

Douleur & santé mentale

Lettre destinée aux professionnels de la santé

Juin 2008

n°2

édito

La douleur est considérée comme un signe clinique manifestant la présence d'un processus pathologique. Cependant les données des expériences cliniques, les études épidémiologiques suggèrent qu'une lésion ou un stimulus nociceptif sont ressentis de manière différente suivant les sujets. Ces variations dépendent de nombreux facteurs : l'âge, le sexe, la culture et les seuils de sensibilité. Ces derniers peuvent varier suivant le contexte dans une population atteinte de pathologie mentale sévère. Ainsi, la douleur ne peut plus se réduire au signe d'un processus localisable dans le corps anatomique, mais plutôt d'une sensation qui, dans sa nature, fait intervenir une certaine subjectivité. La dimension de la souffrance implique un rapport à la subjectivité dépendant du rapport que l'individu entretient avec son corps, son image ou avec l'autre.

Dans leur ouvrage "Le défi de la douleur", Ronald Melzack et Patrick Wall écrivent : "la relation lésion-douleur est très capricieuse. Il existe des blessures sans douleur et des douleurs sans blessure". Ainsi, la douleur sans blessure apparente reste une douleur. Si nous voulons comprendre la douleur en santé mentale, il faut savoir adopter un modèle plurifactoriel associant des facteurs biologiques, psychologiques, socioculturels, lesquels influencent

Quel intérêt porter à la douleur en Santé Mentale ?



Éric Serra

Psychiatre, responsable de la Consultation de la Douleur du CHU Amiens Picardie

Comme en témoigne la présente publication, l'évolution de la société et de la médecine à l'égard de la douleur a amené la psychiatrie à s'interroger à son tour sur ce sujet. La Santé Mentale s'occupe des souffrances psychiques de l'être humain. Le poids individuel et social des troubles les plus sévères, en particulier les psychoses, explique la construction d'une réponse spécifique intégrée ensuite dans la médecine. Les acteurs de la Santé Mentale, notamment sous l'impulsion des premiers psychanalystes, se sont également tournés vers des souffrances plus quotidiennes, avec, par exemple, le champ des névroses. Plus récemment, ces mêmes acteurs ont été impliqués comme recours ultime face au suicide ou bien encore dans le développement de la psychologie médicale. La position de la psychiatrie à l'égard de la douleur s'explique à travers cette évolution historique. Compte tenu de notre point de vue au sein de la Santé Mentale, un certain nombre d'affirmations sont tenues à propos de la douleur. La douleur est volontiers perçue comme un symptôme exclusivement somatique, sans guère de signification psychologique. Elle serait alors l'affaire exclusive des somaticiens. À l'inverse elle est volontiers regardée comme un symptôme psychique, résultant d'un investissement narcissique qui se ferait à la place d'un investissement objectal plus noble. Son décryptage serait alors dans cette acception uniquement psychologique. Nous avons tous, professionnels de la Santé Mentale, constaté des balancements psychosomatiques chez des patients qui expriment alternativement des symptômes physiques ou des symptômes psychiques. Une autre affirmation courante est que les malades mentaux se plaignent bien peu de douleurs. Derrière toutes ces affirmations, plusieurs questions se profilent depuis quelques années, qui manifestement nous concernent de plus en plus (Serra, 2005).

Comment la médecine définit-elle la douleur ? Et pourquoi s'y intéresse-t-on ?

Définition

L'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur définit celle-ci comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle,

ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ». Cette définition médicale rattache la douleur au corps. Néanmoins, elle ne se limite pas à une conception de corps purement organique, objectivable. La douleur est reconnue comme subjective : l'expert de la douleur est celui qui l'éprouve. D'emblée, la douleur est décrite comme un phénomène pluridimensionnel : à la fois psychologique et neurophysiologique (Boureau, 2004 ; Serrie, 2002 ; Wall et Melzack, 1999).

