

Dossier de presse

Douleur en santé mentale

Résultats de la 1^{re} enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chez les patients psychotiques

7 décembre 2006

Faculté de médecine des Cordeliers
Paris 6^e

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR

Un engagement de Bristol-Myers Squibb



Sommaire

- Le programme p. 1
- Le communiqué de presse p. 2
- L'engagement de l'Institut UPSA de la Douleur p. 4
- Les résultats de la 1^{ère} enquête nationale sur la douleur en santé mentale p. 7
- Le point de vue du somaticien p. 9
- Le point de vue du patient p. 13

Annexes

- Définitions p. 14
- Vraies/fausses notions p. 17
- Questionnaire de l'enquête sur la douleur en santé mentale p. 18
- Contacts Presse p. 20

Programme

Douleur en santé mentale

12 h 00 : Conférence de presse - Salle des thèses

12h00 à 12h05

- Pourquoi une enquête de l'Institut UPSA de la Douleur sur la douleur en santé mentale ?

Dr Ivan Krakowski - Président du conseil scientifique de l'Institut UPSA de la Douleur

12h05 à 12h20

- Résultats de la 1^{re} enquête nationale sur la prise en charge de la douleur dans les centres hospitaliers de psychiatrie.

Dr Éric Serra - Psychiatre, CHU d'Amiens

12h20 à 12h30

- Témoignage patient.

Claude Finkelstein - Présidente de la FNAP-Psy

12h30 à 12h45

- La douleur : un aspect à ne pas négliger dans la prise en charge des patients psychotiques. Attentes et perspectives.

Dr Djéa Saravane - Président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

12h45 à 13h

- Questions.

13h00 : Déjeuner buffet - Salle Marie Curie



Communiqué de presse

« La double peine » : les patients psychotiques souffrent d'un manque de prise en charge de leur douleur somatique

Paris, le jeudi 7 décembre 2006 - L'Institut UPSA de la Douleur annonce les résultats de la 1^{re} enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chez les patients psychotiques dans les Centres Hospitaliers de psychiatrie. Cette enquête est présentée dans le cadre de la 1^{re} journée nationale « Douleur et santé mentale » organisée par le Dr Djéa Saravane et le Pr Yvan Halimi. Les patients psychotiques, essentiellement schizophrènes, représentent 1% de la population, soit près de 600 000 personnes en France.

Les résultats :

- Seulement 30% des patients psychotiques sont suivis régulièrement par un médecin traitant.
- 70% des Centres Hospitaliers de psychiatrie n'ont pas de centre de lutte contre la douleur.
- 75% des chefs de service estiment que leurs équipes ne sont pas formées à la prise en charge de la douleur.
- 68% des psychiatres formés à la douleur n'utilisent pas l'Echelle Visuelle Analogique.
- 55% des pharmaciens sont tout à fait favorables à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique contre 23% des psychiatres.

Les alarmes :

- 7 patients psychotiques sur 10 ne sont pas suivis par un médecin traitant. Leur espérance de vie est diminuée de 9 à 12 ans par rapport à la population générale. Cette surmortalité importante est liée à des pathologies organiques non détectées et non prises en charge, telles que les pathologies cardiovasculaires, le diabète, les pathologies infectieuses, le cancer.
- Les patients psychotiques sont des malades qui souffrent comme les autres et cette douleur a une incidence importante sur le vécu de leur maladie. Mais l'évaluation de leur douleur est une problématique récente. En effet, les patients psychotiques n'ont pas la même expression de la douleur que les autres.
- Les psychiatres et les soignants ne sont pas toujours conscients de la nécessité de prendre en charge les douleurs somatiques chez ces patients et se sentent démunis : ils sont peu ou pas formés et manquent d'outils adaptés à l'évaluation de la douleur et au suivi du patient psychotique.

Cette initiative de l'Institut UPSA de la Douleur s'inscrit dans la priorité N°1 du Plan Douleur 2006-2010 : la prise en charge de la douleur chez les populations vulnérables. Cette enquête a permis de dresser un état des lieux et de constater un cruel défaut de la prise en charge de la douleur chez les patients psychotiques. Pour pallier ces lacunes, l'Institut UPSA de la Douleur soutient la 1^{re} journée nationale « Douleur et santé mentale » et propose des outils adaptés pour une meilleure formation et information des professionnels de santé et des patients.

Engagement de l'Institut UPSA de la Douleur pour une meilleure prise en charge de la douleur chez les patients psychotiques

Pour l'Institut UPSA de la Douleur, cette enquête est un point de départ pour définir, avec les professionnels de santé, les besoins et les priorités du milieu hospitalier psychiatrique.

L'Institut UPSA de la Douleur annonce d'ores et déjà :

- la mise en place d'outils spécifiques de formation et d'information à travers des publications prenant désormais en compte désormais les patients psychotiques ;
- une diffusion systématique de ses publications auprès des Centres Hospitaliers de psychiatrie ;
- son soutien à l'Association pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, à travers deux initiatives : la création d'une Fédération pour la mise en place de centres de lutte contre la douleur dans ces centres spécialisés et la recherche d'un outil adapté d'évaluation de la douleur.

www.institut-upsa-douleur.org

Exemple d'une initiative originale

Le Dr Djéa Saravane a mis en place et dirige un service pilote de « médecine polyvalente » à l'hôpital Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (plus grand centre hospitalier psychiatrique de France avec 18 secteurs).

Ce service est transversal : tous les patients admis dans l'hôpital sont examinés par un médecin de ce service, qui a pour rôle de détecter des pathologies somatiques ou des comportements à risque au niveau nutritionnel ou sexuel. L'ensemble des informations est consigné dans le dossier du patient, qui le suit tout au long de son séjour (généraliste, psychiatre...).

Le Dr Djéa Saravane œuvre aujourd'hui pour généraliser la création de services de médecine polyvalente dans les hôpitaux, pour la prise en charge des soins somatiques.

