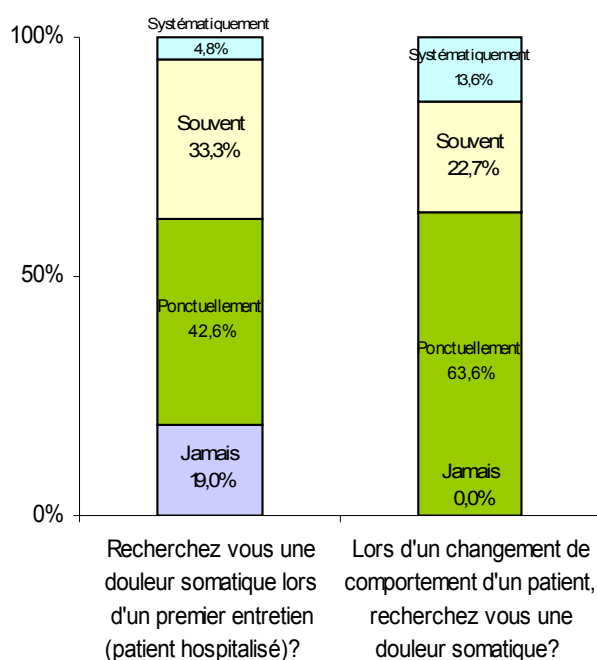
L'utilisation des opioïdes chez les psychotiques est possible pour 85% des médecins et 74% des soignants.

Les antidépresseurs possèdent une action antalgique pour 90% des médecins, les 10% restant ne se prononcent pas. Les neuroleptiques possèdent une action antalgique

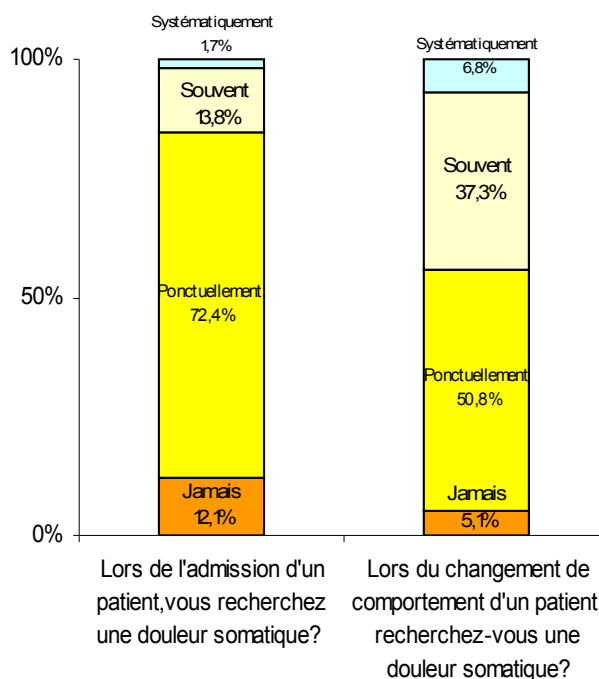
pour 20% d'entre eux, n'en possèdent pas pour 65% et 15% ne se prononcent pas.

j) La recherche d'une douleur somatique, lors d'un premier entretien ou lors d'un changement de comportement, se fait de façon ponctuelle pour la majorité des médecins et des soignants.

Enquête Douleur Médecin - 2008



Enquête Douleur Soignant - 2008



k) La notion de CLUD est pour le moment inconnue pour une grande partie du personnel : 20% des médecins et 12,2% des soignants pensent qu'il existe déjà un CLUD à l'hôpital de Montbert ; 10% des médecins et 49% des soignants ne savent pas ce que c'est.

C. Consommation d'antalgiques au Centre Hospitalier de Montbert

Prescriptions d'antalgiques du 01/01/2008 au 09/12/2008

Ces prescriptions ne spécifient pas la quantité d'antalgiques correspondante, et certaines prescriptions peuvent concerner un même patient. Elles reprennent les principaux antalgiques prescrits. Le recueil de ces données n'est pas encore informatisé sur l'hôpital de Montbert. Du 1er janvier au 30 novembre 2008, 781 patients ont été hospitalisés, dont certains à plusieurs reprises.

Antalgiques Palier I	paracétamol	259 prescriptions
	ibuprofène	14 prescriptions
Antalgiques Palier II	Di-antalvic*	32 prescriptions
	tramadol (LP et LI)	27 prescriptions
	paracétamol+tramadol	5 prescriptions
	paracétamol+codéine	7 prescriptions
Antalgiques Palier III	Durogésic*	17 prescriptions
	Actiskenan*	3 prescriptions
	Skénan LP*	4 prescriptions
	morphine injectable	3 prescriptions
Autres	Emla* (patch ou crème)	3 prescriptions

374 prescriptions d'antalgiques ont été effectuées pour 781 patients. Les prescriptions n'ont pas été relevées de façon nominative pour chaque patient. Il n'est donc pas possible d'extrapoler ces chiffres et de calculer précisément le pourcentage de patients sous antalgiques. On peut seulement dire que moins de 50% des patients hospitalisés sont sous antalgiques.

Consommation d'antalgiques du 01/01/2008 au 09/12/2008

Antalgiques palier I 22722 unités	paracétamol per os	11040 g (ou 22080 unités)
	paracétamol injectable	18 ampoule de 1g

	AINS per os	590 unités
	AINS en gel cutané	34 tubes
Antalgiques palier II 5885 unités	Di-Antalvic*	2860 gélules
	tramadol LI	1384 unités
	tramadol LP	800 unités
	tramadol+paracétamol	436 comprimés (cp)
	Efferalgan codéiné*	405 cp
Antalgiques palier III 1740 unités	Durogésic*	366 patch
	Actiskénan*	43 gélules
	Skénan*	1304 gélules (652j de trt)
	morphine injectable	630mg
Autres	Emla*	3 unités
	phloroglucinol	1490 cp et 18 ampoules
	xylocaïne	16 flacons
	Zomigoro* (triptan)	31 cp

Selon les relevés de la pharmacie, trois pavillons sur cinq consomment des morphiniques et un des trois secteurs ne consomme presque pas d'antalgiques de palier I et pas du tout d'antalgiques de palier II et III. Il existe donc une disparité dans les différents services.

