

La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie

Pain management in mental health care: the first nationwide survey of hospital practitioners of general psychiatry and pharmacy in France

E. Serra, D. Saravane, I. De Beauchamp, J.-C. Pascal, C.-S. Peretti, E. Boccard

Résumé : Il s'agit de la première enquête nationale sur la douleur et sa prise en charge dans le domaine de la psychiatrie. La prise en charge est à développer avec les services somatiques dans les CH et dans les CHS où les pharmaciens sont des interlocuteurs nécessaires. Les CLUD y trouvent un rôle privilégié. La sensibilisation au problème de la douleur, à sa nécessaire prise en charge et à la diffusion d'outils de formation dans ce domaine est une priorité. Des études sont souhaitables, en particulier sur les spécificités des manifestations douloureuses chez les psychotiques et sur les interactions entre traitement antalgique et antipsychotique, ainsi que sur les effets antalgiques de ces derniers.

Mots clés : Psychiatrie – Douleur – Enquête

Abstract: This is the first survey of pain management in the mental health system in France. Pain management related to psychiatric disorders must take place in psychiatric hospitals and the psychiatric units of general hospitals where pharmacists have a central responsibility and the facility's pain management committee (CLUD) plays a key role. Raising awareness about pain management (treatment, training, and assessment) is a priority,

E. Serra (✉)

Service de Consultation douleur, CHU d'Amiens, France
E-mail : serra.eric@chu-amiens.fr

D. Saravane

Service de Consultation douleur, CHS de Ville-Évrard, France

I. De Beauchamp

Service de Pharmacie, centre hospitalier spécialisé Saint-Egrève, Grenoble, France

J.-C. Pascal

Hôpital psychiatrique, hôpital Erasme, Antony, France

C.-S. Peretti

Service de Psychiatrie, CHU Saint-Antoine, Paris, France

E. Boccard

Direction de l'institut UPSA de la douleur, Rueil-Malmaison, France

and further studies are necessary to increase knowledge of the specific characteristics of pain in patients with psychosis and the effects of antipsychotic drugs on pain.

Keywords: Psychiatry – Pain – Survey

Introduction

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle » diversement associée à une lésion corporelle due à une maladie ou un traumatisme accidentel ou liée aux soins [2]. Les progrès réalisés en matière de compréhension de cette douleur et en matière de prise en charge profitent progressivement aux citoyens [5]. Quand ceux-ci sont plus faibles ou plus démunis, en raison de leur âge ou de leur handicap, il est légitime de s'interroger sur la qualité des soins que nous leur offrons [6]. Notamment, qu'en est-il de la douleur dans le champ de la santé mentale et plus précisément dans les établissements psychiatriques [10] ? En l'absence de données nationales sur le sujet, il est nécessaire d'établir un premier état des lieux [8]. Dans ce cadre, il apparaît intéressant de recueillir l'opinion des responsables médicaux de santé mentale en matière de formations dans le domaine de la douleur, de pratiques d'évaluation et de traitement de la douleur, d'organisation face à la douleur, de traitement de la douleur, ainsi que des éventuelles particularités psychiatriques en matière de douleur.

Méthodologie

Pour apprécier l'opinion des professionnels de santé, s'est imposé le choix d'une enquête par questionnaire postal, adressé entre le 10 novembre 2005 et le 15 décembre 2005, à 811 chefs des services de psychiatrie générale des centres hospitaliers (CH) et des centres hospitaliers spécialisés (CHS) ainsi qu'à 203 chefs des services de pharmacie des CHS.

Le questionnaire comportait 11 questions-réponses fermées évoquant l'opinion des répondants sur la qualité

de la prise en charge de la maladie mentale et des troubles somatiques associés, sur la formation en matière de douleur, sur les pratiques d'évaluation et de traitement de la douleur.

Ce questionnaire débutait par des rubriques concernant le lieu d'exercice, la profession et l'année de thèse du répondeur.

Les questions 1 et 2 abordaient successivement la satisfaction du répondeur en matière de prise en charge de la maladie mentale en France, et de prise en charge des troubles somatiques chez les malades mentaux.

La question 3 cherchait à mesurer le suivi régulier par un médecin traitant des patients psychotiques chroniques.

La question 4 interrogeait la place de la psychiatrie dans l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques.

La question 5 interrogeait sur la formation à la douleur : celle du répondeur, de son équipe, de l'ensemble des équipes de l'hôpital.

La question 6 interrogeait sur l'existence d'un comité de lutte contre la douleur, volontairement désigné sous l'acronyme de CLUD.