Méthodologie de l'enquête

- Le questionnaire a été envoyé à 811 chefs de service de psychiatrie des Centres Hospitaliers (CH) et des Centres Hospitaliers Spécialisés en psychiatrie (CHS) ainsi qu'à 203 chefs de service de pharmacie des CHS.
- L'ensemble des 11 questions posées évoquait l'opinion des répondeurs sur la qualité de la prise en charge de la maladie mentale et des troubles somatiques associés, sur la formation et sur les pratiques d'évaluation et de traitement de la douleur.
- Le taux de réponse a été de 17,8% traduisant l'intérêt des professionnels de santé interrogés.

Contacts presse

Institut UPSA de la Douleur
Elisabeth Lavroff
01.58.83.65.52
elisabeth.lavroff@bms.com

KATANA Santé
Annie Eggermann
01.40.87.70.22
a.eggermann@katanasante.com



L'engagement de l'Institut UPSA de la Douleur

Pourquoi une enquête de l'Institut UPSA de la Douleur sur la douleur en santé mentale ?

Face aux nombreuses inconnues concernant la prise en charge globale des patients psychotiques, l'Institut UPSA de la Douleur a réuni un board d'experts pour mener une réflexion autour de la prise en charge de la douleur chez ces patients, à l'initiative du Dr Serra, psychiatre, membre du conseil scientifique. Un projet d'enquête sur la douleur en santé mentale est né, afin de faire un état des lieux sur le traitement de la douleur dans les centres hospitaliers spécialisés, enquête de prévalence sur l'organisation de la prise en charge de la douleur dans les services de psychiatrie.

Pour l'Institut UPSA de la Douleur, cette enquête est un point de départ pour définir, avec les professionnels de santé, les besoins et les priorités du milieu hospitalier psychiatrique : organiser des formations, aider à la mise en place des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD), évaluer les pratiques professionnelles, impliquer les professionnels dans la recherche sur la mise en place d'outils spécifiques d'évaluation de la douleur... L'Institut UPSA de la Douleur, à travers cette enquête et l'organisation de la 1^{re} journée nationale "Douleur et santé mentale", souhaite poursuivre efficacement son soutien à la lutte contre la douleur. Cette initiative s'inscrit dans la priorité N°1 du Plan Douleur 2006-2010, qui est l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables. Dans ces populations, on retrouve les enfants et adolescents, les personnes polyhandicapées, les personnes âgées et les personnes en fin de vie. L'Institut UPSA de la Douleur a donc souhaité étendre cette action aux personnes souffrant de maladies psychotiques.

Qu'est ce que l'Institut UPSA de la Douleur ?

Créé en 1993, l'Institut UPSA de la Douleur occupe une place privilégiée dans le domaine de la douleur, car c'est un précurseur de la prise en charge de la douleur en France. C'est une association Loi 1901 dont les actions sont déterminées par un conseil scientifique qui réunit 15 personnalités du monde médical et scientifique engagées dans l'étude et le traitement de la douleur.

Les 3 grandes missions de l'Institut UPSA de la Douleur :

- l'aide à la recherche clinique et fondamentale ;
- la formation des professionnels de santé ;
- l'information du patient et du grand public.



L'Institut UPSA de la Douleur et la recherche

Tous les ans, l'Institut UPSA de la Douleur lance un appel à projets pour soutenir des équipes de recherche, clinique ou fondamentale, impliquées dans la douleur. En 2006, 90 000 € ont été alloués à 5 équipes. Au total depuis 1995, 2,4 millions d'euros ont été attribués à la recherche, à destination aussi bien des équipes les plus prestigieuses, les plus reconnues, que des chercheurs les plus prometteurs.

En mars 2007, la 1^{re} journée scientifique de l'Institut UPSA de la Douleur permettra de réunir les lauréats de ces prix pour mieux valoriser leurs travaux et définir les axes de recherche à soutenir par l'Institut UPSA de la Douleur au sein du conseil scientifique.

D'autres aides sont proposées progressivement aux sociétés savantes comme la Bourse de la douleur avec la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) ou les « prix poster » avec la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR).

L'Institut UPSA de la Douleur et la formation des professionnels de santé

Outre la conférence internationale "François Boureau" de l'Institut UPSA de la Douleur et les publications à destination du personnel médical et paramédical, l'Institut UPSA de la Douleur développe des programmes de formation à l'intention des médecins et des kits « Formation douleur » pour le personnel médical. Il met à la disposition du personnel soignant des outils d'évaluation de la douleur, comme le « Carnet d'évaluation de la douleur » remis au patient, ou des échelles d'évaluation de la douleur (échelles numériques, échelles des visages, échelle Pédiadol).

L'Institut UPSA de la Douleur et l'information du patient

À travers son site Internet, www.institut-upsa-douleur.org, l'Institut UPSA de la Douleur met à la disposition de tous plusieurs centaines de pages de vulgarisation sur la douleur afin de répondre au besoin d'information du patient. L'ensemble des publications de l'Institut UPSA de la Douleur est téléchargeable librement et gratuitement et le site est mis à jour quotidiennement. En septembre, le site Internet a reçu 18 635 visites, 494 666 pages ont été vues et 21 418 téléchargements effectués.

Perspectives de l'Institut UPSA de la Douleur

Dans l'avenir, l'Institut UPSA de la Douleur souhaite accroître son soutien à la recherche sur la douleur, et devenir un partenaire solide des sociétés savantes pour la recherche et la formation. Il envisage également de renforcer son action de soutien auprès des associations régionales professionnelles, et de participer à la diffusion des bonnes pratiques cliniques (notamment les SOR, Standard Option Recommendation).

L'Institut UPSA de la Douleur est une entité originale et reconnue du "monde de la douleur". Il a pour ambition de devenir une référence pour favoriser la recherche et la formation dans l'ensemble de la communauté scientifique nationale et internationale.



L'Institut UPSA de la Douleur est un acteur clé dans la prise en charge de la douleur en France, qui favorise la recherche et la formation. De même que la douleur du jeune enfant a été longtemps négligée, voire niée, la douleur chez les patients psychotiques est très mal prise en charge. Cette enquête de l'Institut UPSA de la Douleur fait un état des lieux et a également pour objectif de sensibiliser les professionnels de la psychiatrie à ce sujet.

