NOVEMBRE 2013
n°06

Douleur & santé mentale

LETTRE DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Édito

Il y a une extension à l'infini du domaine de la douleur physique, psychique, douleur morale, douleur de vivre, du mal-être, de la douleur associée à la dépression. Le concept extensif de la souffrance mentale, sociale amène à une dilution du champ d'intervention et de compétence des psychiatres, des équipes soignantes. Le psychiatre se trouve confronté en seconde ligne après le médecin traitant à cette souffrance ; c'est elle qui amène principalement les patients à nous rencontrer. Le « ça souffre » est le dénominateur commun de la plainte des patients, des familles dans la singularité de chaque histoire de vie.

Paradoxalement, si la souffrance est omniprésente elle a été longtemps occultée, déniée en psychiatrie, en particulier la douleur physique.

S'il y a un invariant dans l'histoire de l'aliénisme puis de la psychiatrie, c'est la violence faite aux malades mentaux et la négligence de la souffrance endurée y compris dans les conditions de l'hospitalisation. En témoigne le triste inventaire des méthodes de traitement parfois très violentes et non dénuées de sadisme : bains, douches froides, saignées, rotations, précipitation, abcès de fixation, malariathérapie, chocs divers. Les thérapeutiques plus modernes, électrochocs sans anesthésie, leucotomie, usages intensifs et prolongé de psychotropes sans souci de la dose minimale efficace ou de l'effet à long terme de tels traitements, prennent peu en compte la souffrance des patients. Le projet en psychiatrie s'est longtemps attaché à rectifier, normaliser le discours, le comportement, plus qu'à soulager la souffrance liée aux états mentaux pathologiques. L'idée de soulagement n'est présente qu'avec le *taedum vitae* du mélancolique, corrélée au risque suicidaire. La psychanalyse, la politique de

>>>

Pluridisciplinarité de la prise en charge de la douleur et santé mentale

Docteur Isabelle Nègre
Praticien Hospitalier. Anesthésiste Réanimateur.
Responsable du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD). CHU Bicêtre. Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Sud. (voir parcours page 7)

Docteur Georges Jovelet
Psychiatre des hôpitaux, chef de pôle,
DESS Droit de la santé, DU démences et troubles cognitifs de l'adulte, DU éthique et santé - Epsmd de l'Aisne - Prémontré (voir parcours page 8)

La médecine prend de plus en plus soin des atteintes physiques chez les citoyens qui souffrent de troubles psychiatriques. En particulier, la douleur, maître symptôme du corps, est mieux prise en considération par la médecine. Une médecine de la douleur s'est même développée en France qui définit ce symptôme comme une « expérience sensorielle et émotionnelle ».

Le comité de rédaction de *Douleur et santé mentale* a confié le présent numéro à deux médecins, un psychiatre, Georges Jovelet, et un médecin de la douleur, Isabelle Nègre. Par le jeu de deux entretiens parallèles, nos collègues livrent leurs idées sur ces deux champs de la Santé.

secteur, l'usage des psychotropes, des antalgiques, ont contribué à la prise de conscience. Dans ces cinq dernières décennies, deux éléments sont les indicateurs de cet invariant : un manquement dans l'organisation des soins somatiques aux malades mentaux et une minimisation du phénomène douloureux au sens large, qui sont tous les deux mieux pris en compte aujourd'hui.

Cette méconnaissance concerne aussi la pratique médicale qui, dans son ensemble, a négligé le soulagement des douleurs comme point essentiel de l'axe thérapeutique et a ignoré la douleur supplémentaire liée à son exercice dans les explorations, les interventions et dans le refus parfois hautain d'expliquer. Au point que douleur et médecine, douleur et hôpital, sont indissociables dans nos représentations. L'exercice médical permet des dérogations concernant l'intimité du corps, son effraction et la légitimation de la souffrance exercée, parfois teintée de sadisme lorsqu'il s'agit de souffrance inutile ou que l'on pourrait atténuer ou supprimer. S. Freud nous a éclairés sur la dualité pulsionnelle et l'ambivalence des sentiments et des attitudes. La sollicitude, la bienveillance de la démarche soignante peuvent masquer des pulsions d'emprise et un pouvoir sur la souffrance de l'autre.
À cet égard, la création d'un corps de médecins de la douleur fait symptôme pour la médecine comme méconnaissance du phénomène. Cet acte de création est à la fois un message et une mission adressés tant aux médecins qu'aux patients !

GEORGES JOVELET

Regards croisés >>

POUVEZ-VOUS NOUS RAPPELER LES GRANDES MISSIONS DE VOS SPÉCIALITÉS RESPECTIVES ?

Isabelle Nègre : Le domaine de la Médecine de la Douleur est vaste puisqu'il englobe à la fois l'aspect clinique, qui concerne l'adulte, l'enfant, la personne âgée, les patients non communicants et les différents aspects de la douleur : aiguë, post-opératoire, chronique, cancéreuse ou non, la prévention des gestes douloureux. Il comprend la formation des soignants, l'information du public, la diffusion de nouvelles pratiques/techniques et recommandations, l'enseignement universitaire et la recherche, fondamentale ou clinique. Il est donc délicat de distinguer les « grandes missions » car on comprend bien qu'un seul élément manquant de cette liste non exhaustive rendrait l'ensemble caduc : c'est donc sur tous ces fronts que les efforts doivent être menés.

Georges Jovelet : Sous le vocable de Santé Mentale, il faut entendre le projet, la mission de donner à tous, de façon équitable, la meilleure santé mentale, au sens de préserver ou de délivrer le bien-être, le bonheur, selon les directives européennes, dérivées des travaux de l'OMS. Cette conception sous-entend pour les États signataires, de donner les meilleures garanties de conditions de vie, de travail, d'habitat, dans une démarche écologique au sens large. La Santé Mentale dépasse donc le cadre de la prise en charge des maladies mentales, diagnostics et traitements, elle englobe des thèmes, des préoccupations de santé publique, des objectifs, comme la prévention du suicide, de la souffrance au travail, de la précarité, la préservation de la santé mentale dans le grand âge, et autres facteurs de risque comme la non-satisfaction des besoins sociaux… Cette ambition s'adresse d'abord à des groupes, des populations plus qu'à des individus ou individualités en souffrance. Il y a dans le glissement de la psychiatrie vers la santé mentale un décentrement vers des actions collectives, des programmes visant à lutter contre les troubles et leurs incidences comme la stigmatisation. Le projet politique d'une santé mentale optimale est soucieux de la qualité de vie des populations, perspective humaniste, mais prend aussi en considération les incidences financières des troubles mentaux et du comportement décrites en termes d'incapacité sociale, de « fardeau » engendré pour les collectivités, perspective économique qui fonde l'organisation de soins communautaires. La conséquence de cette « santémentalisation » des soins est une dilution de la psychiatrie et du champ des maladies mentales au profit de toute souffrance psychosociale. L'apparition de la notion de trouble issue du DSM et reprise dans les textes européens sur la santé mentale facilite le glissement du *Mental disorder* vers le *Social disorder*.
La formulation de la santé mentale des populations, c'est-à-dire la préserver grâce à des actions préventives ou la restaurer, érige la santé comme un droit pour tous. L'accès à la santé, du registre d'un service, est devenu un droit. Il s'en déduit l'organisation participative des soins soit la démocratie sanitaire, d'où un devoir d'information, et la recherche du consentement selon les termes de la loi du 4 mars 2002. La prise en compte de la parole des usagers, de leurs besoins, de leurs demandes et de leurs droits est un impératif qui nous est opposable. Le système de santé met dès lors au centre des actions le patient comme acteur, placé au cœur du système. Cette incurvation d'une démarche paternaliste à une dynamique d'autonomisation du patient, en lui conférant un rôle actif, a modifié de façon exemplaire la politique de santé en matière de douleur : aux rationalisations qui permettaient un certain déni du processus douloureux chez des patients, a succédé une politique de tolérance zéro qui peut amener à des excès inverses. Cette priorisation de la politique vers des actions ciblées, évaluables, est devenue un enjeu au sein de nos établissements : les ARS, via la certification HAS et la création des CLUD, promeuvent une politique orientée vers le dépistage et le traitement de toute douleur. Les hôpitaux généraux se sont approprié cette nouvelle culture, plus difficilement ou plus lentement les établissements psychiatriques plus confrontés à la douleur psychique, morale de leurs patients qu'à la douleur physique ; mais cette position de réserve est-elle juste ? Une des réticences à cette mise en place est expliquée par la nature de la réponse au dépistage : le protocole, la procédure, la traçabilité des actes. À la singularité des situations cliniques particulièrement complexes, intriquées en psychiatrie, s'oppose l'automaticité, la formalisation des réponses.