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR 
Un engagement de Bristol-Myers Squibb

www.institut-upsa-douleur.org



édito (suite)

la perception et l'expression de la douleur. Les recherches actuelles mettent en évidence les notions de plasticité, de neuromodulation par les neurotransmetteurs, et la participation des structures cérébrales dans la modulation de l'expression de la douleur.

La douleur en santé mentale constitue un défi pour les cliniciens mais doit-on occulter, voire parfois ignorer le phénomène douloureux chez nos patients?

Ainsi l'enfant autiste exprime sa douleur d'une manière inintelligible. Ne pouvant se référer au langage, la douleur semble désarrimée de la sensation. À la différence du schizophrène qui utilise un langage mais celui-ci représente pour lui une agression. Et la douleur peut être vécue avec une certaine indifférence ou donner lieu à des attitudes paradoxales, plaintes véhémentes, puis indifférence. Il peut traduire ses douleurs par un discours bizarre et discordant avec des préoccupations corporelles étranges et un comportement inadapté.

N'oublions pas de "décoder" le langage du patient, en partant le plus souvent de ce qu'il présente, sa plainte, et de déchiffrer le sens qu'elle prend dans la biographie du sujet et son rôle dans ses relations inter-individuelles.

La volonté de ne pas méconnaître la douleur, de l'évaluer et de la traiter, doit figurer à part entière dans tout projet de soins psychiatriques.

Dr Djéa Saravane

Lettre également téléchargeable
gracieusement et sans restriction
d'accès sur le Site Internet
de l'Institut :
www.institut-upsa-douleur.org

Dossier

Des progrès scientifiques

Ils permettent une meilleure compréhension de la douleur et une amélioration des traitements qui lui sont opposés. On marque souvent le début de cette amélioration des connaissances avec la publication de la théorie du "gate control" par Ronald Melzack et Patrick Wall en 1965. Cette théorie ouvre la voie à la découverte de contrôles neuropsychologiques facilitant ou inhibant la douleur, qui expliquent sa grande variabilité entre les personnes et chez une personne d'un moment à l'autre. À la même époque se créaient les premières consultations de la douleur qui, grâce à une collaboration pluridisciplinaire, proposaient au patient les premiers traitements plurimodaux. À cette époque aussi, les opioïdes forts, avec comme chef de file la morphine, commençaient à être utilisés d'une façon adaptée. Plus récemment se développaient également les traitements spécifiques des douleurs par mécanisme neuropathique.

Des attentes nouvelles

La médecine française avait construit sa notoriété sur une finesse sémiologique dans laquelle chaque symptôme avait son importance. Atténuer ou faire disparaître l'un de ces symptômes telle la douleur, était alors gênant. Pourtant signe de pathologie, la douleur était considérée comme une expérience naturelle. Les valeurs morales conféraient à la douleur la valeur d'une épreuve qu'il fallait être capable de surmonter (Lebreton, 1995).

Pendant ce temps-là, cette société que la médecine avait elle-même fait progresser se montrait de moins en moins soumise à l'événement désagréable de la douleur, de moins en moins soumise à ceux qui la jugeaient utile, à savoir notamment les médecins. Comment pouvait-on en effet accepter de continuer à souffrir alors que la médecine disposait d'armes suffisantes pour combattre la douleur? Dans les années 90, cette insuffisance se trouvait dénoncée à travers les médias. Du coup, les premières réponses politiques apparaissaient en 1995 avec le sénateur Neuwirth et en 1998 avec un premier Plan national de lutte contre la douleur dit « Plan Kouchner ». L'exigence des citoyens apparaissait clairement : la médecine fait progresser la durée de vie, elle se doit maintenant de garantir une qualité de vie.

Quels sont les liens entre la douleur et le psychisme ?

La douleur comme émotion

Dans bon nombre de langues, il semblerait que les termes décrivant la douleur physique et la douleur psychique soient interchangeable. Le mot douleur est alors utilisé pour décrire une coloration particulière de la vie psychique, une émotion. La douleur psychique, la souffrance faisant partie de la vie sont admises comme nécessaires à celle-ci. Le lien entre souffrance et douleur corporelle peut générer une même croyance de nécessité de cette douleur corporelle dans l'existence. Renforcée par des credos éducatifs et religieux aujourd'hui reconsidérés, la douleur était vue comme maturante, disculpant par avance la non prise en charge de la douleur, fut-elle iatrogène.