Le Dr Ivan Krakowski est oncologue médical au Centre Alexis Vautrin, à Vandoeuvre-lès-Nancy. Il est responsable de l'unité douleur et secrétaire du réseau de cancérologie Oncolor, dont les missions sont l'organisation des soins spécifiques et des soins oncologiques de support, notamment la prise en charge de la douleur des patients cancéreux, en Lorraine. Il a été Président de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. En tant que responsable de l'unité douleur et de la Fédération des soins de support, il est responsable du fonctionnement de cette unité, et coordonne également l'enseignement « Douleur » à la faculté de médecine, dans le cadre du tronc commun des études de médecine et aussi dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé.

Le Dr Ivan Krakowski est également Président de l'Institut UPSA de la Douleur. Son rôle, en tant que président, est d'animer le conseil scientifique en favorisant le partage des expériences et des initiatives entre les différents experts du conseil, et de prioriser avec eux les axes de recherche de l'institut.



Les résultats de la 1^{re} enquête nationale sur la douleur en santé mentale

L'enquête et ses résultats

Certes, la douleur est aujourd'hui mieux prise en compte dans la médecine française.

Mais qu'en est-il dans le champ de la santé mentale et notamment dans les établissements psychiatriques ?

C'est l'objet de cette 1^{re} enquête nationale sur la douleur et sa prise en charge dans le domaine de la psychiatrie.

Principaux résultats :

Le taux de réponse de 17,8% traduit un intérêt des psychiatres et pharmaciens hospitaliers pour la problématique.

- *70% des CHS n'ont pas de CLUD*

La problématique douleur n'est donc pas encore intégrée. La prise en charge de la douleur somatique n'est pas une priorité lors de la consultation psychiatrique. Elle est quelquefois même ignorée. Ceci s'explique soit par le fait qu'elle n'est pas liée aux domaines de compétences des psychiatres soit par manque de temps compte tenu du manque d'effectifs. Pour le psychiatre, la tendance est de s'intéresser en premier au domaine pour lequel il est spécialisé : la souffrance psychique et non somatique.

Ce chiffre montre également qu'une minorité de psychiatres en exercice aujourd'hui est formée à la prise en charge de la douleur. Cet enseignement n'est en effet obligatoire dans le tronc commun que depuis seulement 4 ans. De plus, les formations à la douleur dans le cadre de la FMC ne sont pas choisies prioritairement par les psychiatres qui privilégient les pathologies de leur spécialité.

Le faible taux d'implication et d'intérêt du personnel hospitalier rend donc la création du CLUD au sein d'un CHS difficile.

- *75% des chefs de service estiment que leurs équipes ne sont pas formées à la prise en charge de la douleur*

La plupart des psychiatres pensent être mieux formés que leurs équipes à la douleur, cela dénote la méconnaissance des chefs de service de psychiatrie dans les compétences somatiques qui existent au sein de leurs propres services. En effet, les infirmiers ont une formation somatique plus récente et plus appliquée que les médecins. Cela traduit donc un manque de cohésion dans les équipes psychiatriques pour la prise en charge somatique des patients psychotiques.

- *Seulement 30% des patients psychotiques sont suivis régulièrement par un médecin traitant*

Ce résultat montre qu'il y a indéniablement un défaut de prise en charge et de suivi somatique de ces patients (par opposition au suivi psychiatrique) alors qu'ils présentent une morbidité somatique et une mortalité précoce accrue. Leur espérance de vie est diminuée de 9 à 12 ans. Il faut savoir par exemple que le syndrome métabolique qui comprend une dyslipidémie, une obésité et une augmentation de la glycémie est fréquent chez les schizophrènes et contribue à majorer le risque de diabète et de maladies cardio-vasculaires. Il est essentiel de contrôler les facteurs de risque métabolique chez ces patients.



- *68% des psychiatres formés à la douleur n'utilisent pas l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), qui est pourtant l'outil de prédilection dans l'évaluation de la douleur du patient.*
En découlent 2 questions. Quel est l'impact réel et l'utilité de la formation à la douleur chez les psychiatres ? L' EVA est-elle un outil adapté à l'évaluation de la douleur chez les patients psychotiques ?
- *55% des pharmaciens sont tout à fait favorables à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique contre 23% des psychiatres*
Le fait que la totalité des psychiatres n'y soit pas favorable peut s'expliquer par le fait qu'il y aurait confusion entre l'usage des opioïdes forts à visée antalgique et l'addiction à la morphine : déformation professionnelle.
- *Aucun avis tranché n'existe quant à une possible action antalgique des médicaments antipsychotiques utilisés notamment chez les schizophrènes.*
Des études sont nécessaires pour préciser cette inconnue, comme cela a été fait avec les médicaments anti-dépresseurs, dans l'intérêt premier des patients schizophrènes mais aussi dans l'intérêt potentiel de tous les individus douloureux.

Méthodologie :

- Le questionnaire a été rédigé par un groupe de pilotage, rassemblant des psychiatres, des pharmaciens et des algologues (médecins spécialistes de la douleur).
- Il a été envoyé en novembre 2005 à 811 chefs de service de psychiatrie des CH et des CHS (psychiatrie adulte) ainsi qu'à 203 chefs de service de pharmacie des CHS.
- Une lettre d'introduction signée du Pr Charles-Siegfried Peretti, du Dr Eric Serra et d'Isabelle de Beauchamps (pharmacien d'un CHS) accompagnait ce questionnaire.
- L'ensemble des 11 questions posées, à réponses fermées, évoquait l'opinion des répondeurs sur la qualité de la prise en charge de la maladie mentale et des troubles somatiques associés, sur la formation, sur les pratiques d'évaluation et de traitement de la douleur.

Les psychiatres et les soignants ne sont pas toujours conscients de la nécessité de prendre en charge les douleurs somatiques et se sentent démunis : ils sont peu ou pas formés et manquent d'outils adaptés à l'évaluation de la douleur (échelle) et au suivi du patient psychotique (protocoles antalgiques). Cette étude présente le premier état des lieux sur cette problématique.