QUELS SONT LES MODÈLES MÉDICAUX SCIENTIFIQUES, ORGANISATIONNELS EN VIGUEUR DANS VOS SPÉCIALITÉS ?

I.N. : D'une façon générale, le modèle est un modèle médical classique, aboutissant à un diagnostic basé sur des connaissances scientifiques. « L'evidence based medicine » est donc l'abord le plus fréquent, comme dans la plupart des spécialités. La prise en charge d'un patient va donc reprendre le schéma « signes-diagnostic-traitement » classique associé à un interrogatoire et un examen clinique aussi complet que possible. Le cahier des charges des structures douleur réactualisé en 2011 par la DGOS (Direction générale de l'Offre de Soins, instruction DGOS/PF2 n°2011-188 du 19 mai 2011, consultable en ligne) exige que tout patient pris en charge soit vu par un somaticien. L'abord somatique est donc un préalable à toute prise en charge plus globale.

Cependant, elle n'est pas exclusive : des Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) doivent encadrer la prise en charge.

Quant à l'organisation, elle est, elle aussi, tout à fait cadrée par les textes selon la structure, qu'il s'agisse de centres de prise en charge reconnus (CETD) ou de consultations. Mais il est évident qu'elle varie selon les structures et les moyens qui leur sont alloués ainsi que les compétences qu'elles regroupent. Certaines structures vont, par exemple, être missionnées dans leur établissement pour une activité interne de prise en charge de la douleur, alors que d'autres ne le sont pas. Une compétence spécifique peut également influencer à la fois l'organisation et le recrutement des patients selon des pathologies particulières : la pédiatrie, la pose de cathéters médullaires ou l'acupuncture que tous les centres ne proposent pas en sont des exemples. Il existe donc des structures ayant une « tendance » ou une spécialité reconnue : le maillage en réseau est donc une évidence de fonctionnement.

Mais si nous considérons la médecine de la douleur d'une façon plus globale, on réalise qu'elle comprend la prise en charge de la douleur chronique rebelle dans les structures reconnues, mais également les autres types de douleurs, plus aiguës (comme la douleur post-opératoire ou la douleur induite) ou moins rebelles (comme la rhumatologie non complexe).

Il paraît en effet difficile de ne pas tenir compte de ces éléments. La médecine de la douleur va donc comprendre un autre volet, celui de la sensibilisation et de la formation de tous à une évaluation et à une prise en charge adéquate pour une amélioration du confort et de la qualité des soins.

G.J. : La politique de secteur promue dans les années 60 reste - malgré des attaques, des omissions et le risque de dilution dans les territoires de santé promus par la loi HPST - l'élément organisateur des soins dans le domaine de la psychiatrie publique en France. Elle répond aux enjeux de santé mentale, dont les fondements visent à délivrer les missions de prévention, de soins et de réadaptation ; elle permet de répondre aux soins précoces et de proximité (répartition géographique des CMP) et gratuits, et assure une continuité des soins entre l'intra et l'extra-hospitalier. La vocation première du secteur est de garantir à l'usager de bénéficier de soins de même qualité sur l'ensemble du territoire.

La médecine de la douleur va donc comprendre la sensibilisation et la formation de tous à une évaluation et à une prise en charge adéquate pour une amélioration du confort et de la qualité des soins.

Quant aux références théoriques et aux modèles, il n'y a pas d'univocité, ce qui prime c'est la diversité ; il n'existe pas dans notre domaine comme dans d'autres disciplines de modèle unifié rendant compte de l'ensemble des pratiques de soins. Les conceptions se répartissent entre les tenants des neurosciences et d'une origine organique des troubles, les partisans d'un modèle psychodynamique dont la psychanalyse, et ceux qui privilégient l'impact des facteurs sociaux. Un consensus faible pourrait être trouvé dans un modèle intégratif bio-psychosocial.

QU'EST-CE QUE L'INTERDISCIPLINARITÉ DANS VOS DOMAINES RESPECTIFS ?

I.N. : La douleur symptôme est aussi maladie lorsqu'elle devient chronique. Son origine est variée et ses mécanismes complexes. Son traitement est bien sûr symptomatique mais il doit être idéalement étiologique. La compréhension des mécanismes étiologiques fait donc appel à l'ensemble des connaissances médicales. Qui peut prétendre les posséder toutes ? L'interdisciplinarité est donc incontournable et indispensable. Outre les réseaux d'algologues dont nous parlions plus haut, d'autres réseaux de spécialistes sont donc indispensables. Il faut créer du lien, sans pour autant fractionner la prise en charge, mais au contraire en la décloisonnant. Ce réseau est donc professionnel, mais aussi amical, de confiance et respectueux de l'abord de chacun. Il peut être long à constituer mais cet investissement est nécessaire et permet d'élargir ses connaissances.

G.J. La santé mentale, comme la psychiatrie est à la croisée de nombreuses disciplines. Elle a un lien obligé avec la santé et la médecine. C'est une médecine spéciale (Ph Pinel) par son objet, l'esprit malade et ses moyens, psychothérapiques et médicamenteux. Elle a un rapport avec la psychologie, la psychanalyse en apportant du sens, une compréhension des phénomènes, à inscrire dans le langage, comme fait de parole c'est-à-dire dans une narrativité (histoire de vie). Cette approche met en valeur la singularité de chaque cas, à partir des données personnelles, de la place de la maladie et de celle du corps mais aussi avec l'organisation sociale. Il s'agit de prendre en compte les représentations dominantes (autour du souffrir au masculin, au féminin, selon les générations, les cultures, l'appartenance religieuse, de la place de la médecine préventive ou curative, et des croyances qui lui sont associées). Dans ce domaine, l'anthropologie, la philosophie, l'éthique, ont apporté leurs contributions.

Le rapport à la douleur a varié au cours de ces dernières années, favorisé en cela par le développement de médicaments plus efficaces et mieux tolérés. Ce qui a été modifié, c'est l'accompagnement de la fin de vie avec la reconnaissance des soins palliatifs et le cadre réglementaire de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie, dite loi Léonetti. Le débat qu'a suscité cette loi a permis un éclairage sur la prise en charge dans la période de la vie du phénomène douloureux dans toutes ses composantes.

EN CE QUI CONCERNE LA DOULEUR EN GÉNÉRAL, DISTINGUEZ-VOUS DOULEUR PHYSIQUE ET DOULEUR PSYCHIQUE ?

I.N. : Le plus souvent, je ne fais pas de distinction. Il est exceptionnel qu'une douleur physique n'ait aucune conséquence sur le

