

Douleur & santé mentale

Lettre destinée aux professionnels de la santé

Décembre 2008

n°3

édito

L'Institut UPSA de la Douleur s'est engagé de façon volontariste dans la recherche sur la prise en charge de la douleur de malades souffrant de pathologies mentales. Cette population constitue une des populations à risque identifiée dans les plans de lutte nationaux contre la douleur.

En 2006, l'Institut a réalisé et publié une enquête en santé mentale dont les conclusions conduisent à s'interroger sur les spécificités des manifestations douloureuses chez les patients psychotiques chroniques et à recommander une bien meilleure prise en compte de la douleur dans les Centres Hospitaliers Généraux et les Centres Hospitaliers Spécialisés. Il est clair que cette démarche ne pourra aboutir qu'en renforçant la collaboration de terrain entre les équipes « somatiques » et les équipes « psychiatriques » sur le sujet, la formation et la diffusion des outils de formation. Concrètement, la création de Comités de Lutte contre la Douleur sous l'égide des CME telle que les textes le prévoient dans tous les établissements est un outil organisationnel incontournable.

En 2008, l'Institut UPSA de la Douleur s'est associé avec l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, sous l'égide d'un comité d'experts, pour une recherche destinée à élaborer un nouvel outil d'évaluation de la douleur spécifique au patient schizophrène. Cette recherche qui a débuté sous la forme d'une enquête auprès des services cliniques de psychiatrie est basée sur un recueil de données à partir d'échelles existantes et en construction. Les résultats sont prévus fin 2009.

Toutes ces actions n'auraient pu être menées sans le dynamisme de Djéa Saravane qui s'est donné sans compter pour défendre l'idée que les malades atteints de pathologies mentales devraient urgemment être soulagés tant de la « souffrance du corps » que de la « souffrance de l'esprit »... Reflet de notre société...

Mes remerciements vont aussi à l'équipe pérenne de l'Institut UPSA de la Douleur.

Ivan Krakowski

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR

Un engagement de Bristol-Myers Squibb

www.institut-upsa-douleur.org

L'évaluation de la douleur en santé mentale



Dr Djéa Saravane

Chef de Service - Service des Spécialités, hôpital de Ville Évrard
Président de l'ANPSSSM (Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale)

La douleur est une expérience globale, individuelle et subjective. Elle a donc une répercussion sur l'ensemble de l'individu et le médecin y a souvent accès par l'intermédiaire du discours du patient. Mais comment dès lors la déchiffrer et l'évaluer quand le discours du patient atteint de pathologie mentale n'est pas évident, voire absent? Et dans quelle mesure peut-on utiliser les échelles d'évaluation existantes?

Si la douleur est une des plaintes fréquemment rencontrées en médecine, elle n'en est pas moins l'une des plus difficile à prendre en charge en raison du grand nombre d'étiologies possibles, de la variété des réactions individuelles et des facteurs subjectifs qui l'influencent. Toutes ces variations dépendent de très nombreux facteurs tels que l'âge, le sexe, la culture et les seuils de sensibilité, variables dans la population atteinte de pathologie mentale sévère. Comme on le sait, la douleur est avant tout « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable... », c'est-à-dire une expérience globale et subjective. Elle a donc une répercussion sur l'ensemble de l'individu. Elle va susciter des émotions désagréables, des interprétations cognitives et enfin des réponses comportementales. La douleur est un phénomène subjectif auquel le médecin a accès par l'intermédiaire du discours du patient. Or, dans bien des cas, le discours du patient n'est pas évident, voire même absent en pathologie mentale :

• Que doit-on faire devant un patient totalement mutique?

• Quel sens donner au délire du patient schizophrène?

Ainsi le sens de la douleur est d'une appréhension très complexe. La perception de la douleur chez les patients atteints de pathologie mentale sévère n'est pas simple à déchiffrer.

■ Perception de la douleur

De nombreux auteurs se sont penchés sur la douleur et sa perception chez les patients atteints de pathologie mentale sévère, surtout chez les psychotiques. Et la majorité de ces études décrivent l'hypoalgésie, voire l'analgésie chez les patients schizophrènes. Des observations illustrent cette insensibilité à la douleur au cours de pathologies organiques habituellement douloureuses^(1,2,4,6,14). Ainsi, Marchand et coll. notent que dans 82,5 % des cas, des patients psychotiques avec un infarctus du myocarde n'ont ressentis aucune symptomatologie douloureuse à la phase initiale de la maladie^(8,9). Le même auteur a recensé la survenue de pathologies chirurgicales aiguës : l'appendicite aiguë, la perforation d'ulcère gastro-duodéal et la fracture du fémur. Au total 37 %



des patients n'ont présenté aucune plainte douloureuse lors de la survenue de ces différentes pathologies chirurgicales ⁽¹⁰⁾.

