



Douleur et Psychiatrie.

Eric Serra – Amiens

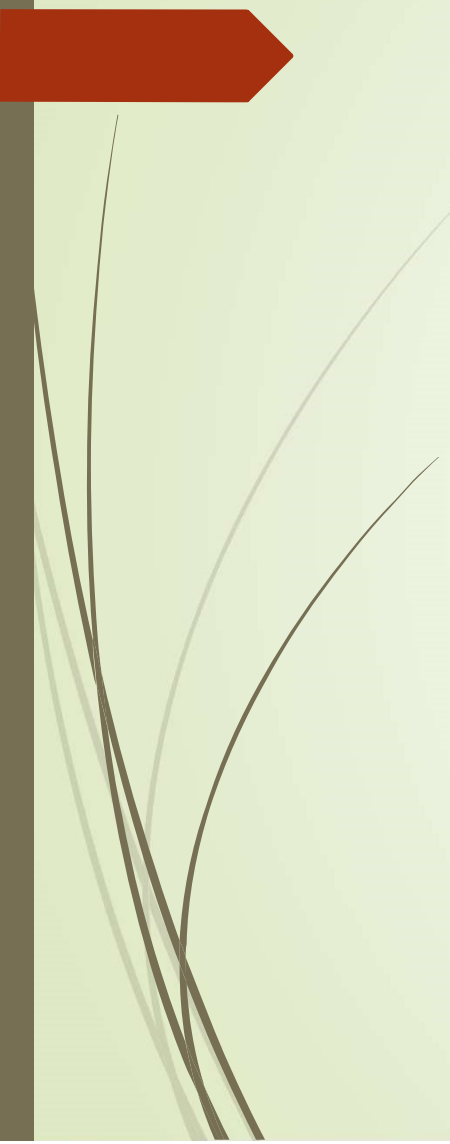
CLUD EPSM Lille 22 novembre 2022

- Eric Serra,
- Professeur de Médecine de la Douleur
Université Picardie Jules Verne Amiens
- Laboratoire Psittec ULR4072 Université Lille
- Chef Services Psychiatrie, Soins de support DISSPO, Douleur
CETD CHU Amiens Picardie

➤ Liens d'intérêts

- Institutions privées = ANSM: Archimedes, Astra-Zeneca, BMS, Bouchara, Develco, Ethypharm, Euthérapie, Grünenthal, Janssen, Lilly, MundiPharma, Mylan, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre, Recordati, Sanofi, Takeda, Viatris; Sublimed, Institut Analgesia, Lucine, PainkillAR; organismes de formation
- Institutions publiques: DGS (cancer – maladies chroniques – douleur et soins palliatifs); Fondation de France; Mutuelles et Associations: SFETD, AFTNM, IPYMA, CUMIC, GEICOP; Laboratoire Psittec ULR 4072 Lille
- Enseignements: Professeur Associé; FST, Capacité, DIU Douleur, DU TNM, Formations, Grand public; CEMD, CUMIC, CNET; Commission qualité de vie des étudiants en Santé





Idées reçues concernant la douleur dans le handicap psychique

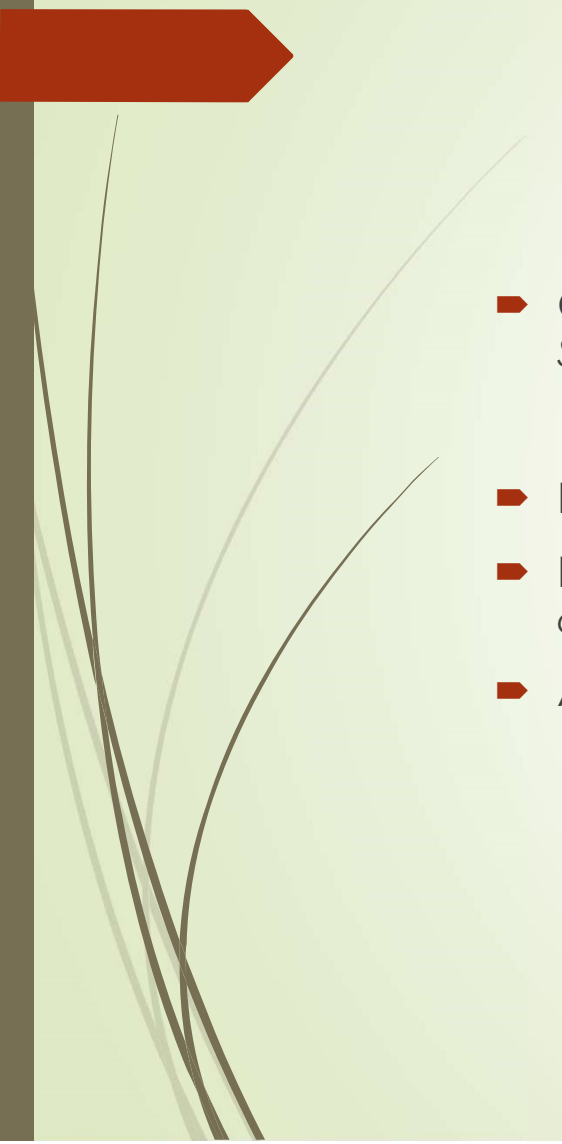
- Les malades mentaux sont **moins souvent malades** organiquement.
- Les malades mentaux, surtout institutionnalisés, n'ont **pas de Médecin Généraliste**.
- Les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles autistiques **ressentent moins la douleur**.
- Les personnes souffrant d'anxiété ou de dépression rapportent **plus de douleurs**.
- **On ne peut pas évaluer la douleur** chez les personnes souffrant de troubles psychiques ou neuro-développementaux, par défaut d'outils d'évaluation.
- Les médicaments **psychotropes sont antalgiques**.
- **On ne doit pas utiliser les opioïdes** en Psychiatrie ou en Addictologie.
- On ne peut pas traiter la douleur tant qu'on n'a pas traité **la cause psy**.
- Les patients psy **n'adhèrent pas aux traitements**.
- Les patients psy sont trop **sédentaires** pour faire du **sport**.
- Les soins somatiques et la douleur **ne relèvent pas** de la Santé mentale.