La question 7 interrogeait sur les spécificités de l'évaluation du traitement de la douleur chez un patient souffrant de troubles psychiques par rapport à un autre individu.

La question 8 concernait l'utilisation de l'échelle visuelle analogique EVA : par le répondeur lui-même, dans son service, dans son établissement.

La question 9 interrogeait sur l'acceptation par le répondeur de l'utilisation des opioïdes forts. La question 10, puis la question 11 interrogeaient successivement sur l'action antalgique des neuroleptiques ou antipsychotiques puis des antidépresseurs, pour ces derniers *via* leur action thymique ou *via* une action antalgique éventuellement spécifique. Une dernière rubrique permettait des commentaires libres.

Les répondeurs étaient invités à retourner le questionnaire par l'intermédiaire d'une enveloppe libellée à l'adresse de l'institut UPSA de la douleur (IUD) à Rueil-Malmaison. L'IUD, par son président le docteur François Boureau (19...2005), son directeur le Dr Éric Boccard et l'ensemble de son comité scientifique dont le Dr Éric Serra, était tour à tour initiateur, puis catalyseur du projet. Le questionnaire était accompagné d'un courrier présentant brièvement la démarche et cosigné par plusieurs experts de la douleur et de la santé mentale. L'institut UPSA de la douleur se chargeait de colliger les réponses et d'en exploiter les données avec les experts suscités.

Résultats

Taux de retour

La cible réelle était de 963 questionnaires, en raison de 50 retours avec la mention « n'habite plus à l'adresse

indiquée ». Ont été ainsi recensées 172 réponses, pour un taux de retour de 17,8 %.

Profil des répondants

On retrouve 68 % des répondants exerçant en CHS contre 32 % en centre hospitalier et 74 % de psychiatres contre 26 % de pharmaciens.

Questions 1 et 2

Le constat général indique que 97 répondants sur 166 réponses données, soit 58 %, estiment que la prise en charge de la maladie mentale n'est pas satisfaisante en France. Et 69 % estiment que la prise en charge des troubles somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques, n'est pas satisfaisante (Fig. 1).

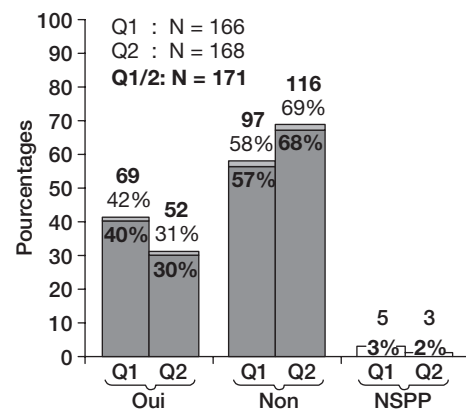


Fig. 1. Questions 1 et 2 : Q1- Pensez-vous que la prise en charge de la maladie mentale en France soit satisfaisante ? Q2- Pensez-vous que la prise en charge des troubles somatiques, chez les patients souffrant de troubles psychiques, soit satisfaisante ?

Question 3

Seuls 31 % des patients psychotiques sont suivis régulièrement par un médecin traitant (Fig. 2). D'ailleurs 29 %

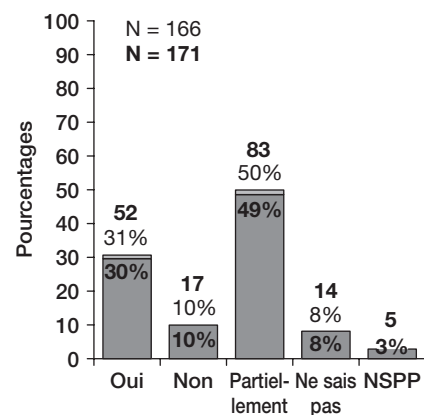


Fig. 2. Question 3 : Vos patients psychotiques chroniques sont-ils tous suivis régulièrement par un médecin traitant ?

des patients psychotiques ne sont ni suivis par un médecin traitant selon la question 3, ni par un psychiatre formé à la douleur selon la question 5.

Question 4

Soixante-quatorze pour cent des répondants estiment que la place de la psychiatrie n'est pas satisfaisante dans l'évaluation de la prise en charge de patients douloureux chroniques (Fig. 3.1). Cette insatisfaction est plus forte dans les CHS, où elle s'élève à 82 contre 70 % dans les centres hospitaliers généraux (Fig. 3.2).