psychisme et inversement. Notre équipe, dès sa création a intégré ce double aspect : des patients présentant une douleur aiguë post-opératoire peuvent être dans une grande détresse et doivent bénéficier d'une approche par un psychologue. Il en est de même pour les patients douloureux chroniques. Le travail en équipe, les discussions à propos des patients permettent à chaque partenaire d'apprendre et de mieux comprendre l'abord de l'autre. Ainsi le psychologue se familiarise avec les diagnostics et traitements et les somaticiens avec des approches psychologiques qui ne leur sont pas familières. Chacun peut ainsi progresser dans une compréhension plus globale de la personne soignée. Cependant, il existe un problème auquel nous réfléchissons depuis longtemps, c'est celui de la demande. En effet, peu de patients sont en demande d'une aide psychologique, et même très souvent la refusent lorsqu'elle est proposée. Il s'agit là de l'illustration du dualisme corps-esprit dont notre médecine est encore marquée. Plusieurs solutions peuvent être proposées, que nous utilisons de façon régulière. La première, qui concerne les patients hospitalisés, est l'intégration du psychologue dans la visite. Ainsi, le patient voit se présenter plusieurs personnes (médecin, infirmière, psychologue) qu'il peut à la fois identifier individuellement mais aussi appréhender d'une façon globale et symbolique. D'une façon un peu caricaturale, on pourrait dire qu'il « se voit » dans ces personnes, le médecin représentant le corps, l'infirmière représentant le soin (le « care »), le psychologue représentant l'esprit, la psyché. Il a donc devant lui l'ensemble de ses attentes auxquelles il peut s'identifier. Face au patient, l'équipe peut discuter : l'infirmière du traitement, le médecin de la souffrance et le psychologue du soin, brouillant ainsi les cartes, lui permettant de comprendre, souvent de façon inconsciente, l'absence de clivage. Il s'agit donc avant tout de rassurer, et de faire en sorte que le patient comprenne qu'une prise en charge psychologique ne signifie pas que sa douleur n'est pas reconnue. Les choses peuvent être plus délicates en consultation externe. En effet le patient consulte pour, le plus souvent, une demande exclusivement somatique. Pour le praticien, il est souvent rapidement évident qu'une aide psychologique est indispensable. La proposition de cette prise en charge est souvent mal accueillie, le patient étant dans le déni ou dans la méconnaissance d'un état de souffrance le plus souvent inconscient et se focalisant sur la demande somatique exclusive. Nous avions, il y a quelques années, organisé une consultation en binôme avec un psychologue : cette expérience a été très intéressante mais n'a pas pu être poursuivie en raison de son caractère chronophage. Il est donc nécessaire d'effectuer un travail de fond, parfois long (plusieurs mois) pour aider à rendre explicite cette demande implicite. Ce travail repose sur la construction d'une relation thérapeutique forte, d'une relation de confiance qui permet, peu à peu, d'aborder l'aspect psychologique. Mon plus grand plaisir est lorsque, après un temps variable, le patient me demande : « vous ne croyez pas que je devrais voir un psy ? » !

Peu de patients sont en demande d'une aide psychologique, et même très souvent la refusent lorsqu'elle est proposée. Il s'agit là de l'illustration du dualisme corps-esprit dont notre médecine est encore marquée.

G.J. : Dans une première approche que je qualifierai de naïve, il existe une discontinuité entre souffrances physique, psychique et morale qui semblent de registres différents. L'expérience clinique témoigne d'un continuum : si le ressenti de la douleur dépend de son origine (sa cause), de sa localisation (le topos), elle est aussi tributaire du contexte dans lequel elle s'inscrit ; souffrir seul, dans le silence n'équivaut pas, à intensité égale ou plutôt comparable, avec ressentir une douleur partageable avec les autres par l'intermédiaire de mots échangés et d'une approche empathique. Il y a donc, quand on aborde la douleur, la question du *quantum*, de l'intensité éventuellement évaluable par l'intermédiaire d'outil comme une réglette type senScale et les qualificatifs qui peuvent être associés : selon que la douleur est identifiée ou identifiable, familière, récurrente ou que la douleur est d'apparition brutale, énigmatique, inquiétante car pouvant traduire un dysfonctionnement d'un organe. Il s'agit là d'un signe d'alerte dont la gravité et l'évolutivité ne sont pas fixées, et donc source de dramatisation. La douleur est très dépendante de l'état psychique du patient, en particulier du niveau d'anxiété, de la situation familiale et socio professionnelle.

C'est ainsi qu'un sujet seul, déprimé, peut se replier sur sa seule douleur, s'identifier à elle, abandonnant les autres investissements, alors qu'un sujet bien inséré, très actif, pourra la négliger ou négocier au mieux avec son existence.

Un sujet isolé, déprimé, peut se replier sur sa douleur, s'identifier à elle, abandonnant les autres investissements, alors qu'un sujet bien inséré, actif, pourra la négliger ou, tout au moins, négocier avec cette réalité. C'est toute la question de la vulnérabilité et de la dimension affective, subjective, de la douleur qui est un pur ressenti désagréable ou insupportable mais a aussi la dimension d'une plainte, c'est-à-dire d'un symptôme qui peut avoir un sens pour un sujet et une adresse à un autre, soignant ou pas. La plainte douloureuse interpelle l'autre, objet de la demande, avec une attente de reconnaissance, de soulagement, de guérison, et in fine d'amour. La proposition de soin vise au travers de la rencontre, du transfert qui s'établit avec le thérapeute, à favoriser l'émergence non seulement d'une description de la douleur mais d'une précision de ses effets sur la vie intérieure, fantasmatique, sa résonance émotionnelle, affective, et le sens qui lui est donné ou pas par le patient. C'est l'analyse de la fonction de la douleur pour un sujet.

Un élément important est celui de la temporalité : la douleur est plus acceptable si elle est réversible, inscrite dans une durée d'emblée limitée comme en postopératoire. Ailleurs, le sujet peut être amené à avoir à vivre avec la douleur et ses conséquences, atténuée ou contrôlée par les antalgiques qui peuvent, eux-mêmes, avoir des effets secondaires, psychiques ou physiques.

La douleur est intimement liée à la vie, elle est sa fidèle compagne, dès la naissance avec les premiers cris, les premières expériences de séparation, d'abandon, la douleur de vivre, les déchirements, les manques à être, à avoir, et ce jusqu'à la rupture ultime de la mort.

DANS VOS SPÉCIALITÉS, À QUELLES DOULEURS ÊTES-VOUS CONFRONTÉ ?

I.N. : Contrairement à d'autres centres plus spécialisés, j'accueille en consultation des patients présentant des douleurs d'origines

très variées : lombalgies, hémophilies, douleurs post-chirurgicales, traumatologie, algodystrophies, maladies endocriniennes rares, douleur post-zostérienne, troubles musculo-squelettiques, maladies cancéreuses : la liste est trop longue pour être exhaustive. Mais cette variété est intéressante car elle est source de connaissance, de motif de recherche, de discussion avec de nombreux confrères de spécialités différentes, ce qui favorise les liens évoqués plus haut. Beaucoup présentent des symptômes psychologiques, même s'il est difficile de donner un pourcentage précis. Hormis de rares cas où l'intervention du somaticien amène à une totale rémission de la douleur sans prise médicamenteuse, quelle que soit la pathologie sous jacente, la douleur chronique induit des bouleversements dans la vie quotidienne, qu'ils soient en rapport avec la vie personnelle, professionnelle ou sociale. Le renoncement à redevenir « comme avant » est toujours difficile et reconstruire un nouvel équilibre de vie demande du temps et de l'aide. L'obtention du soulagement du symptôme douloureux est souvent long et implique des traitements dont les effets secondaires doivent être compris et acceptés grâce à une action pédagogique lors des consultations. Il n'en demeure pas moins que ces traitements font irruption, et pour longtemps, dans la vie du patient. La récupération ad integrum, qui d'ailleurs est rare, a donc également un « prix » psychologique, qui n'est pas toujours bien accepté… Le travail de l'algologue n'est donc pas seulement de prescrire, mais d'accompagner la personne dans ce cheminement.

Le renoncement à redevenir « comme avant » est toujours difficile et reconstruire un nouvel équilibre de vie demande du temps et de l'aide.

G.J. : Voir cas cliniques pages 9 et 10.

EN TANT QUE PSYCHIATRE, COMMENT ABORDEZ-VOUS LA DOULEUR DE VOS PATIENTS ?

G.J. : Pour le médecin, la douleur peut être considérée comme un trouble au bien-être, un dysfonctionnement qui doivent être traités de façon radicale et pragmatique. Cette démarche rationnelle peut faire l'économie de la demande du patient. Que veut-il ? Être reconnu, soulagé, guéri ? Ce qui amène à : quelle place occupe cette douleur dans son économie psychique ? Nous sommes, dès lors, dans un registre différent…

Ce qui distinguerait la relation à la douleur pour le psychiatre, c'est de la considérer aussi comme un symptôme, c'est-à-dire lui donner sens et lui accorder une fonction de compromis, de lien entre le sujet et son entourage, d'appel. La douleur, en particulier si elle se chronicise, affecte le sujet tout autant que ses proches et peut déstabiliser la structure familiale et modifier les rapports sociaux.