(E.Serra et col Doul Analg 2007 L'Info Psy 2008)



La Douleur

- « Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable », associée au corps
- « sensorielle »; les mécanismes de la douleur = nociceptif, neuropathique, nociplastique, psychogène (anxiété; dépression; somatisations: PTSD, Névrose hystérique, hypocondrie; psychosomatique; pathomimies; toxicomanie)
- « émotionnelle » = affective, comportementale, cognitive
- Évaluation multidimensionnelle et prise en charge multimodale et interdisciplinaire

- 
- Quelles connaissances sont nécessaires pour des pratiques adaptées?
SFETD Lille 18 novembre 2022
 - Enseignements = item 138 étudiants en Médecine, FST Douleur
 - Publications = Ouvrages sur la douleur; Onwumere J et al, *Pain*, 2022: *an agenda for progress*.
 - Associations = ANP3SM

« Enquête nationale ... sur la douleur et sa prise en charge. »

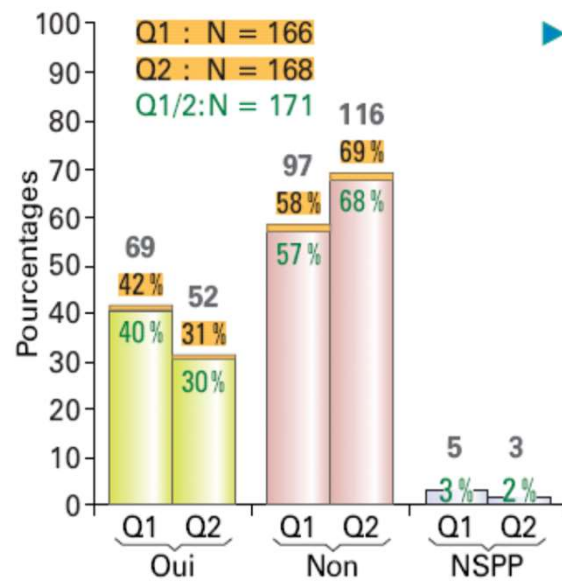
*E. Serra, D. Saravane, I. de Beauchamp, JC. Pascal, CS.
Peretti, E. Boccard, P. Autret*



première enquête en France sur la PEC de la
douleur en psychiatrie :

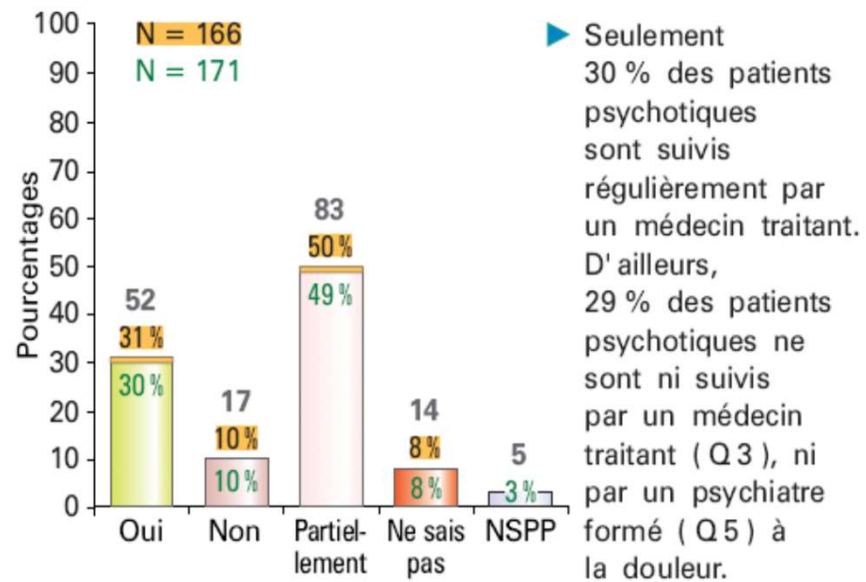
*Douleur et Analgésie, 2007
et L'Information Psychiatrique, 2008*

Q 1 + Q 2 : PENSEZ - VOUS QUE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE MENTALE ET DES TROUBLES SOMATIQUES, LORSQU' IL Y A TROUBLES PSYCHIQUES, SOIT SATISFAISANTE ?

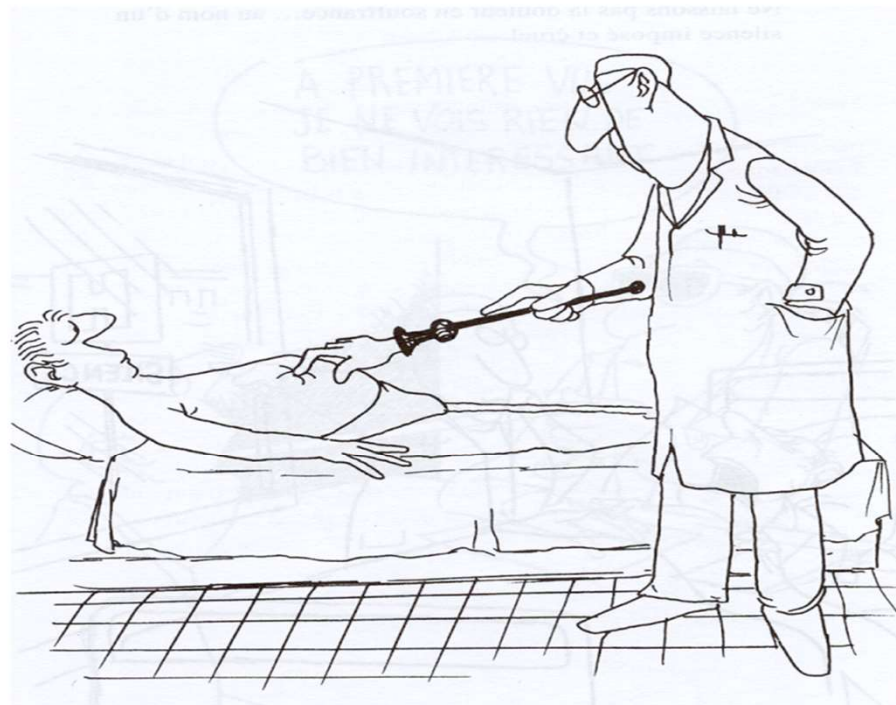


► Constat général :
58 % des répondants estiment que la prise en charge de la maladie mentale n'est pas satisfaisante en France et 69 % estiment que la prise en charge des troubles somatiques, chez les patients souffrant de troubles psychiques, n'est pas satisfaisante.

**Q 3 : VOS PATIENTS PSYCHOTIQUES CHRONIQUES
SONT-ILS TOUS SUIVIS RÉGULIÈREMENT PAR
UN MÉDECIN TRAITANT ?**



Le corps du malade mental





Plan

- Qu'en est-il des troubles somatiques et de la douleur en cas de troubles mentaux?
- Comment évalue-t-on la douleur en cas de troubles mentaux?
- Les psychotropes sont-ils antalgiques?
- Comment traiter la douleur en cas de troubles mentaux?
- La Santé mentale peut-elle s'organiser pour les soins somatiques et la douleur?
- Pour conclure. Biblio.