Fig. 3. Question 4 : Pensez-vous que la place de la Psychiatrie est satisfaisante dans l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques ?

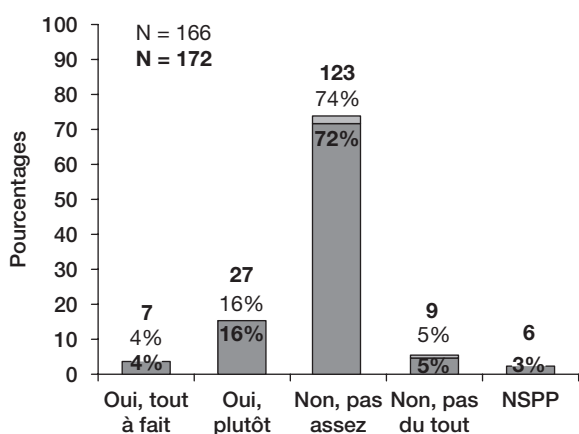


Fig. 3.1. Répartition.

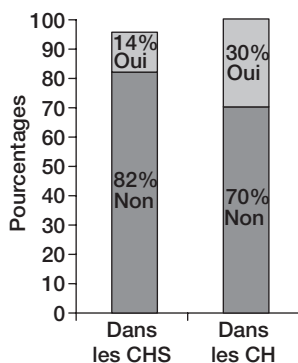


Fig. 3.2. Répartition simplifiée en fonction du lieu d'exercice.

Question 5

Parmi les répondants, 62 % (soit 106 répondants) estiment ne pas être suffisamment formés à la douleur (Fig. 4.1). Les chefs de service estiment à 75 % que leurs équipes ne sont pas formées à la douleur (Fig. 4.2).

Si 65 % des psychiatres ne s'estiment pas former à la douleur, ils sont 52 % des pharmaciens. Du coup, 48 % des pharmaciens s'estiment former à la douleur contre 39 % des psychiatres. Parmi les médecins formés à la douleur, 68 % n'utilisent pas l'échelle visuelle analogique EVA.

Fig. 4. Question 5 : Pensez-vous être formé au problème de la douleur ?

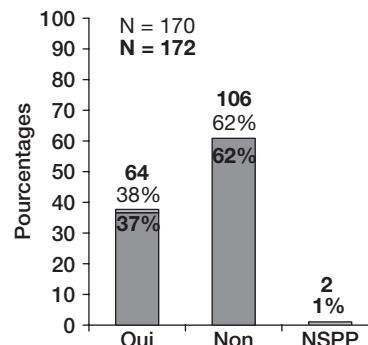


Fig. 4.1. Vous ?

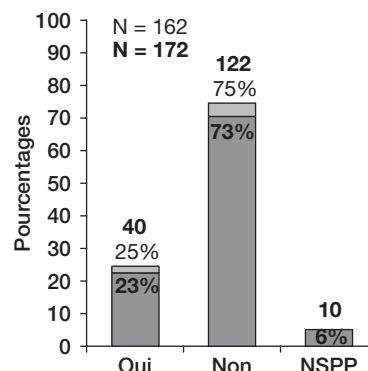


Fig. 4.2. Votre service ?

Question 6

Dans 70 % des CHS, les répondants n'ont pas connaissance de l'existence d'un CLUD. En revanche, 44 centres hospitaliers sur 47 disposent d'un CLUD. L'acronyme « CLUD » n'était pas expliqué : 13 % des médecins ignorent ce qu'est un CLUD, aucun des pharmaciens ne l'ignore (Fig. 5).

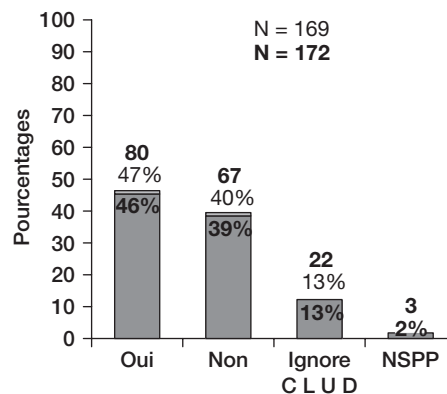


Fig. 5. Question 6 : Existe-t-il un CLUD dans votre établissement (ou dans votre hôpital psychiatrique de proximité) ?

Question 7

Parmi les interrogés, 54 % estiment que la douleur chez le patient souffrant de troubles psychiques ne s'évalue pas, ne se traite pas comme chez un autre individu. Pour 26 % d'entre eux, elle s'évalue et se traite de la même manière (Fig. 6).