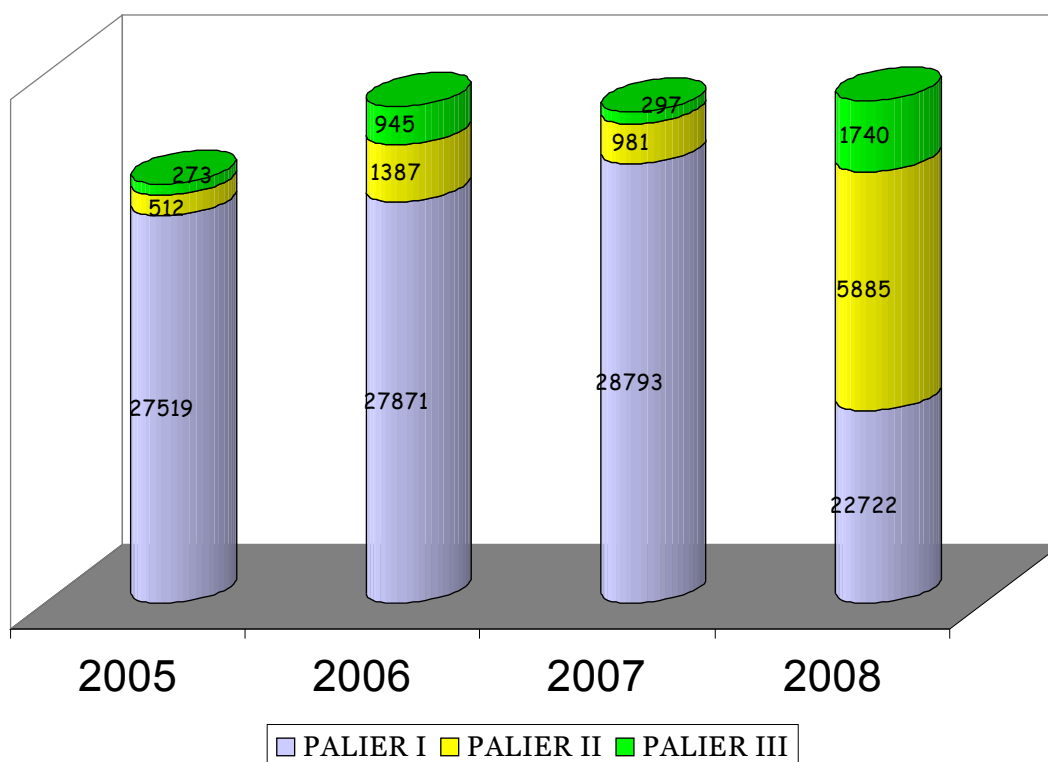
La consommation de paracétamol correspond à 3680 jours de traitement à 3 g/j, soit à 14j de traitement /prescription. La plupart du temps, la délivrance est ponctuelle (prescription si besoin), dans certains cas, elle se ferait sans prescription médicale ("automédication"). Il est donc difficile d'évaluer la prise en compte de la douleur des patients par les médecins et soignants par l'intermédiaire de la consommation de paracétamol.

Environ 71 patients ont fait l'objet d'une prescription d'antalgique de palier II, et 27 d'antalgique de palier III. Ces chiffres sont probablement un peu surestimés ; un même patient hospitalisé à deux reprises pendant la période donnée ayant été comptabilisé deux fois.

La crème anesthésique Emla* est prescrite de façon très ponctuelle. Peu de gestes

techniques sont effectués dans l'enceinte du CH de Montbert : ponction veineuse, injection intramusculaire et pansement. L'Emla* pourrait cependant être utilisé avec bénéfice pour d'avantage de patients.

Evolution du nombre d'antalgiques au CH de Montbert de 2005 à 2008



A noter que pour l'année 2008, le recueil a été fait sur 49 semaines au lieu de 52. On remarque une augmentation majeure de la proportion d'antalgiques de palier II et III en 2008 en comparaison des années précédentes.

Il serait intéressant de recueillir des chiffres de prescription, de consommation et d'hospitalisation comparables afin d'évaluer au mieux la population traitée pour une douleur. L'informatisation des prescriptions permettra probablement une amélioration du recueil des données.

III. 4. Discussion

Le taux de retour de l'enquête nationale dont nous nous sommes inspirée pour ce travail, était de 17,8% (avec une cible de 963 personnes : chefs de service de psychiatrie et chefs de service de pharmacie en CH et CHS). Le taux de réponses au

sein du CH de Montbert est de 56,7%, tout personnel confondu.

La taille de la population visée (143 médecins et soignants) et la proximité des différents intervenants peuvent expliquer ces bons résultats (intervention directe auprès des équipes). Faisant suite à l'accréditation-V2 dans l'hôpital, le sujet du questionnaire a attiré l'attention du personnel.

Pour les soignants, les équipes de jour ont davantage répondu, peut-être plus souvent confrontées au problème de la douleur que les soignants de nuit. Les aides-soignants ont, proportionnellement, moins répondu que les infirmiers. Certains d'entre eux disent être moins concernés car ils ne sont pas responsables de la distribution des médicaments. Pour autant, participant aux soins d'hygiène et d'habillage, l'hétéroévaluation de la douleur d'un patient par les aide-soignants est fondamentale.

A l'hôpital de Montbert, la prise en charge somatique des patients n'est pas jugée de façon équivalente par les médecins et les soignants : les médecins n'en sont pas satisfaits pour 27,3% d'entre eux, les soignants pour 51,7% d'entre eux. Les médecins ne sont pas, comme les soignants, en contact permanent et quotidien avec les patients, ils ont donc une approche différente. Les soignants nuancent leur propos en soulignant une amélioration de la prise en charge somatique globale des patients ces dernières années.

Cette différence entre médecins et soignants se retrouve de façon inverse pour le suivi des patients psychotiques : il est régulier pour 31,8% des médecins et pour 79,3% des soignants. Les médecins ont probablement tenu compte de l'ensemble de leur file active, la question ne spécifiait pas s'il s'agissait des patients hospitalisés ou de la file active complète. La différence peut venir de cette imprécision, les patients consultant en ambulatoire seraient alors moins suivis que les patients hospitalisés. En effet, tous les patients psychotiques chroniques hospitalisés à Montbert, sont suivis par le médecin généraliste de l'hôpital.

Au niveau national, 31% des personnes interrogées étaient satisfaits de la prise en

charge somatique lors de troubles psychiques, résultats très inférieurs aux résultats de notre enquête locale. 30% des psychotiques chroniques sont suivis régulièrement par un médecin traitant au niveau national, ce qui correspond à la réponse des médecins de l'hôpital de Montbert. L'accès aux soins en ambulatoire pour un patient psychotique semble encore difficile. Au niveau national et dans les secteurs sud-loire, leur suivi somatique reste très insuffisant.

Le recours aux soins somatiques est également difficile pour la plupart des patients suivis en psychiatrie, psychotiques ou souffrant d'autres pathologies, comme le souligne C. Finkelstein, présidente de la FNAPsy (Fédération Nationale des Associations des usagers en psychiatrie). L'hospitalisation pourrait permettre un dépistage systématique de troubles somatiques (pathologies dentaires, cardiaques, dépistage de diabète...) chez ces patients grâce à un examen somatique systématique au début de leur hospitalisation. Cela demanderait un temps supplémentaire de médecin généraliste.

La prise en charge de la douleur est moins satisfaisante que celles des troubles somatiques en général. Les médecins, dans les commentaires libres, soulignent la difficulté à distinguer la douleur somatique de la plainte somatique d'origine psychique. Les soignants mettent en exergue des délais de prise en charge trop longs. Et beaucoup sont en difficulté pour distinguer une douleur somatique au milieu des symptômes psychotiques.

Les médecins comme les soignants ne s'estiment pas formés à la prise en charge de la douleur pour une large majorité. Tous seraient prêts à se former, mais peu de soignants en ont probablement le temps ou la possibilité. Une formation de deux jours a été proposée en 2008 : seuls 11 soignants et 1 médecin (le médecin généraliste) y ont participé.

L'EVA, pour ceux qui la connaissent, est peu utilisée. Pour un certain nombre de patients suivis à l'hôpital de Montbert, notamment les psychotiques et les déments

(représentant 23% des patients suivis), elle semble inadaptée.

77,3% des médecins et 81% des soignants pensent que la douleur ne peut s'évaluer chez un individu souffrant de troubles psychiques comme chez un autre individu. On peut en effet noter qu'elle va nécessiter une approche plus globale que chez d'autres patients, et un dépistage à travers des expressions très variées. On ne peut se suffire d'un interrogatoire simple (Avez-vous mal quelque part ? Comment ?...).