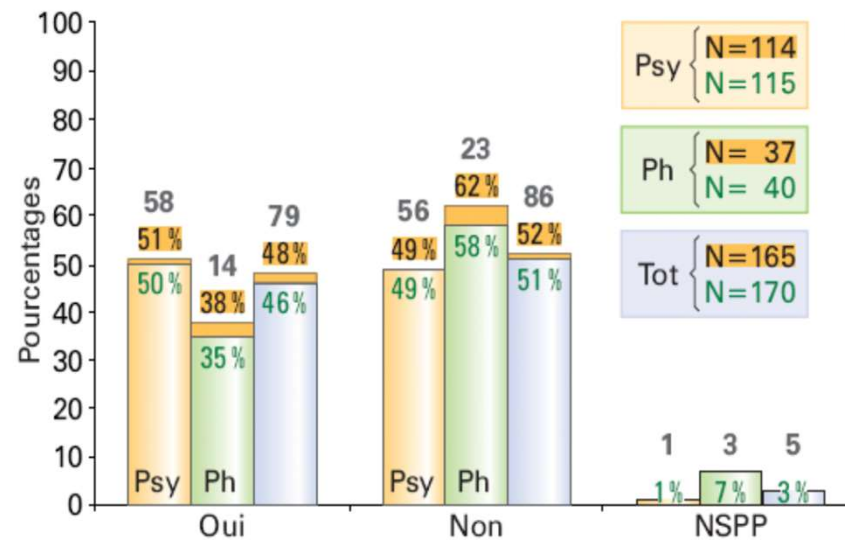
Manifestations de la douleur en Psychiatrie et Santé mentale

- Des Plaintes douloureuses dans un **contexte** particulier: des spécificités
 - Patient
 - Souffrance, troubles psychiatriques, dimension relationnelle des symptômes
 - Soignant
 - Professionnel de la Santé mentale
 - La douleur comme symptôme psychiatrique, comme souffrance psychique
 - La douleur comme marqueur des Soins somatiques
 - Proches, Société
 - Organisations et structures de soins psychiatriques
 - Conception et acceptation de la maladie mentale, du malade souffrant de troubles psychiatriques
 - Population vulnérable

Troubles somatiques et Douleur en Santé mentale. Co-morbidités.

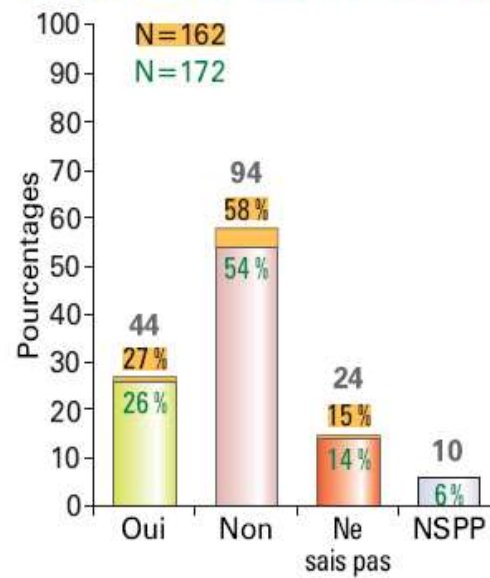
- En cas de troubles mentaux: **sur-morbidité** -sédentarité, surpoids, troubles métaboliques, HTA, **syndrome métabolique**- et **sur-mortalité** -de 15 à 25%-somatiques. (Saha Arch G Psychia 2007)
- La douleur est parfois **exprimée de manière différente**. La sensibilisation normale à la douleur répétée **serait réduite** en cas de troubles mentaux psychotiques. (Potvin J Psychiatric Research 2007) => douleur méconnue
- Patients psychotiques chroniques ou autistes se **plaignent moins**, sont **plus isolés**, rencontrent moins facilement **médecins ou dentistes**, sont plus difficiles à **examiner**. Leur suivi somatique est moindre (Serra D Analg 2007)
- La **douleur entraîne de l'anxiété**. La douleur chronique entraîne **aussi de la dépression chez 20%** des patients (Wong J Aff Disor 2011).
*Anxiété et dépression favorisent l'expression de la douleur: **77% des dépressifs présentent des douleurs*** (Husain J Psychosom Research 2007) => douleur repérée mais délaissée

Q 10 :
LES NEUROLEPTIQUES OU ANTIPSYCHOTIQUES
POSSÈDENT - ILS UNE ACTION ANTALGIQUE ?



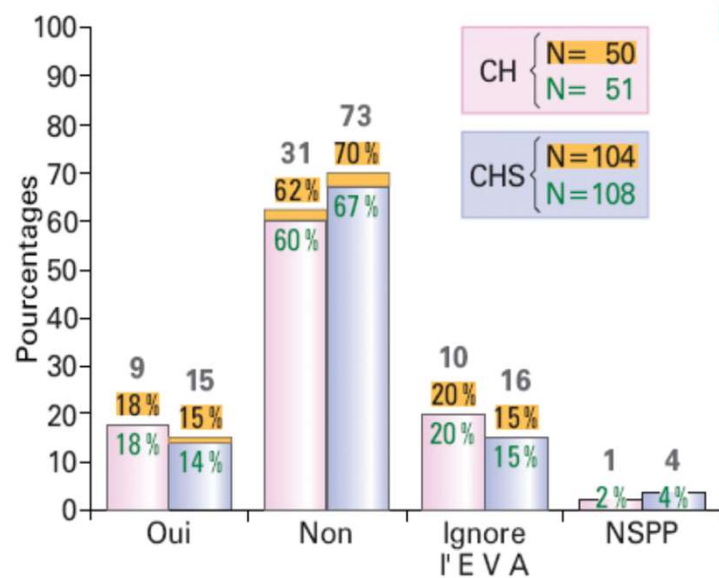
► 49 % des psychiatres estiment que les neuroleptiques ou antipsychotiques ne possèdent pas d' action antalgique contre 62 % des pharmaciens.

Q 7 : LA DOULEUR CHEZ LE PATIENT SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES S'ÉVALUE-T-ELLE ET SE TRAITE-T-ELLE COMME CHEZ UN AUTRE INDIVIDU ?



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

Q 8 :
DANS LES CH ET CHS,
UTILISEZ - VOUS L'EVA ?