Chez Freud, la douleur prend même la dimension d'élément clinique fondateur d'un concept psychanalytique, celui du narcissisme (Freud, 1914). Dans l'âme du poète qui se resserre au trou étroit de la molaire, l'auteur autrichien voit un retrait narcissique de la libido sur la personne propre et particulièrement à l'endroit douloureux. L'épine irritative organique fait à l'occasion le lit d'une fixation hypocondriaque. Par ailleurs, à travers le procédé non conscient de la conversion, la douleur peut exprimer une souffrance névrotique. Mais alors ce symptôme d'apparence corporelle doit être compris de façon symbolique. L'analyse des symptômes douloureux se heurte aussi à la surdétermination, la confusion entre la quête du sens et la causalité, l'analyse d'un symptôme après coup qui en amène justement la reconstruction.

La douleur est une expérience émotionnelle

En effet, comme chacun peut l'endurer dans sa chair, la douleur est une épreuve corporelle désagréable qui se révèle facilement inquiétante. Cette inquiétude s'accompagne d'interrogations concernant l'origine du trouble, voire même de craintes, de croyances, d'attentes particulières concernant la douleur et son traitement. Elle s'accompagne enfin de comportements variables d'une personne à l'autre, d'un moment à l'autre, comme l'affrontement ou, au contraire, le retrait, l'évitement. On retrouve les composantes cognitives et comporte-

mentales qui constituent cette expérience émotionnelle de la douleur. Dans certains cas, l'expérience émotionnelle peut prendre une place tellement importante que le patient présente un trouble anxieux ou dépressif. Ainsi, on estime à 20 % le nombre de patients consultant en Consultation de la Douleur qui souffrent d'un syndrome dépressif caractérisé qui devra donc être traité simultanément à la douleur. L'importance de la dimension psychologique de la douleur, voire même un éventuel mécanisme psychogène de la douleur, amènent le professionnel à s'interroger sur une personnalité prédisposée à la douleur, sur la dépression masquée, sur l'existence de syndromes douloureux aigus ou chroniques qui seraient essentiellement psychologiques.

Douleur et médecine

Les liens entre la douleur et le psychisme interrogent la médecine dans son ensemble. Il a fallu un génie particulier au chirurgien Leriche pour concevoir qu'une douleur qui dure finit par perdre sa valeur de signal d'alarme, finit par évoluer pour son propre compte en ce qu'il a appelé une douleur maladie ou ce que l'on appelle aujourd'hui un syndrome douloureux chronique.

La douleur interroge la médecine. Elle nous interroge sur l'opposition entre le tout organique et le tout psychique. Or, la définition même de la douleur nous montre que cette dichotomie n'est pas toujours une approche pertinente. Un trouble organique n'est peut-être pas tout à fait sans esprit.

À travers la psychologie médicale, la douleur interroge les facteurs et conséquences psychologiques d'un trouble organique, le travail psychique qu'effectue un individu face à une maladie et le discours que celui-ci peut tenir face à cette maladie (Balint, 1957). Cette douleur questionne le rôle apostolique du professionnel de santé auprès de son patient. Elle interroge l'hyperspécialisation de la médecine que l'on retrouve, par exemple, dans une opposition parfois caricaturale entre la médecine somatique et la médecine psychiatrique. La psychologie médicale prône enfin une intégration du corps et de l'esprit au sein d'une médecine globale.

