

Royer Florian
Infirmier DE
Dijon



Douleurs chroniques en service ouvert de psychiatrie générale

AXES D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES INFIRMIÈRES



DIU ETUDE ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
2022/2023

Remerciements

À Mylène SAVARD, infirmière ressource douleur, pour avoir éveillé mon intérêt sur la prise en charge de la douleur en psychiatrie et le CLUD.

À Nathalie Magallon, cadre de santé et heureuse retraitée, pour m'avoir permis d'initier puis concrétiser un projet aussi bien personnel qu'institutionnel.

Au Dr Christian Minello pour avoir accepté de superviser ce travail de mémoire et pour sa guidance.

Au Dr Steve Duong pour sa pédagogie et son accompagnement tout au long de cette année, sur ce travail de mémoire et dans ma pratique.

À Mme Edwige Grégoire, cadre supérieure de santé, et Mr Stéphane Tellier, faisant fonction cadre de santé, pour leur appui et leur aide organisationnelle dans ce projet.

Au Dr Souad Maach et Mr Eric Favre du département d'information médicale, à Mme Gaëlle Michel de la direction qualité et gestion des risques, et à ma collègue Charlène Demartini pour leur aide précieuse dans le recueil de données, l'élaboration et la réalisation de l'enquête.

Aux cadres de santé des unités ouvertes et aux équipes soignantes pour m'avoir aidé à mettre en œuvre l'enquête dans des conditions optimales.

À Charlène, Ida, Morgane, Lise, Sandrine, Sophie.

À tous les intervenants de ce DIU, formateurs et étudiants, pour leur implication et la richesse des savoirs partagés.

Avant-propos

« *L'animalité, en effet, protège le fou contre tout ce qu'il peut y avoir de fragile, de précaire, de maladif en l'homme. La solidité animale de la folie [...] endure le fou contre la faim, la chaleur, le froid, la douleur.* »

C'est en ces termes que Michel Foucault, philosophe, résumait le rapport historiquement complexe entre la douleur et la maladie mentale dans son ouvrage *Histoire de la Folie à l'âge classique* (1972). Une phrase qui résume des siècles de tâtonnements sur l'approche de la maladie mentale.

Le lien entre douleur et psychiatrie est ambivalent à l'image de l'évolution dans le temps de la définition de ces deux termes. Soulager la douleur s'est imposé très vite comme une nécessité et même une discipline (n'est-ce pas là un des fondements de la médecine ?).

La psychiatrie elle, n'est réellement née qu'au XX^{ème} siècle après de multiples périodes plus ou moins sinistres ou hasardeuses selon l'angle d'approche tantôt religieux tantôt expérimental. Nous sommes passés peu à peu d'une politique d'exclusion et d'enfermement (asiles) à une dynamique de soin et de réhabilitation (cliniques, puis centres hospitaliers).

Les stéréotypes étaient et sont d'ailleurs encore légion pour les personnes non sensibilisées à cet univers. Addictions, dépression ? « C'est une histoire de volonté. » Schizophrènes ? « Des fous dangereux ». Le handicap psychique est méconnu, souvent critiqué et stigmatisé.

Et si la douleur dans sa composante aiguë a très tôt attiré l'attention des guérisseurs puis des médecins, sa composante chronique a souffert et souffre encore de représentations similaires à celles évoquées pour la maladie mentale.

Comment traiter un mal durable résistant aux traitements, échappant parfois même aux examens objectifs ? « Il exagère. », dira-t-on. « Il simule, c'est pour attirer l'attention ». Ce n'est que dans les années quatre-vingt que les études cliniques et les spécialistes se sont véritablement lancés sur le sujet de cette douleur persistante qui échappe parfois à la rationalité.

Maladie mentale et douleur chronique sont parfois insaisissables, incomprises, et stigmatisées. Elles peuvent engendrer rejet, exclusion, et handicap. Les deux envahissent tous les aspects du quotidien de l'individu.

Mais ce n'est que récemment qu'un réel intérêt a commencé à se porter sur les intrications entre douleurs et psychisme. Là où jusqu'alors existait une véritable dichotomie, dans les deux sens. Le malade mental est parfois discriminé en soins somatiques. Le malade du corps peut l'être en soins psychiatriques.

Double peine pour un non-sens. Soins somatiques et soins psychiatriques n'ont aucune vocation à être opposables et ont tout intérêt à se compléter.

Ceci encore plus à notre époque où la prévalence des pathologies mentales (et notamment les troubles anxio-dépressifs) et celle des douleurs chroniques est en augmentation dans la population française, et même mondiale.

INTRODUCTION	5
I. DOULEUR : LEGISLATION, DEFINITIONS, ET GENERALITES	6
A. Une obligation légale :	6
B. Généralités sur la douleur	7
1. Douleur et nociception	7
2. Evaluation de la douleur	8
C. Classification des douleurs.....	8
1. Selon le mécanisme physiopathologique	8
2. Selon la temporalité	8
D. Les composantes de la douleur, vers le modèle bio-psycho-social.....	9
E. Traitements antalgiques	9
II. DOULEUR CHRONIQUE ET SYNDROME DOULOUREUX CHRONIQUE	11
A. Douleur chronique : une maladie multidimensionnelle	11
B. La douleur chronique, un enjeu de santé publique	12
C. Traitements	13
III. DOULEUR ET SANTE MENTALE	14
A. Troubles psychiatriques et intrications avec la douleur :	14
1. Dépression.....	14
2. Troubles anxieux	15
3. Trouble de stress post traumatique (TSPT)	15
4. Schizophrénie (et troubles apparentés)	16
5. Bipolarité.....	17
6. Addictions	17
7. Troubles à symptomatologie somatique.....	17
8. Conclusion	18
B. Les freins à une prise en charge de la douleur efficace	18
1. Des stéréotypes et un rejet de la plainte :	18
2. Une sous-évaluation de la douleur en santé mentale :	19
IV. CH LA CHARTEUSE : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET REALISATION D'UNE ENQUETE SUR LA DOULEUR	20
A. Le CH La Chartreuse	20
1. Généralités	20
2. Le CH La Chartreuse et les soins somatiques	20
3. La prise en charge de la douleur au CH La Chartreuse.....	20
B. Enquête douleur (2-3 février 2023)	21
1. Présentation et méthodologie.....	21
2. Principaux résultats du questionnaire « base ».....	23
3. Principaux résultats du questionnaire « Douleur Chronique »	27

V. DISCUSSION	30
A. Discussion des résultats de l'enquête	30
1. Questionnaire « base »	30
2. Questionnaire « douleur chronique »	30
3. Bilan de l'outil.....	31
B. L'infirmier en service ouvert de psychiatrie et la douleur	32
1. Améliorer et donner du sens à l'évaluation de la douleur	32
2. L'entretien infirmier : la douleur comme moyen d'accès relationnel	32
3. Psychothérapie et médiations thérapeutiques	35
4. Le rôle de pivot de l'infirmier.....	36
C. CLUD et propositions d'actions : vers l'infirmier et au-delà.....	37
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	

Introduction

Je suis infirmier depuis dix ans et je travaille depuis l'obtention de mon diplôme au CH la Chartreuse à Dijon, hôpital spécialisé dans les soins psychiatriques. Après avoir exercé en service fermé puis dans une structure de prise en charge pour adultes déficients mentaux profonds, je suis depuis quatre ans dans un service ouvert de psychiatrie générale. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire je prends en charge des patients admis en soins libres de psychiatrie pour des problématiques diverses.

Mon intérêt pour la douleur et sa prise en charge est plus récent. J'ai rejoint le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) du centre hospitalier en 2018 en tant que correspondant. Cela m'a donné un nouveau regard sur les plaintes algiques des patients. Le plus marquant est de retrouver dans le discours de plus en plus de personnes hospitalisées une mise en avant de la douleur comme motif d'hospitalisation ou comme facteur aggravant. Parfois même comme élément déclencheur ou contribuant à une tentative de suicide. Nous observons et nous questionnons sur l'augmentation du nombre de patients atteints de problèmes de santé physique parfois graves et dont le lien avec l'état psychique est de plus en plus fort. J'ai également pu observer par le passé auprès de personnes déficientes profondes ou schizophrènes, les particularités de la maladie somatique : plainte inexistante ou atypique, retards de prise en charge parfois aux conséquences lourdes voir fatales.

Les équipes infirmières sont parfois démunies dans la prise en charge de ces personnes qui est entravée par des représentations négatives ainsi que des difficultés inhérentes aux particularités de l'exercice en psychiatrie. Mon questionnement de départ à l'origine de ce travail de mémoire est : « que pouvons-nous faire à l'échelle de notre statut d'infirmier en service d'entrée ouvert pour améliorer l'évaluation et la prise en charge des douleurs, et plus particulièrement des douleurs chroniques ? »

Ma théorie est que le service ouvert de psychiatrie comporte tous les moyens permettant une prise en charge adéquate de la douleur et d'un dépistage des douleurs chroniques. Et que malgré des difficultés matérielles, économiques, et humaines, il peut constituer une véritable plate-forme et un avant-poste d'étude et traitement de la douleur même si ce n'est pas son rôle premier. Et que cet aspect de sentinelle peut bénéficier avant tout au patient, prévenir d'éventuelles complications ou ré-hospitalisations, et freiner l'errance thérapeutique. Mais ce rôle ne peut se dévoiler pleinement qu'en collaboration avec des acteurs locaux du centre hospitalier mais aussi des partenaires externes.

Avant de lancer pleinement la rédaction de ce travail de mémoire j'ai effectué dans le cadre du CLUD une enquête transversale, à la fois qualitative et quantitative, sur la douleur et son historique chez les personnes hospitalisées en service ouvert, et particulièrement la douleur chronique. J'aborderai d'abord les notions théoriques : législation et définitions de la douleur, de la douleur chronique, liens entre psychiatrie et douleur, puis présentation du Centre Hospitalier la Chartreuse et particulièrement des moyens existants concernant les prises en charge somatiques. J'évoquerai ensuite mon enquête et ses résultats et terminerai par une discussion permettant de donner des pistes de réponses aux questions suivantes :

Quels sont les axes d'amélioration dans les pratiques infirmières concernant la prise en charge de la douleur en service ouvert de psychiatrie générale ? Quels sont les éléments faisant que ce type de service peut jouer un rôle majeur dans la prise en charge des douleurs chroniques ?

I. Douleur : législation, définitions, et généralités

A. Une obligation légale :

À l'heure actuelle voici le terrain légal concernant la prise en charge de douleur en France [1] :

- Les droits du patient :

Code de Santé Publique :

-Loi 2002–303 article L1110-5, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* »

-Charte du patient hospitalisé, établie par la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées : « *La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur.* »

- Les obligations des établissements de santé.

Code de Santé Publique :

- Article R6144-2 Alinéa 4 : « *La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur* »

- Le rôle de l'infirmier :

Code de Santé Publique

- Article R4311-5

« *Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle [...] réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, **évaluation de la douleur*** »

- Article R4311-8

« *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.* »

Pour l'infirmier, la prise en charge de la douleur est donc partagée entre rôle propre (évaluation) et rôle prescrit (application de protocoles, administration de médicaments sur prescription médicale). Il est intéressant de noter que dans cette version actualisée de la loi (révisée le 26 juillet 2021) l'évaluation de la douleur entre dans le même champ d'éléments que les constantes vitales. Cette obligation de prise en compte de la douleur est également inscrite dans la loi pour les médecins et divers professionnels paramédicaux.

Ces évolutions légales sont le fruit de plusieurs décennies de réflexion. Le premier plan gouvernemental de prise en charge de la douleur en France date de 1998. D'autres ont suivi, plus spécifiques, se focalisant notamment sur des populations plus vulnérables [2]. C'est d'ailleurs en 1998 que naissent les CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), instances hospitalières de réflexion et d'organisation des soins [3].

En conclusion, l'évaluation de la douleur et sa prise en charge constituent un droit fondamental pour les patients, et un devoir pour les soignants et les établissements de santé.

Pour l'infirmier plus spécifiquement, cela fait partie de son rôle prescrit mais aussi de son rôle propre.

B. Généralités sur la douleur

1. Douleur et nociception

Pour rappel la définition de la douleur selon l'IASP (International Association for the Study of Pain, référence internationale sur le sujet de la douleur), réactualisée en 2020, est la suivante : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. ». L'intérêt de cette définition est de prendre en compte l'intégralité des phénomènes douloureux, même dans les syndromes encore méconnus (comme la fibromyalgie), ou lors de douleurs retrouvées sans anomalie sur le plan physique. Il ne faut jamais oublier que la douleur est une expérience subjective.

Difficile également de parler de douleur sans parler de système nociceptif. Il s'agit du circuit corporel de la douleur, et il est composé d'un ensemble de fibres nerveuses qui permettent de transmettre au cerveau un message sensoriel via un ensemble de structures allant de la périphérie à la moelle épinière puis remontant vers le cerveau. La douleur ressentie est l'interprétation de ce message par différentes aires du cerveau. Certaines de ces aires correspondent à la capacité de localiser une douleur sur son corps et de la décrire en termes d'intensité et de type (discrimination, cortex somato-sensoriel), mais d'autres sont plutôt en lien avec l'émotion. Le cerveau exerce ensuite un contrôle rétroactif permettant d'activer des mouvements réflexes, ou bien la libération de substances endogènes antalgiques (endorphines par exemple).

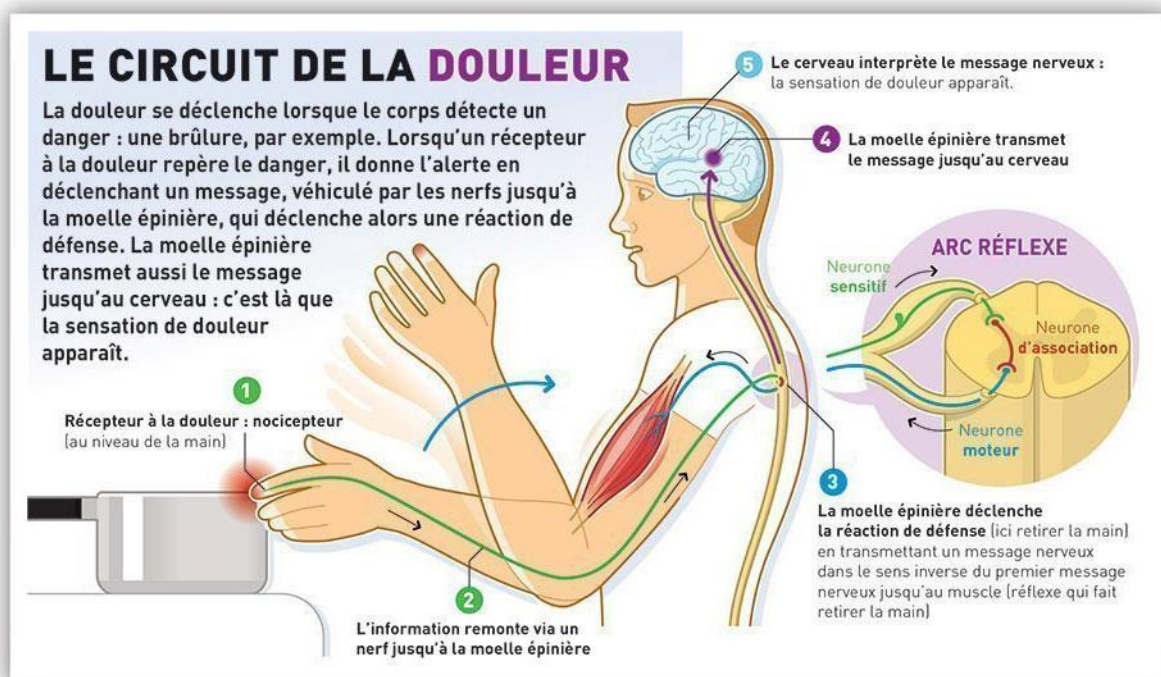


Figure 1 : Système nociceptif : vulgarisation (Fondation pour la Recherche Médicale)

Il est important de différencier nociception et douleur. La nociception est un phénomène sensoriel, la douleur est l'addition à ce phénomène d'une dimension émotionnelle et cognitive. Cette expérience n'est pas seulement physiologique, elle dépend aussi du vécu de la personne, de son expérience de la douleur et de son environnement.

2. Evaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est au même titre que la prise d'une constante vitale, un élément clinique primordial dans la prise en soins d'un patient. Elle peut se faire par plusieurs moyens.

- Les échelles d'autoévaluation, où le patient évalue sa douleur :

Echelle Visuelle Analogique (EVA), Echelle Numérique (EN), Echelle Verbale Simple (EVS)

- Les échelles d'hétéroévaluation, où un ou des tiers évaluent la douleur selon des critères préétablis :

Elles sont souvent utilisées chez la personne dyscommuniquante. Par exemple l'échelle AlgoPlus, employée chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs.

Il existe des échelles spécifiques dédiées à la douleurs chronique beaucoup plus qualitatives (« Comment avez-vous mal ? »), là ou celles utilisées en douleur aigue sont quantitatives (« Combien avez-vous mal ? »). S'ajoutent à ces outils nombre de questionnaires, selon les pathologies concernées et les comorbidités éventuelles (outils spécifiques sur la fibromyalgie par exemple, ou les douleurs pelviennes).

C. Classification des douleurs

1. Selon le mécanisme physiopathologique

Douleurs par excès de nociception : douleur liée à une stimulation des nocicepteurs périphériques. Par exemple, une coupure, une brûlure.

Douleurs neuropathiques : douleur liée à une atteinte des fibres nerveuses nociceptives, périphériques ou centrales. Par exemple, les neuropathies dues au diabète ou les douleurs post-amputation connues comme « douleurs du membre fantôme ».

Douleurs nociplastiques : douleurs liées à une altération de la nociception, sans stimulation des fibres sensibles périphériques, ni maladie ou lésion évidente du système nerveux central ou périphérique. Par exemple la fibromyalgie ou la colopathie fonctionnelle.

Douleurs psychogènes : douleur ayant une probable étiologie psychiatrique en l'absence de toute lésion retrouvée. Il s'agit des troubles à symptomatologie somatique, répertoriés dans le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième version). Attention, cela ne veut pas dire que la douleur n'existe pas.

Douleurs mixtes : douleurs associant une composante nociceptive et neuropathique.

2. Selon la temporalité

Douleur aigüe : elle a une fonction de signal d'alarme. C'est une alerte en réponse à ce que le corps interprète comme une agression, un danger pour l'intégrité de l'organisme. Elle est utile et protectrice. C'est un signe clinique.

Douleur chronique : elle est définie par la HAS (Haute Autorité de Santé) comme « *un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient* ». On parle de « douleur maladie ». Elle pourrait être qualifiée d'inutile et destructrice. La HAS donne un seuil de durée de trois mois ou plus. Il est important de noter que les douleurs chroniques sont qualifiées de maladie par l'OMS depuis 2019.

D. Les composantes de la douleur, vers le modèle bio-psycho-social.

L'expérience douloureuse se décrit à travers quatre composantes :

Composante sensori-discriminative : la perception, la localisation, l'intensité ressentie.

Composante affectivo-émotionnelle : l'affect. Notion de vécu pénible, souffrance.

Composante cognitive : les processus mentaux pouvant influencer la perception de la douleur. Anticipation, attention, catastrophisme ... Ils diffèrent selon le vécu de la personne, ses expériences et son rapport à la douleur.

Composante comportementale : les manifestations observables. Elles peuvent être somato-végétatives (élévation de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque), verbales (plainte, cris), motrices (agitation, défense, posture antalgique). C'est la « communication » de la douleur.

Ces quatre composantes expliquent le fait que pour une douleur donnée chaque individu réagira différemment selon son histoire, sa personnalité, son environnement et bien d'autres facteurs.

E. Traitements antalgiques

Classification de Lussier-Beaulieu :

La classification des antalgiques sous forme de paliers (Paliers I, II et III), promue par l'OMS à la fin des années 80, tend à être remplacée par une taxonomie plus moderne : la classification de Lussier-Beaulieu^[1,2]. Elle distingue :

	Les antalgiques anti-nociceptifs Douleurs nociceptives
	<ul style="list-style-type: none">▶ Non-opioïdes : paracétamol, AINS.▶ Opioïdes : morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl.▶ Cannabinoïdes.
	Les anti-hyperalgésiques Douleurs neuropathiques centrales ou autres situations hyperalgiques
	<ul style="list-style-type: none">▶ Antagonistes des récepteurs NMDA-acideN-méthylD-aspartique : kétamine.▶ Antiépileptiques gabapentinoïdes : gabapentine, prégabaline, lamotrigine.▶ Nefopam.
	Les modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs Douleurs neuropathiques
	<ul style="list-style-type: none">▶ Antidépresseurs tricycliques.▶ Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.
	Les modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique Douleurs neuropathiques périphériques
	<ul style="list-style-type: none">▶ Anesthésiques locaux : lidocaïne, notamment.▶ Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate.▶ Capsaïcine.
	Les antalgiques à effets mixtes Antalgiques anti-nociceptifs et modulateurs des contrôles inhibiteurs ou excitateurs descendants, douleurs mixtes nociceptives et neuropathiques
	<ul style="list-style-type: none">▶ Tramadol.▶ Tapentadol.

Figure 2 : Classification de Lussier/Beaulieu (Livre Blanc de la Douleur SFAR/SFETD 2022)

Au-delà du traitement de la cause initiale de la douleur (lésion, traumatisme, maladie), les traitements antalgiques sont en première ligne pour réduire au maximum l'expérience douloureuse.

Si l'on entend beaucoup parler des paliers de l'OMS, il faut prendre en compte leurs limites. Ils ont été créés en 1986 (et révisés en 1997), et concernent le traitement des douleurs cancéreuses. Le raisonnement par paliers n'inclut pas de lien avec le type de douleur. Il est encore très utilisé en douleur aiguë, où son usage reste souvent la référence. Depuis 2010, un modèle établi par Pierre Lussier et David Beaulieu pour l'IASP s'impose comme une référence plus moderne, surtout en douleur chronique ([Figure 2](#)).

Ce nouveau modèle intègre en plus des antalgiques classiques et des morphiniques, des traitements psychotropes [4] comme les antidépresseurs tricycliques ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ainsi que des anticonvulsivants. Et surtout, il classe les traitements selon le type de mécanisme douloureux sur lequel ils agissent, permettant une prise en charge plus adaptée, multimodale.

Il ne faut pas oublier également les moyens non médicamenteux parfois utilisés couramment au quotidien : thermothérapie ou cryothérapie, massage, étirements, relaxation... Le champ des méthodes antalgiques non médicamenteuses est plus que vaste. Nous l'aborderons dans la partie suivante.

II. Douleur Chronique et Syndrome Douloureux Chronique

A. Douleur chronique : une maladie multidimensionnelle

La douleur chronique est une maladie. La HAS parle désormais de syndrome douloureux chronique. Depuis 2019 et la parution de la CIM-11 (classification internationale des maladies, onzième version) elle se définit comme « *une douleur qui dure ou réapparaît pendant plus de trois mois* ». Cette nouvelle classification distingue douleur chronique primaire et secondaire, comme suit (selon l'OMS) :

- Douleur chronique primaire : « *Les douleurs chroniques primaires sont considérées comme une maladie en soi. Elles incluent notamment les douleurs chroniques généralisées (fibromyalgie, lombalgie non spécifique, syndrome douloureux régional complexe...), les douleurs musculo-squelettiques chroniques* »
- Douleur chronique secondaire : « *Les douleurs chroniques secondaires sont un symptôme d'une maladie sous-jacente. Elles sont classées en six catégories : douleur chronique liée au cancer, douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique, douleur neuropathique chronique, céphalées ou douleurs orofaciales chroniques secondaires, douleur viscérale chronique secondaire, douleur musculo-squelettique chronique secondaire.* »

David le Breton, anthropologue ayant fait de la douleur un de ses champs d'études dit d'ailleurs à propos de la douleur chronique qu'elle est « *une affection non seulement organique mais surtout sociale* » et que « *la médecine de la douleur est par excellence une médecine de la personne* » [5].

Comme évoqué plus tôt, on ne peut plus raisonner uniquement en termes de symptômes, car la douleur chronique n'est pas un signal d'alarme mais une affection plus complexe, un syndrome. C'est ce qu'avait mis en évidence François Boureau, médecin neurophysiologiste et spécialiste de la douleur, en plaçant l'expérience douloureuse dans un modèle multidimensionnel biopsychosocial ([Figure 3](#)) permettant de visualiser pleinement tous les mécanismes qui entrent en jeu dans l'expérience douloureuse.

Dès lors il convient d'ajouter au diagnostic médical et aux critères cliniques, des aspects psychologiques et socio-culturels pouvant moduler l'expérience ressentie de la douleur et permettant d'évaluer le retentissement de la maladie douloureuse dans la vie quotidienne de la personne atteinte. C'est pour cela qu'aux méthodes d'évaluation de la douleur classiques évoquées plus tôt vont s'ajouter d'autres échelles et questionnaires, évaluant non seulement l'intensité de la douleur, mais surtout son retentissement dans les différentes sphères du quotidien de la personne et inclure une notion de temporalité.

On peut citer le QCD (Questionnaire Concis Douleur), le HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), le DN4 (outil de dépistage des douleurs neuropathiques), le Doloplus pour la personne âgée non communicante et bien d'autres, parfois élaborés pour des personnes polyhandicapées comme l'échelle de San Salvador. Vous pouvez en retrouver quelques-uns en annexes (Annexes 1 & 2).

En douleur chronique très souvent l'objectif thérapeutique n'est plus la suppression totale de la douleur (objectif ambitieux mais rarement réalisable). La visée est plutôt « comment mieux vivre avec ? ». Si les traitements visent à diminuer au possible l'intensité des douleurs, un travail important est également effectué pour en limiter le retentissement au quotidien. Cela ne peut se faire sans une participation active du patient. Au-delà des médicaments, une très grande place va être occupée par les thérapies physiques (kinésithérapie, activité physique

adaptée par exemple) et psychologiques (psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, hypnose, relaxation ...).

Modèle multidimensionnel de la douleur. F Boureau

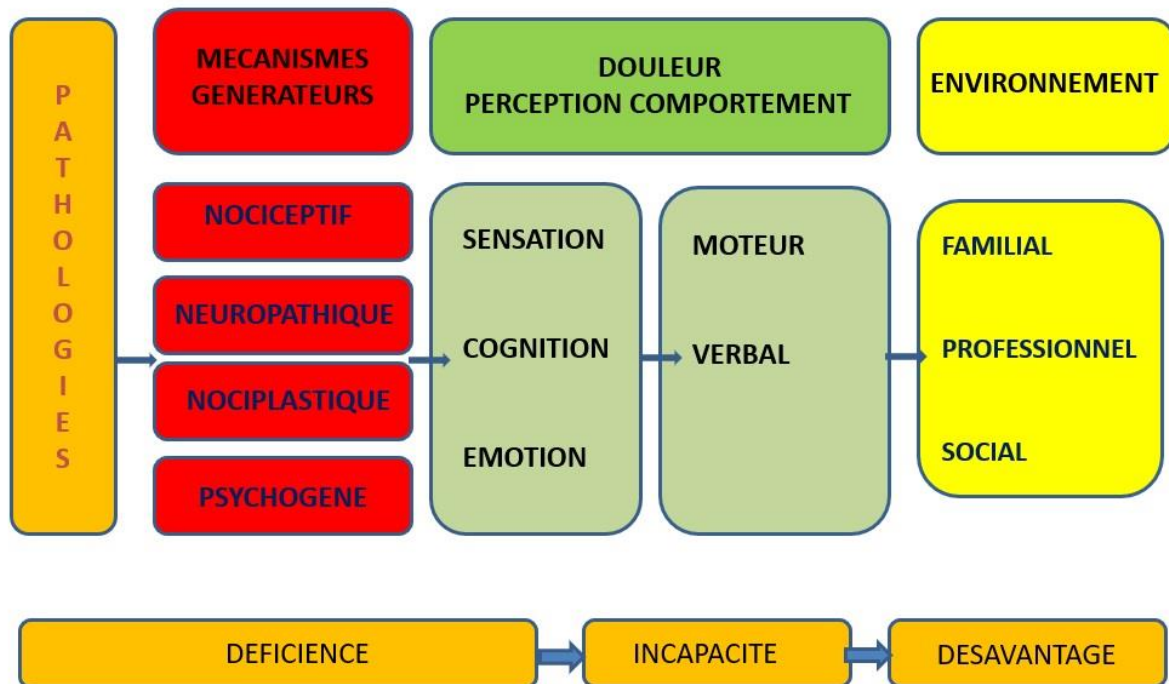


Figure 3 : Modèle multidimensionnel de la douleur selon François Boureau.

B. La douleur chronique, un enjeu de santé publique

D'après la SFETD (Société française d'étude et de traitement de la douleur) dans son livre blanc établi en 2017 [6] : « Au moins 12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques ; pourtant 70% d'entre eux ne reçoivent pas un traitement approprié pour leur douleur. » Il est rappelé également que la douleur est le premier motif de consultation chez un médecin généraliste ou aux urgences et que des douleurs aiguës mal prises en charge favorisent l'installation d'une douleur chronique.

Le type de douleur le plus répandu est la douleur ostéo-articulaire, et plus particulièrement les pathologies du rachis. Près d'un européen sur quatre souffrirait de douleurs musculo-squelettiques au long cours. En France les lombalgies affecteraient presque un français sur deux durant sa vie, quelle que soit leur durée. Les arthroses et autres affections rhumatologiques sont également pléthore, et leur prévalence augmente avec le vieillissement de la population [6].

Les douleurs chroniques ont un coût important. :

- Financier (soins, consultations, arrêts de travail).
- Familial (séparations, perturbation de la dynamique familiale, dépendance)
- Professionnel (perte d'emploi, invalidité, arrêts de travail fréquents).
- Social (baisse ou arrêt des activités, fatigabilité, isolement, évitement).
- Psychologique (les comorbidités psychiatriques sont plus fréquentes chez les personnes présentant des douleurs chroniques que dans la population témoin [6-8]).

C. Traitements

Puisque nous parlons d'une maladie qui s'infiltré dans tous les domaines de la vie de l'individu, il convient de traiter tous les domaines impactés. Un autre modèle, celui de Johan W.S. Vlaeyen (professeur en médecine comportementale) permet de mieux comprendre les mécanismes de renforcement d'une douleur par la kinésiophobie notamment (peur et évitement du mouvement) (Annexe 3). Le Dr Boureau a également mis en évidence les différents domaines du retentissement d'une douleur chronique (voir *Annexe 4, Impact de la douleur chronique*). Après l'évaluation, peuvent donc se compléter le traitement de la cause lorsqu'il est possible, le traitement symptomatique, mais aussi parfois un accompagnement psychologique, psychiatrique et social. Sans oublier l'apport des traitements non médicamenteux : kinésithérapie, activité physique adaptée, mais aussi les psychothérapies et médiations psychocorporelles [9].

L'accompagnement psychologique est une recommandation principale dans nombre de douleurs chroniques complexes. Cela est parfois mal vécu par le patient qui peut penser qu'on l'oriente vers un professionnel de la santé mentale car « les douleurs sont dans sa tête ». Il convient donc d'expliquer, reformuler, et donner du sens à tout ce qui est mis en œuvre pour aider la personne.

Dans l'idéal, les personnes atteintes de syndrome douloureux chronique peuvent être suivies en SDC (Structure douleur chronique), familièrement connues sous le nom (inadapté) de « centres anti-douleur ». La SDC est une structure qui comporte tous les intervenants permettant une prise en charge globale de la personne. Médecins algologues, infirmiers spécialisés, psychiatres, psychologues, assistantes sociales ... Une équipe très variée permettant d'individualiser la prise en charge selon l'impact de la douleur sur la vie de la personne.