► On utilise l'EVA dans 15 % des services de psychiatrie générale des CHS et dans 18 % des services de psychiatrie générale des CH et l'on ignore ce qu'est l'EVA dans 15 % des services de CHS contre 20 % des services de CH.

Méthodes d'évaluation

- On utilise les méthodes habituelles: entretien, examen, outils d'évaluation
- **Auto-évaluation**, en cas d'hospitalisation: **EN** Echelle Numérique, **EVS** Echelle Verbale Simple, Echelle des visages, Schéma topographique de la douleur
- **Hétéro-évaluation**, si nécessaire: **évaluation en équipe du contexte, importance des proches, de la famille**; Doloplus et **Algoplus** selon la situation, EDAAP Echelle Douleur Adulte Adolescent Polyhandicapé; en Santé mentale et Autisme: **ESDDA**, **EDD** Echelle Douleur sujets Dyscommunicants, **GED-DI**

Evaluation contextuelle de la douleur en Santé mentale

- Méthode des 5 W, **avec les proches du patient, avec l'équipe**
- 1) Who=Qui : Qui est avec le patient, qui est absent ?
- 2) What=Quoi : Quelle situation est associée au comportement ?
- 3) Where=Où : Où survient le comportement ?
- 4) When=Quand : Quand surviennent ces troubles ?
- 5) Why=Pourquoi : Rechercher les facteurs endogènes et exogènes

(Saravane D Analg 2011; Saravane Douleur Santé Mentale 2010)

Évaluation Douleur Adolescent ou Adulte Polyhandicapé : EDAAP

= pour le patient psychotique déficitaire (CLUD Hendaye)

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		DATES			
PLAINTES SOMATIQUES	1. Verbalisation : Expression de la douleur par des mots ou des symboles				
	. Incapable d'accéder au symbole	0	0	0	0
	. Ne se plaint pas	1	1	1	1
	. Plaintes diverses sans localisation de la douleur	2	2	2	2
	. Plaintes de douleurs aux manipulations	3	3	3	3
	. Plaintes de douleur spontanée	4	4	4	4
	2. Pleurs et/ou cris : Gémissements avec ou sans accès de larmes				
	. Pleurs et/ou Cris habituels ou absence habituelle	0	0	0	0
	. Pleurs et / ou cris intensifiés	1	1	1	1
	. Pleurs et / ou cris provoqués par les manipulations	2	2	2	2
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	. Pleurs et / ou cris spontanés tout à fait inhabituels	3	3	3	3
	. Mêmes signes avec manifestations neurovégétatives	4	4	4	4
	3. Attitude antalgique :				
	. Pas d'attitude antalgique	0	0	0	0
	. Recherche d'une position antalgique	1	1	1	1
IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	. Attitude antalgique spontanée	2	2	2	2
	. Attitude antalgique déterminée par le Soignant	3	3	3	3
	. Obnubilé(e) par sa douleur	4	4	4	4
	4. Zone douloureuse :				
	. Aucune zone douloureuse	0	0	0	0
MIMIQUE	. Zone douloureuse révélée par la palpation	1	1	1	1
	. Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen	2	2	2	2
	. Zone douloureuse désignée de façon spontanée	3	3	3	3
	. Examen impossible du fait de la douleur	4	4	4	4
	5. Mimique douloureuse : Expression du visage traduisant la douleur				
SOMMEIL	. Mimique habituelle	0	0	0	0
	. Faciès inquiet inhabituel	1	1	1	1
	. Mimique douloureuse lors des manipulations	2	2	2	2
	. Mimique douloureuse spontanée	3	3	3	3
	. Même signe que 1 – 2 – 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4	4	4	4
SOMMEIL	6. Troubles du sommeil :				
	. Sommeil habituel (à préciser)	0	0	0	0
	. Sommeil agité	1	1	1	1
	. Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne)	2	2	2	2
	. Perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille / sommeil)	3	3	3	3

Évaluation Douleur Adolescent ou Adulte Polyhandicapé EDAAP

		D A T E S			
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
CAPACITE A REAGIR LORS DES SOINS DOULOUREUX	7. Douleur induite : Nommer le type de soin				
	. Réaction d'appréhension	1	1	1	1
	. Réaction d'opposition ou de retrait	2	2	2	2
	. Etat de prostration	3	3	3	3
TONUS	8. Tonus : Accentuation des troubles du tonus (augmentation de la spasticité, des trémulations, schèmes en hyperextension)				
	. Manifestations habituelles	0	0	0	0
	. Raideur accentuée au repos	1	1	1	1
	. Accentuation des troubles lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	2	2	2	2
	. Mêmes signes que 1 et 2 avec mimique douloureuse	3	3	3	3
	. Mêmes signes que 1 – 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4	4
EXPRESSION DU CORPS	9. Accentuation des mouvements spontanés : (volontaires ou non – coordonnés ou non)				
	. Manifestations habituelles (les nommer)	0	0	0	0
	. Recrudescence de mouvements spontanés	1	1	1	1
	. Etat d'agitation inhabituel	2	2	2	2
	. Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3	3	3	3
	. Mêmes signes que 1 – 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4	4
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
COMMUNICATION	10. Capacité à Interagir avec le Soignant : communication verbale ou non verbale				
	. Vie pauci relationnelle difficile à évaluer	0	0	0	0
	. Bonne communication habituelle	1	1	1	1
	. Difficultés pour établir une communication	2	2	2	2
VIE SOCIALE INTERET POUR L'ENVIRONNEMENT	11. Relation au monde				
	. Vie pauci-relationnelle difficile à évaluer	0	0	0	0
	. S'intéresse spontanément à l'environnement	1	1	1	1
	. Intérêt faible, doit être sollicité(e)	2	2	2	2
	. Désintérêt total pour l'environnement	3	3	3	3
	. Etat de prostration	4	4	4	4
TROUBLES DU COMPORTEMENT	12. Comportement				
	. Comportement habituel – stéréotypies habituelles (les nommer)	0	0	0	0
	. Accentuation du comportement de base ou apparition de stéréotypies	1	1	1	1
	. Réaction de panique : fuite, hurlements	2	2	2	2
. Actes d'automutilation		3	3	3	3
T O T A L					



EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR CHEZ DES SUJETS DYSCOMMUNICANTS (EDD)

NOM :
Prénom :