Les propos d'une patiente admise dans l'unité pour une durée courte sont parlants. L'hospitalisation, sous contrainte, a été motivée par l'accumulation de conséquences de difficultés relationnelles récurrentes induites par la personnalité pathologique faite de rigidité, de sthénicité et de méfiance. La dégradation sociale (patiente sans ressources, ni chauffage, réfugiée à l'hôtel) accompagne une altération physique liée à la rechute d'un cancer du sein. La patiente se montrait défiante envers les soignants et les médicaments. Dans la perspective de sa sortie, la patiente énonce qu'elle ne prolongera pas le traitement instauré : de petites doses de psychotropes, la reprise d'un anti-agrégant et un antalgique morphinique prescrit par le cancérologue. Comment justifie-t-elle l'arrêt de l'antalgique ? La patiente nous confiera que *« tant qu'on a mal, c'est qu'on est encore vivant »*. La maladie confronte Mme M. à la faillite de sa toute-puissance, le réel de la maladie entraîne une blessure narcissique masquée par des récriminations qui n'ont de cesse ; après avoir dénié son cancer (en interrompant les soins), il y a eu à nouveau une acceptation des séances de chimiothérapie. La volonté de maîtrise se manifeste dans le refus de toute autre forme de traitement et dans le contrôle de la douleur, mais à quel prix ! C'est ce combat qui en effet peut contribuer à la maintenir en vie, en tout cas la protège d'une décompensation dépressive sévère.

Pour conclure, il n'y a pas plusieurs manières de prendre en considération le sujet douloureux : il y a la douleur et la relation du sujet à la douleur tributaire des qualificatifs de la douleur mais tout autant des coordonnées propres au sujet. La plainte douloureuse du sujet névrosé, volontiers insatisfait et inquiet de son corps, de son image, de sa santé, de son pouvoir de séduction, n'équivaut pas à l'intégration de la douleur dans un délire psychotique à tonalité persécutive et hypocondriaque, qui signe l'intentionnalité malveillante de l'autre. Enfin, chez le pervers, la douleur peut être instrumentalisée comme un mode de défi et de déstabilisation du soignant perçu et désigné comme impotent, ou mal à l'aise (compassion, pousse au sadisme), face à l'exhibition d'une douleur physique ou psychique. Jouissance et souffrance sont ici mêlées ; les traits pervers, qu'il s'agisse du sadisme ou du masochisme, décalent l'approche de la douleur comme seul fait pathologique. Le rapport de ces sujets à la douleur et aux soignants est éminemment complexe et le regard, l'interprétation des conduites par un psychiatre peuvent être utiles à la compréhension de certaines situations cliniques.

Jouissance et souffrance peuvent être liées comme chez les sujets toxicomanes ou alcooliques qui agissent sous l'emprise d'une pulsion autodestructive, ou chez certains sportifs qui vont au-delà du plaisir en quête de souffrance et d'épuisement.

EN TANT QUE MÉDECIN DE LA DOULEUR, RENCONTREZ-VOUS DES PATIENTS DOULOUREUX QUI PRÉSENTENT ÉGALEMENT DES TROUBLES MENTAUX ?

I.N. : Nous rencontrons ces patients soit lors des visites dans les services de psychiatrie, soit lors des consultations externes. La situation est assez simple ; dans le premier cas, le médecin psychiatre référent étant disponible pour nous apporter tous les renseignements nécessaires à la compréhension du cas et pour discuter des traitements institués afin d'éviter des interactions médicamenteuses malheureuses. Elle est plus délicate en consultation externe car parfois non signalée par le patient. Par ailleurs, le trouble psychiatrique n'est pas toujours évident. J'ai eu, par exemple, à prendre en charge récemment une patiente dont le discours, l'apparence et la demande étaient strictement normaux, ainsi que la lettre laconique du médecin traitant. C'est un détail, survenu en dehors de la consultation, qui m'a intriguée et m'a incitée à approfondir mon analyse. Après quelques recherches, il est apparu qu'elle avait été hospitalisée à plusieurs reprises en psychiatrie pour une psychose maniaco-

dépressive pour laquelle elle prenait un traitement lourd qu'elle ne m'avait pas signalé. Un autre cas, assez extraordinaire, mérite d'être raconté. Il s'agissait d'une jeune femme ayant été victime d'une intoxication au monoxyde de carbone il y a sept ans et présentant une épilepsie grave avec des épisodes d'état de mal ayant justifié quelques passages en réanimation. Suite à l'intoxication, elle présentait une incontinence imposant des auto-sondages, une dysarthrie modérée, une hémiparésie très spastique ayant justifié une arthrodèse de cheville deux ans auparavant, à l'origine de fortes douleurs neuropathiques. Le CETD a été sollicité pour le traitement de ces douleurs lors d'une hospitalisation en rhumatologie, prise en charge poursuivie en consultation externe pendant plusieurs mois, avec suivi par la psychologue du service. La complexité du cas, les difficultés de prise en charge et la forte empathie que cette patiente suscitait ont justifié la présentation du cas en réunion pluridisciplinaire à plusieurs reprises. Il persistait néanmoins un doute dans mon esprit car il s'avérait impossible de réunir la totalité du dossier médical et de reconstituer précisément l'ensemble de l'histoire, la patiente ayant été hospitalisée dans de nombreux établissements tant privés que publics, en Ile-de-France et ailleurs et que les renseignements qu'elle donnait étaient parcellaires en raison de troubles de mémoire. C'est au cours d'une hospitalisation dans un hôpital périphérique pour état de mal épileptique qu'il s'est avéré, grâce à la sagacité d'une neurologue, que le tableau clinique était une simulation : pas d'épilepsie, pas d'intoxication au CO, pas de trouble neurologique ! Que faire dans ce cas d'une persistance d'une plainte concernant la persistance de la douleur neuropathique ? Je pourrais citer d'autres cas où la découverte ou la suspicion d'une pathologie psychiatrique n'est faite qu'après un temps de suivi parfois long et parfois en dehors du CETD. L'algologue est souvent démuni et quelque peu désemparé devant ces cas qui ne lui sont pas familiers. Nous avons la chance d'avoir une psychiatre dans notre service qui est donc sollicitée pour établir le diagnostic, prescrire un traitement et nous guider dans la compréhension du patient et dans la stratégie thérapeutique, impliquant éventuellement une hospitalisation. Cette hospitalisation est parfois un problème du fait de la sectorisation de la psychiatrie car le patient peut être dirigé vers des services éloignés où nous n'avons pas de correspondant et où le problème de la douleur passe souvent bien après la pathologie psychiatrique et il y a donc fréquemment interruption du suivi.

Chaque cas est bien sûr particulier, mais il est souvent difficile de travailler en étroite collaboration avec les psychiatres en ville, comme il serait souhaitable de le faire et les deux prises en charge se font très souvent de façon parallèle sans réel contact.

QUELLES COLLABORATIONS SERIEZ-VOUS PRÊTS À METTRE EN PLACE RESPECTIVEMENT ENTRE VOS DEUX SPÉCIALITÉS ?

I.N. : Pour favoriser la prise en soins des patients douloureux en Structure d'évaluation et de traitement de la Douleur Chronique. Psychiatre et psychologue sont le plus souvent présents dans les CETD et les cas sont discutés en réunions pluridisciplinaires avec RCP. En dehors de cet aspect réglementaire, il me paraît essentiel d'avoir un dialogue fréquent entre professionnels lorsque le patient est suivi de façon concomitante par le « psy » et le somaticien pour plusieurs raisons. La première est que ce dialogue permet d'établir une stratégie thérapeutique synergique. Il est en effet illusoire de penser qu'il ne se passe rien de l'ordre du psychologique chez le somaticien et rien de somatique chez le psy. Il doit donc y avoir analyse et objectivation des éléments transférentiels présents pour qu'ils puissent être utilisés à bon escient et être intégrés dans la prise en charge. L'argument de la confidentialité avancé par certains psychologues ou psychiatres pour limiter les échanges est valable également pour les somaticiens et ne devrait pas entrer en jeu entre professionnels soumis au secret médical. Une autre raison, qui reprend en partie l'argument transférentiel et dont nous avons parlé plus haut est d'insister sur la notion d'équipe considérée comme un corps global sur lequel le patient va pouvoir se projeter. En effet, les longues évolutions des douloureux chroniques ont le plus souvent amené les patients à consulter de nombreux spécialistes (y compris psychiatres et psychologues) sans que pour autant un lien ait pu exister entre eux. Le douloureux chronique qui consulte dans un CETD est donc très souvent « clivé » en autant d'organes qui ont pu être explorés. Une des tâches de la prise en charge est donc de réduire ce ou plutôt ces clivages pour aider le patient à se reconsidérer comme une entité unie. L'équipe devient bientôt un repère fondamental où tout peut se dire et où toute aide peut être apportée. Cette prise en charge la plus globale possible a été nommée modèle bio-psycho-social dans une intention certes louable mais où la pluridisciplinarité et l'action synergique ne sont jamais assez soulignées.