Pour ce qui concerne le traitement de cette douleur, on ne retrouve pas d'avis aussi tranché : 50% des médecins et 58,9% des soignants pensent qu'elle se traite de la même manière. On note qu'il persiste encore des réticences à l'utilisation des morphiniques chez 15% des médecins. Pourtant, nous ne devrions pas avoir d'a priori sur les thérapeutiques médicamenteuses à utiliser. Ceci doit être nuancé par le risque d'interactions médicamenteuses chez ces patients souvent polymédicamentés. Les traitements non médicamenteux doivent également être réfléchis sans a priori.

La douleur est moins recherchée qu'il ne le faudrait lors de l'admission et surtout lors du changement de comportement d'un patient ; est-ce le fait du manque de formation et/ou d'un manque de temps ? Pour une partie de la population suivie en psychiatrie, avant d'évaluer et de traiter une douleur, il faut la dépister, comme chez les patients déments. Une attitude systématique de dépistage paraît primordiale pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Le médecin généraliste n'apparaît pas comme l'interlocuteur privilégié lors de problème douloureux. Dans chaque service de l'hôpital, il a été institué que le médecin référent (psychiatre ou interne) de chaque patient se fasse l'intermédiaire d'une demande de consultation auprès du médecin généraliste. D'autre part, le médecin généraliste, à temps partiel, est à l'hôpital trois jours par semaine. Les autres jours et sur les gardes, lors de problèmes somatiques, les équipes font appel aux internes le plus souvent ou aux psychiatres. Les psychiatres, bien que ne s'estimant pas formés pour 61,9% d'entre eux, n'ont recours à un somaticien que pour 50% de

leurs patients douloureux. A défaut d'une consultation possible avec le médecin généraliste ne travaillant qu'à temps partiel, les psychiatres prennent en charge la douleur de leurs patients. L'implication des psychiatres ici est intéressante, et ne doit pas être remise en cause. Elle doit cependant être complétée par un avis somatique. La douleur est un symptôme à "partager" entre psychiatre et somaticien.

Le délai de prise en charge d'une douleur signalée est inférieur à 24h dans 52,8% des cas. L'intervention a donc lieu dans 47,2% des cas lorsque la douleur est installée depuis plus de 24h, ce qui est trop long dans un certain nombre de cas. Or plus la douleur est "installée", plus elle sera difficile à soulager. Certains soignants précisent qu'ils donnent alors des antalgiques sans prescription médicale. La distribution d'antalgique de palier I pourrait effectivement se faire sans prescription médicale mais sous couvert d'un protocole écrit.

Cette enquête a mis en évidence l'intérêt du personnel pour la prise en charge des troubles somatiques et de la douleur chez les patients "psychiatriques".

Le manque de formation paraît important. La recherche de douleur doit être plus systématique, notamment lors du changement de comportement d'un patient. Et toutes les catégories professionnelles doivent être impliquées.

La douleur des patients pose des problèmes variés selon les pathologies. On peut différencier deux situations :

- les patients psychotiques, déments, autistes chez qui il faut dépister la douleur qu'elle soit aiguë ou chronique, afin de les soulager et de diagnostiquer les pathologies somatiques sous-jacentes (qui vont de l'infarctus du myocarde à la rage de dent). Le problème initial est donc de s'interroger sur l'existence d'une éventuelle douleur devant des patients qui ne l'expriment pas spontanément. Ensuite vient le temps de l'évaluation, puis celui du traitement de cette douleur.
- les patients névrotiques chez qui les douleurs chroniques entretiennent des

liens complexes avec leur pathologie psychiatrique. Les douleurs aiguës, symptôme d'alarme, poseront ici peu de difficultés. Lors de douleurs chroniques chez ces patients, il est primordial d'analyser la participation respective de la pathologie somatique et des troubles psychiatriques dans l'évolution des douleurs.

Il ne nous apparaît pas une unité suffisante des pathologies psychiatriques pour motiver la mise en place d'outils d'évaluation spécifiques à cette spécialité. Les outils déjà existants peuvent être utilisés. La validité de l'outil dépendra du choix éclairé des personnels médicaux et paramédicaux lorsqu'ils utiliseront une échelle pour évaluer la douleur d'un patient. Pour exemple, l'échelle des visages (utilisée en pédiatrie) ou l'échelle Doloplus pourraient être utilisées chez les patients schizophrènes, le QDSA, l'HAD et l'EVA chez les fibromyalgiques.

Ce choix éclairé dépendra de la formation proposée au personnel. La "formation à la douleur", à son dépistage, à son traitement, à l'utilisation des outils d'évaluation, est un des rôles du CLUD. Cette formation peut se faire par l'intermédiaire de personnes-ressources sur l'hôpital, elles-mêmes ayant suivi le DIU douleur. On peut également imaginer un partenariat plus important avec des structures-ressources : Réseau douleur 44, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur de Nantes, autres CLUD de la région.

Il est toujours nécessaire d'associer hétéroévaluation et autoévaluation. Il faut donc prendre, et avoir le temps d'examiner les patients sur le plan somatique, de les observer dans leurs gestes quotidiens, et également de leur expliquer l'utilisation des outils d'autoévaluation, leur intérêt, et les possibilités de prise en charge de leur douleur. Le CLUD doit participer à l'information du patient.

Les pathologies psychiatriques ne contre-indiquent a priori aucune thérapeutique médicamenteuse, y compris les opioïdes, ce qui ne semble pas acquis de façon générale aujourd'hui. Cependant, la consommation d'antalgiques de palier II et III a augmenté de façon importante cette année dans quatre des cinq pavillons

d'hospitalisation complète. Ce volume de prescription tend à montrer une diminution des réticences à l'utilisation des opioïdes.

Pour tous les patients hospitalisés, l'amélioration de cette prise en charge demandera une collaboration étroite entre somaticien et psychiatre afin de ne pas marquer une frontière entre douleur physique et psychisme. Cette frontière n'existe pas dans le vocabulaire, elle vient peut-être de la volonté de "scientifisme" de la médecine moderne. Ce clivage ne permet pas d'améliorer la compréhension de la douleur chez les malades que nous rencontrons en psychiatrie, lesquels expriment leur douleur de manière souvent détournée ou inintelligible au premier abord.

Plusieurs auteurs soulignent le rôle du clivage psyché-soma, notamment par le corps médical, dans la mauvaise prise en compte de la douleur des patients en général, et en particulier en psychiatrie. La mise en place d'un CLUD pourrait amener à repenser la réunion soma-psyché et somaticien-psychiatre au sein de l'hôpital de Montbert et d'impliquer toutes les catégories professionnelles dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Le Comité de Lutte Contre la Douleur est en projet au Centre Hospitalier de Montbert, avec des missions de :

- formation de tous les personnels, adaptée aux besoins locaux
- information des personnes et patients
- proposition de protocoles, coordination des différentes actions
- initiation et animation d'une véritable "culture" de la douleur
- consultations et orientation des choix médicamenteux et matériel se rapportant à la douleur, en tant qu'"expert" de la douleur

Ces missions ne pourront être réalisées, de façon correcte et adaptée, sans qu'un temps médical et paramédical ne leur soient spécifiquement dévolus.

Enfin, le CLUD pourra aider le personnel à prendre en charge les situations de soins palliatifs qui se présentent parfois à l'hôpital.

La prise en charge de la douleur, comme nous l'avons souligné, est un sujet d'actualité. Au moment où nous souhaitons l'améliorer, il est important de ne pas se restreindre à la douleur et de plutôt repenser à une prise en charge somatique globale des patients. Le dépistage de la douleur doit se faire par l'intermédiaire du dépistage systématique de pathologies somatiques et par conséquent par un examen somatique d'entrée.