			Date		
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	1. PLAINTES SOMATIQUES	Emissions vocales et/ou pleurs et/ou cris : > Habituels ou absence habituelle. > Intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris. > Provoqués par les manipulations. > Spontanés tout à fait inhabituels. > Avec manifestations neurovégétatives.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
	2. TROUBLES DU SOMMEIL	> Sommeil habituel > Sommeil agité > Insomnies (troubles de l'endormissement et/ou réveil nocturne) > Perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil).	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	3. IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	> Aucune zone douloureuse. > Zone sensible localisée lors des soins. > Zone douloureuse révélée par la palpation. > Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen. > Zone douloureuse désignée de façon spontanée. > Examen impossible du fait de la douleur.	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL					
RENSEIGNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	4. TROUBLES DU COMPORTEMENT	> Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle. Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto et/ou hétéro-agression) : > Passagère. > Durable. > Réaction de panique (hurlements, réactions neurovégétatives). > Actes d'automutilation.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

	5. TONUS	➤ Tonus habituel (normal, hypo ou hypertonique). ➤ Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux. ➤ Accentuation spontanée du tonus au repos. ➤ Mêmes signes que 2 avec mimique douloureuse. ➤ Mêmes signes que 2 avec cris et/ou pleurs.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
	6. MIMIQUES, EXPRESSIONS DU VISAGE	➤ Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle. ➤ Faciès détendu ou faciès inquiet habituel. ➤ Faciès inquiet inhabituel. ➤ Mimique douloureuse lors des manipulations. ➤ Mimique douloureuse spontanée. ➤ Mêmes signes que 1-2-3 accompagné de manifestations neurovégétatives.	0 0 1 2 3 4	0 0 1 2 3 4	0 0 1 2 3 4
	7. EXPRESSION DU CORPS	➤ Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle. ➤ Peu de capacité à s'exprimer et/ou agir de manière habituelle. ➤ Mouvements stéréotypés ou hyperactivité de manière habituelle. ➤ Recrudescence de mouvements spontanés. ➤ Etat d'agitation inhabituel ou prostration. ➤ Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse. ➤ Mêmes signes que 1-2 ou 3 avec cris et/ou pleurs.	0 0 0 1 2 3 4	0 0 0 1 2 3 4	0 0 0 1 2 3 4
	8. INTERACTION LORS DES SOINS	➤ Acceptation du contact et/ou aide partielle lors des soins (habillage...). ➤ Réaction d'appréhension habituelle au toucher. ➤ Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher. ➤ Réaction d'opposition ou de retrait. ➤ Réaction de repli.	0 0 1 2 3	0 0 1 2 3	0 0 1 2 3
TOTAL					

Mode d'emploi: Répondre à chaque item par OUI ou NON, un TOTAL > 2 OUI fait suspecter une douleur.

ESDDA

Echelle Simplifiée d'évaluation de la Douleur
chez les personnes Dyscommunicantes
avec troubles du spectre de l'Autisme

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EVALUEE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de l'évaluation	/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....	
Heure	h.....		h.....		h.....		h.....		h.....		h.....		h.....	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1. Comportement <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
2. Mimiques et expressions du visage <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
3. Plaintes (cris, gémissements...) <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
4. Sommeil <i>modifié par rapport à l'habitude?</i>														
5. Opposition lors de soins														
6. Zone douloureuse identifiée à l'examen														
TOTAL DE OUI	/6		/6		/6		/6		/6		/6		/6	
Complétée par														



**Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en
Santé Mentale et Autisme**

Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand
B.P. 69
Avenue du 8 mai 1945
91152 ETAMPES Cedex
FRANCE
Tél : 01 82 26 81 09
Mail : secretariat.douleur@eps-etampes.fr
Site web: <http://www.eps-etampes.fr/offre-de-soins/centre-regional-douleur-et-soins-somatiques-en-sante-mentale-et-autisme/>

ESDDA

Echelle Simplifiée d'évaluation de la Douleur chez les personnes Dyscommunicantes avec troubles du spectre de l'Autisme

Cette échelle a été réalisée par des professionnels de terrain et validée par l'équipe de recherche du Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale et Autisme de l'EPS Barthélemy Durand d'Etampes (91). Elle est la propriété de l'EPS Barthélemy Durand d'Etampes et peut être librement utilisée, à la condition de l'attribuer à son auteur en citant son nom (Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale et Autisme - EPS Barthélemy Durand - Etampes) et de ne pas en faire d'utilisation commerciale. Toute modification de cet outil est également interdite.

Elle a été spécifiquement développée pour l'hétéro-évaluation de la douleur aiguë chez les personnes présentant des troubles de la communication en lien avec l'autisme.

Veuillez noter que les informations recueillies à l'aide de cet outil ne permettent pas d'établir un diagnostic.

Description:

- Outil d'aide à l'objectivation d'une potentielle douleur aiguë d'origine somatique
- Outil spécifique aux personnes présentant des difficultés à l'autoévaluation de la douleur dans le cadre de l'autisme et des troubles apparentés

Elaboration :

Dr Isabelle MYTYCH, Praticien Hospitalier, Spécialiste en Médecine Générale.

Dr Julie RENAUD-MIERZEJEWSKI, Docteur en Neurosciences.

Traduction / Adaptation :

Cet outil est aujourd'hui disponible uniquement en version francophone.

EPS Barthélemy Durand – B.P.69 – Avenue du 8 mai 1945 - 91152 Etampes Cedex - France
Date de création de la fiche : 29/11/2016 Dernière mise à jour de la fiche : 27/04/2017

Population concernée :

Toute personne à partir de l'âge de 2 ans présentant une incapacité à l'auto-évaluation de la douleur et présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme ou troubles apparentés.

Description de l'outil :

L'ESDDA est une grille simplifiée d'objectivation d'une potentielle douleur aiguë d'origine somatique.

Elle se base sur l'observation de la personne évaluée dans :

- 4 items concernant des modifications par rapport à l'habitude :
 - o son comportement
 - o ses mimiques et expressions du visage
 - o ses plaintes (cris, gémissements...)
 - o son sommeil,
- 2 items concernant des situations particulières :
 - o son éventuelle opposition lors de soins : ici considérés au sens large, soins médicaux ou para-médicaux mais aussi soins d'hygiène ou de confort comme des massages...
 - o le repérage d'une zone douloureuse à l'examen : ici soit un examen médical soit analyse faite par un tiers dans une situation donnée (ex : habillage, mise des chaussures...).

Cotation / Notation :

Outil qui requiert une formation minimale à son utilisation.

Les résultats sont codifiés et interprétés en fonction d'un seuil correspondant à une alerte quant à une potentielle douleur aiguë d'origine somatique.