- Pour favoriser la prise en soins des patients douloureux suivis en Santé Mentale, comme nous le disions plus haut, il est nécessaire de reprendre les fondamentaux associant dépistage systématique, prise en compte de la plainte, évaluation adaptée et thérapeutiques de base connue. Pour les douleurs persistantes, l'appel de l'algologue est indiqué. Mais parmi les fondamentaux, il faut rajouter l'intrication de la douleur et du tableau psychiatrique. En effet, comme on peut voir les fonctions cognitives des personnes âgées se dégrader lorsqu'une douleur persiste, et s'améliorer lorsque le traitement institué est efficace, il en est de même pour la psychiatrie. La question du lien entre douleur et dépression est d'ailleurs largement débattue dans la littérature. Savoir quel est l'élément originel revient pour moi à la question de la poule et de l'œuf et ne doit pas faire oublier que ça n'est pas en restant douloureux qu'on devient moins dépressif… Mais si les patients douloureux suivis en Santé Mentale méritent autant que les autres de bénéficier d'un traitement, ils nécessitent à mon sens une collaboration extrêmement étroite entre les intervenants. C'est donc par les discussions, le partage d'expérience et une véritable action en binôme que la prise en charge sera adéquate.
- Pour accompagner l'organisation des établissements de Santé Mentale, notamment dans la perspective de la V 2010, de façon heureuse pour les algologues (et les patients !) et peut-être fastidieuse pour les non algologues, la prise en charge de la douleur est un critère prioritaire dans le processus de certification (critère 12.a). Dans le manuel de certification sont précisés les quatre axes du programme national de lutte contre la douleur dont deux concernent plus particulièrement les établissements de Santé Mentale : améliorer la prise en charge des populations les plus vulnérables, améliorer la formation des profes-

sionnels de santé. Ces deux axes forts sont détaillés plus précisément ensuite : la stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les services, des protocoles analgésiques sont définis, des formations/actions sont mises en œuvre, la traçabilité de l'évaluation est assurée, en utilisant des échelles adaptées. Toutes ces actions sont supervisées par les responsables puis évaluées et améliorées. L'ensemble de ces actions est mené en collaboration avec le CLUD.
Les lignes stratégiques sont donc clairement définies. Encore est-il nécessaire de bien comprendre l'esprit du texte. Le but n'est en effet pas de 'pondre' quelques protocoles à base de paracétamol mais bien de réfléchir aux moyens adaptés à la spécificité des patients. Il existe par exemple des échelles d'évaluation pour des populations particulières (enfant, personnes âgées, patients non communicants), et les patients des établissements de Santé Mentale doivent bénéficier d'échelles d'évaluation adaptées à leur état.

G.J. : L'appréhension du phénomène douloureux - et mon commentaire tente sinon de le démontrer de le montrer - milite en faveur d'une approche pluridisciplinaire qui intègre un ensemble de données d'expérience et conjugue au mieux la réalité somatique et la réalité psychique du phénomène douloureux.

L'appréhension du phénomène douloureux et mon commentaire militent en faveur d'une approche pluridisciplinaire

Face au processus douloureux, le dialogue doit être permanent, impliquant les médecins, les pharmaciens qui ont une bonne connaissance des thérapeutiques médicamenteuses et de leurs effets. Cette connaissance doit être élargie à l'ensemble de ceux, infirmiers, aides-soignants, qui sont en contact avec le patient, et à même de relayer la plainte ou d'analyser, de débusquer les manifestations douloureuses.
Le CLUD centralise, oriente les données institutionnelles et cliniques. Il promeut les actions de recherche et vise à reconnaître les spécificités de l'établissement.

AVEZ-VOUS DES QUESTIONS OU DES REMARQUES À FORMULER À L'ADRESSE DE VOTRE COLLÈGUE ?

I.N. : J'aurais beaucoup de questions et de remarques, tant l'abord psychiatrique d'un patient est particulier, comme doit l'être à ses yeux l'abord de l'algologue. C'est donc plutôt une conversation et des échanges qui promettent d'être passionnant qui me semble nécessaire. La connaissance du fonctionnement psychique des troubles psychiatriques est un domaine vaste dont les éléments diagnostiques nous sont souvent étrangers, tout autant d'ailleurs que la sémiologie précise et l'attitude adéquate à adopter face à un patient dont l'étrangeté nous prive de beaucoup de nos moyens et nous laisse souvent notre seule intuition comme guide.

G.J. : La première est contenue dans l'intitulé Médecin de la Douleur. Vous percevez-vous comme un médecin de la douleur ou du sujet douloureux, comme celui qui traite ce qui affecte un sujet, la douleur, plus que l'affection causale ? Êtes-vous au service d'une médecine à complémenter ou plus au service d'un sujet souffrant à écouter ?
L'autre interrogation est plus personnelle, elle porte sur ce choix ciblé d'une approche du patient par le « bout » de la douleur. Il y a chez tout médecin et chez tout soignant un rapport singulier au corps de l'autre à la souffrance physique ou psychique, qu'est-ce qui vous a amené à vous recentrer sur cet exercice exclusif ?
Une pratique régulière dans ce domaine donne une expérience, une expertise que l'on peut supposer bénéfique pour le patient ; n'y a-t-il pas des situations où cette focalisation, a des effets délétères en fixant par exemple un symptôme, en le confirmant à travers une consultation de la douleur et/ou une exigence de traitement spécifique ? Il y aurait, d'un côté, la légitime reconnaissance, dénomination de la douleur, temps nécessaire à son abord thérapeutique et, d'un autre, une appropriation défensive, compensatrice. La clinique de la fibromyalgie peut, à ce propos, nous interroger.

Parcours d'Isabelle Nègre

Docteur. Praticien Hospitalier. Anesthésiste Réanimateur. Responsable du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD). CHU Bicêtre. Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Sud.

Anesthésiste réanimateur de formation, j'ai passé de longues heures au bloc de jour comme de nuit. La maîtrise du geste technique, le travail en équipe permettent de vivre des expériences très riches. Un autre aspect, souvent méconnu, est celui de la prise en charge globale. En effet, l'anesthésiste réanimateur a une excellente connaissance de l'ensemble de la physiologie : tous les systèmes - cardiovasculaire, neurologique, pneumologie, uro digestif, hépatologie, métabolisme, pharmacologie… - doivent être parfaitement connus pour permettre une surveillance et une thérapeutique adaptées lors des interventions afin d'obtenir la meilleure homéostasie en fonction du geste réalisé et de faciliter ainsi un réveil et une évolution la plus heureuse possible.
Il y a trente ans, la douleur post-opératoire était peu prise en compte. Il m'avait très tôt semblé que cette douleur « gâchait » en somme le travail de finesse réalisé au bloc. J'ai donc contribué à la réalisation de protocoles systématiques de traitement de la douleur post-opératoire. Mais pour les patients présentant les pathologies les plus graves, il s'avérait que les traitements étaient interrompus trop précocement par les médecins généralistes, peu formés à cette époque au maniement des antalgiques lourds, de prescription délicate en raison des fameux carnets à souche.
Une consultation a donc été créée pour ces patients afin de leur assurer une antalgie adaptée le temps nécessaire et de sensibiliser les médecins traitants à cet aspect du post opératoire récent. Une infirmière anesthésiste a été détachée pour veiller à la bonne application des prescriptions post opératoires. Voilà le début d'une histoire s'échelonnant sur quelques décennies. D'une activité bénévole peu à peu reconnue grâce à l'intervention de chefs de service éclairés, la structure « sauvage » est devenue équipe transversale, intervenant dans tous les services pour toute sorte de douleur et pour les soins palliatifs, s'ouvrant sur l'extérieur par une consultation douleur chronique, offrant des formations aux soignants pour améliorer la prise en charge globale de l'établissement.