En plus de cela, les plus grandes structures disposent d'un plateau technique, et sont souvent reliées à un centre hospitalier. Mais en pratique seulement 3% des personnes atteintes de douleur chronique y sont suivies [6]. Les SDC se font rares, sont engorgées, et déjà en 2017 la SFETD prédisait la fermeture de 30% de ces centres à moyen terme faute de moyens et de personnel [6].

III. Douleur et santé mentale

Le docteur Djéa Saravane rappelait dans une intervention au congrès de l'ANP3SM en 2018 [10] que « *L'OMS retient 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies majeures du XXI^e siècle : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les dépressions, les addictions et les troubles obsessionnels compulsifs* ».

Dans le contexte sociétal actuel en France, la prévalence des dépressions et troubles anxieux augmente. Mais la psychiatrie garde cette image de parent pauvre de la médecine. Manque de moyens, de structures adaptées, de praticiens et soignants ... alors que la demande de soins s'élève. Notons qu'en 2017, 2% seulement du budget en recherche biomédicale en France était alloué à la psychiatrie [10].

Ce n'est que récemment à l'échelle de la médecine moderne qu'ont été effectuées les premières enquêtes et études concernant la douleur en santé mentale en France. Une enquête nationale initiée par le psychiatre Eric Serra et plusieurs collaborateurs (dont Djéa Saravane, cité précédemment) et réalisée en 2005 mettait en évidence des carences importantes [11] : Deux tiers des psychiatres se disaient non formés à la douleur et faisaient le même constat pour leurs équipes soignantes. Soixante pour cent des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie en 2005 ne comportaient pas de CLUD.

Cette enquête met l'accent sur un phénomène encore d'actualité : la dichotomie psyché-soma, très bien décrite dans le film documentaire « Le corps en tête : douleur et santé mentale » [12]. Il s'agit de la tendance à vouloir séparer maux du corps et maux de l'esprit, à l'encontre du modèle bio-psycho-social. Jacques Pelletier, infirmier en psychiatrie, le dit d'ailleurs dans le film avec regret : l'état d'esprit initial du travail en psychiatrie est « on s'occupe de la tête ». Au risque de passer à côté d'énormément d'autres choses.

A. Troubles psychiatriques et intrications avec la douleur :

1. Dépression

« *Les troubles dépressifs sont caractérisés par une tristesse suffisamment sévère ou persistante pour perturber le fonctionnement quotidien et souvent par une diminution de l'intérêt ou du plaisir procurés par les activités (anhédonie).* » [13]

La dépression peut également avoir une composante chronique. En France on parle souvent d'épisode dépressif caractérisé (EDC) et sa prévalence (vie entière) serait de 24% [6]. Chiffre à nuancer car il date de 2012 (source citée par la SFETD : Guelfi JD et Rouillon F. Manuel de Psychiatrie, 2^{ème} édition. Masson-Elsevier, Paris 2012).

Santé Publique France évoque un chiffre similaire en 2021, mais dans le contexte de la pandémie de COVID, se basant sur l'article suivant : Léon C. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. BEH 2. :13.

L'auteur explique toutefois que « *La grande majorité des données disponibles convergent et témoignent d'une augmentation des troubles dépressifs en France à la suite de la pandémie de Covid-19. Cependant, elles ne permettent pas d'estimer avec précision l'ampleur de cette augmentation à l'échelle de la population. Une grande partie des épisodes dépressifs ne donne pas lieu à un contact avec le système de soins* »

Il est largement admis dans la littérature désormais que la dépression et la douleur sont liées à plusieurs niveaux [4,6-8,12,14,15]. « *Douleur et dépression partagent des voies*

neurochimiques communes » (M. Braš) [4]. Cela explique aussi l'action antalgique de certains antidépresseurs.

D'après la SFETD 77 % des patients dépressifs présentent des douleurs [6]. Un paradoxe demeure, la dépression selon ses aspects, peut donner un terrain hypoalgique ou hyperalgique [12]. Le taux de dépression chez les patients présentant une douleur chronique est plus important que dans la population normale. Soixante-quatre pour cent des patients douloureux chroniques reçus en SDC présentent une dépression [6].

On observe ainsi une co-occurrence dans laquelle la douleur chronique est un facteur de renforcement d'une dépression, et inversement [7,15]. Il convient donc de traiter la personne sur tous les aspects pour une prise en charge optimale [4]. En prenant garde au risque suicidaire, plus important chez une personne dépressive présentant des douleurs chroniques [14].

2. Troubles anxieux

« L'anxiété est un état émotionnel pénible et désagréable associant nervosité et inquiétude ; ses causes sont moins claires. L'anxiété est moins liée au moment précis où une menace existe ; elle peut être anticipatoire, survenant avant une menace, elle peut persister après que la menace soit passée ou encore survenir en l'absence d'une menace identifiable. L'anxiété s'accompagne souvent de manifestations physiques et comportementales, semblables à celles causées par la peur.

Certains degrés d'anxiété sont adaptés (...) cependant, au-delà d'un certain seuil, l'anxiété entraîne un dysfonctionnement et une souffrance excessive. À partir de ce seuil, elle est inadaptée et doit être considérée comme un trouble. » [13]

En résumé il convient de parler de trouble anxieux lorsque l'anxiété dépasse les capacités de défense de l'individu et retentit de manière forte et durable dans les différents aspects de sa vie quotidienne. On parle ici de pathologies comme le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble phobique, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), et le trouble panique.

D'après la HAS en 2007, « 15% des adultes de 18 à 65 ans présentent des troubles anxieux sévères sur une année donnée, et 21% en présenteront au cours de leur vie ».

L'anxiété est une composante majeure de l'expérience douloureuse. Avoir mal et être anxieux ou être anxieux d'avoir mal. D'ailleurs rappelons que la douleur dans sa définition moderne de l'IASP est décrite comme une « *expérience émotionnelle désagréable* ».

Avoir un trouble anxieux renforcerait le risque de chronicisation d'une douleur, et une étude a montré que les troubles anxieux sont plus présents chez les travailleurs douloureux chroniques que dans la population normale [7].

3. Trouble de stress post traumatique (TSPT)

« Le trouble de stress post-traumatique se manifeste par des souvenirs récurrents et intrusifs d'un événement traumatique insupportable ; les souvenirs durent plus d'un mois et commencent dans les 6 mois de l'événement. La physiopathologie du trouble est mal connue. La symptomatologie comprend également une conduite d'évitement des stimuli associés à l'événement traumatisant, des cauchemars et des flash-backs. Le diagnostic repose sur l'anamnèse. Le traitement comporte une thérapie par exposition et un traitement médicamenteux. » [13]

Il est important d'évoquer la notion de traumatisme, et le trouble de stress-post-traumatique. Cela nous ramène aux composantes de la douleur, notamment l'aspect affectivo-

émotionnel. Si l'on a vécu des douleurs comme des traumatismes dans notre histoire cela peut se répercuter sur notre manière de vivre l'expérience douloureuse par la suite.

Une étude menée par Marie-Jo Brennstuhl, psychologue clinicienne française, a mis en évidence les liens entre douleur chronique et syndrome de stress post traumatique [9,16]. S'appuyant d'abord sur des travaux menés par d'autres auteurs elle rappelle que l'on retrouve une douleur chronique dans 20 à 80% des cas de TSPT, et un TSPT chez 10 à 50% des douloureux chroniques. Des écarts larges dus à une grande variabilité des différents résultats des recherches sur le sujet, selon la méthodologie et les critères retenus.

David le Breton rappelle également le lien entre des traumatismes et des douleurs chroniques qui parfois « métaphorisent des drames d'enfance encore insurmontables ». Comme l'abandon, la perte ou le rejet d'un parent, les violences sexuelles, l'inceste ... Il met également en avant les processus de remaniement psychique qui se font dans certains cas de douleur chronique sévère (deuil, perte d'identité) et leur parallèle avec ce que l'on peut retrouver chez la personne présentant un TSPT [5].

Des liens ont été mis en évidence entre migraines, lombalgies chroniques, fibromyalgies, et TSPT [7,16]. Le traumatisme peut avoir un lien direct avec la douleur (exemple d'un accident de voiture par exemple, avec douleurs séquellaires) mais peut aussi être tout à fait distinct comme l'illustre David le Breton (concept de métaphorisation d'un trauma par une douleur) [5].

4. Schizophrénie (et troubles apparentés)

« La schizophrénie et les troubles psychotiques apparentés (le trouble psychotique bref, trouble délirant, le trouble schizoaffectif, le trouble schizophréniforme et la personnalité schizotypique) sont caractérisés de la manière la plus évidente par des symptômes psychotiques et souvent par des symptômes négatifs et un dysfonctionnement cognitif. » [13]

La schizophrénie est le trouble psychotique le plus répandu. Sa prévalence est estimée à 1% de la population en France [6]. Elle implique une rupture du contact avec la réalité, des symptômes positifs (délire, hallucination), négatifs (repli, catatonie) et un syndrome désorganisationnel (troubles de l'attention, altération du cours de la pensée).

Le patient schizophrène présente un taux de mortalité plus élevé et une espérance de vie plus basse que la moyenne [10]. Cela est dû à un taux de comorbidités élevé (prévalence majeure du syndrome métabolique notamment, et d'addictions), mais aussi à un retard (ou une absence) de prise en charge liée à une altération de l'expérience douloureuse chez le schizophrène qui n'exprime pas sa douleur par des voies communes. Il peut y avoir confusion entre le discours délirant de la personne et une plainte somatique parfois.

Contrairement au mythe de l'insensibilité, la personne schizophrène est pourtant plus à risque de douleur du fait d'une sous-évaluation [7]. Les effets indésirables des traitements psychotropes au long cours (constipation, prise de poids, fatigue) couplés à des addictions fréquentes et parfois des conduites autoagressives renforcent d'autant plus le risque de douleur chez ces personnes. Si l'on ajoute à cela une modification de la perception douloureuse chez la personne schizophrène (sommation temporelle altérée) et une expression de la douleur atypique qui peut tromper, la prise en charge antalgique devient particulièrement complexe.

5. Bipolarité

« Les troubles bipolaires sont caractérisés par des épisodes maniaques et dépressifs, qui, peuvent alterner bien que les patients présentent une prédominance de l'un des deux états. » [13]

Ce trouble touche entre 1 à 2,5% de la population française (HAS, 2014). L'Inserm évoque en 2022 « plus d'une personne sur 100 ».

Comme pour la schizophrénie, la bipolarité est accompagnée de lourdes comorbidités et d'une baisse significative de la qualité de vie [10].

Des études ont mis en évidence une plus forte prévalence des douleurs chroniques chez la personne bipolaire. Notamment céphalées, migraines, et troubles musculosquelettiques [7].

6. Addictions

« Les troubles de toxicomanie consistent en un modèle pathologique de comportements dans lequel les patients continuent à utiliser une substance en dépit de problèmes importants liés à son utilisation. Le diagnostic du trouble de toxicomanie repose sur les critères diagnostiques concernant la structure des comportements. Traiter le trouble de toxicomanie est difficile et varie selon la substance et les circonstances. » [13]

On parle ici des addictions. Leur retentissement est très variable selon le produit concerné. Un nouveau champ de troubles dans le DSM V ou la CIM 11 évoquent aussi des addictions comportementales (jeux d'argent, jeux vidéos...). En service de psychiatrie, les addictions les plus courantes (une fois écarté le tabac) sont l'alcool, et le cannabis. Viennent ensuite d'autres produits stupéfiants (cocaïne, ecstasy, héroïne ...). On observe également beaucoup d'addictions à des médicaments (benzodiazépines par exemple, ou antalgiques comme la Codéine).

Dans les addictions, 89 % des patients présentent des douleurs [6] et par ailleurs la douleur peut être à l'origine d'une addiction (abus de substance à visée antalgique [4], puis mésusage et dépendance).

7. Troubles à symptomatologie somatique

« La somatisation désigne l'expression somatique de phénomènes mentaux se présentant comme des symptômes (somatiques). Les troubles somatoformes, caractérisés par des somatisations, forment un large continuum qui va de symptômes produits inconsciemment et involontairement, à des symptômes conscients et volontaires. Ce continuum comprend

-Les symptômes somatiques et troubles associés

-Les troubles factices

-La simulation (qui n'est pas un trouble psychiatrique) » [13]

Les troubles à symptômes somatiques regroupent :

- Le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle : ce que l'on appelait avant la conversion hystérique (production involontaire d'un symptôme somatique).
- Le trouble à symptomatologie somatique, caractérisé par une attention excessive portée sur un symptôme ou une fonction corporelle.
- La crainte excessive d'avoir une maladie, connue familièrement comme hypochondrie, qui se différencie par l'absence de symptômes somatiques.

Les troubles factices sont une production intentionnelle mais à motivation inconsciente de symptômes somatiques menant à un bénéfice secondaire (évitement d'une situation source d'anxiété par exemple). Ce n'est donc pas une simulation.

Toute la complexité de ces troubles est de pouvoir les identifier et de ne pas passer à côté d'un diagnostic différentiel important. Cela nécessite une double expertise à la fois somatique et psychique (de l'importance de la collaboration entre praticiens) [7]. Ce sont des diagnostics d'élimination.

8. Conclusion

Toutes les principales maladies mentales présentent un rapport complexe avec la douleur, et très souvent douleur chronique et maladie mentale sont plus ou moins intriquées. Le trauma peut être commun à la douleur et aux troubles mentaux. L'anxiété est également un facteur clef pouvant renforcer une douleur, et la douleur pouvant générer de l'anxiété. Tout cela se complique encore si l'on prend en compte que les maladies mentales ne sont pas exclusives les unes des autres : on peut être atteint de dépression, d'un trouble anxieux et d'une addiction par exemple.

Et ceci sans évoquer les troubles de la personnalité, prédisposants et retrouvés dans nombre de maladies mentales, et qui auraient plus de prévalence dans les douleurs chroniques avec un taux variable entre 31 à 81% selon les études, mais supérieur toujours à la norme (8% de troubles de la personnalité dans la population normale).

B. Les freins à une prise en charge de la douleur efficace

1. Des stéréotypes et un rejet de la plainte :

Encore aujourd'hui, certains clichés persistent, comme le mythe du schizophrène insensible à la douleur. Il a été démontré depuis que le patient psychotique ressent la douleur, mais l'exprime différemment [2,7,12,15,17]. Le problème se situerait dans l'intégration du stimulus nociceptif au niveau cortical. Il a également été démontré que la sommation temporelle est fortement altérée chez le schizophrène (mécanisme par lequel une stimulation douloureuse répétée devient plus intense). Cela explique la difficulté rencontrée pour déceler des douleurs chroniques ou des lésions parfois graves (infections, plaies, cancers ...).

Ceci nécessite donc une observation spécifique et experte faute de quoi un retard de prise en charge ou de diagnostic peut engendrer des problèmes graves [10,12]. C'est une des raisons pour lesquelles ces personnes sont plus fragiles et sujettes à une mortalité précoce, comme évoqué précédemment.

Second stéréotype, celui du patient toxicomane. Sa plainte douloureuse est parfois interprétée ou même jugée comme un moyen d'accéder à des traitements stupéfiants. Dans une présentation au congrès de psychiatrie de 2018 à Nantes : « *La douleur en psychiatrie : une problématique transnosographique* » (Hirsh & al) il est dit que « *Plusieurs études montrent que la douleur chronique chez les patients dépendants aux opioïdes substitués est sous-évaluée et sous-traitée. Or la douleur chronique affecte 37 à 68 % de ces patients versus 31 % en population générale.* »

Le patient « addict » peut donc être sous-traité du fait d'un biais de jugement considérant qu'il simule une douleur afin de se voir prescrire le produit de son addiction.

Enfin la plainte douloureuse est parfois incomprise, ou mal tolérée par les équipes soignantes spécialisées en psychiatrie. Du fait de son expression, qui peut sembler parfois

théâtrale, exagérée, feinte, simulée, affabulée ... selon la personnalité du patient ou ses troubles.