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

Populations vulnérables

- Enfants et adolescents : formes pédiatriques d'antalgiques, structures douleur
- Handicapés
- Personnes âgées : kit de formation via les CLUD, conventions EHPAD
- Fin de vie : formation EHPAD

Formation

- Formation initiale médicale : DESC Médecine de la douleur et médecine palliative, DIU national sur la douleur, DES Médecine générale
- Formation continue médicale : thème prioritaire, EPP
- Information et formation des non médicaux : guide « la douleur en questions »

Traitements médicamenteux et non médicamenteux

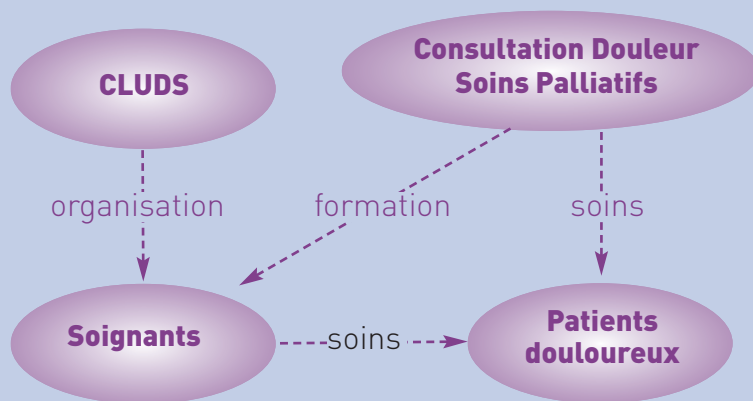
- Palier 3 : sécurisation et simplification des procédures, HAS et prévention de la douleur liée aux soins
- Traitements non médicamenteux : recherches INSERM – Saint-Étienne sur la relaxation dans la migraine et la neurostimulation dans la lombalgie

Filière de soins

- Organisation : actualiser le cahier des charges des consultations de la douleur chronique, financement GHS « douleur chronique rebelle »
- Accès : renfort des équipes des consultations de la douleur chronique
- Réseaux
- Objectifs et indicateurs : contrats d'objectifs et de moyens, amélioration de la qualité des soins

Réf : Ministère de la Santé et des Solidarités, 03 mars 2006

Organisation de la lutte contre la douleur



[Réf: Serra et col., *Doleurs*, 2001, 2, 4 : 184-188]

Quels sont les rapports de la douleur avec la Santé Mentale ?

Le malade mental a-t-il mal ?

L'impression communément partagée est que le malade mental, en particulier hospitalisé de façon prolongée dans des établissements spécialisés, et plus particulièrement le patient déficitaire, est rarement malade physiquement. C'est malheureusement pour le patient une contre-vérité que vient dramatiquement contredire la surmorbidité somatique et la surmortalité présentes dans ces populations. Elle est le résultat d'une méconnaissance diagnostique qu'on retrouve à propos des patients souffrant de démence et qui s'explique par une difficulté sémiologique toute particulière. En effet, à notre décharge, quand un patient refuse de dire sa souffrance ou ne dispose pas des moyens pour l'exprimer, la reconnaissance et la prise en charge de la douleur se révèlent fort difficiles. Plusieurs questions peuvent alors être posées. Le patient psychotique chronique, par exemple le schizophrène déficitaire, éprouve-t-il la douleur comme les autres individus ? L'exprime-t-il de la même façon ? Les traitements qui sont prescrits pour sa psychose ne seraient-ils pas responsables d'une moindre capacité à exprimer la douleur ? Ne seraient-ils pas responsables d'une diminution de perception de cette douleur ?

Santé du corps, santé mentale, santé globale

Le milieu de la Santé Mentale doit interroger certains aspects de la médecine comme celui de la primauté du somatique, ou encore de l'hyperspécialisation. Certes ces aspects ont très largement contribué aux progrès parfois triomphants de la médecine moderne. La Santé Mentale peut même se permettre d'interroger, au risque de paraître iconoclaste, le dogme de la médecine basée sur les preuves. En effet, seul ce que l'on étudie ou ce qui est capable d'être soumis à la démarche scientifique se retrouve à travers cette conception scientifique. La santé mentale en connaît de nombreuses limites. La douleur peut-elle être à coup sûr résolue par des protocoles ? La douleur peut être perçue socialement comme un véritable paradigme des souffrances

Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

Rôle

- Organisation : tous les établissements sont concernés

Composition

- Instances : direction, CME
- Médecins, infirmiers, notamment référents douleur s'ils existent
- Représentants de : Pharmacie, DIM, Psychiatrie, Soins Palliatifs, Consultation Douleur

Fonctionnement

- Pas de rôle soignant, complémentarité avec la Consultation Douleur de proximité
- Organisation, proposition des formations, orientation des investissements, recensement des compétences, amélioration de la qualité (sous-commission de la CME)
- Enquêtes de satisfaction des patients, enquête d'opinion des soignants, consommations d'antalgiques, protocoles d'antalgie, populations vulnérables
- Officialisation du CLUD, réunions trimestrielles avec comptes-rendus, rapport annuel, inscription au projet d'établissement, accréditation V2.

humaines (Illich, 1975). À côté de cette conception politique, on peut rapporter une conception anthropologique pour laquelle la douleur serait d'autant plus caractérisée, renforcée ou chronicisée que la société, et notamment la médecine, s'y intéressent et donc organisent les symptômes de la douleur (Balint, 1957). C'est ce que Delahousse et Pedinielli ont désigné comme la médicalisation de la plainte (1989).

Quelles propositions pour la douleur en Santé Mentale ?



La douleur en Santé Mentale

En raison des progrès même de la médecine à l'égard de la douleur, il est important que les acteurs de santé mentale puissent disposer d'informations suffisantes et de formations adaptées. C'est ce que développe par exemple l'Institut UPSA de la Douleur à travers les outils mis à la disposition de tous. C'est ce que réalisent les sociétés savantes ou les organismes de formation dans le champ de la Santé Mentale lorsqu'elles offrent des formations, des ateliers, des sessions dédiés à ce thème de la douleur en Santé Mentale.

L'organisation des secteurs de psychiatrie, rattachés aux hôpitaux spécialisés en Psychiatrie ou aux hôpitaux généraux, doit permettre de bénéficier des améliorations possibles dans la lutte contre la douleur. Ceci est notamment symbolisé par les Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD). Les CLUD qui associent les professionnels de santé dans leur diversité, sont des organes de réflexion concernant la douleur et l'organisation de sa prise en charge. Ils accompagnent les actions de formation, les actions de sensibilisation, l'amélioration dans l'évaluation de la douleur et sa prise en charge, la rédaction de protocoles d'antalgie, le suivi de la consommation des antalgiques. Les CLUD, officialisés par les instances, rendent compte de leur activité. Ces CLUD doivent être particulièrement attentifs dans le cas des popu-

lations les plus démunies, comme celui de nos patients qui présentent des troubles de la communication.

La première enquête nationale concernant la douleur en Santé Mentale, effectuée auprès des praticiens hospitaliers chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie hospitalière, publiée tour à tour dans la revue *Douleur et Analgésie* en 2007 et dans la revue

L'Information Psychiatrique en 2008, dresse un état des lieux de cette problématique (Serra, 2007 et 2008). La conclusion de l'enquête nous dit que dans les hôpitaux psychiatriques, nos anciens CHS, les services somatiques lorsqu'ils existent et, de façon plus habituelle encore, les pharmaciens, sont des interlocuteurs privilégiés. Ils seront donc les éléments incontournables dans la constitution de ces CLUD,

Informations utiles



Associations

- International Association for the Study of Pain (IASP)
www.iasp-pain.org
- Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)
www.sfetd-douleur.org

Congrès annuel SFETD, en novembre

Ministère : plans douleur, guide méthodologique 2002 :
www.sante.gouv.fr (thème : Douleur puis plan d'amélioration...)