D'autres auteurs ont décrit des pathologies visibles qui ont pris une allure torpide, voire, sont passées inaperçues, entraînant des répercussions parfois dramatiques, aggravant la surmortalité de ces patients.

Rappelons également l'observation de nombreux cas de psychotiques chroniques ou d'autistes qui présentaient une diminution, voire une absence, de réaction au traumatisme, incluant les brûlures, les coupures, etc. ^(2, 5, 6, 7, 14, 17)

■ Hypothèses formulées pour cette insensibilité à la douleur

À travers les études et les observations, plusieurs hypothèses ont été émises pour cette apparente hypoalgésie :

- l'incidence des psychotropes sur la perception de la douleur, on sait par exemple la liaison de la molécule d'halopéridol aux récepteurs endorphiniques ;
- les modifications neurobiologiques impliquant les opioïdes, la dopamine, la sérotonine ou encore le glutamate.

Toutes les observations cliniques rapportées dans la littérature établissent l'absence de plainte douloureuse, claire, surtout chez les psychotiques. Un des auteurs, Dworkin ⁽⁵⁾ avait remarqué que certaines pathologies psychiatriques s'expriment par une expression douloureuse particulière et d'autres par un déni de la douleur. On peut en conclure que les patients ressentent la douleur, mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas et l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou dans un comportement qu'il faut savoir décoder.

■ L'évaluation de la douleur

La douleur est une expérience individuelle et subjective et son évaluation ne se limite pas à celle de son intensité, mais implique également l'analyse de son étiologie, de ses mécanismes physiopathologiques supposés, de sa place dans l'histoire et la culture du patient, mais aussi de l'impact de cette douleur sur la qualité de vie, et de sa vie relationnelle.

Des échelles d'évaluations sont à notre disposition pour apprécier l'approche globale et la dimension psychologique de la douleur. Il n'existe aucune échelle d'évaluation spécifique de la douleur en santé mentale. Cette évaluation en santé mentale est difficile et rencontre des obstacles tels que :

- la sensation exprimée par le patient et la volonté d'écoute du patient souffrant ;
- l'observation de ce patient ;
- la non verbalisation de la douleur, associées à des altérations des perceptions et du schéma corporel ;
- la reconnaissance de la douleur par l'équipe soignante insuffisamment formée dans ce domaine.

Comme dans toute situation clinique, la démarche du soignant est diagnostique et thérapeutique, et l'examen clinique demeure un moment capital. ^(3, 13, 15, 16)

Cependant, cette démarche reste parfois aléatoire. En effet, cette démarche clinique classique repose sur le principe de concordance entre le siège, l'intensité, le type de douleur et parfois un dommage tissulaire. La limite d'une telle démarche s'impose chez nos patients ; en effet il faut la compléter en considérant le phénomène douloureux dans toute sa complexité et dans l'esprit que la douleur est plurifactorielle : périphérique, neurologique, centrale et psychologique.

L'interrogatoire semble délicat chez nos patients, ainsi dans la psychose, les perceptions, les sensations, le vécu subjectif de la douleur peuvent être altérés, voire même supprimés.

L'examen clinique comporte la palpation : examen des patients en plaçant ses mains tour à tour sur toutes les parties du corps et en demandant au patient si ça lui fait mal. Le schéma topographique permet de noter le ou les sièges de la ou des douleurs et les irradiations éventuelles.

Une attention particulière doit également être prêtée aux changements et habitudes des patients. Ces troubles du comportement, surtout lorsque le patient est stabilisé, peuvent signifier une pathologie organique douloureuse.

■ Les outils d'évaluation

Les outils existants peuvent servir à l'analyse de la douleur, avec toutefois des réserves. Aussi on peut proposer :

Une évaluation quantitative « Combien j'ai mal »

En pratique :

- **L'Échelle Verbale Simple (EVS)**, fondée sur le choix du qualificatif correspondant à l'intensité de la douleur (pas de douleur faible, modérée, intense et extrêmement intense).
- **L'Échelle Visuelle Analogique (EVA)** : sous la forme d'une réglette horizontale de 10 cm de long avec curseur, que le patient déplace en fonction de l'intensité de la douleur. La limite d'utilisation de cette réglette se situe avec les personnes ayant des capacités d'attention et cognitives.
- **L'Échelle de six visages (« Faces Pain Scale »)** est utilisée en pédiatrie et semble être utile chez nos patients atteints de pathologie mentale sévère. Cette échelle est possible avec une cotation de 2 en 2 (visages souriant ou pleurant), le patient reçoit la consigne de montrer le visage « qui semble avoir aussi mal que lui ». Chez nos patients, il est fortement recommandé de ne pas employer les mots « triste » ou « heureux ».