L'article « Douleur et dépression : un aller-retour » l'illustre [14] : « *Les patients qui associent des plaintes douloureuses durables et une symptomatologie dépressive plus ou moins criante sont souvent qualifiés de difficiles.* »

Ou encore [14] : « *Une prise en soins empathique avec une investigation soigneuse des symptômes tant douloureux que dépressifs débouche généralement sur des mesures thérapeutiques efficaces. Certains patients sont pourtant à risque de devenir des nomades, voire des apatrides dans un monde de soins dominé par une culture biomédicale. Ils y sont parfois refoulés par des thérapeutes du corps, lassés d'être mis en échec dans leurs essais de traitement ou embarrassés par leur perception d'une importante détresse psychique. Refoulés parfois également par des psychothérapeutes peu enclins à inclure le langage du corps dans leur vocabulaire. Ces patients trouvent leur meilleure terre d'accueil auprès de médecins tant généralistes que spécialistes, qui savent collaborer entre eux et se détacher de la dichotomie somapsyché.* »

2. Une sous-évaluation de la douleur en santé mentale :

Un travail de mémoire réalisé dans le cadre de ce même Diplôme Inter-Universitaire en 2021 par Sandrine Blondeau, infirmière au CH de Sevrey [18] mettait en évidence le manque d'intérêt des équipes pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur, ainsi que le manque de connaissances. Confusion entre EVA et EN notamment, et une réévaluation de la douleur faiblement effectuée.

Le docteur Steve Duong, praticien et algologue au CH la Chartreuse à Dijon rappelait dans sa thèse [15] la présence des a priori soignants dans l'évaluation de la douleur en santé mentale, ainsi que le biais de jugement dû à l'expression du visage chez des personnes tantôt hyper-expressives ou à l'inverse très stoïques face à l'expérience douloureuse. Sans parler du syndrome désorganisationnel du schizophrène, donnant lieu à des expressions faciales en décalage avec la situation ou le contexte (l'exemple typique est le rire immotivé).

Il n'existe d'ailleurs pas d'outil d'évaluation de la douleur dédié à la santé mentale, et en particulier au patient schizophrène. Les références restent donc l'EN et l'EVS pour le patient communiquant, ainsi que le schéma corporel. L'examen clinique pour le patient schizophrène demeure la base, en analysant toute modification subite du comportement et en prêtant attention à son discours [7,15]. Le film « Le corps en tête » [12] rappelle que la décompensation délirante du schizophrène peut être un signe de douleur, douleur qui est parfois pleinement incorporée à ses hallucinations (avec l'exemple d'un homme qui dit avoir « des vers sous la peau » pour parler de ce qui s'avérera être des douleurs neuropathiques).

Il ne faut pas oublier également l'évaluation qualitative dans le cas des douleurs chroniques (questionnaires comme le QCD par exemple), trop souvent négligée ou méconnue et pourtant primordiale [17].

IV. CH LA CHARTEUSE : Présentation de l'établissement et réalisation d'une enquête sur la Douleur

A. Le CH La Chartreuse

1. Généralités

Le CH La Chartreuse est un centre hospitalier psychiatrique localisé à Dijon mais comportant des structures localisées dans une grande partie de la Côte d'Or. Il regroupe des services ouverts ou fermés, des structures médico-sociales et de réhabilitation, une filière gériatrie/EHPAD, un pôle de pédopsychiatrie, ainsi qu'un maillage vers l'extérieur via des équipes mobiles ou de liaison et des CMP (centres médico-psychologiques).

Les services ouverts, auxquels nous nous intéressons, sont au nombre de quatre : UD (Unité de Dépression), Cassiopée, Camille Claudel, et Van Gogh. Chacun comporte entre vingt et vingt-cinq lits. Ils accueillent des patients adultes en soins libres, c'est-à-dire en décompensation aiguë mais dont l'état psychique ne rend pas impossible leur consentement aux soins et ne génère pas de danger majeur pour eux-mêmes ou pour autrui. Les patients y sont orientés depuis la Plateforme d'Orientation Psychiatrique (POP), service d'accueil et d'orientation.

Les motifs d'entrée majoritaires sont les syndromes anxiodépressifs, les troubles anxieux, la bipolarité, et la schizophrénie. On y ajoutera l'alcoolodépendance et la toxicomanie, qui sont souvent co-occurents des troubles précédemment cités. La durée moyenne de séjour est d'environ trois semaines, mais peut être très variable. Les patients sont suivis par un médecin psychiatre et un généraliste, une équipe infirmière et des aides-soignants, et peuvent bénéficier au besoin de l'intervention de multiples professionnels (psychologues, assistante sociale, kinésithérapeutes, médecins spécialistes ...).

Ils peuvent également être adressés en parallèle de leur hospitalisation vers le CIAMM (Centre intersectoriel d'activités à médiations multiples) afin de pratiquer des activités diverses (médiations psychocorporelles, activité physique adaptée, activités à visée de resocialisation...). Cette structure est située sur le site de l'hôpital.

2. Le CH La Chartreuse et les soins somatiques

L'hôpital présente la particularité (et la chance) de posséder une unité de soins somatiques (USS). Elle comporte cinq médecins généralistes dont un algologue qui se déplacent dans les services, une équipe infirmière, une manipulatrice en radiologie, et une infirmière spécialisée en recherche clinique ainsi qu'un interne en médecine générale.

Elle regroupe aussi différentes spécialités médicales par le biais de vacations (gynécologie, dermatologie, odontologie, neurologie, cardiologie...), et permet ainsi aux patients hospitalisés dans les services de l'établissement d'avoir accès à des consultations selon leurs besoins.

Depuis 2022 il existe également une équipe mobile de soins somatiques en santé mentale (EM3SM), afin d'ouvrir la prise en charge sur l'extra-hospitalier en lien avec les CMP. Cela répond à un manque de prise en charge somatique de patients parfois isolés.

3. La prise en charge de la douleur au CH La Chartreuse

Il n'existe à ce jour que deux protocoles spécifiques à la prise en charge de la douleur chez l'adulte. Un qui conditionne l'administration par l'infirmier de paracétamol 500

milligrammes ou 1 gramme à une évaluation de la douleur, des paramètres vitaux, l'absence de contre-indication, et d'un appel au médecin a posteriori. Un équivalent de ce protocole est également présent en pédopsychiatrie. Il existe aussi un protocole sur l'utilisation du MEOPA.

L'hôpital est doté d'un CLUD depuis octobre 2009. Depuis la pandémie de COVID-19, les difficultés organisationnelles font que ce CLUD est en reconstruction : difficultés pour se réunir, pour générer une dynamique dans les services (notamment en intra-hospitalier), manque d'intérêt des équipes, absentéisme ... les freins sont nombreux.

La prise en charge de la douleur fait partie de la charte d'engagement pour la bienveillance de l'établissement, qui dit « Prendre en compte les recommandations des instances spécialisées de l'établissement [...] En agissant contre la douleur aiguë ou chronique, physique ou morale, en liaison avec le Comité de Lutte contre la Douleur. »

A ce jour l'hôpital ne dispose que de 0,2 ETP (équivalent temps plein) « Infirmier référent douleur » soit un temps de 20% de présence (un jour par semaine) consacré à la douleur (regroupant consultations, recherches, animations, formations). A l'échelle de l'hôpital on peut donc clairement dire que c'est un temps faible, qui mériterait d'être développé.

Il ressort des différents audits qualité menés sur les dossiers patients en 2022 que si l'évaluation de la douleur à l'entrée du patient bien qu'insuffisante est en net progrès global sur les services ouverts, la réévaluation (notamment post traitement antalgique) est un axe d'amélioration encore majeur.

B. Enquête douleur (2-3 février 2023)

1. Présentation et méthodologie

Dans le cadre du CLUD et de ce travail de mémoire j'ai organisé et réalisé une enquête auprès des patients dans les 4 services ouverts du CH La Chartreuse.

Cette enquête présentait un questionnaire « base » regroupant :

- Un recueil de données statistiques sur les patients (données générales, évaluation de la douleur à l'entrée, nombre d'évaluations de la douleur sur les 7 premiers jours d'hospitalisation)
- Une enquête transversale de prévalence : identifier au moment de l'enquête le nombre de personnes ayant eu des douleurs durant l'hospitalisation, et le nombre de personnes ayant une douleur chronique.
- Une composante qualitative : ressenti du patient sur la prise en charge dont il a bénéficié au cours de l'hospitalisation sur le volet de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur.

Pour les patients douloureux chroniques, un second questionnaire permettait d'approfondir le sujet avec la personne afin d'avoir des informations plus précises en termes d'étiologie, de traitement, et de retentissement. Ce dernier était évalué via des questions empruntées au QCD (Questionnaire Concis Douleur).

Population cible : Patients hospitalisés en service ouvert de psychiatrie générale depuis au moins 7 jours.

Critères d'exclusion :

- Patient non consentant.
- Patient présentant des troubles cognitifs ou une symptomatologie psychiatrique le rendant inapte à un questionnaire guidé en entretien.
- Patient absent du service (en permission).
- Patient hospitalisé depuis moins de 7 jours.

Modalités de réalisation : en entretien individuel, dans un bureau. Une demi-journée par service, mon service d'origine étant majoritairement géré par ma collègue infirmière. Deux jours dédiés à cette enquête.

Population totale : quatre-vingt-huit patients hospitalisés dans les quatre services.

Répondants : cinquante-cinq soit un taux d'environ 62,5% des patients hospitalisés.

Détail : (NB : CI = entrée trop récente ou état psychique incompatible avec le remplissage d'un questionnaire)

	UD	Cassiopée	Van Gogh	C. Claudel	Total
Hospitalisés	22	22	22	22	88
Répondants	12	17	11	15	55
Absents	0	2	3	2	7
CI	2	3	2	1	8
Refus	8	0	6	4	18

Généralités sur les personnes interrogées :

- Vingt-neuf femmes pour 26 hommes.
- Personnes âgées de 18 à 69 ans, avec une moyenne à 42,3 ans.
- Dix personnes en surpoids, 13 en état d'obésité (dont 6 sévère à morbide). Quarante-deux pour cent des patients ont donc un IMC supérieur à 25 (critère de comorbidité, plus élevé que dans la population moyenne).
- Deux personnes en situation de maigreur (IMC inférieur à 18,5).

Motifs d'entrée :

- Quarante-deux personnes adressées pour syndrome anxio-dépressif (dont 9 compliqués d'une tentative de suicide, 8 d'alcoolodépendance, 2 de troubles du comportement alimentaire).
- Six personnes adressées pour décompensation délirante sur fond de schizophrénie ou psychose sans précision.
- Trois personnes adressées pour trouble anxieux (dont une avec passage à l'acte suicidaire).
- Trois personnes adressées pour troubles du comportement alimentaire.
- Une personne adressée pour idées suicidaires dans un contexte de conflit familial

2. Principaux résultats du questionnaire « base »

L'intégralité du questionnaire « base » est disponible en Annexe 5.

- Sur l'évaluation initiale de la douleur

Ce critère était donné par extraction de la base de données informatique. Seule une échelle de la douleur tracée par EN/EVA était donc prise en compte.

Douleur évaluée à l'entrée dans le service ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	40	73%
Non	15	27%
TOTAL	55	100%

Cela fait tout de même près d'un patient sur quatre qui ne bénéficie pas d'une évaluation de la douleur tracée avec une échelle à son arrivée dans le service d'accueil. A noter que cela ne tient pas compte des évaluations pratiquées à la POP.

Nombre d'évaluations de la douleur pendant les 7 premiers jours d'hospitalisation ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
0	6	11%
1	14	25%
2	11	20%
3	7	13%
4	3	5%
5	6	11%
6	1	2%
8	2	4%
10	2	4%
12	1	2%
20	2	4%
TOTAL	55	100%

Sur la première semaine d'hospitalisation, 6 patients (11%) n'avaient toujours pas eu d'évaluation de la douleur.

- Sur les douleurs durant l'hospitalisation

Question 1- Avez-vous présenté une ou des douleurs depuis votre arrivée dans le service ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	48	87%
Non	7	13%
TOTAL	55	100%

Quarante-huit des 55 personnes interrogées disent avoir présenté au moins une douleur depuis leur arrivée dans le service. Les céphalées (22), les douleurs rachidiennes (23), et les troubles musculosquelettiques (24) constituent les trois premiers motifs de douleur. Plus rarement, des douleurs abdominales (12), pelviennes (4), et thoraciques (2) sont évoquées. Viennent ensuite des motifs douloureux individuels comme : otalgie, brûlure, hématomes, douleurs consécutives à une automutilation. Sur ces 48 personnes 12 n'en ont pas fait part au personnel soignant (question 2). Douleur d'intensité minimale, peur de déranger, ou habitude sont les principaux motifs de cette non-verbalisation.

- Les moyens antalgiques non médicamenteux proposés par les équipes soignantes

Question 3 - Des méthodes antalgiques non médicamenteuses vous ont-elles été proposées (si douleur) ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Application de chaud/froid	11	24%
Repos	3	7%
Incitation à la mobilisation	5	11%
Relaxation/Cohérence cardiaque/Méditation	4	9%
Massage	8	18%
Autre	5	11%
Non concerné	9	20%
TOTAL	45	100%

Neuf personnes sur 48 ne se seraient rien vu proposer. Pour les autres, l'application de chaud ou de froid reste la méthode la plus couramment mise en avant ainsi que la recommandation de masser la zone douloureuse. Viennent ensuite une incitation à la mobilisation (5 personnes) des techniques de relaxation (4 personnes). En parallèle on retrouve dans le cadre de prescriptions soit du psychiatre soit du généraliste, ou bien du suivi avec le psychologue : de l'hypnose (2 personnes), de l'activité physique adaptée ou de la kinésithérapie (une personne).

- Discours du patient sur l'évaluation de la douleur lors de la prise d'un antalgique et la réévaluation de la douleur :

Question 4 - Si des antalgiques vous ont été donnés pendant l'hospitalisation, une évaluation de la douleur était-elle réalisée par le soignant au moment de la prise ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	17	45%
Non	21	55%
TOTAL	38	100%

NB : Trente-huit personnes ont donc pris des antalgiques au moins une fois depuis leur arrivée en hospitalisation.

Question 5- Dans les heures suivant la prise d'un traitement antalgique ou l'application d'une méthode non médicamenteuse, votre douleur était-elle réévaluée ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	2	5%
Non	36	95%
TOTAL	38	100%

- Prise en compte de la douleur lors des soins, et sentiment général :

Question 6- Lors des soins (prise de sang, pansement, injection, ...) avez-vous eu le sentiment que votre douleur ou sa prévention était prise en compte ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	43	86%
Non	7	14%
TOTAL	50	100%

7-D'une manière générale, avez-vous eu le sentiment que la douleur et sa prévention était prise en compte par les soignants ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	49	91%
Non	5	9%
TOTAL	54	100%

Sur le volet des soins (Question 6), 5 patients n'ont pas répondu, n'ayant eu à subir aucun soin invasif ou potentiellement douloureux. Sur les 50 autres, 43 ont le sentiment que la douleur ou sa prévention lors d'un soin était prise en compte. Une personne n'a pas répondu à la question 7.

La question 8 servait de question pivot. Il s'agissait de demander au patient si il estimait avoir une douleur chronique, c'est-à-dire une douleur durant depuis plus de trois mois quelle que soit son intensité.

- Vers la douleur chronique

Question 8- Estimez-vous avoir une ou des douleurs chroniques (douleur durant depuis au moins trois mois) quelle que soit leur intensité ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	28	51%
Non	27	49%
TOTAL	54	100%

Toutes les personnes ayant répondu oui se sont donc vu proposer un questionnaire additionnel dans la continuité du premier (cf Annexe 6, questionnaire « Douleur Chronique »).

3. Principaux résultats du questionnaire « Douleur Chronique »

Patients douloureux chroniques

- Vingt-huit patients sur 55 soit 51% environ des personnes interrogées.
- Six personnes en surpoids, 8 personnes obèses dont 3 personnes en obésité sévère ou morbide. 50% ont donc un IMC supérieur à 25.
- Une personne en état de maigreur (IMC inférieur à 18,5).

Motif d'entrée :

- Vingt-trois personnes adressées pour syndrome anxio-dépressif parfois compliqués d'alcoolodépendance (5) de tentative de suicide (5), de troubles du comportement alimentaire (2).
- Deux personnes hospitalisées pour décompensation délirante sur fond de schizophrénie.
- Deux personnes adressées pour troubles anxieux
- Une personne adressée pour idées suicidaires sur fond de conflit familial.