ANDEM, 1995 : Consultation douleur, douleur cancéreuse ; ANAES, 1999, 2000 : douleur chronique, âgé ; HAS : www.has-sante.fr

Revues : « Douleurs », « Douleur et Analgésie »

Et les sites

- www.cnrdr.fr
- www.institut-upsa-douleur.org

Dossier

aujourd'hui rares dans les hôpitaux psychiatriques. De façon un peu surprenante, les services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux ne sont pas mieux lotis. La psychiatrie y est facilement considérée comme une branche non prioritaire. Les relations institutionnelles semblent volontiers unidirectionnelles : la psychiatrie de liaison est en permanence demandée, exigée, ce qui est d'ailleurs légitime, mais *a contrario* la médecine de liaison au sein des services de psychiatrie est exceptionnellement institutionnalisée. Cela reste à faire.



la douleur ne sont guère qu'un peu plus de 200 dans notre pays. Par contre, ces structures ont développé des postes de psychologues cliniciens. Notons à ce propos que la création diversement motivée de postes de psychologues dans des services de médecine, indépendamment des services de psychiatrie, nécessite pour ces psychologues la possibilité de se regrouper au sein de collectifs professionnels qui leur soient propres.

Les professionnels de la psyché présentent un intérêt dans le domaine de la formation par la diffusion d'un savoir et d'une pratique psychologiques auprès de l'ensemble des acteurs de la médecine et notamment des médecins généralistes.

Conclusion

La douleur est donc un symptôme défini, certes médicalement, mais défini comme une expérience subjective pluridimensionnelle. Ce symptôme interroge la place du psychisme dans les souffrances médicales, dans la médecine. Inversement, ce symptôme nous interroge sur la place du corps dans la santé mentale, dans la santé des patients qui se confient à nous. La douleur est un défi qui doit être relevé pour tous les patients, à la fois par le soignant et par l'institution. ■

Une amélioration de la réponse à l'ensemble des troubles somatiques présentés par les malades mentaux dont la douleur s'imposera avec le processus d'accréditation des établissements de santé. Les usagers et leurs représentants qui seront de plus en plus associés aux instances de ces mêmes établissements, contribueront à cette amélioration. Il faut souhaiter que les organisations sanitaires régionales et les plans sanitaires nationaux n'oublient pas de croiser les préoccupations de la douleur et des maladies mentales. La douleur peut en effet, servir de traceur clinique transversal à l'amélioration de la prise en compte des troubles somatiques dans les populations vulnérables, dont les personnes souffrant de troubles mentaux.

Une place pour la psychiatrie dans le domaine de la douleur

Comme nous l'avons vu dans la définition, la dimension psychologique de la douleur est posée comme fondamentale dans ce milieu médical. Les psychiatres et psychologues y sont naturellement accueillis. Dans les hôpitaux généraux, c'est parfois la psychiatrie de liaison qui s'articule avec une Consultation de la Douleur. On trouve également des collaborations entre les Consultations de la Douleur et les psychiatres libéraux.

Toute Consultation de la Douleur doit obligatoirement associer un psychiatre. Mais les psychiatres intéressés et disponibles ne sont pas si nombreux. Même si les consultations de

Bibliographie

- Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*, 1957. Payot, 1988.
- Boureau F. et col. *Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs*. 2^e édition. Module 6. Ed Medline, 2004.
- Delahousse J. et Pedinielli JL. La médicalisation de la plainte. *Psychologie Médicale*, 1989, 21, 3 : 325-328.
- Freud S. *Pour introduire le narcissisme*, 1914. In la vie sexuelle, page 81-105. PUF, PARIS 1985.
- Illich I. *Némésis médicale*. Editions du Seuil, Points n° 122, 1975.
- Lebreton D. *Anthropologie de la douleur*. Métaillié, 1995.
- Serra E. La douleur est-elle un problème de santé mentale ? *Santé Mentale*, n° 99, 30-34, juin 2005.
- Serra E., Saravane D., de Beauchamp I., Pascal JC., Peretti CS, Bocard E. La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. *Douleur et Analgésie*, 2007, n° 2, 96-101 et *L'Information Psychiatrique*, vol 84, n° 1, 67-74, 2008.
- Serrie A. et Thurel C. *La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et Traitements*. 2^e édition, Arnette 2002.
- Wall P. and Melzack R. *Textbook of Pain*. 4th edition. Churchill Livingstone – Harcourt, 1999.