Une évaluation qualitative : « Comment j'ai mal ? »

On utilise des échelles multidimensionnelles qui mesurent les composantes sensoridiscriminatives et affectives de la douleur. Le questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA) ne convient pas pour nos patients.

Une évaluation comportementale

Il existe des échelles d'hétéro évaluation de la douleur spécifiquement adaptées aux sujets âgés dont les capacités d'abstraction sont altérées, qui souffrent de troubles cognitifs, de troubles de la mémoire ou qui ont des difficultés d'expression. Les **échelles ECPA et Doloplus 2** sont les plus connues.

L'échelle pour adulte polyhandicapé, construite à partir des échelles de San-Salvador et Doloplus, semble intéressante et plus adaptée à notre population. Cette échelle est actuellement en cours d'évaluation chez les patients schizophrènes dans une enquête menée conjointement par l'Institut UPSA de la Douleur et l'Association pour la Promotion des Soins en Santé Somatique.

Il s'agit d'une échelle qualitative d'évaluation comportementale de la douleur ayant pour objectif initial de sensibiliser le personnel soignant à prendre en compte le symptôme douleur. Cette échelle peut donner des arguments en faveur d'une éventuelle présomption étiologique.

Cette échelle évalue la douleur au travers de douze items répartis en trois sous-groupes :

- retentissement somatique ;
- retentissement psychomoteur ;
- retentissement psychosocial.

Chaque sous-groupe renferme plusieurs items : chaque item est codé de 0 à 3 ou de 0 à 4 (sauf l'item douleur induite). Le total est de 44 points. La douleur peut être affirmée pour un total supérieur à 6.

■ En conclusion

Ainsi la douleur en santé mentale est un véritable défi pour les soignants, car l'expression de cette douleur, son évaluation ne sont pas simples et parfois même complexes. Mais doit-on ignorer le phénomène douloureux chez nos patients? ■

Bibliographie

- 1- Atkinson, Slater M.A., Patterson T.L. et al. *Prevalence, onset and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study*, Pain, 1991; 45,111-21.
- 2- Benjamin S., Morris S., Mc Beth J., Macfarlane G-J., Silman A-J. *The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population - bases study*, Arthritis Rheum 2000 ; 43(3) : 561-567.
- 3- Binoche Th, Martineau C. *Guide pratique du traitement des douleurs*, Collection Médiguides, MMI éditions, Masson, 2001
- 4- Davis G., Buchsbaum M. *Pain sensitivity and endorphins in functional psychoses*, Mod Probl Pharmacopsychiatry, 1981, 17, 97-108.
- 5- Dworkin R.H. *Pain insensitivity in schizophrenia: A neglected phenomenon and some implications*, Schiz. Bull., 1994. vol 20. N°2, 235-248.
- 6- Greschwind N. *Insensitivity to pain in psychotic patients*, New England, Journal of Medicine, 1977, 296, 1480.
- 7- Huffman J-C., Kunik M-E. *Assessment and understanding of pain in patients with dementia*, Gerontologist 2000 ; 40 (5) : 574-581
- 8- Marchand W-E. *Occurrence of painless myocardial infarction in psychotic patients*, N. Engl. J. Med. 1955, 253, 51-55.
- 9- Marchand W-E. *The practice of medicine in a neuropsychiatric hospital*, Archives Neurol. Psychiat., 1958, 80, 599-611.
- 10- Marchand W-E. *Practice of surgery in a neuropsychiatric Hospital*, Archives - Neurol. Psychiat., 1959, 1, 123-131.
- 11- North C-S., Alpers D-H. *Irritable bowel syndrome in a psychiatric patient population*, Compr Psychiatry 2000 ; 41 (2) : 116-122
- 12- Portenoy R. *Opioid therapy for chronic non - malignant pain: A review of critical issues*, J. Pain Symptom Manage. 1996 ; 11 : 203-217
- 13- Queneau P., Ostermann G. *Le médecin, le malade et la douleur*, Éditions Masson, 3^e édition, Paris 2000
- 14- Rosenthal SH., Porter K.A & Coffey B. *Pain insensitivity in schizophrenia, case report and review of the literature*, General Hospital Psychiatry, 1990, 319-322.
- 15- Saravane D., Chopineau S. *Douleur en santé mentale : difficultés diagnostiques et thérapeutiques* Revue Santé Mentale, 2005 ; 99 : 42-47
- 16- Serrie A., Thurel C. *La douleur en pratique quotidienne* Diagnostic et Traitements, Éditions Arnette, 1994.
- 17- Spear F.G. *Pain in psychiatric patients*, J. Psychosomatic Research., 1967. 11. 187-193

Rendez-vous...