Le Dr Eric Serra est psychiatre, responsable de la consultation de la douleur au CHU d'Amiens depuis 2000. L'originalité de ce service est que cette consultation est la seule en France à être dirigée par un psychiatre au sein d'un CHU.

Ses domaines de prédilection sont la psychologie de la douleur : aspects psychologiques ou psychiatriques de la douleur. Le Dr Serra est également spécialisé dans la fibromyalgie, syndrome caractérisé par des douleurs chroniques diffuses.



Le point de vue du somaticien

La douleur, un aspect à ne pas négliger dans la prise en charge des patients psychotiques. Attentes et perspectives

Le Dr Saravane apporte son éclairage de somaticien aux principaux résultats de l'enquête de l'Institut UPSA de la Douleur

- *1^{er} constat : 70% des hôpitaux psychiatriques n'ont pas de CLUD.*

Ces comités se heurtent à l'indifférence générale des hôpitaux psychiatriques.

En pratique, pour y remédier, un CLUD inter-établissements peut être tout à fait satisfaisant, lorsque des hôpitaux psychiatriques sont voisins par exemple. On peut également envisager la création de CLUD communs entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques, sous réserve d'une bonne communication entre les deux types d'établissement. Cette collaboration est essentielle car d'une façon plus générale, en dehors de la prise en charge de la douleur, la prise en charge de la pathologie organique d'un patient psychotique par un hôpital général n'est pas toujours évidente. Par exemple, un simple IRM peut poser de grandes difficultés avec un patient psychotique. L'examen, réalisé dans un tube dans lequel le patient est allongé, peut provoquer des crises chez un patient psychologiquement fragile. Parfois, l'examen est reporté, voire annulé, car il serait trop traumatisant pour le patient.

- *2^e constat : 75% des chefs de service estiment que leurs équipes ne sont pas formées à la prise en charge de la douleur.*

La prise en charge de la douleur est une priorité en anesthésie, aux urgences... Elle n'est pas une priorité en psychiatrie mais devrait être une nécessité de base.

Il faut progressivement former les professionnels de santé des services de psychiatrie à la prise en charge de la douleur : formation initiale et continue. En effet, l'expression de la douleur et son évaluation chez le patient psychotique est plus difficile que chez d'autres. Leur fonctionnement propre, parfois même leur traitement, peut rendre cette expression difficile voire impossible pour certains patients. Les neuroleptiques mettent par exemple les patients dans un état d'indifférence qui rend l'évaluation de la douleur très difficile, certains antidépresseurs ont des propriétés antalgiques...

Dans le cadre de leur travail, les psychiatres sont confrontés à des souffrances psychiques, ce à quoi ils ont été formés. S'il y a effectivement un manque d'intérêt des psychiatres à la prise en charge de la douleur, un manque de temps, ou des problèmes de sous-effectifs, la prise en charge des souffrances somatiques peut être remise à des équipes spécialisées en somatique, selon le Dr Djéa Saravane.

- *3^e constat : seulement 30% des patients psychotiques sont suivis régulièrement par un médecin traitant.*

Les patients psychotiques ont une espérance de vie diminuée de 9 à 12 ans par rapport à la population générale. En dehors du suicide, il existe une surmortalité importante liée à des causes naturelles, des pathologies organiques non détectées et non prises en charge : les pathologies cardiovasculaires, le diabète, les pathologies infectieuses, le cancer... alors que les traitements existent et sont disponibles ! Les études Ricava et Star¹ ont démontré que 2/3 des patients admis dans une unité psychiatrique en Espagne ont un diabète non détecté

¹ Hanssens L, Biro E, Dillenschneider A, Spitzerova H, Mcquade R, Iwamoto T. Reasons for participation and preference of medicine in community-treated schizophrenic patients in a naturalistic setting (Schizophrenia Trial of Aripiprazole: STAR Study). Presented at the 14th European Congress of Psychiatry (AEP) 2006.



et que près de 85% d'entre eux souffrent d'hypertension. Cela pose un problème éthique. Ces pathologies sont par nature trop éloignées des problématiques des psychiatres. Face à une plainte douloureuse, ceux-ci vont forcément passer la douleur au crible de leur spécialité : est-ce une douleur somatique ou un délire hypochondriaque ? Cette double question parasite la bonne prise en charge somatique du patient.

- Le Dr Djéa Saravane œuvre donc pour généraliser la création de services de médecine polyvalente dans les hôpitaux, pour la prise en charge des soins somatiques. Ce service est transversal : tous les patients admis dans l'hôpital sont examinés par un médecin de ce service, qui a pour rôle de détecter des pathologies somatiques ou des comportements à risque au niveau nutritionnel ou sexuel. L'ensemble des informations est consigné dans le dossier du patient, qui le suit tout au long de son séjour (généraliste, psychiatre...).
- Une des solutions proposées pour remédier à cet état de fait est d'orienter les patients :
 - vers les CLUD des CH ;
 - vers les centres municipaux de santé, souvent débordés ;
 - vers des médecins de ville sensibilisés aux pathologies psychiatriques, informés des co-morbidités organiques fréquentes chez les psychotiques et acceptant des patients démunis avec une carte CMU. Cela implique une bonne transmission de l'information entre le psychiatre et le médecin avec notamment le transfert du compte-rendu d'hospitalisation, qui reprend le traitement du patient.
- *4^e constat : 68% des psychiatres formés à la douleur n'utilisent pas l'EVA, pourtant outil de prédilection dans l'évaluation de la douleur du patient.*

Il existe de nombreux outils pour évaluer la douleur qui sont non spécifiques aux psychotiques. Ils sont classés en deux catégories, les auto-évaluations et les hétéro-évaluations :

- les auto-évaluations regroupent essentiellement l'EVA, l'échelle numérique et l'échelle verbale simple ;
- les hétéro-évaluations représentent des outils tels que le QDSA (Questionnaire de Douleur de Saint-Antoine) qui prend en compte les composantes affectives, émotionnelles, et le Doloplus.