Motif des douleurs :

Ils sont très variés. On retrouve une prédominance de pathologies rachidiennes lombaires (lombalgies/lombosciatalgies pour 6 personnes) ou d'antécédents de traumatismes rachidiens avec chirurgie. Pour certains patients les douleurs ont une cause unique bien définie, pour d'autres il y a accumulation de plusieurs étiologies générant parfois des tableaux compliqués mêlant plusieurs mécanismes. Un tableau regroupant les motifs des douleurs chroniques pour les 28 personnes concernées est disponible en annexe (Annexe 7, motif des douleurs chroniques).

Question DC2 : Antériorité des douleurs

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Plusieurs semaines	0	0%
Plusieurs mois	9	32%
Plusieurs années	19	68%
TOTAL	28	100%

- Antécédents de traitements (DC3) et automédication (DC4)

Les personnes interrogées rapportent un grand nombre de traitements ayant été essayés, parfois sans succès. Selon les situations, des morphiniques comme le Tramadol et la Codéine ayant été arrêtés pour des raisons diverses, l'inefficacité notamment. Une personne était également sous morphiniques forts. Au cas par cas on retrouve des traitements topiques (emplâtres de lidocaïne), des interventions (infiltration épidurale de corticoïdes pour deux personnes, dont une au niveau des cervicales), et des essais de « protocole Kétamine ». Cinq personnes ont déjà été suivies en Structure Douleur Chronique.

Sur le volet de l'automédication, 12 personnes sur 28 disent y avoir recours. Le paracétamol est le médicament le plus utilisé. On retrouve aussi du mésusage de Tramadol

et de Codéine mais aussi de traitements psychotropes dans une visée d'endormissement ou pour « fuir » la douleur.

- Traitement médicamenteux (DC3) et non médicamenteux (DC5)

Dix-neuf personnes sur 28 sont sous traitement médical régulier soit antérieur, soit instauré ou modifié durant l'hospitalisation. On retrouve, selon les étiologies douloureuses, toutes les catégories de traitement antalgiques : les paliers 1 et 2 majoritairement. Paracétamol essentiellement, AINS, Acupan, puis Tramadol, Codéine et Lamaline plus rarement. Une personne est sous traitement morphinique fort (Oxycodone, en libération prolongée avec des interdoses).

Dans certaines situations on retrouve aussi la Gabapentine, l'Amitriptyline, et les triptans pour les migraineux (une personne sous Sumatriptan, une autre sous Zolmitriptan).

Sur le plan non médicamenteux pour ces 28 personnes, on retrouve :

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Kinésithérapie	12	23%
Application de chaud/Froid	13	25%
Psychothérapie	7	13%
Hypnose	5	10%
Acupuncture	1	2%
Relaxation/Méditation	3	6%
TENS	3	6%
Autre	8	15%
TOTAL	52	100%

Kinésithérapie et thermo/cryothérapie sont les plus utilisés. Des suivis par le psychologue et les méthodes psychocorporelles suivent. Dans la catégorie autre on retrouve de l'ostéopathie, l'application de baumes ou pommades diverses, de l'activité physique adaptée, et du toucher massage. Nombre de patients utilisent plusieurs de ces méthodes ou thérapies en parallèle, expliquant le taux de réponse.

- Intensité de la douleur avant l'hospitalisation versus sur la semaine écoulée

Elle est en moyenne de 6,6/10 (de 2 au plus bas, à 10 au plus haut) avant l'hospitalisation contre 5,4/10 (de 2 au plus bas à 9 au plus haut) sur la semaine écoulée.

- Retentissement et lien entre douleurs chroniques et hospitalisation

Le retentissement des douleurs dans les aspects de la vie quotidienne était évalué avec des échelles numériques de 0 à 10, sur des questions proches du QCD.

Exemple de question :

Retentissement : Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant aucune gêne et 10 signifiant gêne totale, à combien estimez-vous l'impact de vos douleurs sur votre vie professionnelle ?

En moyenne nous obtenons :

- Sur la vie sociale : 3,8/10
- Sur la vie familiale : 2,9/10
- Sur la vie professionnelle : 5,2/10
- Sur l'autonomie physique : 4,4/10
- Sur le sommeil : 4/10
- Sur le goût de vivre : 5,1/10

Pour terminer, la question DC6 visait à évaluer le lien fait par le patient entre ses douleurs et les événements ayant conduit à son admission en soins psychiatriques.

Question DC6: D'après vous, ces douleurs ont-elles un lien de causalité avec votre entrée en hospitalisation ?

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Non pas du tout	12	43%
Cela a pu avoir une incidence	9	32%
Cela a certainement eu une incidence	3	11%
Oui tout à fait	4	14%
TOTAL	28	100%

Seize personnes sur 28 établissent un lien plus ou moins certain entre leur douleur chronique et leur entrée en hospitalisation, soit comme facteur contribuant (12) soit principal (4). A l'échelle de l'ensemble des personnes interrogées, cela fait près d'une personne sur 4.

V. Discussion

A. Discussion des résultats de l'enquête

1. Questionnaire « base »

L'enquête met en valeur une très forte prévalence des douleurs aiguës chez les personnes hospitalisées en service ouvert et un taux de patients douloureux chroniques atteignant presque la moitié de l'échantillon, ce qui va dans le sens d'une surreprésentation par rapport à la population générale.

On peut constater des carences dans les pratiques d'évaluation de la douleur par échelle tracée que ce soit à l'entrée ou dans les sept premiers jours de l'hospitalisation. Ces données sont objectives, puisqu'elles sont extraites du dossier patient informatisé. On note une grande variabilité dans le nombre d'évaluations pratiquées en première semaine. Il est possible que les personnes verbalisant d'emblée des douleurs soient plus évaluées que d'autres.

La moyenne se situe entre 3 à 4 évaluations de la douleur tracées dans les 7 premiers jours d'hospitalisation. Il s'agit d'un résultat faible. Toutefois ne rentrent pas en ligne de compte les évaluations de la douleur tracées à l'écrit dans les transmissions ciblées, mais seulement celles inscrites dans les constantes. Dans tous les cas, cela va dans le sens des audits internes menés en 2022 et constitue donc un axe d'amélioration.

L'évaluation de la douleur pré et post administration de traitement antalgique ou application de méthode non médicamenteuse est également à améliorer. Quarante-cinq pour cent des personnes interrogées disent avoir été évaluées avant. La réévaluation post-traitement tombe à cinq pour cent. On voit ici deux axes d'amélioration majeurs qui avaient également été mis en évidence dans les différents audits dossiers patients menés l'an passé. Il est à noter que l'on parle d'évaluations formelles avec une échelle. Sur le domaine de la réévaluation, nombre de patients m'ont fait part d'évaluations informelles, rapides. « Est-ce que vous avez toujours mal ? ». « Est-ce que ça va mieux ? ».

En point positif, on constate que les méthodes non médicamenteuses sont souvent proposées. Application de chaud ou de froid antalgique, incitation à la mobilisation, exercices de relaxation ... Les médiations psychocorporelles sont également présentes même si les patients rapportent qu'elles n'ont pas été prescrites dans une visée antalgique (à l'exception de l'APA parfois) mais dans le cadre de leur prise en charge sur le plan psychique. Mais le bénéfice potentiel concerne les deux sphères c'est donc également un bon point.

Autre point positif, les patients ayant subi des soins sont globalement satisfaits de la prise en compte de la douleur lors de ceux-ci. Il aurait été utile de détailler ce volet, de préciser les soins concernés. Sept personnes ont eu un ressenti négatif, leur demander pourquoi aurait été judicieux.

Concernant la satisfaction globale, elle est très positive dans le ressenti des personnes interrogées 49 patients sur 54 ayant eu le sentiment que la douleur (et sa prévention) était prise en compte par les soignants.

2. Questionnaire « douleur chronique »

Concernant les personnes douloureuses chroniques (28 sur 55), on retrouve des parcours complexes, une errance thérapeutique marquée par de nombreux essais de

traitements (médicamenteux, interventionnels, psychocorporels) et même un suivi en SDC pour 5 d'entre eux. Et un retentissement de la maladie souvent important, conjugué en plus à des problématiques psychiatriques parfois chroniques également.

Ainsi chez ces patients une forte proportion de syndromes anxio-dépressifs sont compliqués d'au moins un trouble co-occurent (alcoolodépendance, tentative de suicide, troubles du comportement alimentaire). Les comorbidités sont surreprésentées ici, par rapport à l'échantillon global.

Pour 16 personnes la douleur a pu avoir une incidence sur l'entrée en hospitalisation psychiatrique, que ce soit comme facteur potentiel de renforcement, facteur contribuant ou comme facteur premier. Et le retentissement de leur douleur au quotidien ne s'améliore pas nécessairement durant l'hospitalisation. Dès lors il convient de se questionner sur la manière de mieux les prendre en charge.

La plupart des patients douloureux chroniques ne mentionnent d'ailleurs pas leur douleur chronique dans la question de la première partie « *Avez-vous eu des douleurs depuis le début de l'hospitalisation* ». Comme si elles étaient devenues banales et donc inutiles à signaler. Cela m'a marqué.

Le retentissement dans les différentes sphères de la vie quotidienne est important, avec bien entendu des écarts importants selon les personnes et les situations. On retiendra que l'hospitalisation ne semble avoir que peu d'impact sur celui-ci.

Personnellement, je retiens aussi des phrases fortes recueillies auprès des patients interrogés. Beaucoup de personnes me faisant part de leur errance médicale, de leur isolement social, du retentissement familial ou professionnel de leur douleur. Une double peine, car la pathologie psychiatrique elle-même est parfois un vecteur d'exclusion ou de stigmatisation et de difficultés à trouver un emploi adapté.

Petite remarque, la formulation des choix proposés sur la question DC6 (*D'après vous, ces douleurs ont-elles un lien de causalité avec votre entrée en hospitalisation ?*) semble a posteriori un peu floue. Une échelle de 0 à 10 aurait été préférable pour rester dans la continuité des questions sur le retentissement.

3. Bilan de l'outil

Avantages : Renouvelable facilement, plus facile à mettre en place sur un temps court, échantillon large, résultats rapides. Permet de donner un tableau général intéressant sur le taux de personnes douloureuses et le nombre de patients douloureux chroniques. Peut générer une prise de conscience au vu de la forte proportion de personnes douloureuses chroniques. Mise en évidence de plusieurs axes d'amélioration des pratiques soignantes. Si on compare cette enquête à une « photographie » il sera intéressant par la suite de « zoomer » sur certaines parties, avec des audits ou des enquêtes plus ciblées.

Limites : Certains items ne pouvaient pas être objectivés par analyse du DPI. Certaines questions auraient pu être mieux formulées ou proposer plus d'ouverture. Les questions concernant les traitements non médicamenteux manquent de clarté, il aurait été utile de distinguer ce qui est proposé par l'infirmier, des méthodes psychocorporelles prescrites par le médecin psychiatre. Autre axe d'amélioration, il aurait fallu inclure la durée de séjour qui est très variable selon les personnes, ce qui peut induire un biais dans le taux de personnes ayant présenté une douleur durant l'hospitalisation.

B. L'infirmier en service ouvert de psychiatrie et la douleur

Si ce travail de mémoire est centré sur la pratique en service ouvert, c'est parce que le consentement du patient aux soins psychiatriques permet plus facilement l'établissement d'une relation de confiance thérapeutique. Et donc concernant la prise en charge de la douleur, une adhésion plus aisée du patient à ce qui peut lui être proposé. Lors d'une hospitalisation sans consentement, la priorité est d'abord de gérer la crise et de travailler l'adhésion aux soins. Et l'aspect médico-légal (mesure juridique de soins sous contrainte) entrave dans un premier temps cette adhésion.

1. Améliorer et donner du sens à l'évaluation de la douleur

Comme illustré dans l'enquête l'évaluation de la douleur reste un axe d'amélioration majeur au niveau des services ouverts. Que ce soit dans l'évaluation à l'entrée ou bien dans la réévaluation les jours suivants et surtout post-administration de traitement antalgique ou application de méthode antalgique non médicamenteuse. Cela a été objectivé par les différents audits menés l'an passé mais se retrouve également dans le ressenti des patients interrogés.

Il conviendrait de (re)former les équipes infirmières sur ce volet, et surtout de donner un sens à cela. Les patients, lors des entretiens, rapportent beaucoup d'évaluations informelles et non tracées. Il est important toutefois d'insister sur la traçabilité car le risque de perte d'information est trop grand. Une évaluation tracée et régulière est un bon indicateur pour évaluer l'efficacité d'un traitement ou la nécessité de la mise en place d'une thérapeutique.

Il s'agit également de bien redéfinir ce qu'est une évaluation de la douleur. Car en service ouvert elle est avant tout quantitative. Les échelles utilisées sont majoritairement l'EN ou l'EVS. Très rarement, Algoplus/Doloplus.

Les questionnaires qualitatifs utilisés dans les douleurs chroniques comme le QCD par exemple, demeurent méconnus. Le schéma corporel n'est pas utilisé, alors qu'il s'agit d'un outil formidable s'il est bien manié. Bien entendu, il faut faire attention à son usage chez le patient présentant des troubles psychotiques ou une dysmorphophobie (très fréquent dans les troubles du comportement alimentaire). Et le DN4 peut être utilisé par tout infirmier formé. Il est d'autant plus important qu'il peut permettre d'orienter vers le caractère neuropathique d'une douleur, et donc d'éviter un échec thérapeutique [19].

La grande diversité des profils de patients reçus dans les services d'entrée ouverts nécessite une polyvalence dans l'évaluation aussi bien quantitative que qualitative que nous n'avons pas encore. Ajoutons que l'évaluation de la douleur est l'affaire de tous les soignants, et pas seulement des infirmiers.

2. L'entretien infirmier : la douleur comme moyen d'accès relationnel

Si la pratique infirmière en psychiatrie ne fait pas l'objet d'un diplôme différent comme cela était le cas par le passé, elle demeure singulière et centrée sur la relation à l'autre. Analyse des mécanismes relationnels, observation, établissement d'un lien de confiance... L'entretien infirmier occupe une place fondamentale et ce dès l'entrée de la personne en hospitalisation.

« La pratique de l'entretien infirmier est une pratique fondamentale de l'infirmier exerçant en psychiatrie. Elle constitue une part importante de la fonction relationnelle de l'infirmier. [...] cette fonction d'échange verbal ne s'arrête pas au cadre des entretiens formalisés. » [20].

Tout instant d'échange même fugace, entre deux portes, peut être un entretien. Il peut être informel, formel, avoir un objectif (accueil, bilan, biographie, préparation à la sortie, éducation thérapeutique...).

- **Douleur chronique/Trouble psychique : des mécanismes communs**

Comme nous l'avons vu la douleur chronique est une maladie multifactorielle. Sa composante psychique est majeure, il n'est donc pas étonnant de se rendre compte que les mécanismes relationnels impliqués sont communs à ce que l'on a l'habitude de voir dans la prise en charge des pathologies mentales.

Les mécanismes de défense par exemple, comme l'évitement. Les facteurs de renforcement, à l'image des « bénéfiques secondaires ». L'anticipation anxieuse. Le travail de deuil. Le remaniement identitaire et l'ambivalence (que David le Breton résume avec ces mots « aidez-moi à supprimer la douleur qui me fait souffrir mais laissez là moi que je puisse exister » [5].)

Le parallèle de ces mécanismes qui font que parfois douleur chronique et trouble psychiatrique sont inséparables en tant qu'entités distinctes, implique une prise en charge de la douleur dans la relation au risque de passer à côté d'une part majeure de ce qu'est la personne. Il ne faut pas oublier également la notion de retentissement. La douleur chronique a un impact sur les relations familiales et sociales, le travail, l'autonomie, le bien être ... Tout comme n'importe quel trouble psychique.

On retrouve également des mécanismes communs dans les pistes thérapeutiques [4], qu'il s'agisse du volet médicamenteux (usage de certains antidépresseurs ou anticonvulsivants en douleur chronique) ou non médicamenteux (activité physique adaptée, relaxation, hypnose, psychothérapie).