Des critères de notation permettent d'attribuer une note qui va de 0 à 1 pour chaque item :

- La note 0 est attribuée lorsqu'il n'y a pas de modification par rapport à l'habitude, l'absence d'opposition lors de soins ou l'absence de zone douloureuse identifiée à l'examen.
- La note 1 est attribuée lorsqu'il y a modification par rapport à l'habitude, une opposition lors de soins ou le repérage d'une zone douloureuse à l'examen.

Un résultat > 2 à l'ESDDA devrait toujours être complétée par un avis médical pour rechercher une étiologie organique douloureuse.

Intérêt de l'outil :

Première échelle simple d'utilisation pouvant être utilisée par des non professionnels de santé en vue du repérage précoce d'une potentielle douleur aiguë d'origine somatique.

L'usage final de l'instrument dépend du jugement de son utilisateur.

Pour se procurer l'échelle :

- EPS Barthélemy Durand – Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale et Autisme
B.P.69 - Avenue du 8 mai 1945 - 91152 Etampes Cedex

EPS Barthélemy Durand – B.P.69 – Avenue du 8 mai 1945 - 91152 Etampes Cedex - France
Date de création de la fiche : 29/11/2016 Dernière mise à jour de la fiche : 27/04/2017

GED-DI

Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficiences Intellectuelles

Nom: _____

Date: _____(jj/mm/aa)

INSTRUCTIONS DE MARQUAGE

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a démontré les comportements suivants. Veuillez encircler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

- | | |
|---|--|
| 0 = Ne se présente du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ». | 2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue. |
| 1 = Est vu ou entend rarement (à peine du tout), mais présent. | 3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observant noterait facilement l'action. |
| | NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action |

0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS	
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: cri, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affaibli	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touches, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex.: fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Rétient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:					0 + + + + 0 =

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.



Mécanisme douloureux psychogène ou psychologique

- ▀ Quels que soient les autres mécanismes de la douleur
- ▀ **mécanisme associé : définition de la douleur**
mécanisme prévalent : douleur psychogène
- **traumatisme, stress, événement de vie**
= Psychosociologie réactionnelle
- **compréhension affective, relationnelle, symbolique**
= Psychanalyse (Cedraschi, *Revue Rhum* 2009; Defontaine *D et Analg* 2009; Lenglet, *Douleurs* 2012; Rolland, *D et Analg* 2012)
- **apprentissage, erreur de croyance**
= Comportementalisme et Cognitivism (Boureau, 1988; Serra, 1995; Boureau, 1999; Monestes, 2005; Laroche, 2009)



Mécanismes psychologiques: une chronologie

causes, facteurs, conséquences, expériences, comportements, dimensions.

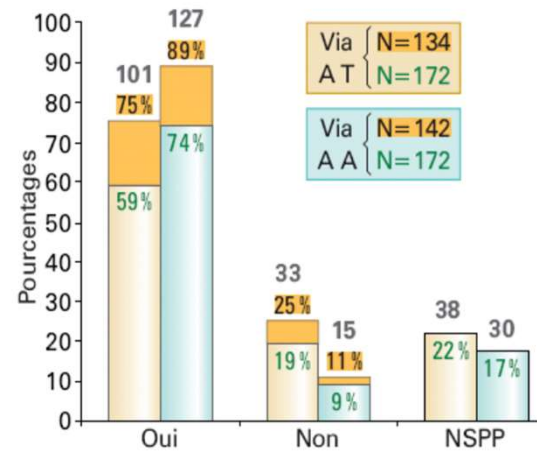
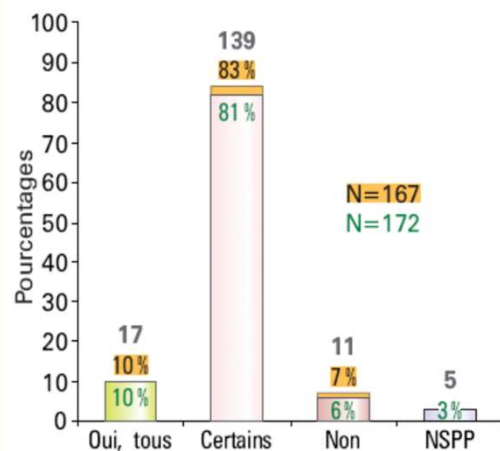
- .**personnalité**: *pain prone, hystérie, travail de la maladie*
- .**dépression** *dépression masquée, deuil*
- .**traumatismes** *passés éventuellement réactivés*
- .somatisation, troubles somatoformes
- .**anxiété**, *peur habituelles*
- .**évitement** *fréquent*
- .**hyperactivité**, *ergomanie*
- .hypervigilance
- .**croyances**, *attentes*
- .**coping=ajustement** *dont le **Catastrophisme***
- .**acceptation**, *flexibilité psychologique*



Plan

- Qu'en est-il des troubles somatiques et de la douleur en cas de troubles mentaux?
- Comment évalue-t-on la douleur en cas de troubles mentaux?
- Les psychotropes sont-ils antalgiques?
- Comment traiter la douleur en cas de troubles mentaux?
- La Santé mentale peut-elle s'organiser pour les soins somatiques et la douleur?
- Pour conclure. Biblio.

**Q 11 :
PENSEZ - VOUS QUE
LES ANTIDÉPRESSEURS POSSÈDENT UNE ACTION ANTALGIQUE ?**



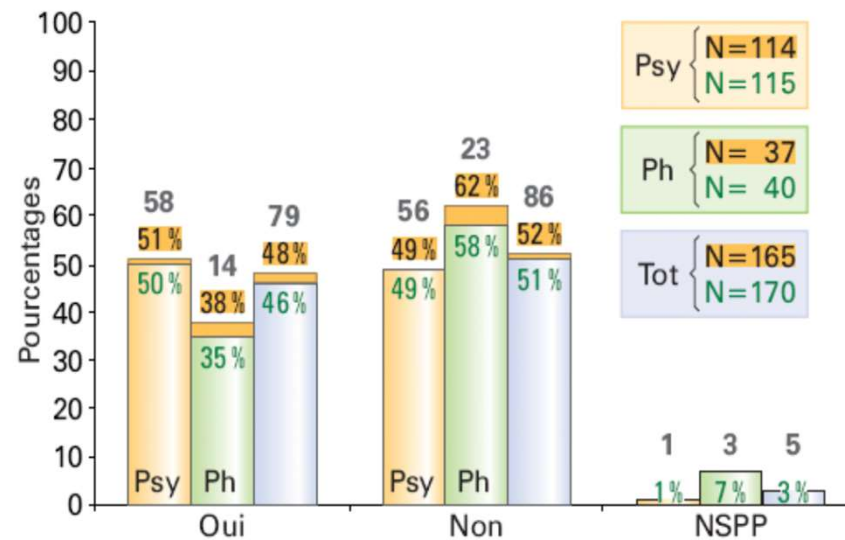
► L' action antalgique de certains antidépresseurs est admise par 81 % des répondants. Certes, par une action thymique (75 %) mais encore plus par une action antalgique spécifique (89 %).