La forte activité et la reconnaissance des collègues ont permis de reconnaître la structure comme Unité Fonctionnelle et plus tard celle de l'ARS comme CETD. Par ailleurs, le rayon d'action s'est modifié : de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs sur un établissement, l'équipe a actuellement en charge l'ensemble des aspects de la douleur et l'organisation de la prise en charge sur les trois établissements du GH.
La présence de l'équipe dans tous les services de l'établissement a permis d'établir des liens confraternels forts, dont un des avantages est la disponibilité réciproque pour tout avis concernant la douleur, les relations avec des patients difficiles et la création d'une réunion mensuelle ouverte à tous pour permettre de signaler des problèmes et d'élaborer des solutions. Cette réunion du mardi a duré des années et est devenue le CLUD…
Dans ce raccourci d'un cheminement dont la linéarité et la facilité sont bien évidemment trompeuses, quelques particularités peuvent être soulignées, choix stratégiques longuement mûris et réfléchis. La pratique concomitante d'une activité interne dans les services et d'une ouverture sur la ville par la consultation externe, la formation intensive des soignants qui a été rendue obligatoire (il n'y avait pas de module douleur dans les IFSI), la formation systématique des nouveaux arrivants, et la présence d'un psychologue et d'une psychiatre à temps partiel dès le début de l'existence de la petite équipe. Car si à l'origine la douleur était peu prise en compte, le retentissement psychologique l'était encore moins, l'aspect technique et médicamenteux étant la référence. Pourtant, il suffit de passer de « l'autre côté », de la place du soignant à celle du patient pour réaliser l'importance de l'impact psychologique et favoriser une approche non médicamenteuse par la psychothérapie puis l'hypnose. Par ailleurs, la méconnaissance de la plupart des soignants des pathologies « psychiatriques » nécessitait une compétence spécifique pour affiner les diagnostics et la thérapeutique associée.
Un autre aspect est celui des soignants et de leur souffrance lors de décès difficiles ou devant les souffrances de patients, nous amenant à proposer des formations sur ce thème ainsi que des « debriefing » à la demande en cas de difficultés.

Activités présentes

L'évolution des pratiques, les actions gouvernementales par l'intermédiaire des plans douleur, l'intégration de la prise en charge de la douleur dans les études médicales et para-médicales, la pression des patients (devenus « usagers »), la certification ont abouti à une structure reconnue CETD et à des missions intra-hospitalières ou plutôt intra GH. Mes activités présentes sont donc la somme de ces formalisations : responsable du CETD, présidente du CLUD du GH, responsable de l'équipe mobile douleur. L'augmentation de la charge de travail (passer de 1 000 lits à 2 500 lits) à moyen constant m'a conduite à réorienter les actions, tout en gardant les grands principes du début : le management s'ajoute à la clinique. En premier lieu, et grâce à une formation à nouveau obligatoire, s'assurer de la bonne connaissance des différents aspects (sémiologie, évaluation, application des prescriptions, maniement des PCA, etc.), autonomisation des services de chirurgie qui ne sont visités qu'en cas de problème, réorganisation sur la base des référents, dont la présence est obligatoire au CLUD, création d'un outil d'évaluation commun à l'ensemble du GH et adapté à toutes les populations, création d'une consultation infirmière douleur. La forte demande et l'efficacité de l'hypnose nous ont amenés à organiser des séances de groupe qui donnent entière satisfaction.
Outre la participation à des DU et l'enseignement à la Capacité Douleur, la nécessité de diffuser ces techniques et la partie universitaire recommandée par la DGOS nous ont permis de créer un enseignement universitaire sous forme de DU : Hypnose et anesthésie, Pratiques psycho corporelles, Stress soignant.

Parcours de Georges Jovelet

Psychiatre des hôpitaux, chef de pôle, DESS Droit de la santé, DU démences et troubles cognitifs de l'adulte, DU éthique et santé. EPSMD de l'Aisne

Psychiatre d'exercice public exclusif, ma carrière comporte pour moitié des fonctions en hôpital général, et pour l'autre moitié en EPSM. Après avoir exercé principalement la psychiatrie polyvalente durant trente ans, j'ai depuis 2002 recentré mes activités sur la clinique des personnes âgées.
À cette pratique clinique, il convient d'ajouter un engagement syndical au sein du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux en particulier comme membre du bureau national, puis du conseil national et une activité scientifique au sein de la Société de l'Information Psychiatrique, dont six ans comme vice-président ainsi que la publication d'articles dans la revue de *L'information psychiatrique*.
Le fonctionnement du service de psychogériatrie à Prémontré est régi par une structure intersectorielle organisée en pôle, comportant, outre un service d'alcoologie, une unité d'hospitalisation de 18 lits articulée à une activité de consultations réparties sur l'ensemble du département de l'Aisne, et à en réseau avec les médecins traitants, les CLIC et les EHPAD. Cette pratique auprès des personnes âgées justifie un renforcement des liens avec la médecine, la gériatrie, la neurologie et la neuropsychologie. C'est un exercice à la fois pluridisciplinaire et pluri-professionnel qui amène à des questions régulières sur la nature du soin et des actes à réaliser, qui sont de nature éthique, en particulier l'attitude à l'égard du phénomène douleur. Cette question est l'objet d'une prise en considération dans le service, la conscience en ayant été favorisée par la présence antérieure dans l'unité d'un gériatre, président du CLUD. La création de cette instance en 2006, au sein de l'établissement, a facilité une réflexion sur la prise en charge de la douleur et la promotion de la formation des personnels. Une infirmière de notre unité a obtenu un DU douleur.

C'est à partir d'un savoir clinique, d'une expérience de praticien que j'interviens ici, n'ayant pas de connaissance théorique, universitaire, de savoir constitué ni de pratique spécialisée dans le domaine de la douleur. La contribution à cette publication m'a permis de réfléchir spécifiquement à ce qui de ma pratique concernait la thématique de la douleur.

Cas cliniques rencontrés en psychiatrie

décrits par Georges Jovelet

DOULEUR PHYSIQUE ET PSYCHIATRIE

Peut-être est-il plus juste de dire douleur physique en psychiatrie ? Comment les douleurs liées à une atteinte corporelle sont-elles prises en compte ou ont-elles pu être tant négligées dans nos institutions ? Parce que les patients étaient déficients sur le plan intellectuel, déments, incapables de reconnaître, de nommer ou d'exprimer une plainte, de verbaliser leur souffrance ou leur douleur, comme chez beaucoup de sujets psychotiques, chez qui la souffrance s'exprime dans le contenu du délire ou le passage à l'acte auto-agressif avec parfois automutilation. Dans un raisonnement syllogique, les soignants ont considéré que les malades mentaux étaient résistants aux affections somatiques, n'avaient pas de cancer etc. Cet a priori s'est étendu aux syndromes douloureux, ce qui révèle la difficulté pour les soignants à s'identifier à cette catégorie de patient, à leurs besoins, d'où un déficit d'empathie à leur endroit.

Ce cas clinique qui m'a été rapporté par une collègue psychiatre, m'apparaît symptomatique de cette méconnaissance de la douleur en psychiatrie. Il est aussi exemplaire, car il illustre les effets tardifs de la prise de conscience dans les services de la place de la douleur et de ses conséquences.

Un patient hospitalisé au long cours en psychiatrie y avait été adressé pour des troubles du comportement : il était violent, inapprochable, renversant tout ce qui était à sa portée et hurlait. L'histoire clinique se résumait à la survenue d'un traumatisme majeur. Ce patient avait été dompteur ce que rappelait une photo de lui en costume rouge et or, en pleine lumière à son chevet ; il avait été attaqué lors d'une représentation du cirque par un de ses lions qui lui avait attrapé la tête dans sa gueule. Il en avait découlé des lésions cérébrales avec une hémiplégie et une aphasie. Le comportement violent du patient était interprété comme l'effet d'une souffrance réactionnelle à ce traumatisme majeur, l'intolérance était mise sur le compte de la rigidité de sa personnalité et de l'insupportable de sa dépendance. Le traitement comportait des doses massives de neuroleptiques dont la lévomépromazine, qui sans réellement apaiser le patient le sédatait et lui avait fait prendre de nombreux kilos. C'est quelques années après son admission qu'à l'occasion de l'ouverture d'une consultation douleur (le service de psychiatrie se situe dans un hôpital général) ce patient cérébrolésé a bénéficié d'une réévaluation globale de sa prise en charge. Le scanner a permis de confirmer l'atteinte frontale mais aussi thalamique. Cette dernière localisation lésionnelle induit des douleurs, souvent méconnues, diffuses à l'ensemble du corps et d'une grande intensité ; elles sont décrites comme persistantes, profondes, térébrantes, paroxystiques. Un traitement antalgique adapté a permis de soulager le patient et de réduire considérablement le traitement neuroleptique ainsi que ses effets.