- **La plainte douloureuse et la relation de confiance**

L'écoute est vitale dans le soin. C'est un principe général. Ignorer une plainte douloureuse peut mettre en péril la relation de confiance. Nier une plainte douloureuse, la détruire. Comme pour toute situation de soin le principe éthique de non-jugement est important.

Il m'est arrivé d'observer pourtant des situations où la douleur était reléguée à quelque chose de secondaire dans la relation à l'autre, ou même parfois niée. Cela caractérise la fameuse dichotomie psyché-soma évoquée plus tôt.

Que dire des patients venant faire part d'une douleur avec un visage détendu contrastant avec l'intensité qu'ils prêtent à leur douleur ? « Il simule, il exagère ». « Il n'a pas mal il veut juste des médicaments » peut-on parfois entendre.

Là encore les stéréotypes sont assez répandus. Encore plus si le patient est connu pour être un toxicomane. Nous avons vu que pourtant, ce dernier est plutôt sous-traité d'après la littérature, et que les opioïdes ne sont pas contre indiqués. [13,21]

David le Breton résume cela comme étant la notion d'imposition de statut : « la personne est réduite à sa pathologie. Il lui faudrait de surcroît afficher en permanence un visage de circonstance propre à renforcer la parole douloureuse ».[5]

En douleur chronique, l'habitude à la douleur génère parfois un décalage entre l'intensité d'une plainte et la présentation physique de la personne. Un patient qui sort se promener dans le parc puis rapporte une douleur à 9/10 visage assez détendu, cela intrigue. Comme s'il fallait

que la personne très algique soit alitée et dans une souffrance visible sur tout son corps, de sa posture à son faciès. David le Breton, là encore, résume :

« L'invisibilité de la douleur rend en effet suspecte la réalité de sa présence ». [5]

Le problème étant que si la plainte douloureuse n'est pas entendue, prise en compte, et ne fait pas l'objet d'une réponse, c'est la relation de confiance qui est menacée.

À l'inverse une écoute empathique assortie d'une prise en considération de la plainte et d'une action est un point positif pour l'établissement d'un lien de confiance et peut poser les fondations d'une relation thérapeutique solide.

À ce titre ne pas oublier la notion de vocabulaire positif : faire attention aux mots que l'on emploie. Privilégier un vocabulaire positif, éviter les négations... Cela contribue à l'effet placebo, thématique abordée lors de l'intervention du Dr Rault dans le cadre de ce DIU et reprise par Le Breton :

« La relation est agissante en elle-même, elle est un agent actif de potentialisation des molécules et des soins » [5].

- **La douleur chronique comme point de départ à la relation**

Plutôt qu'écartier la plainte douloureuse ou la juger non prioritaire par rapport au travail spécifique en psychiatrie il faut au contraire s'en saisir, surtout si cette plainte est intense, répétée, envahissante. Il est primordial de repérer le patient pour lequel la problématique douloureuse occupe une place majeure voire disproportionnée dans le discours.

Cela renvoie à la notion de « syndrome douloureux chronique ». On le voit d'ailleurs ponctuellement dans l'enquête réalisée. Vingt-huit personnes présentent une douleur chronique, mais pour autant toutes ne mettent pas en lien la douleur et l'hospitalisation. Pour certains ce sont deux problématiques distinctes, avec une douleur chronique « stable » et gérée sans causalité avec l'hospitalisation. Pour d'autres en revanche les deux problématiques sont fortement entremêlées.

Quel est le sens de cette douleur ? Quel est son retentissement dans la vie du patient ? Pourquoi cette personne qui est hospitalisée en psychiatrie ne cesse de me parler de sa névralgie et pas d'autre chose ? L'évaluation de la douleur quantitative ne suffit plus.

Des entretiens infirmiers formels, avec visée biographique par exemple, peuvent être utilisés pour aborder la douleur. Etablir sa chronologie, le parallèle avec des événements de vie traumatiques, les conséquences en termes de remaniement des relations familiales et sociales ... Un grand nombre de sujets peuvent émerger à partir de l'investigation d'une douleur chronique, sujets parfois étrangers à la conscience du patient.

Quels processus psychiques sont mis en œuvre dans la description de cette douleur ? Y a-t-il un deuil de ce que la personne était avant ? Des mécanismes de défense ou un coping (capacité à faire face à un événement) négatif ? La douleur renforce-t-elle la symptomatologie psychique ? Génère-t-elle des bénéfices secondaires ? Y a-t-il du catastrophisme ? Un sentiment d'incurabilité ? Ces questions et bien d'autres peuvent aider à définir le projet de soin global de la personne.

Il paraît intéressant de citer encore une fois David le Breton, qui évoque la notion de liminalité : Parfois le patient douloureux chronique « manque de prise sur le lien social hormis la douleur qui devient la seule médiation ». [5]

La liminalité est un état d'incertitude sur le rôle et l'identité sociale de la personne. Un changement de statut encore indéfini. Ne plus être la même personne mais ne pas être tout à fait un autre. C'est un processus également courant en psychiatrie. Il est important de repérer cela pour aider la personne à redéfinir les modalités de sa place au sein de la société, de sa famille, de son travail.

Evaluer tout cela, c'est aussi permettre d'orienter le traitement non médicamenteux qui est primordial dans le soin de la douleur chronique.

3. Psychothérapie et médiations thérapeutiques

Durant son hospitalisation le patient peut avoir accès à un grand nombre d'activités de médiations thérapeutiques sur prescription du psychiatre (Annexe 8, formulaire du CIAMM). Un grand nombre d'entre-elles sont pratiquées par des infirmiers formés.

La plupart de ces médiations sont recommandées dans le traitement des douleurs chroniques. On peut citer l'activité physique adaptée (APA) ou la relaxation par exemple. Le réinvestissement du volet corporel, souvent mis à mal dans nombre de pathologies psychiques et selon les traumatismes vécus (les personnes victimes de violences sexuelles par exemple), l'est aussi dans le cas de douleurs chroniques. Se réapproprier un membre ou un corps douloureux parfois marqué, mutilé, négligé. A cet égard la médiation toucher massage du CH La Chartreuse, pratiquée par une infirmière spécialisée qui a également une formation en hypnoanalgésie me semble plus que bénéfique.

Il ne faut pas oublier également la possibilité de rencontrer un psychologue, là encore sur orientation du psychiatre. Intervenant essentiel dans l'hospitalisation en psychiatrie, le psychologue est également expert pour déceler un coping défaillant, des mécanismes de défense inadaptés, des facteurs de renforcement, et peut orienter également sur une prise en charge plus spécifique par la suite (TCC, hypnose, EMDR). Une évaluation psychologique globale peut également permettre de déceler la place de la douleur dans la problématique psychique rencontrée par la personne soignée.

Au niveau infirmier, il ne faut pas hésiter selon nos compétences et formations spécifiques à orienter le patient vers des méthodes de relaxation, des exercices de respiration, de la cohérence cardiaque également. Un travail de pédagogie est parfois nécessaire pour expliquer à la personne le but et les bénéfices potentiels d'une médiation. Bien entendu, tout cela ne peut se faire qu'avec une adhésion et une participation active du patient.

Rappelons que la littérature a mis en évidence le rôle bénéfique des médiations psychocorporelles évoquées ci-dessus. Pour l'hypnose par exemple « la littérature scientifique est unanime sur le fait que l'avantage de l'hypnose ne se situe pas tant dans une amélioration de la façon dont la perception douloureuse est plus ou moins présente, mais dans la diminution de la « charge » négative associée à la douleur dans la vie du patient » [9].

Sont évoqués aussi dans les lettres Douleur & Santé Mentale les bénéfices de la méditation pleine conscience, de la TCC, de l'EMDR, de la sophrologie, dans le traitement des douleurs chroniques [21] et neuropathiques [19].

Toutes ces options thérapeutiques, pratiquées par des professionnels formés auprès de patients ne présentant pas de contre-indication, peuvent améliorer le vécu des douleurs et participer à un mieux-être global.

Enfin il serait intéressant de permettre aux médecins généralistes de prescrire des activités de médiation à visée antalgique. Actuellement ils ne peuvent le faire que pour l'APA. Cela va dans le sens de la nécessaire synergie avec le psychiatre, déjà abordée.

4. Le rôle de pivot de l'infirmier

Au-delà de ce qui a été évoqué précédemment sur le rôle infirmier dans la relation et dans les médiations thérapeutiques la notion de pivot est également importante.

Dans un contexte où la plupart des psychiatres ont un intérêt modeste pour la douleur et où la présence des médecins généralistes n'est pas régulière, il est parfois difficile de réunir les conditions d'une alliance thérapeutique. Dans le cas des patients douloureux chroniques, une coordination est pourtant nécessaire ne serait-ce que dans l'adaptation des traitements.

Dans l'idéal la présence du médecin généraliste aux synthèses hebdomadaires pluridisciplinaires permettrait de combler ce manque, mais est pour le moment très rarement réalisable d'un point de vue organisationnel. En revanche pour les cas les plus complexes il semble vital d'impulser une dynamique commune et de faire en sorte qu'il y ait concertation entre généraliste et psychiatre pour une meilleure prise en soins (notamment lors de l'instauration de traitements morphiniques forts, ou bien dans le maniement de certains psychotropes à visée antalgique chez des patients ayant déjà une médication lourde par exemple). Cela est déjà fait ponctuellement pour des patients présentant des situations somatiques complexes, avec des synthèses pluridisciplinaires exceptionnelles.

L'infirmier est en première ligne pour identifier les situations nécessitant plus que d'autres une concertation commune et une réflexion thérapeutique multimodale. Parfois il ne suffit que d'un appel à passer, d'une suggestion à glisser.

Psychiatres et généralistes travaillent souvent chacun de leur côté sans réellement communiquer. La cause est fondamentalement organisationnelle, mais aussi à rechercher dans le phénomène de la dichotomie psyché-soma maintes fois évoquée dans ce mémoire. Une meilleure collaboration permettrait pourtant un bénéfice aussi bien pour le patient que pour les médecins, que ce soit en termes de cohérence et de polyvalence.

Ce rôle de pivot de l'infirmier vaut également pour les échanges avec les psychologues, les professionnels du CIAMM et l'assistante sociale. Il faut sensibiliser tous les intervenants nécessaires à la problématique douloureuse complexe d'un patient afin de procéder à l'évaluation psychologique, un bilan social ou la mise en place de médiations.

Cela ne s'arrête pas à l'hospitalisation. Ainsi se mettre en lien avec les CMP et l'EM3SM (équipe mobile de soins somatiques) et transmettre les informations aux différents acteurs de la prise en charge post-hospitalisation permet de maximiser la bonne prise en compte de la douleur et de son traitement dans le temps, et donc de concourir au bien-être du patient.

Le patient justement, peut parfois être perdu dans des prescriptions qu'il ne comprend pas et des activités dont il ne saisit pas forcément le sens. C'est là que nos compétences sur le volet de l'éducation thérapeutique et de la reformulation des consignes données par les autres professionnels sont essentielles. L'exemple parfait est l'observance d'un traitement et l'information sur les risques liés à un mésusage (choses que nous faisons naturellement lorsqu'il s'agit d'antidépresseurs ou de benzodiazépines).

Enfin, il est important de penser également à la transmission entre infirmiers et entre services. Il n'est pas rare que les patients soient amenés à changer de service (passer d'un service fermé à un service ouvert par exemple). Les traçabilités sont essentielles, afin que la douleur soit traitée, évaluée, et réévaluée au gré des changements d'équipe ou de service.

C. CLUD et propositions d'actions : vers l'infirmier et au-delà.

Le CLUD doit être un acteur majeur dans la transmission des actions et savoirs en lien avec la douleur, et plus spécifiquement sur la thématique de la douleur en psychiatrie au vu de tout ce qui a été abordé précédemment. Ainsi au-delà de la pratique en service ouvert beaucoup de choses peuvent être améliorées au sein de l'hôpital avec l'aide de chacun.

- **Action 1 - Elargir le temps Infirmier Ressource Douleur**

Il est actuellement d'un poste à 20% sur l'hôpital, soit une présence maximale d'un jour sur cinq. C'est insuffisant pour pouvoir à la fois mener des actions de prévention, de formation, d'élaboration de protocoles, et surtout de réaliser des consultations douleur.

Selon les possibilités organisationnelles et en dépit des contraintes actuelles, augmenter ce temps à un pourcentage plus élevé (jusqu'à l'idéal d'un temps plein) semble important. Cette augmentation doit aller de pair avec des missions et des objectifs fixés aussi bien sur le volet soignant qu'institutionnel.

Nonobstant, il conviendrait de renommer le poste « Infirmier ressource douleur » là ou pour le moment il est encore inscrit « Infirmier référent douleur » dans l'organigramme.

- **Action 2 - Créer un protocole d'évaluation de la douleur institutionnel :**

En lien avec le CLUD, les services, et les médecins généralistes, il faut élaborer un protocole permettant de redéfinir les bonnes pratiques : évaluation de la douleur à l'entrée et dans les jours suivants, pré/post administration de traitement antalgique ou application de méthode antalgique non médicamenteuse, et modalités de réévaluation.

Ce protocole intéresserait dans un premier temps les services d'entrée (POP / Services ouverts et fermés) où il semble adapté d'uniformiser les pratiques. Il comporterait des indications sur la conduite à tenir selon si le patient est communiquant ou non et proposerait des échelles préférentielles selon les situations. L'EN serait recommandée chez le patient communiquant.

A moyen terme, inclure un QCD et un schéma corporel à l'entrée si le patient rapporte des douleurs chroniques ou inhabituelles serait très utile. Il faudrait bien entendu adapter cela à la situation du patient. Parfois le moment de l'entrée n'est pas le plus opportun pour faire remplir des questionnaires chez des personnes souvent angoissées par leur arrivée en hospitalisation en plus de leur mal-être psychique.

- **Action 3 - Réinformer les équipes et communiquer**

Le CLUD est à ce jour sous fréquenté par les infirmiers, et notamment par les personnels de l'intra-hospitalier (et donc des services ouverts, fermés, et structures gériatriques/médicosociales). Ceci malgré un nombre d'inscrits théorique assez élevé. Les facteurs sont souvent organisationnels (le contexte de tension actuel des effectifs est peu favorable au présentisme) mais il est possible aussi qu'un manque d'intérêt soit en cause.

Il serait bénéfique de refaire un tour des services pour resituer le rôle du CLUD et de ses missions et essayer d'avoir des participants infirmiers et aides-soignants représentant chaque type de service. Cela permettrait des échanges selon les problématiques de chacun, et aussi d'identifier des priorités en termes d'actions et de formation. Il ne faut pas oublier le CIAMM également et les infirmiers qui le composent (mais aussi l'ergothérapeute, l'art-thérapeute, les éducateurs spécialisés, les éducateurs sportifs et kinésithérapeutes...). Leur

rôle dans les médiations thérapeutiques est majeur et peut être un atout formidable sur la prise en charge des douleurs chroniques.

Sur le volet de la pluridisciplinarité, sensibiliser les psychiatres serait un apport indéniable. Ceci d'autant plus que leurs échanges avec les généralistes sont parfois rares, comme dit précédemment. Cela permettrait peut-être une amélioration de la synergie médicale au service du patient.

Il ne faut pas oublier les cadres de santé qui peuvent ensuite sensibiliser et transmettre les informations à leur équipe et pourquoi pas identifier des personnes souhaitant participer au CLUD. Et enfin les assistantes sociales, qui peuvent jouer un rôle important sur l'établissement du bilan social et des éventuelles démarches en lien avec le handicap physique et psychique.

La présence régulière au CLUD de personnels de la pharmacie et de l'Unité de soins somatiques (manipulatrice en radiologie par exemple), ainsi que de la direction de la qualité des soins est également un autre point intéressant. Leur présence permet des échanges entre professionnels parfois peu amenés à se rencontrer au quotidien. Selon le champ d'action de chacun, il est ensuite possible de mettre beaucoup de choses en place.