Psychotropes antalgiques?

- Certains Anti-Dépresseurs **AD** sont **antalgiques** du mécanisme douloureux *neuropathique* et du mécanisme douloureux *nociplastique*: inhibiteurs mixtes de recapture sérotonine et noradrénaline.
- Certains sont utilisés en traitement de fond de *céphalées*: amitriptyline.

Q 10 :
LES NEUROLEPTIQUES OU ANTIPSYCHOTIQUES
POSSÈDENT - ILS UNE ACTION ANTALGIQUE ?



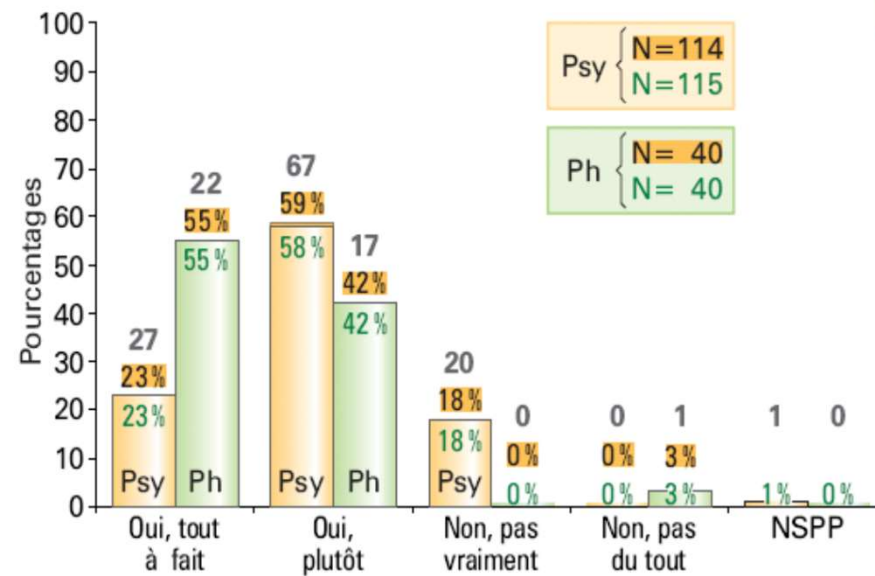
► 49 % des psychiatres estiment que les neuroleptiques ou antipsychotiques ne possèdent pas d' action antalgique contre 62 % des pharmaciens.



Psychotropes antalgiques?

- Les psychotropes sont utilisés pour traiter les co-morbidités psychologiques ou troubles psychiatriques associés de la douleur.
- Tout Anti Dépresseur donné pour traiter la dépression peut améliorer le vécu de la douleur, qu'elle qu'en soit l'origine.
- Les Neuroleptiques ou Antipsychotiques ne sont **pas** antalgiques.
- En cas de douleur chronique, l'utilisation prolongée des **benzodiazépines** n'est **pas** conseillée.

Q 9 :
ÊTES - VOUS FAVORABLE À L' UTILISATION DES OPIOÏDES FORTS
À VISÉE ANTALGIQUE ?



► 55 % des pharmaciens y sont tout à fait favorables pour seulement 23 % des psychiatres. Soit un total de 85 % des répondants favorables à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique.



Quels traitements?

- Les **principes thérapeutiques habituels** s'appliquent en Psychiatrie.
- Dans les *populations vulnérables*, les individus les plus en difficulté bénéficient d'un *accompagnement plus attentif*: surveillance, prévention, évaluation, traitement.
- On utilise les antalgiques selon le **mécanisme** de la douleur.
- Les opioïdes ne sont **pas contre-indiqués**. Leur surveillance pourra être accrue.
- Intérêt des **traitements communs**:
médicaments **anti-dépresseurs** qui sont aussi antalgiques,
relaxation, **APA** activités physiques adaptées, accompagnement **psycho-comportemental** = **une spécificité de la Psychiatrie**

TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Traitements Non Médicamenteux (ou Interventions Non Médicamenteuses INM, autrement appelés complémentaires: MAC/MIC)

- Indiqués pour les 4 mécanismes de la douleur et les 4 dimensions
- Prouvée, en partie, pour certains TNM, leur efficacité reste incertaine pour d'autres