Ce type de douleur, des paresthésies, une hyperpathie au toucher peuvent se voir dans les maladies neurodégénératives évoluées entraînant des atteintes sous-corticales thalamiques ou périthalamiques. Les difficultés rencontrées avec ces patients lors de la toilette, hyperesthésie du contact qui peut être associé à une hypertonie oppositionnelle d'origine neurologique, sont trop souvent interprétées comme un refus de soins.

DOULEUR PHYSIQUE, DOULEUR MORALE, DÉPRESSION, ET BIPOLARITÉ

Il s'agit de récits cliniques que l'on rencontre dans notre pratique quotidienne de psychiatre. Bien qu'il s'agisse d'une situation rare, une douleur physique inexpliquée, résistante aux explorations médicales a pu constituer le prodrome voire l'aura (signal-symptôme) d'une décompensation mélancolique, ailleurs un état maniaque peut entraîner une négligence physique comme chez cette patiente qui déniait sa fracture du bras.

Pour le dépressif, la plainte physique peut être au-devant de scène clinique et s'inscrire dans une dépression « masquée » entraînant des explorations tout autant infructueuses qu'insatisfaisantes. Il est plus facile de faire l' « aveu » d'une douleur physique que psychique. C'est toute la démarche médicale, comme art, d'amener lors des entretiens à donner sens à une plainte douloureuse, d'amener à faire lien avec l'histoire du patient et de glisser de la souffrance physique à une souffrance psychique.

C'est l'intensité de cette douleur ici qualifiée de « douleur morale » qui pousse ces sujets au suicide. Cet acte radical supprime à la fois la culpabilité délirante et la souffrance qui lui est attachée !

Dans ce contexte de dépression majeure douleur physique et douleur morale peuvent se conjuguer ou se substituer l'une à l'autre. Un énoncé médical sans ménagement, une intervention chirurgicale, ou toute autre effraction du corps sont à même de provoquer une décompensation chez un sujet présentant une prédisposition (le typus mélancolicus de Tellenbach) ; c'est une conjoncture fréquemment rencontrée chez le sujet âgé. Ailleurs une fracture, ou le diagnostic puis les soins pour un cancer, survenus au cours d'un épisode dépressif majeur, ont pu entraîner une amélioration clinique spectaculaire par la levée des affects dépressifs. Les anciens auteurs avaient fait ce constat, au point d'intégrer des événements ou des chocs traumatiques >>>

Une patiente âgée de 88 ans nous a été adressée pour des cris répétitifs qui s'inscrivaient dans le contexte d'une décompensation mélancolique franche. Cette bascule thymique faisait suite à la découverte et au traitement d'un cancer des voies biliaires (référence à la bile noire!). La patiente, d'un bon niveau intellectuel et absente de troubles cognitifs, réfutait toute douleur, attendue, légitime dans ce contexte. Le traitement psychotrope spécifique de l'épisode mélancolique s'est révélé efficace sur l'humeur et les idées délirantes mais pas sur les cris. De ce fait, malgré sa réfutation, la patiente a secondairement bénéficié d'un traitement antalgique d'épreuve qui a entraîné une extinction des manifestations sonores. La logique mélancolique de mortification, de punition nous a éclairés sur le refus de la patiente d'une prise en charge des douleurs et même de ce premier temps qu'est sa reconnaissance ; la souffrance était nécessaire au sujet contribuant à l'expiation, au soulagement d'une culpabilité de nature délirante.

dans l'arsenal thérapeutique. Les abcès de fixation provoqués par l'injection sous-cutanée de térébenthine, la malariathérapie, l'usage de chocs physiques, procèdent de ce cheminement de la pensée médicale à partir de faits d'observation.

Le contexte qui témoigne d'une intensité du processus douloureux conjuguant ici douleur physique et douleur morale induites par les idées délirantes de faute permet de saisir que la douleur est prise dans les coordonnées psychiques, d'un sujet. La douleur est dans le registre du réel de la souffrance qui n'a pas de sens, effraction psychique et corporelle, pur traumatisme, symbolique de la parole, de l'échange, par la fonction d'adresse à l'autre de la plainte, et du registre imaginaire, celui du représentable. Si l'absence de douleur est une donnée aisément partageable, qui renvoie au silence des organes formulé par R. Leriche, c'est-à-dire d'un corps qui se fait oublier, la représentation d'une « douleur maximale imaginable » est tributaire de la capacité de représentation pour soi-même et d'empathie pour autrui, c'est-à-dire du seuil de tolérance, dont la limite est l'intolérable. Il est des douleurs physiques insupportables comme il est des douleurs psychiques « abominables » pour reprendre le mot d'une patiente confrontée à un deuil.

Cette incidente permet d'introduire deux remarques : la première est que si la douleur morale ou physique chez le mélancolique est l'objet d'une interprétation, elle l'est aussi pour tout un chacun. La douleur peut être porteuse d'un sens religieux, magique ou laïque, le destin, le fatum qui peuvent se référer à la culpabilité consciente ou inconsciente. L'autre remarque vient souligner cette réalité que la douleur contribue à faire vivre le corps, à faire exister par la manifestation des bouts de corps, des organes ou leur projection douloureuse. C'est le corps qui se fait entendre, qui se rappelle à nous. Cet élément est a priori négatif, dans le ressenti d'un corps qui s'impose à vous, fait insistance, vous persécute, mais il a un autre versant celui d'être l'indice, l'indicateur du vivant. Dans la scarification, l'automutilation, il y a contenu un déplacement, une localisation de la souffrance psychique sur le corps, une traduction dans le langage corporel, mais aussi une volonté de s'assurer de sa propre existence par la trace, la cicatrice marque de la présence et de l'absence de la totalité et de l'inscription dans une temporalité et une narrativité de l'acte.

CHEZ LE SUJET ÂGÉ

L'intrication douleur physique / douleur psychique ou morale y est fréquente.

Le sujet âgé, ce d'autant qu'il présente des troubles cognitifs, peut être l'objet d'un défaut de verbalisation, un déficit de la capacité de discrimination de ses affects, de ses ressentis, source de malentendus.

En milieu psycho-gériatrique, une anxiété, un vécu dépressif, des troubles du comportement peuvent être des indicateurs d'un syndrome douloureux méconnu du sujet lui-même et parfois de la famille, ou des soignants.

La perte de la maîtrise de son environnement et/ou de ses émotions facilite la confusion des éprouvés et de leur expression : l'infarctus du myocarde, une constipation avec fécalome, une infection urinaire ou rétention d'urine peuvent ainsi être transformés en anxiété, dépression hostile, et en troubles du comportement, avec cris, agitation confuse.

Le sujet très âgé peut être l'objet d'a priori défavorables car il est volontiers polypathologique, et peut être dès lors considéré normal, banal (la banalité du mal au sens ici de la douleur) de souffrir. Les douleurs d'origine rhumatismale ou neuropathique peuvent être négligées au sens de non explorées ou insuffisamment traitées. Ailleurs le traitement mis en place ne tient pas assez compte de la fragilité somatique, de la pharmacodynamie et entraîne des effets délétères. Dans d'autres cas il ne faut pas s'en tenir à un déclaratif trompeur, ou plutôt de méconnaissance.

La démarche auprès du patient doit être active passant d'un entretien, voire d'un examen réglé appareil par appareil, à un interrogatoire minutieux et, en milieu hospitalier, à une observation du comportement quotidien (inconfort, instabilité psychomotrice, plaintes peu explicites ou déplacées). Cette observation, cette interprétation, est formalisée dans l'échelle Algoplus, ou l'échelle ECPA utiles auprès de cette population.

Nous avons évoqué la situation du sujet démént qui présente des troubles du langage et de la reconnaissance y compris de la douleur, la vignette clinique ci-dessous est illustrative.

M. L. est admis dans l'unité pour des troubles aigus du comportement, il est devenu agressif et a bousculé un enfant venu visiter un résident voisin. Ce patient adressé par notre service en EHPAD était stabilisé depuis plusieurs années. Dès son retour dans l'unité, nous ferons le constat d'un patient opposant, refusant la toilette mais aussi de s'alimenter et même de boire ce qui entraînera une rapide altération de l'état général, avec déshydratation et sécheresse buccale. C'est de façon différée que l'examen plus attentif de la zone orale permettra de mettre en évidence la présence d'un état dentaire très dégradé avec chicots qui ont probablement été à l'origine de la décompensation comportementale révélatrice d'une névralgie dentaire.