Ce travail de mémoire notamment, m'a permis de découvrir le département d'information médicale et les possibilités qu'il offre dès que l'on veut initier une étude, extraire ou analyser des données. J'ai également pu m'initier à la mise en place d'enquêtes sur l'hôpital grâce à la direction de la qualité des soins et gestion des risques et prendre conscience des multiples possibilités offertes avec leur accompagnement.

Tout le monde a un rôle à jouer dans la prise en charge de la douleur. Plus de diversité de professionnels il y a au sein du CLUD, plus les chances de mettre en place des actions concrètes et ciblées sont élevées. Enquêtes, audits, élaboration de protocoles, mise en place d'outils pratiques dans les services ... les possibilités sont nombreuses. Sans parler de la transmission des informations au sein des services.

Une communication du CLUD destinée à l'ensemble des professionnels serait également un apport majeur. Sous quelle forme, la question se pose. Une lettre du CLUD ? Une journée du CLUD ?

- **Action 4 - Former**

Une formation « Douleur » existe sur le centre hospitalier, mais est à l'heure actuelle en pause. Il est important de la redéfinir : à qui l'adresser ? Quel contenu ? Qui pour la dispenser ?

Il me semble important de faire de cette formation un outil transdisciplinaire, qui permettrait de mêler là encore plusieurs corps de métiers. Se former doit être une démarche volontaire. A ce titre destiner cette formation aux personnes motivées et la proposer également aux nouveaux soignants arrivant sur le centre hospitalier me semble être l'option la plus adaptée.

Le contenu mériterait d'être revu en pluridisciplinarité. Avec le médecin algologue, les pharmaciens, l'infirmier ressource douleur notamment. Il faudrait y aborder les notions fondamentales (définitions, évaluation, pharmacopée) ainsi que les spécificités liées à l'exercice en psychiatrie. Ces mêmes intervenants seraient les interlocuteurs privilégiés pour animer cette formation, à plusieurs dans l'idéal. Si j'obtiens le diplôme inter-universitaire d'étude et prise en charge de la douleur, il s'agit d'une action que je prendrai plaisir à mener.

Il serait également intéressant d'organiser des formations plus spécifiques sur des thématiques plus ciblées (pourquoi pas un cours sur la fibromyalgie par exemple ?). Selon les sujets cela peut se faire à l'échelon local, ou pourquoi pas par le biais d'un intervenant extérieur ?

- **Action 5 - Diffuser des outils dans les services**

Indépendamment du CLUD, mais si possible par le biais des correspondants, il faut mettre à disposition dans chaque service un classeur et/ou un dossier informatisé accessible à tous. Il comprendrait des questionnaires d'évaluation qualitatives (QCD + Schéma Corporel, DN4, et autres échelles plus spécifiques) ainsi que des notices explicatives sur leur bonne utilisation.

Cette « boîte à outils » aurait vocation à s'agrandir, se mettre à jour et se personnaliser selon les besoins des personnels et des services. Elle pourrait être supervisée par le correspondant du CLUD local s'il y en a un.

Conclusion

L'enquête de prévalence réalisée met en évidence une proportion importante de personnes douloureuses, ponctuellement ou de manière chronique dans les quatre services ouverts de psychiatrie générale. Elle mériterait d'être renouvelée et d'être ajustée sur certains points, mais les principaux résultats sont en accord avec la littérature et les statistiques citées dans ce travail de mémoire.

Le consentement de la personne aux soins psychiatriques en service ouvert permet d'instaurer une relation de confiance qui doit pouvoir inclure la prise en charge de la douleur, de son évaluation à son traitement (et sa réévaluation). Cela n'est faisable qu'en dépassant le phénomène de la dichotomie psyché-soma et en formant tous les intervenants à cette thématique.

Le service ouvert peut constituer un formidable environnement dans la prise en charge des syndromes douloureux chroniques, profondément intriqués avec des problématiques psychologiques, du fait de la grande pluridisciplinarité qui y règne : de l'aide-soignant au psychiatre en passant par l'assistante sociale, tout le monde a un rôle à jouer. L'infirmier, personnel soignant majoritaire et en contact quotidien avec la personne, doit être le pivot de la prise en charge. Le contexte spécifique de l'exercice en psychiatrie et les compétences acquises sur les médiations thérapeutiques et les méthodes d'entretien ou d'éducation thérapeutique peuvent être mises au service d'une meilleure prise en charge des douleurs chroniques, et donc d'une meilleure prise en charge globale.

On retrouve à l'échelle de l'hôpital tous les intervenants potentiels pouvant intervenir dans le soin apporté aux personnes douloureuses chroniques et donc compléter l'offre des SDC. Si le centre hospitalier n'a pas vocation à se substituer à ces structures, potentialiser les ressources dont il dispose par le biais d'une amélioration de la formation et de la synergie des intervenants peut permettre un apport plus que bénéfique, surtout à l'heure où ces SDC sont embolisées et menacées par le manque de personnel. Cette sensibilisation est également essentielle pour orienter la personne sur un suivi adapté après son hospitalisation.

Si tout ceci vaut pour les services ouverts, sur lesquels j'ai choisi de centrer ce travail, il convient de réfléchir également à plus large spectre sur les services fermés (comment allier évaluation et prise en charge de la douleur chez une personne non-consentante aux soins ?) et dans les services spécialisés.

A ce titre, le rôle du CLUD sera central et une personnalisation des actions menées (également pour les filières gériatrie, médico-sociale, pédopsychiatrie, et extrahospitalière) permettra d'impulser une dynamique générale ne pouvant que bénéficier à la prise en charge globale des personnes soignées.

A long terme il serait également utile de réfléchir à des rencontres avec des intervenants d'autres établissements, dans la même visée de partage des pratiques et de synergie.

Douleur chronique et maladie psychique sont parfois les deux faces d'une même pièce et partagent des mécanismes et des pistes thérapeutiques communes. La plus importante est peut-être la remobilisation de la personne et le travail de remise en mouvement. Rien ne peut se faire sans le patient.

Bibliographie

- 1.[cité le 8 mars 2023]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>
2. Héry F. Réflexion sur la prise en charge de la douleur en santé mentale. Douleur & santé mentale Lettre destinée aux professionnels de la santé. nov 2007;(1):8.
3. Serra E. Mise en place d'un CLUD en milieu psychiatrique: mode d'emploi. Douleur & santé mentale Lettre destinée aux professionnels de la santé. juin 2011;(5):8.
4. Braš M. Psychopharmacothérapie des comorbidités psychiatriques chez les patients douloureux chroniques. L'Encéphale. nov 2007;33(5):859-62.
5. Le Breton D. Tenir: douleur chronique et réinvention de soi. Paris: Éditions Métailié; 2017. 267 p. (Collection Traversées).
6. SFETD. Livre blanc de la douleur 2017 État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen [Internet]. 2017. 280 p. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/10/livre_blanc-SFETD-interactif-bis.pdf
7. Marchand S, Saravane D, Gaumond I. Santé mentale et douleur: composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. Paris Berlin Heidelberg [etc]: Springer; 2012. 242 p.
8. Serra É. Quel intérêt porter à la douleur en santé mentale ? Douleur & santé mentale Lettre destinée aux professionnels de la santé. déc 2008;(2):8.
9. Brennstuhl MJ. Prendre en charge la douleur chronique: avec les thérapies non médicamenteuses. Malakoff: Dunod; 2018. 191 p. (Les ateliers du praticien).
10. Saravane D. LES RECOMMANDATIONS SOMATIQUES CONGRES ANP3SM , 21 JUIN 2017. présenté à: Congrès annuel de l'ANP3SM; Paris.
11. Serra E, Saravane D, de Beauchamp I, Pascal JC, Peretti CS, Boccard E. La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. L'information psychiatrique. 2008;84(1):67.
12. Le corps en tête: douleur et santé mentale [Internet]. ADVITA Productions; 2011 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.capuseen.com/films/1055-le-corps-en-tete-douleur-et-sante-mentale>
13. [cité le 14 février 2023]. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional>
14. Rentsch D, Piguet V, Cedraschi C, Desmeules J, Luthy C, Andreoli A. Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? Revue Médicale Suisse. 2009;5.
15. Duong S. La place de l'expression faciale dans l'évaluation de la douleur en santé mentale [Thèse]. [Dijon]: Dijon; 2012.
16. Brennstuhl MJ, Tarquinio C, Montel S. Chronic Pain and PTSD: Evolving Views on Their Comorbidity: Chronic Pain and PTSD: Evolving Views on Their Comorbidity. Perspect Psychiatr Care. oct 2015;51(4):295-304.
17. Saravane D. L'évaluation de la douleur en santé mentale. Douleur & santé mentale Lettre destinée aux professionnels de la santé. déc 2008;(3):4.

18. Blondeau S. « Etat des lieux » des connaissances des professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur au sein du CHS de SEVREY Et Proposition d'outil d'évaluation de la douleur [Mémoire DIU Douleur]. [Dijon/Nancy]: Dijon; 2021.
19. Attal N. Douleurs neuropathiques et santé mentale. Douleur & santé mentale Lettre destinée aux professionnels de la santé. nov 2014;(7):7.
20. Morasz L. L'infirmier(e) en psychiatrie: les grands principes du soin en psychiatrie. 2e éd. Paris: Masson; 2012. 309 p.
21. Bich-H. DV. Maniement des antalgiques en pratique quotidienne. Douleur & santé mentale Lettre destinée aux professionnels de la santé. juin 2009;(4):12.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE CONCIS DE LA DOULEUR

Questionnaire concis de la douleur

QCD – Version courte

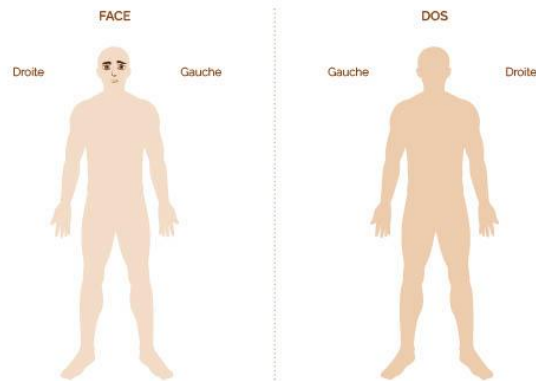
Cet auto-questionnaire* permet d'évaluer les principales dimensions de la douleur.
Il est utile pour réaliser l'évaluation initiale et pour assurer le suivi d'une douleur

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Au cours des huit derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

OUI NON

*Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes.
Merci de votre participation.*

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

Pas de Douleur							Douleur maximale imaginable			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Cocher le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière.

Pas de Douleur							Douleur maximale imaginable			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

Pas de Douleur							Douleur maximale imaginable			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Cocher le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

Pas de Douleur							Douleur maximale imaginable			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* Le Questionnaire concis de la douleur (QCD) est la version française du Brief Pain Inventory (BPI).
Source : Cleeland CS, University of Texas MD Anderson Center. Questionnaire concis sur les douleurs (format réduit). Houston: University of Texas MD Anderson Center; 1991.
www.mdanderson.org/content/dam/manderson/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI-SF_French_24hrs_SAMPLE.pdf

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE CONCIS DE LA DOULEUR

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

Aucune amélioration Amélioration complète

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

9. Cocher le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Activité générale

Ne gêne pas Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Humeur

Ne gêne pas Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Capacité à marcher

Ne gêne pas Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Relations avec les autres

Ne gêne pas Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sommeil

Ne gêne pas Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Goût de vivre

Ne gêne pas Gêne complètement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Douleur neuropathique en 4 questions – DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non »

	OUI	NON
La douleur présente-t-elle un ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?		
▪ Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?		
▪ Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :		
▪ Hyperesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hyperesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :		
▪ Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point NON = 0 point

Score du patient = 0 / 10

Mode d'emploi

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

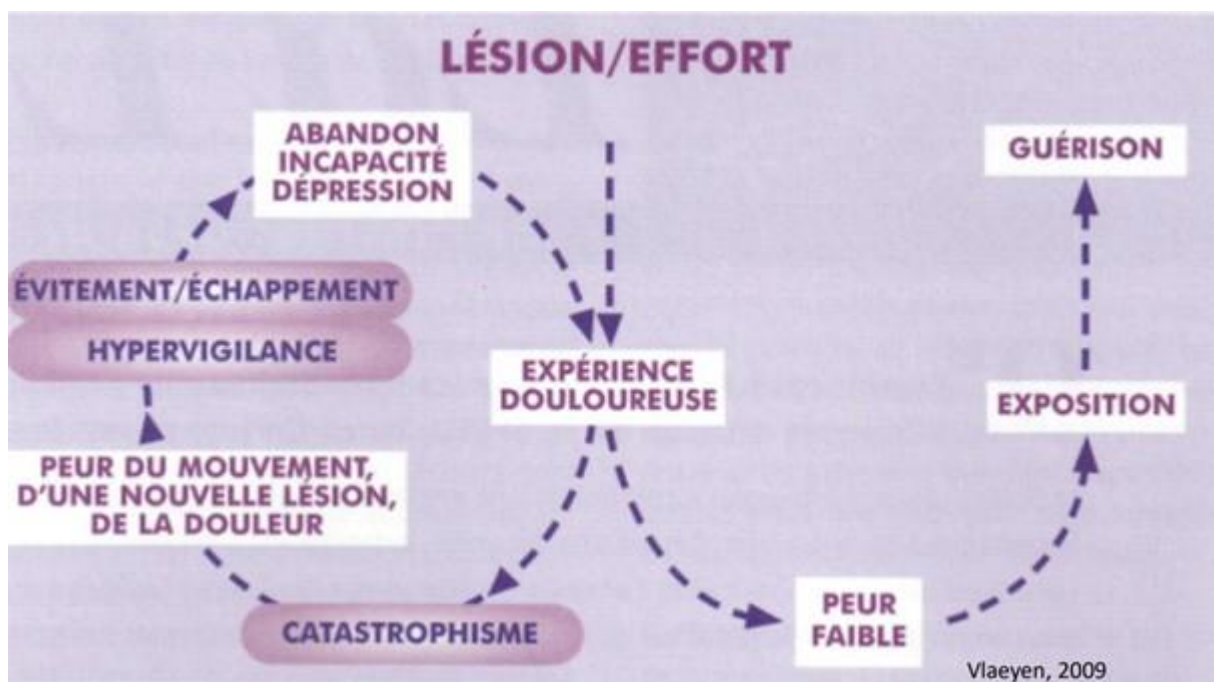
- le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire ;
- à chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non » ;
- à la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non » ;
- la somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

Source : Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Bourreau F, Brochet B, Bruxelle J et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005 ;114 :29-36.