Pour les psychotiques, l'EVA n'est pas toujours adaptée, notamment lorsqu'ils sont en crise ou lorsqu'ils présentent des troubles graves de la communication (comme les personnes âgées, démentes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou ayant des troubles du comportement). Les équipes doivent souvent combiner plusieurs approches. Le Dr Djéa Saravane travaille en ce sens à l'élaboration d'un outil combinant plusieurs échelles.

- *5^e constat : 55% des pharmaciens sont tout à fait favorables à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique contre 23% des psychiatres.*

Dans les hôpitaux psychiatriques, le pharmacien est celui qui reste le plus conscient des problématiques non spécifiquement psychiatriques, car il voit la consommation des médicaments utilisés (médicaments cardiovasculaires, antalgiques...). Il est donc souvent un des promoteurs de la mise en place de CLUD. C'est un accompagnateur qui peut apporter son expertise. Le pharmacien a un rôle clé car il suit la consommation des antalgiques dans les hôpitaux, et en psychiatrie il est souvent un des seuls à avoir cette compétence.

Il gère notamment la consommation des opioïdes forts par les toxicomanes. Il y a, en France, une confusion entre la drogue et les opioïdes forts utilisés contre la douleur, du fait que c'est parfois la même substance. Il existe une surveillance très forte autour des opioïdes, exercée par de nombreux contrôles au niveau de la consommation, du stockage et de la prescription de ces substances. Cette surveillance est sous la responsabilité du pharmacien.



La mise en place de protocoles de traitements antalgiques des patients psychotiques n'est pas, pour le Dr Djéa Saravane, une priorité : il faut d'abord que le personnel soignant soit formé, car il existe différents types de douleur (nociceptive, neurogène...). Localement la mise en place de protocoles simples, avec les antalgiques des paliers 1 et 2, est une bonne chose, en attendant que le médecin puisse évaluer l'état du patient, mais la généralisation de ce type de protocoles est dangereuse, car il faut d'abord former l'équipe médicale. En effet, il faut savoir que tous les types d'antalgiques peuvent être utilisés avec les patients psychotiques, même la morphine, en faisant attention aux interactions médicamenteuses. La prescription de morphine doit être faite en tenant compte des effets indésirables. La pharmacodépendance est minime pour la morphine utilisée comme analgésique.

La douleur a une incidence importante sur le vécu de la maladie psychiatrique et est insuffisamment prise en charge. La nécessité de développer de nouveaux outils : échelles d'évaluation spécifiques, protocoles antalgiques... et de nouvelles organisations des soins pour les psychotiques est grande, en particulier dans les CHS.

Une enquête complémentaire auprès des soignants vient appuyer les résultats de l'enquête menée par l'Institut UPSA de la Douleur

Menée par le Comité National de Pilotage de la Douleur en Santé Mentale dirigé par le Dr Djéa Saravane. Ces questionnaires, rédigés par l'ensemble des membres du comité, ont été adressés aux soignants des hôpitaux psychiatriques, pour répondre sur 3 points :

- les professionnels de santé sont-ils sensibilisés à la douleur ?
- quels types de médicaments sont utilisés dans les services de psychiatrie ?
- les professionnels de santé de ces services suivent-ils des formations spécifiques sur la douleur ?

Il y a eu 349 réponses exploitables.

Résultats :

- Le premier constat est que les répondants majoritaires sont les infirmières (60%) et les répondants minoritaires sont les médecins (6%). Selon le Dr Djéa Saravane, cela montre que les infirmières se sentent beaucoup plus concernées que les médecins sur la problématique de la douleur.
- L'étude montre que la douleur n'est pas prise en charge dans la moitié des cas, en raison de :
 - l'absence de prise en charge de la douleur dans le service ;
 - la non expression de la douleur par le patient ;
 - l'absence de considération de la plainte douloureuse par l'équipe médicale...



- Dans 70 pharmacies de services de psychiatrie, les principaux médicaments retrouvés sont des antalgiques faibles et des anti-inflammatoires.
Dans 43 pharmacies, il n'y avait que des antalgiques faibles (paracétamol...).
10% seulement des pharmacies avaient en stock à la fois des antalgiques faibles, des anti-inflammatoires et des antalgiques forts (morphine...).
- Enfin, plus de 68% des personnels soignants n'ont pas fait de demande de formation sur le thème de la douleur : les demandes de formation dans les équipes psychiatriques sont rares.

La douleur, lorsqu'elle est détectée par l'infirmière, n'est pas suivie d'une prescription d'antalgique. Les infirmières sont mieux formées que les médecins à la prise en charge de la douleur dans leur cursus initial pour lever, entre autres, le frein de l'utilisation de la morphine. Dans les hôpitaux psychiatriques, la méconnaissance de la morphine et la dépendance qu'elle peut engendrer, en tout cas dans l'imaginaire collectif, entraînent un boycott de son utilisation comme antalgique.

Le Dr Djéa Saravane est somaticien, « praticien hospitalier en médecine polyvalente » et algologue (médecin de la douleur). Il dirige le service de médecine polyvalente à l'hôpital de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne, qui est le plus grand centre hospitalier psychiatrique de France, avec 18 secteurs : 15 en psychiatrie adulte et 3 en psychiatrie infantile.

Le Dr Djéa Saravane est également Président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, fondée en 2002 - <http://anp3sm.site.voila.fr>. Celle-ci a été initiée par la conférence nationale des Présidents des CME des hôpitaux psychiatriques. C'est donc une association professionnelle multidisciplinaire qui regroupe des psychiatres, des somaticiens, des infirmières, des pharmaciens...

Le rôle de cette association est de promouvoir des soins somatiques de qualité à tous les usagers en santé mentale, d'organiser une représentation auprès des autorités de tutelles, de promouvoir le rôle de la médecine polyvalente et d'ouvrir une réflexion au niveau des pratiques qui sont assez spécifiques (comparé à la médecine de ville).