CONCLUSION

Cette enquête a permis, au sein du centre hospitalier de Montbert, de mettre en évidence ou de susciter l'intérêt du personnel médical et paramédical pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur chez les patients. Les soins somatiques des patients hospitalisés paraissent relativement satisfaisants en comparaison des résultats de l'étude nationale. Pour autant, des progrès doivent être faits, comme le souligne une grande partie du personnel. Une avancée importante pourrait se faire par un examen clinique somatique systématique des patients à leur entrée à l'hôpital, comme cela se fait déjà dans certains Établissements Publics de Santé Mentale.

Il est difficile de parler d'un patient "psychiatrique" comme on parle d'un nourrisson ou d'un dément, tant le ressenti de la douleur est différent entre un patient schizophrène, un patient mélancolique ou un fibromyalgique. L'utilisation des différents outils d'évaluation déjà existants doivent permettre de s'adapter à chaque patient pour peu qu'on sache les utiliser.

Pour les patients psychotiques, les douleurs aiguës comme les douleurs chroniques présentent des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. S'interroger de façon systématique sur l'existence d'une douleur devant un changement de comportement permettra d'améliorer le dépistage de pathologies somatiques intercurrentes. Ne pas limiter de principe les antalgiques utilisables chez ces patients est également nécessaire.

Nous souhaitons évaluer la prise en charge de la douleur en individualisant son aspect somatique. Toutefois, on ne peut dissocier la douleur somatique de ses résonances psychologiques chez le patient. La douleur est un symptôme psychosomatique ou somatopsychique. Un tel symptôme doit s'intégrer dans une évaluation globale : le patient est un corps et un psychisme réunis, indissociables. Les psychiatres et les somaticiens doivent mettre leurs compétences en commun afin de soigner et de soulager au mieux la souffrance de leur patient.

Le CLUD pourra favoriser cette réunion. La médecine moderne a tendance à faire de nos patients des êtres dont on soigne le cœur, le rein ou l'esprit de façon dissociée, en oubliant que nous devons soigner un patient dans sa globalité. La médecine évolue, les demandes de soins aussi. Le patient devient acteur du soin, il est maintenant un usager des hôpitaux. L'augmentation croissante de la législation de notre profession pourra, dans ce contexte, nous amener à améliorer nos pratiques, et à repenser une prise en charge globale de nos patients, notamment dans le cadre de la douleur.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Aubert A. La douleur, originalité d'une théorie freudienne. Nouvelles voix de la psychanalyse PUF 1996
- [2] Beaulieu Pierre, sous la direction de. Pharmacologie de la douleur. Les presses universitaires de Montréal 2005.
- [3] Binoche T. et Martineau C. Guide pratique du traitement des douleurs. MMI Editions 2001
- [4] Blotman F et Branco J. La fibromyalgie La douleur au quotidien. Editions Privat 2006.
- [5] Bonnot O, Tordjman S. Schizophrénies et réactivité à la douleur. Presse médicale novembre 2008 vol 37 n°11.
- [6] Bouchet Camille. De l'influence de la folie sur les fonctions et maladies du corps humain et réciproquement. Mémoire présenté au dernier concours fondés par Esquirol. 1825.
- [7] Boureau F, Leui M, Doubrere JF, Gay C. Élaboration d'un questionnaire d'autoévaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Thérapie 1984 n°2, vol39 p119-129
- [8] Ferragut Eliane. Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Masson 2003.
- [9] Freud S. Traitement psychique (traitement d'âme). Résultats, Idées, Problèmes I : 1890-1920. Paris PUF 1984. (citation p8).
- [10] Ginies P. Créer, organiser et développer une structure antidouleur.
- [11] Guelfi JD *et al.* Psychiatrie. PUF Fondamental 1999.
- [12] Guelfi JD, Rouillon F, sous la direction de. Manuel de psychiatrie. Masson 2007.

- [13] Julien N *et al.* Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain* 114(2005)295-302
- [14] Knotkova H., Pappagallo M. Adjuvant analgesics. *Anesthesiology clinics* 25(2007)775-786
- [15] Lassalle-Fontaine. *Revue du Praticien* 2000; 50,539-547.
- [16] Leucht S *et al.* Physical illness and schizophrenia : a review of literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Nov; 116(5):317-33.
- [17] Merskey H. The Definition of pain. *European psychiatrie* (1991) 6, 153-159.
- [18] Michael WJ *et al.* Antidepressant agents for the treatment of chronic pain and depression. *Pharmacotherapy* 2007;27(11):1571-1587.
- [19] Moulin JF, Boureau F. Douleur chronique et psychiatrie. *Encyclopédie Médico-chirurgicale ; Psychiatrie Tome 4, 37-677-A-40, 2000*
- [20] Pichard Valéry. Conception de la douleur d'origine somatique chez le schizophrène. Thèse de médecine Paris VI 1996
- [21] Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Association Pédagogique pour l' Enseignement de la Thérapeutique. 3è édition Masson.
- [22] Rey Alain, sous la direction de. *Le Robert, dictionnaire historique de la langue française.* 2000
- [23] *Santé mentale* n°99 juin 2005. Dossier douleur en santé mentale.
- [24] Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Oct 17;(4):CD005454.
- [25] Saravane D. L'évaluation de la douleur en santé mentale. *Douleur et santé mentale.* n°3 décembre 2008
- [26] Sénèque. *Lettres à Lucilius* livre XIX lettre 121 p1076. Edition établie par Paul Veyne 1993. Bouquins, Robert Laffont
- [27] Serra E, Saravane D. *et al.* La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. *Douleur et analgésie* 2007, n°2: 1-6.

Autres sources

[28] Journée nationale Douleur et santé mentale. Lille 7/12/2007.

[29] Journée nationale Douleur et santé mentale. Paris 10/12/2008.

Autunes-Moynat Séverine. Amélioration de la prise en charge de la douleur dans un hôpital général : exemple de la mise en place d'un CLUD à l'hôpital de St Julien en Genevois. Thèse de médecine Lyon 2005.

Champely-Padox Céline et Chapuis Florence. Prise en charge de la douleur d'origine somatique en milieu psychiatrique chez l'adulte. Thèse de pharmacie Grenoble 2004.

Dupré Alexandre. Prise en charge de la douleur physique en psychiatrie : état actuel et approche clinique. Thèse de médecine Lyon 2007.

Houart Céline. Douleur et féminité Thèse de médecine Nantes 2003.

Bases de données

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.cnrdr.fr>

<http://interclud.ap-hp.fr>

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

<http://www.institut-upsa-douleur.org>

<http://sante.gouv.fr>

<http://www.doloplus.com>

ANNEXES

annexe 1

QUESTIONNAIRE MEDECIN

NSPP : Ne Se Prononce Pas

1. Pensez-vous que la prise en charge des troubles somatiques lorsqu'il y a troubles psychiques soit satisfaisante dans votre service ?
 Oui Non NSPP
2. Pensez-vous que la prise en charge de la douleur physique lorsqu'il y a troubles psychiques soit satisfaisante dans votre service ?
 Oui Non NSPP
3. Vos patients psychotiques chroniques sont-ils tous suivis régulièrement par un médecin généraliste ?
 Oui Non NSPP
4. Pensez-vous être formé au problème de la douleur ?
 Oui Non NSPP
5. Si non (question précédente), seriez-vous intéressé par une formation sur la douleur ?
 Oui Non NSPP
6. Les équipes de votre unité sont-elles formées au problème de la douleur ?
 Oui Non NSPP
7. Existe-t-il un CLUD dans votre établissement ?
 Oui Non Ne connais pas
8. Adressez-vous systématiquement les patients douloureux à un somaticien ?
 Oui Non NSPP
9. La douleur chez le patient souffrant de troubles psychiques s'évalue-t-elle comme chez un autre individu ?
 Oui Non NSPP
10. La douleur chez le patient souffrant de troubles psychiques se traite-t-elle comme chez un autre individu ?
 Oui Non NSPP
11. Recherchez-vous une douleur somatique lors d'un premier entretien (patient hospitalisé) :
 Jamais Ponctuellement Souvent Systématiquement