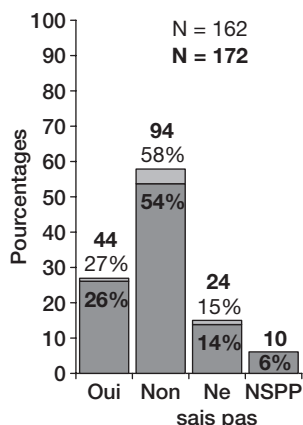


Fig. 6. Question 7 : La douleur chez le patient souffrant de troubles psychiques s'évalue-t-elle et se traite-t-elle comme chez un autre individu ?

Question 8

Seuls 16 % des psychiatres utilisent l'EVA, 68 % ne l'utilisent pas et 16 % ignorent ce qu'est l'EVA (Fig. 7). On utilise l'EVA dans 15 % des services de psychiatrie générale des CHS et dans 18 % des services de psychiatrie générale des CH et l'on ignore ce qu'est l'EVA dans 15 % des services de CHS contre 20 % des services de CH. L'âge du PH répondeur n'apparaît pas comme un facteur influençant l'utilisation de l'EVA.

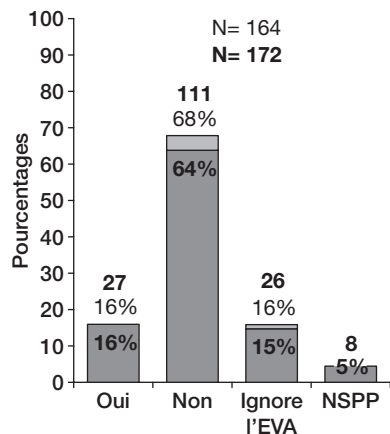


Fig. 7. Question 8 : L'EVA (échelle visuelle analogique) est-elle utilisée ?

Question 9

Si 55 % des pharmaciens sont tout à fait favorables à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique, seulement 23 % des psychiatres le sont (Fig. 8). Mais au total,

85 % des répondants sont plutôt favorables ou tout à fait favorables à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique.

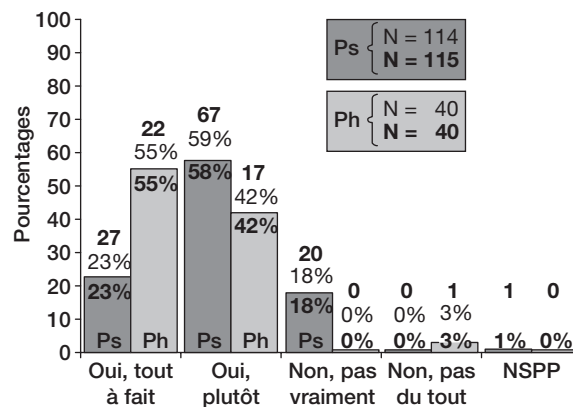


Fig. 8. Question 9 : Êtes-vous favorable à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique ?

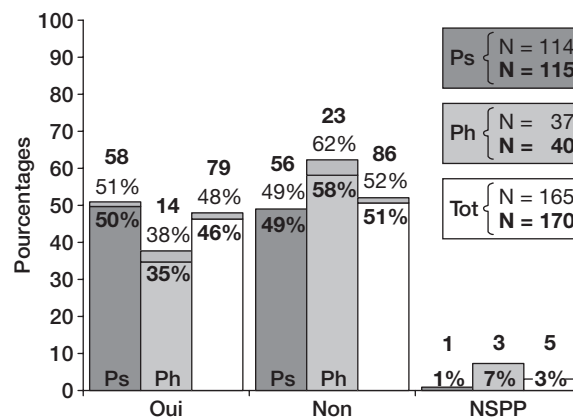


Fig. 9. Question 10 : Pensez-vous que les neuroleptiques ou antipsychotiques possèdent une action antalgique ?

Question 10

Quarante-neuf pour cent des psychiatres estiment que les neuroleptiques ou antipsychotiques ne possèdent pas d'action antalgique contre 62 % des pharmaciens (Fig. 9).

Question 11

Si 10 % des répondants estiment que tous les antidépresseurs possèdent une action antalgique, ils sont 83 % à penser que cela ne concerne que certains antidépresseurs (Fig. 10.1). Leur action antalgique est associée à leur action thymique pour 75 % des répondants, mais aussi par une action antalgique spécifique pour 89 % des répondants (Fig. 10.2).