L'association organise, entre autres, un congrès national annuel pour sensibiliser les professionnels des services des hôpitaux psychiatriques et est aujourd'hui à l'initiative de cette 1^{re} journée nationale "Douleur et santé mentale". Sera créée pendant cette journée du 7 décembre, la Fédération des CLUD et dispositifs associés des hôpitaux psychiatriques (publics, privés, participants au service public), de composition pluridisciplinaire.

Cette fédération aura pour objectifs :

- de porter le message de la douleur dans ces hôpitaux et de sensibiliser le personnel soignant ;
- de former et d'informer les professionnels de santé ;
- d'intégrer la douleur dans l'approche globale du patient en santé mentale ;
- de réfléchir et de promouvoir des outils d'évaluation spécifique de la douleur pour cette population et proposer un traitement antalgique adapté, y compris les morphiniques ;
- et de travailler en réseau avec les CLUD des CHU, hôpitaux généraux de proximité.

Cette fédération va travailler en collaboration étroite avec les sociétés savantes, les associations et aura un partenariat privilégié avec l'Institut UPSA de la Douleur.



Le point de vue du patient¹

Claude Finkelstein est une de ces « ex-patientes », que la FNAP Psy a aidé à sortir de la dépression. Elle sait combien le soutien des pairs est décisif pour sortir de cette maladie.

Claude Finkelstein est tombée malade en 1989, à la suite de graves difficultés conjugales. Ignorant tout de la psychiatrie et de la dépression qui la touchait, elle a erré de généraliste en généraliste, qui n'ont su lui prescrire que des antidépresseurs sans effet sur sa maladie mais dont les effets secondaires aggravaient son état : prise de poids, douleurs musculaires, accès de violence... Pendant des semaines, elle a vécu recluse dans son appartement avec sa fille de 5 ans, vivant uniquement au rythme des entrées et sorties d'école. Elle décrit son état comme un « œuf de verre épais dans lequel on est enfermé. Vous voyez au travers, c'est légèrement déformant, mais vous n'entendez rien. Et personne ne peut vous toucher ».

Le salut est venu d'un psychiatre qui a su la soigner. En 1995, il l'oriente vers « Le fil retrouvé », une association de patients et d'ex-patients qui ont su la soutenir et l'aider à sortir de sa dépression. Claude Finkelstein retrouve alors un sens à sa vie, reprend les études et décide de s'engager dans le combat des patients en psychiatrie. Progressivement, sa voix se fait entendre. Elue présidente de la FNAP Psy, elle donne une nouvelle orientation à la fédération en s'alliant aux psychiatres de la Conférence des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement (CPCME), ainsi qu'aux familles de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques). La charte des usagers en santé mentale, disponible sur le site de la fédération, traduit la ligne de conduite que Claude Finkelstein et les membres de la fédération ont donné à leur action : la reconnaissance des patients en psychiatrie.

L'engagement de la FNAP Psy

Cette fédération a été créée il y a douze ans et regroupe aujourd'hui 4500 adhérents dans 54 associations sur l'ensemble de la France. La FNAP Psy a pour vocation de regrouper les associations de patients ou ex-patients en psychiatrie, d'accueillir les personnes ayant été soignées en psychiatrie et les orienter vers les associations capables de les aider. Elle a également pour objectifs de faciliter l'action et d'aider à la création de nouvelles associations.

En effet, se regrouper en associations permet aux patients ou ex-patients de sortir de l'isolement, de reprendre petit à petit goût à faire des choses. Cela permet également de démystifier la maladie mentale auprès de l'opinion publique et de l'entourage des malades, en diffusant l'information auprès du public.

La douleur, un aspect à ne pas négliger dans la prise en charge des patients psychotiques

L'association se bat pour la reconnaissance du patient psychiatrique comme une personne à part entière. Dans sa charte, c'est même le premier point abordé. Le deuxième est la souffrance des « usagers en santé mentale », et insiste sur l'importance de la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique de la maladie. Cette dimension doit être une préoccupation constante de tous les intervenants. Selon la FNA-Psy, les professionnels de santé doivent travailler en réseau, afin d'échanger les informations utiles concernant l'usager et d'optimiser la prise en charge médicale et sociale. Cela passe notamment par une bonne coordination psychiatre-médecin traitant.

Claude Finkelstein est Présidente de la FNAP Psy, Fédération Nationale des Associations d'(ex)patients en Psychiatrie, depuis 1998.

FNAP Psy • 3, rue Evariste Galois 75020 Paris • Tél. : 01.43.64.85.42 • www.fnappsy.org

¹ D'après un article de Cécile Prieur, Le Monde, 10/10/05

Définitions



Qu'est ce qu'un patient psychotique ?

Le patient psychotique est un sujet qui présente un trouble mental caractérisé par une désorganisation de la personnalité, une altération du sens du réel et un possible délire.

La psychose se manifeste par la survenue d'« épisodes psychotiques » qui se traduisent par une altération du sens du réel et un délire. L'épisode est de durée variable et vécu avec une absence de conscience de l'état pathologique. Actuellement, le terme de psychose est réservé aux maladies mentales non organiques à symptomatologie principalement psychologique : schizophrénie, psychoses aiguës et délires chroniques. Les patients psychotiques sont à 90% des schizophrènes. Les schizophrènes représentent environ 1% de la population, soit 600 000 personnes en France. La dépression n'est pas une maladie psychotique. C'est un trouble très commun, un événement de vie qui peut survenir sur n'importe quelle personne. Un patient psychotique peut faire une dépression, mais les dépressifs ne sont pas des psychotiques.

Qu'est ce qu'un patient souffrant de schizophrénie?

C'est un sujet qui présente une dissociation (et une discordance) affective, intellectuelle et motrice, avec perte de l'unité de la personnalité, rupture du contact avec la réalité, tendance à s'enfermer dans un monde intérieur et un délire habituellement flou et illogique.

Comment définit-on la douleur ?