12. Lors d'un changement de comportement d'un patient, recherchez-vous une douleur somatique :

- Jamais Ponctuellement Souvent Systématiquement

13. Utilisez-vous l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) ?

- Oui Non Ne connais pas

14. Connaissez-vous d'autres échelles ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Les utilisez-vous en pratique courante ? Oui Non

15. Prescrivez-vous des antalgiques ?

- Parfois Souvent Jamais

16. Etes-vous favorables à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique ?

- Oui Non NSPP

17. Les neuroleptiques ou antipsychotiques possèdent-ils une action antalgique ?

- Oui Non NSPP

18. Les antidépresseurs possèdent-ils une action antalgique ?

- Oui Non NSPP

19. Etes-vous ? PH assistant interne

20. Avez-vous des remarques concernant la prise en charge de la douleur somatique de vos patients ou en psychiatrie en général ?

Merci de votre aide.

QUESTIONNAIRE SOIGNANT

NSPP : Ne Se Prononce Pas

1. Pensez-vous que la prise en charge des troubles somatiques lorsqu'il y a troubles psychiques soit satisfaisante dans votre service ?

- Oui Non NSPP

2. Pensez-vous que la prise en charge de la douleur physique lorsqu'il y a troubles psychiques soit satisfaisante dans votre service ?

- Oui Non NSPP

3. Les patients psychotiques chroniques sont-ils suivis régulièrement par un médecin généraliste ?
 Oui Non NSPP
4. Pensez-vous être formé au problème de la douleur?
 Oui Non NSPP
5. Si non, seriez-vous intéressé par une formation sur la douleur ?
 Oui Non NSPP
6. Pensez-vous que les psychiatres de votre hôpital soient formés au problème de la douleur ?
 Oui Non NSPP
7. Utilisez-vous l' EVA (Échelle Visuelle Analogique) ?
 Oui Non Ne connais pas
8. Connaissez-vous d'autres échelles d'évaluation de la douleur ?
 Oui Non
 Si oui, lesquelles ?
9. Les utilisez-vous en pratique courante ? Oui Non
10. Lors de l'admission d'un patient, vous recherchez une douleur somatique :
 Jamais Ponctuellement Souvent Systématiquement
11. Lors du changement de comportement d'un patient, recherchez-vous une douleur somatique :
 Jamais Ponctuellement Souvent Systématiquement
12. A qui signalez-vous un patient douloureux ?
 Autres IDE et AS Psychiatre Médecin généraliste Interne
13. Quel est le délai entre le signalement de la douleur et sa prise en charge :
 Sans délai 24h 48h >48h et <7j >7j
14. La douleur chez le patient souffrant de troubles psychiques s'évalue-t-elle comme chez un autre individu?
 Oui Non NSPP
15. La douleur chez le patient souffrant de troubles psychiques se traite-t-elle comme chez un autre individu?
 Oui Non NSPP
16. Peut-on utiliser la morphine chez un psychotique ?
 Oui Non NSPP

17. Est-ce que votre établissement possède

Une consultation douleur ? Oui Non NSPP

Un CLUD ? Oui Non Ne connaît pas

18. Êtes-vous ? IDE AS

Personnel de nuit Personnel de jour

19. Avez-vous des remarques concernant la prise en charge de la douleur somatique des patients en psychiatrie ?

Merci de votre aide.

annexe 2

annexe 3

Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QSDA) (F. Boureau, M. Luu, JF. Doubrère, C. Gay)														
<p>Vous trouverez ci-dessous une liste de mots utilisés par certaines personnes pour définir une douleur. Afin de préciser la douleur ressentie en général, le patient donnera une note à chaque mot selon le code suivant :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>0</td> <td>Absent</td> <td>Pas du tout</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Faible</td> <td>Un peu</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Fort</td> <td>Beaucoup</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Extrêmement fort</td> <td>Extrêmement</td> </tr> </table> <p>Pour chaque classe de mot, il entourera le mot le plus exact pour décrire sa douleur.</p>			0	Absent	Pas du tout	1	Faible	Un peu	2	Fort	Beaucoup	4	Extrêmement fort	Extrêmement
0	Absent	Pas du tout												
1	Faible	Un peu												
2	Fort	Beaucoup												
4	Extrêmement fort	Extrêmement												
<p>A</p> <p>Battements <input type="checkbox"/></p> <p>Pulsations <input type="checkbox"/></p> <p>Élancements <input type="checkbox"/></p> <p>En éclairs <input type="checkbox"/></p> <p>Décharges électriques <input type="checkbox"/></p> <p>Coups de marteau <input type="checkbox"/></p>	<p>E</p> <p>Tiraillement <input type="checkbox"/></p> <p>Éirement <input type="checkbox"/></p> <p>Distension <input type="checkbox"/></p> <p>Déchirure <input type="checkbox"/></p> <p>Torsion <input type="checkbox"/></p> <p>Arrachement <input type="checkbox"/></p>	<p>K</p> <p>Nauséuse <input type="checkbox"/></p> <p>Suffocante <input type="checkbox"/></p> <p>Syncopale <input type="checkbox"/></p> <p>L</p> <p>Inquiétante <input type="checkbox"/></p> <p>Oppressante <input type="checkbox"/></p> <p>Angoissante <input type="checkbox"/></p>												
<p>B</p> <p>Rayonnante <input type="checkbox"/></p> <p>Irradiante <input type="checkbox"/></p>	<p>F</p> <p>Chaleur <input type="checkbox"/></p> <p>Brûlure <input type="checkbox"/></p>	<p>M</p> <p>Harcelante <input type="checkbox"/></p> <p>Obsédante <input type="checkbox"/></p> <p>Cruelle <input type="checkbox"/></p> <p>Torturante <input type="checkbox"/></p> <p>Suppliciante <input type="checkbox"/></p>												
<p>C</p> <p>Piqûre <input type="checkbox"/></p> <p>Coupure <input type="checkbox"/></p> <p>Pénétrante <input type="checkbox"/></p> <p>Transperçante <input type="checkbox"/></p> <p>Coup de poing <input type="checkbox"/></p>	<p>G</p> <p>Froid <input type="checkbox"/></p> <p>Glace <input type="checkbox"/></p> <p>H</p> <p>Picotement <input type="checkbox"/></p> <p>Fourmillements <input type="checkbox"/></p> <p>Démangeaisons <input type="checkbox"/></p>	<p>N</p> <p>Gênante <input type="checkbox"/></p> <p>Désagréable <input type="checkbox"/></p> <p>Pénible <input type="checkbox"/></p>												
<p>D</p> <p>Pincement <input type="checkbox"/></p> <p>Serrement <input type="checkbox"/></p> <p>Compression <input type="checkbox"/></p> <p>Écrasement <input type="checkbox"/></p> <p>En étou <input type="checkbox"/></p> <p>Broiement <input type="checkbox"/></p>	<p>I</p> <p>Engourdissement <input type="checkbox"/></p> <p>Lourdeur <input type="checkbox"/></p> <p>Sourde <input type="checkbox"/></p> <p>J</p> <p>Fatigante <input type="checkbox"/></p> <p>Épuisante <input type="checkbox"/></p> <p>Éreintante <input type="checkbox"/></p>	<p>O</p> <p>Énervante <input type="checkbox"/></p> <p>Exaspérante <input type="checkbox"/></p> <p>Horripilante <input type="checkbox"/></p> <p>P</p> <p>Déprimante <input type="checkbox"/></p> <p>Suicidaire <input type="checkbox"/></p>												

MMI ÉDITIONS

Il en existe une version abrégée comportant 15 adjectifs.

annexe 4

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

Nom : _____ **Prénom :** _____
Unité : _____ **Date :** _____

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez sur le plan émotif.

Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous éprouvez.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

la plupart du temps
souvent
de temps en temps
jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

oui, tout autant
pas autant
un peu seulement
presque plus

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

oui, très nettement
oui, mais ce n'est pas grave
un peu, mais cela ne m'inquiète pas
pas du tout

Je ris facilement et vois le bon côté des choses

autant que par le passé
plus autant qu'avant
vraiment moins qu'avant
plus du tout

Je me fais du souci

jamais
rarement
assez souvent
la plupart du temps

Je suis de bonne humeur

jamais
rarement
assez souvent
la plupart du temps

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

oui, quoi qu'il arrive

oui, en général

rarement

jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

presque toujours

très souvent

parfois

jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

jamais

parfois

assez souvent

très souvent

Je ne m'intéresse plus à mon apparence

plus du tout

je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais

il se peut que je n'y fasse plus autant attention

j'y prête autant d'attention que par le passé

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

oui, c'est tout à fait le cas

un peu

pas tellement

pas du tout

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

autant qu'auparavant

un peu moins qu'avant

bien moins qu'avant

presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique

vraiment très souvent

assez souvent

pas très souvent

jamais

Je peux prendre du plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

souvent

parfois

rarement

très rarement

annexe 5

Questionnaire d'évaluation du sommeil de Leeds

• Instructions :

Vous êtes invité à répondre à chaque question en plaçant une marque verticale sur la ligne. Si vous n'avez ressenti aucune modification de votre sommeil, placez la marque dans la partie médiane « grisée » de la ligne. Si vous avez ressenti un changement, l'emplacement de votre marque indiquera la nature et l'importance de ce changement. C'est dire un changement important si la marque se trouve vers la fin de la ligne et un changement limité si elle se trouve vers le milieu de la ligne.

A titre d'exemple, la marque ainsi placée indiquerait un changement limité.



1. Comment compareriez-vous la façon dont vous vous endormez avec le médicament à celle dont vous vous endormez normalement, c'est-à-dire sans prendre le médicament?

a) plus difficilement que d'habitude	
b) plus lentement que d'habitude	
c) en vous sentant moins somnolent que d'habitude	

2. Comment compareriez-vous la qualité de votre sommeil avec le médicament à sa qualité sans prendre le médicament (c'est-à-dire habituellement)?

3. Comment votre réveil avec médicament se comparerait-il à votre réveil habituel?

a) plus difficile que d'habitude	
b) plus plus de temps que d'habitude	

4. Comment vous êtes-vous senti au réveil?

plus fatigué que d'habitude	
-----------------------------	--

5. Comment vous sentez-vous maintenant?

plus fatigué que d'habitude	
-----------------------------	--

6. Quelle était la qualité de votre équilibre et de votre coordination au lever?

plus maladroite que d'habitude	
--------------------------------	--

• Score :

Ce questionnaire contient 10 questions se rapportant à 4 items différents : endormissement (1, a, b, c), qualité du sommeil (2, a, b), réveil (3, a, b, 4) et au réveil (5, 6). Le score pour chaque item est la somme des distances séparant la marque verticale du carré médian grisé pour chaque question se rapportant à l'item. Les distances sont négatives à gauche du carré, positives à droite du carré.

• Bibliographie

PARROT A.C., HINOMARCH I. – The Leeds Sleep Evaluation Questionnaire in Psychopharmacological Investigations — a Review. *Psychopharmacology*, 11, 173-179, 1980.

annexe 6

Échelle Doloplus 2* : évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée.					
Nom :		Prénom :		Dates	
RETENTISSEMENTS SOMATIQUES					
1. Plaintes somatiques	– pas de plainte	0	0	0	0
	– plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	– plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	– plaintes spontanées connues	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	– pas de position antalgique	0	0	0	0
	– le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	– position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	– position antalgique permanente et inefficace	3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	– pas de protection	0	0	0	0
	– protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	– protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2	2	2	2
	– protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. Mimique	– mimique habituelle	0	0	0	0
	– mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	– mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	– mimique inexpressive en permanence, et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. Sommeil	– sommeil habituel	0	0	0	0
	– difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	– réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	– insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	– possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	– possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	– possibilités habituelles très diminuées, (toilette et/ou habillage difficiles et partiels)	2	2	2	2
	– toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3

7. Mouvements	– possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	– possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	– possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	– mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8. Communication	– inchangée	0	0	0	0
	– intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	– diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	– absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. Vie sociale	– participation habituelle aux différentes activités (repas, animation, ateliers thérapeutiques, etc.)	0	0	0	0
	– participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	– refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	– refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	– comportement habituel	0	0	0	0
	– troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1
	– troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	– troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

annexe 7

ECHELLE DE COMPORTEMENT DOULOUREUX DE LA PERSONNE ÂGÉE (ECPA)

OBSERVATION 5' AVANT LES SOINS	OBSERVATION PENDANT LES SOINS
<i>Expression du visage : regard et mimique</i>	<i>Anticipation anxieuse des soins</i>
Visage détendu ①	Le sujet ne montre pas d'anxiété ①
Visage soucieux ①	Angoisse du regard, impression de peur ①
Le sujet grimace de temps en temps ②	Sujet agité ②
Regard effrayé et/ou visage crispé ③	Sujet agressif ③
Expression complètement figée ④	Cris, soupirs, gémissements ④
<i>Position spontanée au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique = PA)</i>	<i>Réactions pendant la mobilisation</i>
Aucune position antalgique (PA) ①	Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière ①
Le sujet évite une position ①	Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins ①
Le sujet choisit une PA ②	Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins ②
Le sujet recherche sans succès une PA ③	Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins ③
Le sujet est immobile, comme cloué par la douleur ④	Le sujet s'oppose à la mobil. et aux soins ④
<i>Sur les mouvements (quand les circonstances permettent au patient de bouger)</i>	<i>Réaction pendant les soins des zones douloureuses</i>
Le sujet se mobilise comme d'habitude ①	Aucune réaction pendant les soins ①
Le sujet bouge mais évite certains mouvements ①	Réaction pendant les soins, sans plus ①
Lenteur, rareté des mouvements ②	Réaction au toucher des zones douloureuses ②
Immobilité ③	Réaction à l'effleurement des zones doul. ③
Prostration ou agitation ④	L'approche des zones douloureuses est impossible ④
<i>Sur la relation à autrui (si la malade la souhaite habituellement)</i>	<i>Plaintes exprimées pendant le soin</i>
Présence d'un contact immédiat ①	Le sujet ne se plaint pas ①
Contact difficile à établir ①	Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui ⑤
Évite la relation ②	Le sujet se plaint en présence de quelqu'un ⑥
Absence de tout contact ③	Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée ⑦
Indifférence totale ④	Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée ⑧
SCORE :	SCORE :
SCORE :	