NB : le pourcentage en maigre réfère au nombre de réponses exprimées ; le pourcentage en gras réfère au nombre de réponses totales (abstenues comprises) ; NSPP : ne s'est pas prononcé ; Ps : psychiatre ; Ph : pharmacien.

Fig. 10. Question 11 : Pensez-vous que les antidépresseurs possèdent une action antalgique ?

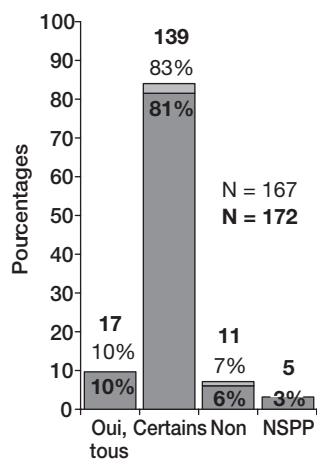


Fig. 10.1. Répartition.

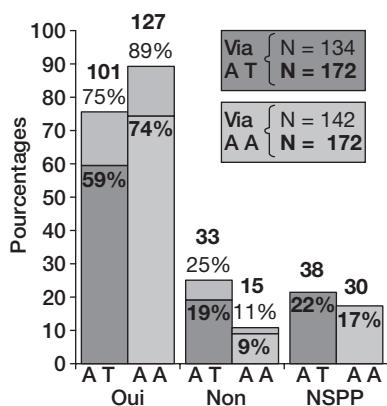


Fig. 10.2. Via une AT (action thymique) ; via une AA (action antalgique).

Discussion

Il s'agit de la première enquête nationale sur la douleur et sa prise en charge dans le domaine de la psychiatrie.

Le taux de réponse est considéré comme satisfaisant.

La prise en charge de la maladie mentale est estimée insatisfaisante par ceux-là mêmes qui l'effectuent. Cette morosité est encore plus marquée pour la prise en charge des troubles somatiques chez les patients souffrant de maladie mentale. Une minorité des patients psychotiques est suivie régulièrement par un médecin traitant. Les troubles somatiques et, en particulier la douleur, ne nécessiteraient-ils pas une place dans le cadre de la réflexion concernant les troubles mentaux et leur prise en charge dans notre pays [5,6] ?

Si les deux tiers des psychiatres reconnaissent ne pas être formés au problème de la douleur, ils sont un tiers à exprimer une opinion favorable concernant leur niveau de formation. Une enquête d'opinion ne reflète toutefois pas la réalité des connaissances. Cela peut être particulièrement inquiétant dans le domaine de la douleur, car la

méconnaissance de ces limites expose les professionnels à une incompétence à l'égard de la douleur, réalisant en quelque sorte une anosognosie de la douleur de l'autre. Or, les psychiatres interrogés sont tous issus d'études médicales dans lesquelles la douleur n'avait aucune place. Au contraire, il apparaît chez les professionnels de santé les plus récemment formés que ceux qui sont parmi les mieux formés avouent le plus volontiers l'insuffisance de leurs compétences à l'égard de la douleur des autres [9]. Les chefs de service se montrent même plus sévères à l'égard de leurs équipes en termes de formation qu'à leur propre égard. N'est-ce pas le contraire dans un collectif soignant puisque les compétences diverses viennent se compléter ?

L'inquiétude peut s'accroître quand l'on constate que 68 % des formés à la douleur n'utilisent pas l'EVA. Quel est l'impact réel des formations [9] ? Ou bien encore l'EVA est-elle un outil adapté à la pratique de la santé mentale ? Notamment chez les patients psychotiques chroniques ou déficitaires ?

Une majorité de CHS ne dispose pas encore de CLUD. La réalité est peut-être encore plus sombre puisqu'habituellement ce sont plutôt les personnes les plus concernées par une enquête et les plus aptes à répondre qui y répondent. Les pharmaciens connaissant tout ce qu'est qu'un CLUD, ne serait-il pas utile de s'appuyer sur cette catégorie professionnelle pour initier et animer ces structures au sein des CHS ?