Le CLUD au Centre Hospitalier Gérard Marchant, Toulouse

par M. Segonds, pharmacien, présidente du CLUD

Créé en 2008, le CLUD du Centre Hospitalier Gérard Marchant a une composition pluri-professionnelle (médecins psychiatres, médecins généralistes, dentiste, infirmières, aide-soignante, directeur des soins, cadre de santé, pharmacien), ce qui contribue fortement à la richesse des échanges et des différentes initiatives en matière de prise en charge de la douleur.

État des lieux

L'une de nos premières actions a été de réaliser un état des lieux sur la prise en charge de la douleur dans les unités d'hospitalisation. Les professionnels de santé interrogés ayant majoritairement exprimé leur manque de formation à la prise en charge de la douleur, et la volonté d'acquérir une formation dans ce domaine, se posaient alors un dilemme : comment arriver à former un maximum de personnes, en un temps relativement court, et sans pour autant nuire au fonctionnement quotidien des services de soins ?

Autoformation

Afin que l'ensemble des personnels des unités de soins puissent bénéficier d'une formation identique, et de façon simultanée, nous avons opté pour une stratégie d'autoformation, destinée à tous les médecins, infirmiers et aides-soignants des unités d'hospitalisation. Cette démarche a été validée au niveau institutionnel, et inscrite au plan de formation continue de notre établissement. Chacun a reçu un Manuel d'autoformation, rédigé par l'ensemble des membres du CLUD, et reprenant les connaissances de base sur la prise en charge de la douleur (définition, évaluation, traitements médicamenteux et non médicamenteux), ainsi qu'une introduction à la spécificité de la prise en charge de la douleur chez le patient psychiatrique. L'envoi du Manuel d'autoformation a été précédé par un questionnaire d'évaluation des connaissances sur la prise en charge de la douleur afin de faire un état des lieux ; puis ce même questionnaire a été adressé de nouveau à chaque soignant, afin de mesurer l'impact de la formation.

Résultats

Cette action d'autoformation a permis à l'ensemble du personnel de notre établissement d'être sensibilisé à la prise en charge de la douleur, tout en créant une dynamique autour de cette problématique. Parallèlement, des protocoles simples ont été rédigés et diffusés (Protocole paracétamol, prise en charge de la douleur dentaire…). Un an après, le Manuel d'autoformation a été diffusé au personnel des structures extérieures de l'établissement (hôpitaux de jour, CMP, CATTP…). Afin que cette sensibilisation à la prise en charge de la douleur puisse perdurer, ce Manuel d'auto-formation est remis, par les Cadres de santé, à chaque nouvel agent lors de son arrivée dans notre établissement.

- Aujourd'hui, deux ans après la diffusion du Manuel d'autoformation, l'évaluation des connaissances des professionnels de santé va nous permettre de cibler les thématiques à privilégier pour améliorer et approfondir les connaissances sur le thème de la douleur et de sa prise en charge.
- En 2010, grâce à l'Appel à Projets de la Fondation de France, une subvention a été octroyée à notre établissement, afin de poursuivre notre démarche de promotion de la prise en charge de la douleur, les thèmes priorisés étant la prise en charge de la douleur dentaire et la promotion de la prise en charge non médicamenteuse de la douleur.
- Plus récemment, la première Journée du CLUD a été couronnée par une forte mobilisation des personnels de l'établissement, mais également de nombreuses personnes des établissements de la région, et a montré que la prise en charge de la douleur en psychiatrie est une préoccupation forte des soignants.
- Afin de maintenir la dynamique engagée autour de la prise en charge de la douleur, des sessions spécifiques de formation sur des thèmes choisis par les personnels soignants (Douleur chez l'enfant, Prise en charge non médicamenteuse de la douleur) sont en train d'être mises en place. Ces sessions ont également pour objectif d'être un lieu d'échanges sur le thème de la douleur.

Enfin, en lien avec la démarche de certification, l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur, va permettre de poursuivre notre démarche de promotion et d'amélioration de la prise en charge de la douleur, afin de garantir à nos patients une prise en charge globale de qualité, au niveau psychiatrique et somatique.

Conclusion

Médecine de la Douleur et Psychiatrie : deux entretiens pour mieux comprendre ces deux champs de la Santé à l'égard de la Douleur. Ainsi, apparaissent bien sûr les spécificités des missions de chacun. L'objet de la Médecine de la Douleur est la douleur. Tandis qu'en psychiatrie, cette souffrance est comprise à travers la Santé mentale. Mais apparaît aussi la proximité des modèles médicaux, illustrée dans la pluridimensionnalité et l'interdisciplinarité. Ces problématiques sont transversales. À tous les âges de la vie, la psychiatrie s'adresse à des souffrances de qualités variables auxquelles elle répond par divers dispositifs : la psychiatrie de secteur hospitalière et ambulatoire, la psychiatrie de liaison, la psychiatrie libérale. La Médecine de la Douleur s'adresse, d'une part, aux douleurs chroniques les plus rebelles autour d'un dispositif principal : la consultation et, d'autre part, aux douleurs aiguës les plus quotidiennes avec, dans les établissements de santé, le CLUD.

Ces problématiques transversales se croisent. Les soins à la personne qu'elles structurent, interrogent les rapports entre le corps et l'esprit, la chronicité, la souffrance et les réponses sanitaires.

Entre particularités et communautés, ces deux pratiques médicales militantes ont beaucoup à dire et à échanger. Gageons que *Douleur et Santé Mentale* confiera à nouveau ses colonnes aux regards croisés de représentants de la Santé Mentale et de la Médecine de la Douleur.

Institut UPSA de la douleur

Luttons ensemble contre la douleur

Directeur de la Publication : Dr Yvan Krakowski
Rédacteur en Chef : Dr Djéa Saravane
Coordonnateur/Rédacteur Adjoint : Françoise Beroud - **Comité de Rédaction :** Nadine Attal, Françoise Beroud, Jean-Marie Besson, Serge Blond, Éric Boccard, Bernard Calvino, Alain Eschalier, Dominique Fletcher, Ivan Krakowski, Bernard Laurent, Nadine Memran, Gisèle Pickering, Agnès Ricard-Hibon, Éric Serra, Richard Trèves, Chantal Wood, Jacques Wrobel
Conception-réalisation :
A Conseil Paris - Tél. : 01 42 40 23 00
N° ISSN: 1XXX XXX - Dépôt légal : 4e trim. 2013

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
E-mail : institut.upsa@bms.com
www.institut-upsa-douleur.org

27913037

Coupon d'abonnement

L'abonnement à nos publications est réservé aux professionnels de santé. Ainsi, pour être abonné à nos publications, il vous faut être inscrit à la partie réservée aux professionnels de santé sur notre site internet **www.institut-upsa-douleur.org** (via la plate-forme sécurisée DocCheck). Cette inscription peut se faire soit directement sur notre site internet, www.institut-upsa-douleur.org, ou bien en nous retournant ce coupon lisiblement et intégralement rempli à :

➜ **Institut UPSA de la Douleur - 3 rue Joseph Monier, BP325, 92506 Rueil-Malmaison Cedex**

❑ **Je souhaite avoir accès aux données protégées du site internet de l'Institut UPSA de la Douleur, disposer d'un mot de passe DocCheck (pour accès protégé) et recevoir gratuitement une version électronique de Douleur et santé mentale par courriel.**

Merci de remplir ce formulaire en écrivant en LETTRES CAPITALES et en ne mettant qu'une lettre par case. Pour que votre inscription soit prise en compte, **merci de remplir tous les champs demandés.**

Titre : ❑ M. ❑ Mme ❑ Dr ❑ Pr

Nom : **Prénom :**

Date de naissance (jj/mm/aa) : **Sexe :** ❑ F ❑ M

Profession :

Spécialité :

Secteur d'activité : ❑ Ville ❑ Hôpital **Type d'adresse :** ❑ Cabinet/Pharmacie ❑ Hôpital ❑ Privée

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Pays : **Courriel :**

L'Institut UPSA de la Douleur collecte vos coordonnées afin de vous permettre d'accéder à son site Internet et de recevoir la Lettre de l'Institut UPSA de la douleur par courriel. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 (art. 34 et s.) modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour ce faire, vous pouvez vous adresser à : institut.upsa@bms.com