Traitements
corporels

Traitements psycho-
corporels

Traitements psycho-
comportementaux

Traitements sociaux
et éducatifs

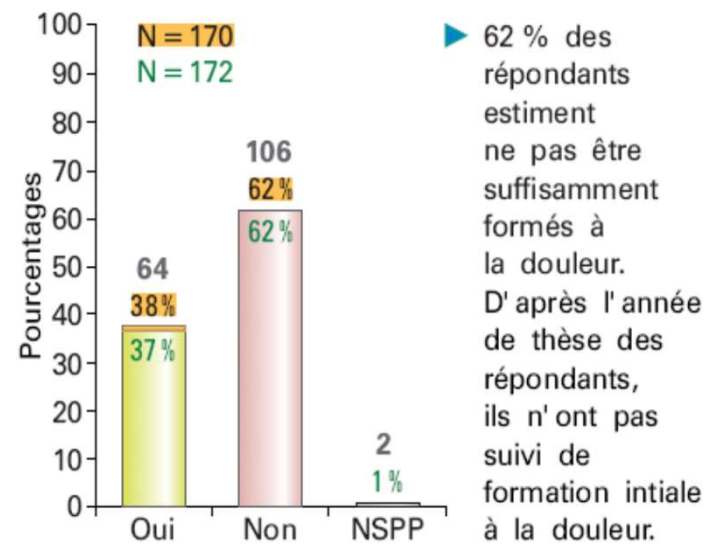


Traitements non médicamenteux

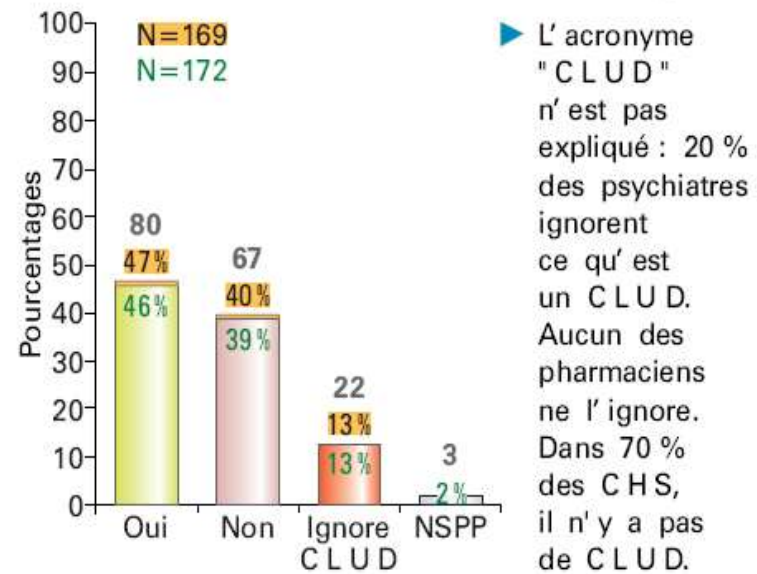
- Traitements corporels: kinésithérapie-balnéothérapie, podologie, chaleur-froid, NSTC-TENS, appareillages, ergothérapie, A.P.A.
- Traitements psycho-corporels: relaxation-sophrologie-hypnose, toucher-massage, art-thérapie
- Traitements psycho-comportementaux: psychothérapie, psychothérapie de soutien - relation d'aide
- Traitements socio-éducatifs: lois et réglementations, accompagnement social, médiatisation, Associations, ETP, DTx

(Serra Rev Prat 2013)

**Q 5 : PENSEZ - VOUS
ÊTRE FORMÉ AU PROBLÈME
DE LA DOULEUR ?**



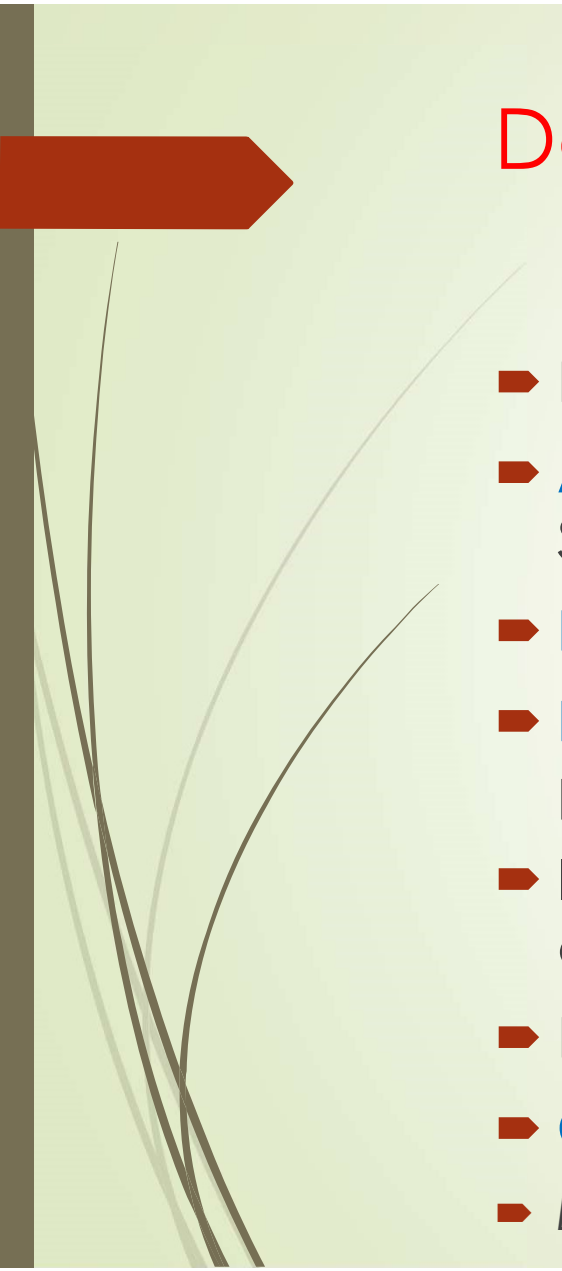
**Q 6 : EXISTE - T - IL UN C L U D DANS
VOTRE ÉTABLISSEMENT (OU DANS VOTRE
HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE PROXIMITÉ) ?**





Organisation?

- Importance des soins somatiques et de la douleur en Santé mentale: admise.
- **Formation** des professionnels de santé:
 - Douleur et ses traitements
 - Valorisation des ressources propres à la Psychiatrie: Traitements Non Médicamenteux **TNM INM** DU TNM Amiens CUMIC
- **Protocoles**: soins et examens
- **CLUD** Comités de Lutte contre la Douleur obligatoires dans les Hôpitaux et les Cliniques psychiatriques (Serra DSM 2011) Qu'en est-il du médico-social: **MAS** ?
- Organisation incluant **Médecins somaticiens** et **Pharmaciens**
- **Formation de l'ensemble des professionnels de santé** à la douleur et aux troubles somatiques en Santé mentale, Autisme, Handicaps, exclusion



Douleur en Santé mentale. Conclusion.

- Populations **vulnérables: sur-morbidité et sur-mortalité.**
- **Aller au devant** des patients. S'organiser au sein de la Santé mentale.
- **Évaluation** parfois plus longue et délicate.
- **Principes thérapeutiques** habituels. Réalisation parfois plus délicate.
- Intérêt des **traitements communs validés** pour traiter les co-morbidités.
- Place des **TNM/INM.**
- **Collaborations** professionnelles.
- *Difficile? Faisable?*

- 
- Congrès **ANP3SM Paris 19 et 20 juin 2023**: Douleur et Soins somatiques
 - Créer un groupe SFETD-ANP3SM sur **douleur et handicap psychique**

- Références :

- Serra E. Douleur en santé mentale. Partie 2. Diagnostic et traitement. *La Revue du Praticien*, 2013, 63:1311-1317. révision prévue 2023
- Marchand S, Saravane D, Gaumont I. *Santé mentale et douleur*. Springer-Verlag France, Paris, 2013.
- Serra E, Saravane D et col. La douleur en santé mentale: première enquête nationale... *Douleur et Analgésie*, 2007,2:1-6 et *L'Information Psychiatrique* 2008.
- Douleur et Santé Mentale, Institut UPSA de la Douleur, 2006-2014.

serra.eric@chu-amiens.fr