annexe 8

Échelle Douleur Enfant – Gustave Roussy	
1. Position antalgique au repos	
– absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment . . .	0
– l'enfant semble éviter certaines positions	1
– l'enfant évite certaines positions	2
– l'enfant choisit une position antalgique évidente qui lui apporte un certain soulagement	3
– l'enfant recherche sans succès une position de soulagement	4
2. Manque d'expressivité	
– l'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé	0
– l'enfant paraît un peu terne, éteint	1
– au moins un des signes suivants : traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent	2
– plusieurs des signes ci-dessus sont nets	3
– visage figé, comme agrandi ; regard vide ; parle avec effort	4
3. Protection spontanée des zones douloureuses	
– l'enfant ne montre aucun souci de se protéger	0
– l'enfant évite les heurts violents	1
– l'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher . .	2
– l'enfant se préoccupe de limiter tout attouchement d'une région de son corps . .	3
– toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte	4
4. Plaintes somatiques	
– pas de plainte, l'enfant ne dit pas qu'il a mal	0
– plaintes neutres : sans expression affective (dit en passant « j'ai mal... »), et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès)	1
– au moins un des signes suivants :	2
– a suscité la question « qu'est-ce que t'as ? » ;	
– voix geignarde pour dire qu'il a mal ;	
– mimique expressive accompagnant la plainte	
– en plus de la cotation 2, l'enfant :	3
– attire l'attention pour dire qu'il a mal,	
– demande un médicament	
– c'est au milieu des gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal	4
5. Attitude antalgique dans le mouvement	
– l'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps ; ses mouvements sont aisés	0
– l'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains mouvements	1
– l'enfant prend des précautions pour certains gestes	2
– l'enfant évite nettement de faire certains gestes, il se mobilise avec prudence et attention	3
– l'enfant doit être aidé pour lui éviter des mouvements trop pénibles	4
6. Désintérêt pour le monde extérieur	
– l'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement	0

- l'enfant s'intéresse à son environnement mais sans enthousiasme	1
- l'enfant s'ennuie facilement mais peut être stimulé	2
- l'enfant se traîne, incapable de jouer ; il regarde passivement	3
- l'enfant est apathique, indifférent à tout	4
7. Contrôle exercé par l'enfant lorsqu'on le mobilise	
- l'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière	0
- l'enfant a un regard attentif quand on le mobilise	1
- en plus de la cotation 1, l'enfant montre qu'il faut faire attention en le remuant	2
- en plus de la cotation 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant	3
- l'enfant s'oppose à toute initiative du soignant ou obtient qu'aucun geste ne doit se faire sans son accord	4
8. Localisation des zones douloureuses par l'enfant	
- pas de localisation : à aucun moment, l'enfant ne désigne une partie de son corps comme gênante	0
- l'enfant signale uniquement verbalement, une sensation pénible dans une région vague sans autre précision	1
- en plus de la cotation 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région	2
- l'enfant désigne avec la main une région douloureuse précise	3
- en plus de la cotation 3, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de la douleur	4
9. Réaction à l'examen des zones douloureuses	
- aucune réaction déclenchée par l'examen	0
- l'enfant manifeste juste au moment où l'on examine une certaine réticence	1
- lors de l'examen, on note au moins un de ces signes : raideur de la zone examinée, crispation du visage, pleurs brusques, blocage respiratoire	2
- en plus de la cotation 2, l'enfant change de couleur, transpire, geint, ou cherche à arrêter l'examen	3
- l'examen de la région douloureuse est quasi impossible en raison des réactions de l'enfant	4
10. Lenteur et rareté des mouvements	
- les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés, et lui apportent un certain plaisir	0
- l'enfant est un peu lent et bouge sans entrain	1
- un des signes suivants : latence du geste, mouvements restreint, gestes lents, initiatives motrices rares	2
- plusieurs des signes ci-dessus sont lents	3
- l'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger	4

annexe 9

Echelle Douleur Enfant San Salvador pour évaluer la douleur de l'enfant polyhandicapé Score de 0 à 40, seuil de traitement 6

Date												
Heure												
ITEM 1 : Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble se manifester plus que d'habitude 2 : Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux 3 : Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)												
ITEM 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (l'effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense) 0 : Réaction habituelle 1 : Semble réagir de façon inhabituelle 2 : Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel 3 : Même signe que 1 et 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs												
ITEM 3 : Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Faciès inquiet inhabituel 2 : Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux 3 : Mimique douloureuse spontanée 4 : Même signe que 1, 2, ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)												
ITEM 4 : Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact) 0 : Réaction habituelle 1 : Semble redouter le contact d'une zone particulière 2 : Protège une région précise de son corps 3 : Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs												
ITEM 5 : Gémissements ou pleurs silencieux (gémit au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble plus geignard que d'habitude 2 : Geint de façon inhabituelle 3 : Gémissements avec mimique douloureuse 4 : Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs												

ITEM 6 : Intérêt pour l'environnement (s'intéresse spontanément à l'animation ou aux objets qui l'entourent) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble moins intéressé que d'habitude 2 : Baisse de l'intérêt, doit être sollicité 3 : Désintéressé total, ne réagit pas aux sollicitations 4 : Etat de prostration tout à fait inhabituel. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt pour l'environnement												
ITEM 7 : Accentuation des troubles du tonus (augmentation des raideurs, des trémulations, spasmes en hyper extension) 0 : Manifestations habituelles 1 : Semble plus raide que d'habitude 2 : Accentuation des raideurs lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux 3 : Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs												
ITEM 8 : Capacité à interagir avec l'adulte (communiqué par le regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité) 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble moins impliqué dans la relation 2 : Difficultés inhabituelles pour établir un contact 3 : Refus inhabituel de tout contact 4 : Retrait inhabituel dans une indifférence totale. Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucune possibilité de communication												
ITEM 9 : Accentuation des mouvements spontanés (motricité volontaire ou non, coordonnée ou non, mouvements choréiques, athétosiques, au niveau des membres ou de l'étage céphalique...) 0 : Manifestations habituelles 1 : Recrudescence possible des mouvements spontanés 2 : Etat d'agitation inhabituel 3 : Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs												
ITEM 10 : Attitude antalgique spontanée (recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager) ou repérée par le soignant 0 : Position de confort habituelle 1 : Semble moins à l'aise dans cette posture 2 : Certaines postures ne sont plus tolérées 3 : Soulagé par une posture inhabituelle 4 : Aucune posture ne semble soulager Cet ITEM est non pertinent chez le sujet incapable de contrôler sa posture												
TOTAL												

Outil en cours d'évaluation destiné aux patients psychotiques

Échelle pour adulte polyhandicapé construite à partir des échelles de San-Salvador et Dolopus (en cours de validation)

Cette échelle évalue la douleur au travers de 12 items répartis en 3 sous-groupes : retentissement somatique, retentissement psychomoteur et retentissement psychosocial. Chaque sous-groupe comporte plusieurs items, chaque item étant codé de 0 à 3 ou de 0 à 4 (excepté l'item douleur induite). Le total est de 44 points. Pour un total supérieur à 6, la douleur peut être affirmée.