Savoir si la douleur chez le patient souffrant de troubles psychiques s'évalue et se traite comme chez un autre individu est une question ambiguë. D'un point de vue éthique, humaniste, tout citoyen a le droit à une prise en considération pleine de toutes ses souffrances. Toutefois, d'une façon plus technique, les troubles de la communication, tels qu'ils peuvent apparaître chez de nombreux patients suivis en santé mentale, entraînent une difficulté dans l'évaluation du patient douloureux. En particulier, l'autoévaluation par exemple avec l'EVA, se révèle plus difficile à réaliser et à prendre en considération, mais pas pour autant impossible. Cela a amené dans d'autres populations comme celle des personnes âgées ayant des troubles de la communication, au développement d'outils d'hétéroévaluation de la douleur. Faut-il développer des outils d'évaluation spécifique de la douleur pour les patients psychotiques chroniques [12] ? Que des troubles de la communication soient présents ou non, l'évaluation peut-elle permettre de faire la part entre douleur physique et souffrance morale, ce qui engage les orientations thérapeutiques ?

En ce qui concerne l'action antalgique des neuroleptiques ou antipsychotiques, les avis demeurent relativement partagés. Dans l'intérêt de nos patients psychiatriques, mais aussi dans l'intérêt des patients douloureux susceptibles de répondre favorablement à ces traitements, ne faudrait-il pas développer des recherches sur l'action antalgique de ces neuroleptiques ou antipsychotiques [3] ?

Enfin, l'action antalgique des antidépresseurs est admise par tous, y compris comme cela avait été scientifiquement prouvé *via* une action antalgique spécifique, indépendante de leur action antidépressive [1,7]. Celle-ci n'exclut pas l'action thymique positive d'un antidépresseur prescrit à un patient à la fois douloureux et dépressif. Cette comorbidité est habituelle en consultation de la douleur puisque 30 à 40 % des patients douloureux chroniques se montrent dépressifs [4,11].

Conclusion

La prise en charge de la douleur est à développer dans les centres hospitaliers généraux en s'appuyant sur les services somatiques. Ne faudrait-il pas formaliser cette collaboration ? Dans les CHS, ce sont les services somatiques lorsqu'ils existent mais également, de façon systématique, les pharmaciens qui se montreront les interlocuteurs privilégiés. L'article L 61.44-1 du code de la santé publique précise que la problématique douleur, par exemple avec les CLUD, doit être intégrée ou articulée à la sous-commission de la CME « sécurité et qualité des soins ». Où en sommes-nous de la création des CLUD dans les CHS ? La future certification de nos établissements, fussent-ils spécialisés en psychiatrie, nous y incite.

La sensibilisation au problème de la douleur et à sa nécessaire prise en charge doit être une priorité en matière de formation. Peut-on bénéficier dans le milieu de la santé mentale de la diffusion d'outils de formation validés dans le reste de la médecine ?

Enfin, des études sont souhaitables, en particulier sur les spécificités des manifestations douloureuses chez les

patients psychotiques chroniques. Que sait-on en effet de la fréquence et de la clinique de la douleur chez ces patients ? Enfin que sait-on des interactions entre les traitements antalgiques et les traitements psychiatriques ? En particulier qu'en est-il de l'efficacité antalgique des neuroleptiques ou antipsychotiques ?

L'IUD s'était engagé à transmettre les premiers résultats aux personnes interrogées lors de l'enquête de fin 2005. Cela fut réalisé au printemps 2006.

Références

1. Attal N (1996) Quelle est la place des antidépresseurs dans le traitement de la douleur ? La lettre de l'institut UPSA de la douleur, 1: 1-5
2. Boureau F (1988) Pratique du traitement de la douleur. Doin éditeur
3. Finet A (2007) Antipsychotiques et douleur. Thèse pharmacie, Amiens
4. Fishbain D, Goldberg M, Meagher B, et al. (1986) Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*, 26: 181-97
5. Ministère de la Santé (2006) Plan douleur 2006-2010. Mars 2006
6. Ministère de la Santé (2005) Plan santé mentale. Avril 2005
7. Onghena P, Van Houdenhove B (1992) Antidepressant-induced analgesia in chronic non-malignant pain: a meta-analysis of 39 placebo-controlled studies. *Pain*, 49: 205-19
8. Saravane D, Chopineau S (2005) Douleur en santé mentale : difficultés diagnostiques et thérapeutiques. *Santé mentale*, 99: 42-7
9. Serra E, Jeanjean M, Kfoury M, Devoldère C (1999) Prise en charge de la douleur dans un hôpital général de 400 lits. *Douleur et Analgésie*, 4: 309-14
10. Serra E (2000) La douleur, santé physique ou santé mentale ? *Soins psychiatrie*, 208: 37-9
11. Serra E (2003) Douleur et psychiatrie : les principaux syndromes. In Allaz A-F. Aspects psychologiques de la douleur chronique, 65-78
12. Wary B (2001) Doloplus. Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Douleurs*, 2, 1: 35-8