Le mot douleur vient directement du latin *dolorem* « souffrance physique ou morale ». Désignant à la fois sensation, émotion, perception, affect, indice, signe ou symptôme, le mot « douleur » exprime la souffrance dans sa dimension tant physique que psychique. Il est souvent proposé de réserver le mot « souffrance » à la douleur psychique afin de conserver au mot « douleur » le soin de désigner son aspect proprement nociceptif (du latin *nocere*, nuire et *capere*, prendre : tout ce qui capte les excitations douloureuses).

Les composantes de la douleur

- **Sensorielle** : les mécanismes nerveux permettent le décodage de la qualité, de l'intensité et de la localisation des messages nerveux.
- **Affective et émotionnelle**
- **Cognitive ou intellectuelle** : selon son attention, son interprétation, ses références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées.
- **Comportementale** : manifestations verbales et non verbales de la personne qui souffre.
- **Socio-économique**
- **Culturelle et ethnique**
- **Religieuse**



Comment dissocier douleur psychique et douleur somatique ?

Il est en effet difficile de dissocier douleur psychique et douleur somatique. La définition médicale de la douleur regroupe les deux notions : « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire actuelle ou potentielle ou décrite dans les termes d'une telle lésion* ».

La douleur psychique peut être définie comme une douleur morale : tristesse, angoisse. C'est la douleur que nous avons quand nous perdons un être cher, quand nous sommes dépressifs... Ce sont là des mécanismes purement psychologiques, qui ne sont pas rattachés au corps.

La douleur somatique est une douleur physique, caractérisée par un excès de nociception.

Qu'est-ce que l'EVA ou Echelle Visuelle Analogique ?

C'est une échelle numérique qui doit aider à mesurer la douleur. Elle est basée sur une échelle allant de 1 à 10 : 1 pour absence de douleur et 10 pour douleur insupportable. Le patient donne une valeur numérique estimée de l'intensité douloureuse ressentie. On pourrait la définir comme un thermomètre de la douleur.

Qu'est-ce qu'un CHS ?

L'acronyme CHS, pour Centres Hospitaliers Spécialisés en psychiatrie, désigne usuellement les hôpitaux psychiatriques. On distingue :

- les Centres Hospitaliers (CH), qui regroupent des hôpitaux généraux et des hôpitaux spécialisés, notamment en psychiatrie ;
- les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ;
- les hôpitaux privés Participants au Service Public Hospitalier (PSPH) ;
- les cliniques.

Les hôpitaux de Paris (APHP) et de Marseille ont leur propre organisation.

Qu'est-ce qu'un CLUD ?

C'est un Comité de LUtte contre la Douleur. Au sein de l'hôpital, le « Plan douleur de 1998 », lancé par Bernard Kouchner, a favorisé la création des CLUD. Ce sont des comités de concertation, de réflexion, d'organisation des soins autour de la douleur. Ils sont pluridisciplinaires et ont des missions autour de l'évaluation des besoins, de la satisfaction des usagers, de la consommation d'antalgiques, de la rédaction des protocoles, de l'état de la formation et des besoins en formation des professionnels de santé.

La composition idéale d'un CLUD est une parité entre médecins et infirmiers, avec un représentant de l'administration, un pharmacien, le responsable de la consultation de la douleur s'il existe et le responsable des soins palliatifs s'il existe. Sans être obligatoire, le CLUD est devenu un élément incontournable de l'amélioration de la qualité des soins.

En 2003, 70% des CH en France disposaient d'un CLUD, hors centres psychiatriques. Par extrapolation des chiffres, aujourd'hui presque 100% des CH auraient un CLUD, ce qui ne signifie pas que la structure soit fonctionnelle. Pour que le CLUD soit reconnu aujourd'hui, l'accréditation des établissements de santé nécessite qu'il prouve son utilité, à travers des comptes-rendus d'activités, des protocoles rédigés...

En revanche, 30 % seulement des CHS disposent d'un CLUD en 2006.



Quelle classification pour les traitements antalgiques ?

L'O.M.S. a proposé de classer les antalgiques en trois niveaux. Cette échelle permet une hiérarchie des analgésiques en fonction de leur niveau de puissance et de leur rapport avantages / inconvénients. Même si cette échelle a été élaborée dans le cadre de la prise en charge des douleurs d'origine cancéreuse, elle permet à tout praticien de se référer à une classification opérationnelle dès lors qu'il doit traiter une douleur sur le plan symptomatique.

- **Niveau 1 (douleurs légères à modérées)** : analgésiques non morphiniques, appelés aussi, à tort, analgésiques périphériques ou mineurs. Ils sont représentés par le paracétamol, l'aspirine et les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (A.I.N.S.).
- **Niveau 2 (douleurs modérées à sévères)** : agonistes morphiniques faibles. Le niveau 2 est constitué d'associations entre analgésiques de niveau 1 et analgésiques morphiniques *faibles* : dextropropoxyphène et codéine.
- **Niveau 3 (douleurs intenses)** : regroupement des agonistes morphiniques forts (opioïdes forts dont la morphine, péthidine, dextromoramide) et des agonistes antagonistes (pentazocine et nalbuphine). On distingue le niveau 3a quand les agonistes morphiniques forts sont administrés par voie orale et le niveau 3b quand ils le sont par voie parentérale ou centrale.

Vraies/fausses notions



- **La douleur est aujourd'hui mieux prise en compte dans la médecine française : VRAI**

Après 10 ans d'évolution des mentalités, la douleur est désormais considérée comme un symptôme à traiter à tous les âges de la vie. Cette prise en charge de la douleur fait partie intégrante des critères de qualité de soins.

Face à ce changement de comportement, le soulagement de la douleur est devenu un enjeu de santé publique. Il justifie le développement d'une politique nationale en faveur de la lutte contre la douleur (organisation de structures de soins, amélioration de la prise en charge des malades en souffrance, amélioration de l'utilisation des traitements...).

Ainsi, en 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. En 2004, le rapport annexé à la loi relative à la santé publique inscrit la lutte contre la douleur parmi les 100 objectifs des 5 prochaines années. La loi du 22 avril 2005, relative au droit des malades et à la fin de vie, et ses décrets publiés en février 2006 font du soulagement de la douleur une priorité de l'accompagnement de la fin de vie. Par contre, elle ne l'est pas en psychiatrie.