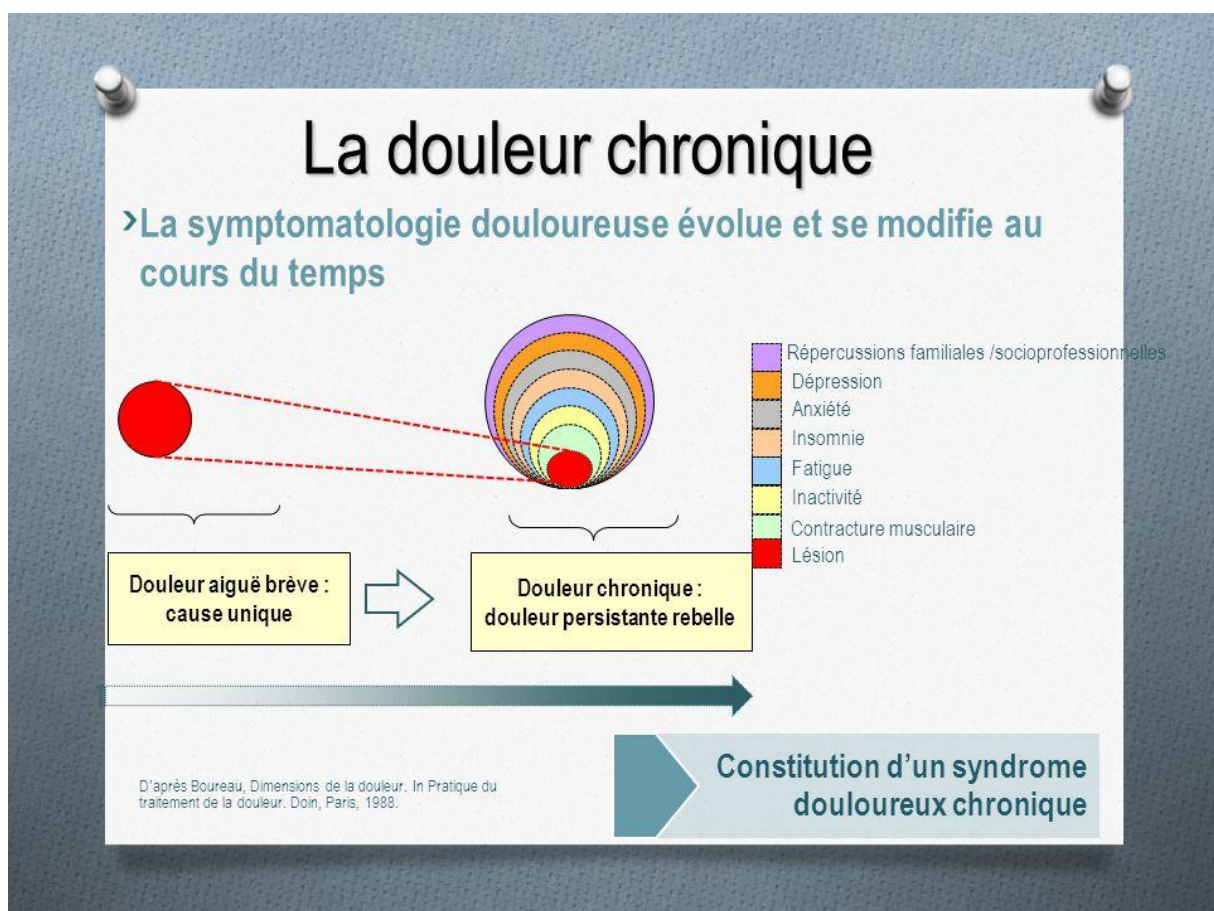
ANNEXE 3 : MODELE DE VLAEYEN - RENFORCEMENT DE LA DOULEUR

Modèle illustrant le renforcement d'une douleur par des mécanismes de coping négatif.



ANNEXE 4 : IMPACT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Modèle illustrant l'aspect multifactoriel de l'installation et du retentissement d'un syndrome douloureux chronique. Autant de domaines sur lesquels il faudra donc cibler les interventions.



ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE « BASE »

Recueil de données (via DPI)

Service

- Camille Claudel
- Cassiopée
- Unité de Dépression
- Van Gogh

Âge

Sexe

- Homme
- Femme

Motif d'entrée

- Trouble anxieux
- Syndrome Anxio-dépressif
- TS
- Trouble de l'humeur
- Sevrage alcool
- Polytoxicomanie
- Décompensation délirante
- TCA
- Autre

Si autre précisez

IMC

- <18
- 18-25
- 25-30
- 30-35
- >35

Douleur évaluée à l'entrée dans le service ?

- Oui
- Non

Nombre d'évaluations de la douleur pendant les 7 premiers jours d'hospitalisation

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE « BASE »

1 - Avez-vous présenté une ou des douleurs depuis votre arrivée dans le service ?

- Oui
- Non

Si oui pouvez-vous préciser le ou les type(s) de douleur(s)

- Céphalées
- Douleurs Abdominales
- Douleurs Pelviennes
- Douleurs Thoraciques
- Douleurs Lombaires
- Troubles Musculosquelettiques
- Douleurs Dentaires
- Autre

Si autre précisez

En avez-vous fait part au personnel soignant ?

- Oui
- Non

Si non pourquoi ?

2 - En général lorsque vous verbalisiez une douleur, une évaluation de la douleur était-elle réalisée par un soignant ?

- Oui
- Non

3 - Des méthodes antalgiques non médicamenteuses vous ont-elles été proposées (si douleur) ?

- Application de chaud/froid
- Repos
- Incitation à la mobilisation
- Relaxation/Cohérence cardiaque/Méditation
- Massage
- Autre
- Non concerné

Si autre, précisez

4 - Si des antalgiques vous ont été donnés pendant l'hospitalisation, une évaluation de la douleur était-elle réalisée par le soignant au moment de la prise ?

- Oui
- Non

5 - Dans les heures suivant la prise d'un traitement antalgique ou l'application d'une méthode non médicamenteuse, votre douleur était-elle réévaluée ?

- Oui
- Non

6 - Lors des soins (prise de sang, pansement, injection, ...) avez-vous eu le sentiment que votre douleur ou sa prévention était prise en compte ?

- Oui
- Non

7 - D'une manière générale, avez-vous eu le sentiment que la douleur et sa prévention était prise en compte par les soignants ?

- Oui
- Non

8 - Estimez-vous avoir une ou des douleurs chroniques (douleur durant depuis au moins trois mois) quelle que soit leur intensité ?

- Oui
- Non

9 - Avez-vous des remarques générales concernant la prévention, l'évaluation, et la prise en charge de la douleur dans le service ?

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE « DOULEUR CHRONIQUE »

DC1 - De quelle douleur s'agit-il ? Y a-t-il un diagnostic médical associé ?

DC2 - Antériorité des douleurs

- Plusieurs semaines
- Plusieurs mois
- Plusieurs années

DC3 - Cette ou ces douleurs font-elles l'objet d'un traitement médicamenteux prescrit par un médecin ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez:

DC4 - D'une automédication ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez:

DC5 - Cette ou ces douleurs font-elles l'objet d'un traitement non médicamenteux ?

- Kinésithérapie
- Application de chaud/Froid
- Psychothérapie
- Hypnose
- Acupuncture
- Relaxation/Méditation
- TENS
- Autre

Si autre, précisez :

Intensité : Si vous deviez décrire l'intensité moyenne de vos douleurs avant l'hospitalisation sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant absence de douleur, et 10 pire douleur imaginable, quel chiffre mettriez-vous ?

Intensité : Si vous deviez décrire l'intensité moyenne de vos douleurs sur la semaine écoulée sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant absence de douleur, et 10 pire douleur imaginable, quel chiffre mettriez-vous ?

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE « DOULEUR CHRONIQUE »

Retentissement : Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant aucune gêne et 10 signifiant gêne totale, à combien estimez-vous l'impact de vos douleurs sur votre vie sociale ?

Retentissement : Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant aucune gêne et 10 signifiant gêne totale, à combien estimez-vous l'impact de vos douleurs sur votre vie familiale ?

Retentissement : Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant aucune gêne et 10 signifiant gêne totale, à combien estimez-vous l'impact de vos douleurs sur votre vie professionnelle ?

Retentissement : Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant aucune gêne et 10 signifiant gêne totale, à combien estimez-vous l'impact de vos douleurs sur votre autonomie physique ?

Retentissement : Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant aucune gêne et 10 signifiant gêne totale, à combien estimez-vous l'impact de vos douleurs sur votre sommeil ?

Retentissement : Sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant aucune gêne et 10 signifiant gêne totale, à combien estimez-vous l'impact de vos douleurs sur votre goût de vivre ?

DC6 - D'après vous, ces douleurs ont-elles un lien de causalité avec votre entrée en hospitalisation ?

- Non pas du tout
- Cela a pu avoir une incidence
- Cela a certainement eu une incidence
- Oui tout à fait

DC7 - Avez-vous d'autres remarques/observation sur cette ou ces douleurs chroniques ?

ANNEXE 7 : ENQUETE DOULEUR : MOTIFS DES DOULEURS CHRONIQUES

1- Arthrodèses L4 -L5 / L5 - S1 sur discopathies (antécédent de "syndrome de la queue de cheval)". Tendinopathies majeures au niveau des deux épaules avec bursopathie épaule droite (Indication possible d'une chirurgie pour prothèses bilatérales).

2- Céphalées & Lombalgies sur scoliose et terrain arthrosique

3- Discopathie lombaire avec sciatalgie douleur prédominante fessier droit Tendinite bras droit (sans précision). Aponévrosite plantaire droite

4- Douleur cervicale en regard de C4-C5 avec présence d'un ganglion en regard de l'articulation (bénin à priori)

5- Douleurs neuropathiques type « membre fantôme » Main gauche + jambe gauche à la suite d'un AVP en moto (2008) -> Amputation main gauche (au niveau du poignet, pronation/supination avant-bras conservée) et jambe gauche (amputée au niveau fémoral). Paralysie partielle membre supérieur droit (plexus brachial)

6- Douleur post-opératoire de colostomie droite (2020) (sus crête illiaque) Fracture L1 en juillet 2021 sur chute avec ostéosynthèse T11/L2

7- Douleur épaule droite (tendinopathie) -> Liées au travail (nettoyage)

8- Douleurs dentaires évoluant et persistant depuis plusieurs mois : déchaussements multiples des dents avec caries ayant nécessité des extractions dentaires et de multiples soins chez le dentiste

9- Fibromyalgie + douleurs épaule droite : rupture de la coiffe des rotateurs (il y a 4 ans). Lombalgie sur discopathie + Ostéocytose sacro-illiaque

10- Fibromyalgie diagnostiquée il y a six ans + Poly-Arthrose dégénérative notamment aux cervicales (cervicalgies) + Spondylarthrite ankylosante + Migraines + SAOS

11- Fracture plateau tibial gauche récente + Arthrodèse L4-S1 genou gauche

12- Gonarthrose bilatérale

13- Lombalgie chronique

14- Lombalgie chronique

15- Lombalgie (scoliose associée à une cyphose).

16- Lombosciatalgie droite + Douleurs cervicales sans étiologie connue

17- Lombosciatique droite

18- Lombosciatique gauche récente

19- Maladie de Mc Ardle

20- Maladie de Marfan (diagnostic posé en 2019)

21- Migraines

22- Migraines importantes (examens en cours, antécédents familiaux) + contexte récent de SAOS

23- Migraines

24- Opération épaule droite pour ablation d'une masse bénigne -> Lésion nerveuse, Douleurs neuropathiques avec dysesthésies. Antécédent de douleur chronique sur opération d'une fissure anale (dit avoir encore des dysesthésies).

25- Polykystose rénale -> douleurs viscérales

26- Spondylololsthésis L5-S1 (AVP grave à l'âge de 4 ans)

27- Séquelle d'entorse talo-fibulaire

28- Tendinopathies calcifiantes des deux épaules + rupture partielle tendineuse épaule gauche + fissure tendon à droite. Lombalgie chronique + cervicalgies (antécédent de hernie cervicale à la suite d'un AVP) avec douleurs s'apparentant à une névralgie cervico-brachiale.

ANNEXE 8 : FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ACTIVITE / MEDIATION DU CIAMM



PRESCRIPTION MEDICALE - INDICATION

SERVICES MEDIATIONS ET PSYCHOTHERAPIE

A transmettre recto-verso à l'unité concernée

CIAMM - Fax 5224 - ciamm@chlcdijon.fr
 Espace Psychothérapique - espace.psychotherapie@chlcdijon.fr
 Unité Thérapeutique - hypnose@chlcdijon.fr ou photolangage@chlcdijon.fr

Unité : Date de la prescription :
 Durée prévisionnelle :

Mode d'hospitalisation :

Soins ambulatoires

ETIQUETTE

CIAMM Centre Intersectoriel d'Activités à Médiations Multiples							
	ACTIVITE(S) PRESCRITE(S)	Jour	HORAIRES	Poste	Lieux RV	Cocher la case	
APA-Activités Physiques Adaptées	Randonnée	Lundi	09h00-12h00	5424-5348	Standard		
	Jeux de raquettes	Lundi	14h00-15h30	5424-5348	Gymnase CH		
	Jeux aquatiques	Mercredi	09h00-11h30	5424-5348	Standard		
	Sports collectifs	Jeudi	Niv. 1 : 10h00-10h45 Niv. 2 : 10h45-11h30	5424-5348	Gymnase CH		
	Escalade	Vendredi	13h45-16h45	5424-5348	Standard		
	Médiation physique (étirement, course à pieds, cardio-training, boxe, réveil musculaire, équilibre, ...)	Lundi M Mardi Mercredi AM Jeudi AM		Sur RDV	5424-5348	CIAMM	<input type="checkbox"/> Groupe <input type="checkbox"/> Individuel
	Voile	Activité ponctuelle		Sur RDV	5424-5348	Standard	
Psychocorporel	Découverte Yoga et Méditation	Lundi	10h00-11h30	5522	CIAMM		
	Relaxation	Lundi AM Jeudi AM Vendredi AM		Sur RDV	5522	CIAMM	
	Toucher Massage	Lundi et Jeudi Mardi M Mercredi M Vendredi M		Sur RDV	5343	CIAMM	
Expression	Art-Thérapie	LMMJV		Sur RDV	5429	CIAMM	
	Atelier Poterie	Mardi	10h-11h30 14h00-15h30	5522-5344	CIAMM		
	Ecriture	Jeudi	10h00-11h30	5522	CIAMM		
Sociothérapie	Vêtementerie	Mercredi		Sur RDV	5344	Vêtementerie	
	Atelier Couture	Jeudi M		Sur RDV	5522-5344	CIAMM	
	Fabrique d'objets	Vendredi M		Sur RDV	5522-5344	CIAMM	
	Jeux de société	Vendredi	14h00-15h30	5522	CIAMM		
Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Activités créatives adaptées <input type="checkbox"/> Jeux réhab-psychosociale <input type="checkbox"/> Bilan	Lundi Jeudi AM		Sur RDV	5344	CIAMM	
	Médiation Animale	Lundi M Mardi Jeudi AM		Sur RDV	5424-5348	CIAMM	
DIÉTÉTICIENNE							
	Marche quotidienne	LMMJV	14h00-14h30	5216-5242	Cafétéria		
PROJET CIRQUE							
	Ateliers : Jonglage / Théâtre / Ecriture	LMMJV	Sur RDV	4930	Cafétéria		



PRESCRIPTION MEDICALE - INDICATION

SERVICES MEDIATIONS ET PSYCHOTHERAPIE

A transmettre recto-verso à l'unité concernée

CIAMM - Fax 5224 - ciamm@chlcdijon.fr
 Espace Psychothérapique - espace.psychotherapie@chlcdijon.fr
 Unité Thérapeutique - hypnose@chlcdijon.fr ou photolangage@chlcdijon.fr

ETIQUETTE

ESPACE PSYCHOTHERAPIQUE				
Consultation Familiale (3 séances)	Mardi	10h00-12h00	espace.psychotherapie@chlcdijon.fr	Esp. Psychothérapique
Consultation Dépression (4 séances)	Mercredi	14h15-17h00		
Musicothérapie (4 séances)	Vendredi	Sur RDV		
UNITÉ THÉRAPEUTIQUE				
Groupe Photo-langage	Mardi	10h00-11h30	photolangage@chlcdijon.fr	CIAMM
Groupe Hypnose	Mardi	14h00-15h00	hypnose@chlcdijon.fr	
ELEMENTS CLINIQUES IMPORTANTS				
OBJECTIFS				
CONTRE-INDICATIONS, ALLERGIES ET AUTRES INFORMATIONS				
ACCORD DU MEDECIN PSYCHIATRE REFERENT		ACCORD DU MEDECIN SOMATICIEN REFERENT (pour les Activités Physiques Adaptées)		
Signature		Signature		

Résumé

Centré sur le CH la Chartreuse à Dijon, ce mémoire de fin d'étude aborde le rôle de l'infirmier dans le soin des personnes atteintes de douleurs chroniques dans les services ouverts de psychiatrie générale.

Après un rappel des notions théoriques portant sur la douleur et sur les intrications entre douleurs et pathologies mentales, ce travail relate une enquête portant sur la prévalence et la prise en charge des douleurs dans les quatre services ouverts du centre hospitalier, puis une discussion de cette enquête.

Cette discussion aborde également les capacités relationnelles de l'infirmier, ainsi que des propositions d'actions pour améliorer la prise en charge globale à l'échelle locale par l'intermédiaire du CLUD et de multiples acteurs, dans une nécessité de synergie.

Catégorie :

Adulte

Mots-clefs :

Prise en charge / Psychiatrie / Evaluation / Psychologie