- 22 au 24 janvier 2009, Palais des Congrès, Paris : **7^e Congrès de l'Encéphale**, www.congres-encephale.org
- 24 au 27 mars 2009, Salons de l'Aveyron, Paris : **7^e Congrès de l'ARSPG** (Association de Recherche et de Soutien de Soins en Psychiatrie Générale), www.arspg.org
- 10 et 11 juin 2009, Cité Internationale Universitaire de Paris : **7^e Congrès de L'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale : « Vers une nouvelle dynamique somatique ? »**
- 12 juin 2009, Cité Internationale de Paris : **4^e Congrès Douleur et Santé Mentale : « La douleur dans tous ses états »**.

Brèves

Aide à la recherche

Trois bourses ont été récemment attribuées par l'Institut UPSA de la Douleur

- La Bourse SFAR/IUD a été remise lors du Congrès de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) au **Docteur Baptiste Bessière** (Centre de Recherche Claude Delorme, Jouy-en-Josas) pour son travail sur la réduction persistante de la douleur neuropathique après un traitement au protoxyde d'azote.
- La Bourse SFMU/IUD a été octroyée par le Comité Recherche de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) au **Docteur Stéphanie André** pour son projet de recherche portant sur « L'évaluation de l'efficacité du bloc ilio-fascial aux urgences sur la douleur liée aux fractures de l'extrémité supérieure du fémur, comparé à une prise en charge traditionnelle : une étude randomisée contrôlée ».
- La Bourse SFETD/IUD a été remise lors du Congrès de la SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur) au **Docteur Nabil El Bitar** pour ses travaux portant sur le rôle de la thermocoagulation sur le contrôle bulbo-spinal de la nociception.

Symposium

La douleur somatique en santé mentale : quelles réponses ?

Comment reconnaître le problème de la douleur en santé mentale? Comment évaluer et traiter la douleur en santé mentale? Comment s'organiser contre la douleur?

Le Docteur Éric Serra, Psychiatre et Responsable de la Consultation Douleur du CHU d'Amiens, le **Docteur Djéa Saravane**, Chef de Service des Spécialités, hôpital de Ville Evrard et Président de l'ANPSSSM (Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale) et **Isabelle de Beauchamp**, Pharmacien au CH de Saint-Egreve ont répondu à ces interrogations lors du **Symposium organisé par l'Institut UPSA de la Douleur** dans le cadre des 27^{es} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique le 26 septembre 2008 à Lille.



Douleur et santé mentale : de l'hypoalgésie à l'hyperalgésie

Santé mentale et mécanisme endogènes de contrôle de la douleur, quelle réponse ?

« Les patients schizophrènes ressentent-ils la douleur? Pour les patients déprimés, la douleur augmente-t-elle ou diminue-t-elle? Pourquoi les patients fibromalgiques souffrent-ils de douleurs diffuses? La composante psychologique joue un rôle dominant dans la douleur, qui demeure une perception même si elle fait suite à une blessure » a déclaré **Serge Marchand**, Ph. D. en sciences neurologiques, université de Sherbrooke (Canada) et spécialiste de la douleur, lors de la 9^e Conférence Internationale de l'Institut UPSA de la Douleur qui a rassemblé près de 800 participants à Strasbourg le 20 novembre 2008.

Plus d'infos...

www.institut-upsa-douleur.org



Douleur & santé mentale

Je désire recevoir gratuitement la lettre

Nom : Prénom : Titre :

Établissement : Service :

Adresse professionnelle :

E-mail : Téléphone :

À renvoyer à l'Institut UPSA de la Douleur : 3 rue Joseph Monier, BP325, 92506 Rueil-Malmaison Cedex
Les informations ci-dessus sont nécessaires pour votre abonnement. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de l'Institut UPSA de la Douleur.

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR

Un engagement de Bristol-Myers Squibb

www.institut-upsa-douleur.org

Directeur de la Publication : Dr Éric Boccard

Rédacteur en Chef : Djéa Saravane

Coordonnateur/Rédacteur Adjoint : Françoise Beroud

Comité de Rédaction : Nadine Attal, Françoise Beroud, Jean-Marie Besson, Éric Boccard, Bernard Calvino, Alain Eschalié, Dominique Fletcher, Ivan Krakowski, Bernard Laurent, Yves Lazorthes, Nadine Memran, Éric Serra, Richard Trèves, Jacques Wrobel

Conception-réalisation : A CONSEIL Paris - Tél. : 01 42 40 23 00

N° ISSN : 1962-4263 - Dépôt légal : 4^e trim. 2008

Institut UPSA de la Douleur : Association loi 1901 à but non lucratif, 3 rue Joseph Monier - BP325 - 92506 Rueil-Malmaison Cedex
Tél. : 01 58 83 89 94 - Fax : 01 58 83 89 01

Email : institut.upsa@bms.com

Site Internet : www.institut-upsa-douleur.org