- **Les patients psychotiques sont des personnes qui ne souffrent pas : FAUX**

Ce sont des malades qui souffrent comme les autres. Mais l'évaluation de leur douleur est une problématique récente. Bien que tout individu soit capable d'exprimer sa douleur, à sa façon (le plus souvent par la parole), il faut savoir que les patients psychotiques n'ont pas la même expression de la douleur que les autres.

Quand un patient psychotique ne maîtrise pas la parole, il est forcément plus difficile de déceler sa douleur. Quand elle est décelée, elle est parfois difficile à évaluer. Certains traitements diminuent l'expression de la douleur. Par exemple, certains antidépresseurs ont des propriétés antalgiques. Les neuroleptiques quant à eux mettent les patients dans un état d'indifférence. Il est alors important d'observer, d'interroger... Ce qu'on appelle la clinique dans le vocabulaire médical. Le changement de comportement d'un patient stabilisé est souvent la manifestation d'une pathologie organique douloureuse.

- **La formation seule suffit à maîtriser la gestion de la douleur : FAUX**

Beaucoup de professionnels de santé le pensent. Cette formation initiale ne suffit pas, elle doit être continue et prise en compte dans la pratique médicale. L'évaluation de la douleur est complexe (des échelles spécifiques n'existent pas) tout comme la prise en charge et le suivi (le patient psychotique n'exprime pas toujours sa douleur).

- **La morphine à visée antalgique entraîne une dépendance : FAUX**

La morphine donnée dans les traitements antalgiques ne procure pas les mêmes effets que la morphine utilisée par les toxicomanes, car ces médicaments existent sous des formes galéniques à libération prolongée qui empêchent l'effet « flash ». La morphine administrée dans le cadre d'un traitement médical à visée antalgique présente peu de risques de dépendance. Quand elle est administrée pour une période courte, elle s'arrête sans difficultés particulières. Quand elle est prescrite sur une période longue, cela se fait sous contrôle médical.

Être toxicomane ou ancien toxicomane ne représente par une contre-indication absolue à la prescription de morphine à visée antalgique.

Questionnaire:



« LA DOULEUR EN SANTÉ MENTALE »

ENQUÊTE AUPRES DES PSYCHIATRES ET DES PHARMACIENS DES CENTRES HOSPITALIERS
Novembre 2005

Dans le cadre de sa réflexion sur la douleur et sa prise en charge en santé mentale, l'Institut UPSA de la Douleur vous prie de bien vouloir répondre à ce questionnaire et de le retourner **avant le 15 décembre 2005**.

Par courrier à :

**Institut UPSA de la Douleur
3 rue Joseph Monier
92506 Rueil-Malmaison cedex**

ou

Par fax au :

01 58 83 89 01

Votre Profil :

- Vous exercez : dans un CH(S) dans un CH(G)-CHU
 Vous êtes : un psychiatre un pharmacien
 Votre année de thèse :

1- Pensez-vous que la prise en charge de la maladie mentale en France soit satisfaisante ?

- oui, tout à fait non, pas suffisamment
 oui, plutôt non, pas du tout

2- Pensez-vous que la prise en charge des troubles somatiques, chez les patients souffrant de troubles psychiques, soit satisfaisante ?

- oui, tout à fait non, pas suffisamment
 oui, plutôt non, pas du tout

3- Vos patients psychotiques chroniques sont-ils tous suivis régulièrement par un médecin traitant ?

- oui non partiellement je ne sais pas

4- Pensez-vous que la place de la Psychiatrie est satisfaisante dans l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques ?

- oui, tout à fait non, pas suffisamment
 oui, plutôt non, pas du tout

5- Pensez-vous être formé au problème de la douleur ?

- vous personnellement
 oui, tout à fait non, pas suffisamment
 oui, plutôt non, pas du tout

- ☐ votre équipe (ou l'équipe à laquelle vous adressez vos patients)
 - oui, tout à fait
 - oui, plutôt
- non, pas suffisamment
- non, pas du tout
- ☐ les équipes de votre hôpital psychiatrique (ou de votre hôpital psychiatrique de proximité)
 - oui, tout à fait
 - oui, plutôt
- non, pas suffisamment
- non, pas du tout

6- Existe-t-il un CLUD dans votre établissement (ou dans votre hôpital psychiatrique de proximité) ?

- oui
- non
- j'ignore ce qu'est un CLUD

7- La douleur chez le patient souffrant de troubles psychiques s'évalue-t-elle et se traite-t-elle comme chez un autre individu ?

- oui
- non
- je ne sais pas

8- L'EVA (échelle visuelle analogique) est-elle utilisée ?

- ☐ par vous-même
 - oui
 - non
- j'ignore ce qu'est l'EVA
- ☐ dans votre service (ou dans le service dans lequel vous adressez vos patients)
 - oui
 - non
- je ne sais pas
- ☐ dans votre établissement (ou dans votre hôpital psychiatrique de proximité)
 - oui
 - non
- je ne sais pas

9- Êtes-vous favorable à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique ?

- oui, tout à fait
- oui, plutôt
- non, pas vraiment
- non, pas du tout

10- Pensez-vous que les neuroleptiques ou antipsychotiques possèdent une action antalgique ?

- oui
- non

11- Pensez-vous que les antidépresseurs possèdent une action antalgique ?

- oui, tous
- certains
- non, aucun

Si oui :

- ☐ via leur action thymique
 - oui
 - non
- ☐ via une action antalgique spécifique
 - oui
 - non

12- Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci de nous retourner ce questionnaire à l'Institut UPSA de la Douleur
avant le 15 décembre 2005
Tel : 01 58 83 89 94**



Contacts presse

Institut UPSA de la Douleur

Elisabeth Lavroff

01.58.83.65.52

elisabeth.lavroff@bms.com

KATANA Santé

Annie Eggermann

01.40.87.70.22

a.eggermann@katanasante.com