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR	
Plaintes somatiques	1. Verbalisation : expression de la douleur par des mots ou des symboles	Capacité à réagir lors des soins douloureux	7. Douleur induite : nommer le type de soin
	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable d'accéder au symbole 0 • Ne se plaint pas 1 • Plaintes diverses sans localisation de la douleur 2 • Plaintes de douleurs aux manipulations 3 • Plaintes de douleur spontanée 4 		<ul style="list-style-type: none"> • Réaction d'appréhension 1 • Réaction d'opposition ou de retrait 2 • État de prostration 3
Position antalgique au repos	2. Pleurs et/ou cris : gémissements avec ou sans accès de larmes	Tonus	8. Tonus : accentuation des troubles du tonus (augmentation de la spasticité, des trémulations, schèmes en hyperextension)
	<ul style="list-style-type: none"> • Pleurs et/ou cris habituels ou absence habituelle 0 • Pleurs et/ou cris intensifiés 1 • Pleurs et/ou cris provoqués par les manipulations 2 • Pleurs et/ou cris spontanés tout à fait inhabituels 3 • Mêmes signes avec manifestations neurovégétatives 4 		<ul style="list-style-type: none"> • Manifestations habituelles 0 • Raideur accentuée au repos 1 • Accentuation des troubles lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux 2 • Mêmes signes que 1 et 2 avec mimique douloureuse 3 • Mêmes signes que 1 - 2 ou 3 avec cris et pleurs 4
Identification des zones douloureuses	3. Attitude antalgique	Expression du corps	9. Accentuation des mouvements spontanés (volontaires ou non, coordonnés ou non)
	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'attitude antalgique 0 • Recherche d'une position antalgique 1 • Attitude antalgique spontanée 2 • Attitude antalgique déterminée par le soignant 3 • Obnubilé(e) par sa douleur 4 		<ul style="list-style-type: none"> • Manifestations habituelles (les nommer) 0 • Recrudescence de mouvements spontanés 1 • État d'agitation inhabituel 2 • Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse 3 • Mêmes signes que 1 - 2 ou 3 avec cris et pleurs 4
Mimique	4. Zone douloureuse	RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune zone douloureuse 0 • Zone douloureuse révélée par la palpation 1 • Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen 2 • Zone douloureuse désignée de façon spontanée 3 • Examen impossible du fait de la douleur 4 	Communication	10. Capacité à interagir avec le soignant : communication verbale ou non verbale
Sommeil	6. Mimique douloureuse : expression du visage traduisant la douleur	Vie sociale, intérêt pour l'environnement	11. Relation au monde
	<ul style="list-style-type: none"> • Mimique habituelle 0 • Faciès inquiet inhabituel 1 • Mimique douloureuse lors des manipulations 2 • Mimique douloureuse spontanée 3 • Mêmes signes que 1-2-3 accompagnés de manifestations neurovégétatives 4 		<ul style="list-style-type: none"> • Vie pauci-relationnelle difficile à évaluer 0 • S'intéresse spontanément à l'environnement 1 • Intérêt faible, doit être sollicité(e) 2 • Désintérêt total pour l'environnement 3 • État de prostration 4
Sommeil	6. Troubles du sommeil	Troubles du comportement	12. Comportement
	<ul style="list-style-type: none"> • Sommeil habituel (à préciser) 0 • Sommeil agité 1 • Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne) 2 • Perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/ sommeil) 3 		<ul style="list-style-type: none"> • Comportement habituel, stéréotypies habituelles (les nommer) 0 • Accentuation du comportement de base ou apparition de stéréotypies 1 • Réaction de panique : fuite, hurlements 2 • Actes d'automutilation 3
SCORE TOTAL (sur 44)			

annexe 11

TABLEAU 2.6

Effets biologiques principaux des opioïdes en fonction des différents sous-types de récepteurs

Effets des opioïdes	μ	δ	κ
Analgésie			
• supraspinale	+++	-	-
• spinale	++	++	+
• périphérique	++	-	++
Dépression respiratoire	+++	++	-
Constriction pupillaire	++	-	+
Motilité gastro-intestinale réduite	++	++	+
Euphorie	+++	-	-
Dysphorie	-	-	+++
Sédation	++	-	++
Dépendance physique	+++	-	+

TABLEAU 2.3

Sélectivité des opioïdes pour leurs récepteurs

Opioides	μ	δ	κ
Morphine, codéine, oxymorphone, dextropropoxyphène	+++	+	+
Méthadone	+++	-	-
Péthidine (mépéridine)	++	+	+
Fentanyl, sufentanil	+++	+	-
Buprénorphine	(+++)	-	[++]
Pentazocine	[+]	+	++
Nalbuphine	[+]	+	(++)
Nalorphine	[++]	-	(++)
Naloxone	[+++]	[+]	[++]

Modifié d'après Rang et coll., 2003⁵

+: agoniste

[+]: antagoniste

(): agoniste partiel

TABLEAU 2.1

Classification des opioïdes

Origine des composés	Propriété	Activité
Naturels	Agonistes purs	Forte
• morphine	• morphine	• morphine
• codéine	• fentanyl	• fentanyl
• thébaïne	• hydromorphone	• hydromorphone
• noscapine		
Semi-synthétiques	Agonistes partiels	Intermédiaire
• héroïne (diacétylmorphine)	• buprénorphine	• buprénorphine
• dérivés de la thébaïne		• nalbuphine
• dihydromorphone		
Synthétiques	Agonistes-antagonistes	Faible
• benzomorphanes (pentazocine)	• pentazocine	• codéine
• phénylpipéridines (fentanyl et congénères, péthidine ou mépéridine)	• nalbuphine	• dextropropoxyphène
• diphenylpropylamine (méthadone)	Activité mixte	
	• péthidine ou mépéridine	
	• tramadol	

Modifié d'après Bailey et coll., 2000³

**Tableau 9 : Critères de diagnostic de la fibromyalgie
de Yunus *et al.*, 1981**

CRITÈRES OBLIGATOIRES

- Douleurs diffuses ou raideur accentuée dans au moins trois zones anatomiques, pendant trois mois minimum.
- Absence d'autres causes (par ex. lésion traumatique, affection rhumatismale structurale, arthropathie infectieuse, arthropathie endocrine, analyses cliniques normales).

CRITÈRES MAJEURS

- Au moins cinq points douloureux typiques et consistants.

CRITÈRES MINEURS

- Modulation des symptômes suivant l'activité physique.
- Modulation des symptômes suivant les facteurs climatiques.
- Aggravation des symptômes en fonction de l'anxiété et/ou du stress.
- Sommeil de mauvaise qualité.
- Fatigue diffuse.
- Anxiété.
- Céphalées chroniques.
- Côlon irritable.
- Œdème subjectif.
- Anomalies de l'endormissement.

DOUGUET-BAZIN TIFEN

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR SOMATIQUE EN PSYCHIATRIE GENERALE :
État des lieux au centre hospitalier de Montbert

RESUME

La prise en charge de la douleur est aujourd'hui un enjeu de santé publique. La douleur est toujours un phénomène physique et psychique, subjectif par définition. Les spécificités observées en psychiatrie sont dus à l'intrication des pathologies avec l'expression de la douleur. Les Établissements Publics de Santé Mentale, comme toutes les structures de soins, ont l'obligation de mettre en place un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD). A l'hôpital de Montbert, une réflexion s'est engagée sur la lutte contre la douleur, animée par le projet de CLUD.

Cette étude avait pour but de faire l'état des lieux des modalités de prise en charge et des connaissances du personnel médical et paramédical concernant la douleur de leurs patients. Elle a permis de mettre en valeur l'intérêt porté par le personnel pour cette problématique et les difficultés qu'il rencontre, notamment par son manque de formation.

Pour améliorer la prise en charge de la douleur à l'hôpital de Montbert, il apparaît essentiel, d'une part, de systématiser l'examen somatique des patients entrant et le dépistage de la douleur, d'autre part, de former tout ou partie du personnel à prendre en charge la douleur. La mise en place du CLUD associée à une augmentation du temps médical somatique devrait permettre ces améliorations.

MOTS-CLES

Douleur, Psychiatrie, CLUD