Alternance de **symptômes anxieux et douloureux** : expressions différentes d'une fonctionnalité identique ?

Jean-Louis Monestes,

Psychologue, Service Universitaire de psychiatrie, Centre Hospitalier Ph. Pinel, Amiens

Mme P. est âgée de 45 ans. Hospitalisée initialement pour dépression, elle se présente avec des obsessions idéatives et des rituels de vérification qui ont conduit le psychiatre qui la suivait à me la confier pour envisager une thérapie comportementale et cognitive.

Ses obsessions idéatives prennent la forme de questions que la patiente se pose à propos, notamment, de noms de famille dont elle doit se souvenir ("Comment s'appelait la petite-fille de notre ancienne voisine ?" "Quel est le prénom de la première femme de Johnny Hallyday?", etc.). Ces obsessions idéatives sont à l'origine de questions répétées à ses proches (mari, enfants) qu'elle appelle sur leur lieu de travail. Les obsessions sont associées à une anxiété importante rapportée par la patiente, sur le risque de perdre la mémoire ou de développer une maladie d'Alzheimer. Mme P. emporte parfois avec elle des classeurs dans lesquels elle stocke des coupures de presse, afin de chercher la réponse à ses questions au cas où elle serait incapable de s'en souvenir. En revanche, la lutte anxieuse ne semble pas être permanente et Mme P. parvient à se séparer de ces classeurs.

Parallèlement, les antécédents somatiques de Mme P. sont nombreux et importants (HTA, inflammation des disques inter-vertébraux avec pour origine une infection nosocomiale, rétrécissement du canal lombaire, hernie ombilicale, incontinence urinaire, stripping de varices du membre inférieur) et associés à un ressenti douloureux qui semble plus important que celui attendu en regard des atteintes somatiques, et qui ne cède pas aux traitements antalgiques. Ces douleurs ont des répercussions notables au niveau fonctionnel (difficultés importantes à la marche) et sont à l'origine d'un nombre important d'évitements (ne sort plus seule, diminution marquée des déplacements et des tâches ménagères, difficultés à rester seule, etc.), que pallient les membres de la famille. Malgré ces douleurs, Mme P. parvient à supporter chaque année un trajet en voiture d'une dizaine d'heures jusqu'à son lieu de vacances, à effectuer une promenade en bus de 4 heures tous les 2 mois environ, à accomplir régulièrement des aller-retour en voiture d'une heure environ.

L'intérêt de ce cas clinique repose sur une fluctuation "croisée" entre, d'une part, les obsessions idéatives et l'anxiété, et d'autre part l'intensité de la douleur et de l'atteinte fonctionnelle. En effet, Mme P. se présente aux entretiens avec une plainte ou l'autre, mais rarement les deux simultanément. Schématiquement, soit elle rencontre des périodes durant lesquelles elle souffre énormément du dos et se déplace avec de grandes difficultés, mais se dit détendue et sans obsessions idéatives, soit les plaintes douloureuses sont absentes durant l'entretien (alors que les évitements à domicile restent présents), mais l'anxiété est majorée et les obsessions sont très présentes.

Il semble que l'entourage, et particulièrement la réponse apportée aux plaintes, qu'elles soient douloureuses ou liées à l'anxiété, influe sur la présence des plaintes et de la douleur. Dans un abord fonctionnel, il est possible d'émettre l'hypothèse que les comportements de l'entourage en présence des plaintes concourent au maintien d'une part de l'anxiété et des douleurs. L'alternance entre les symptômes pourrait alors s'expliquer par une réapparition de l'intérêt porté par l'entourage à propos de symptômes ayant disparu depuis quelques semaines.

Au final, l'intrication de l'anxiété et de la douleur, particulièrement notable chez cette patiente, rappelle s'il en était besoin l'importance d'une approche pluridisciplinaire et d'un abord global de toute manifestation douloureuse. L'abord fonctionnel met ici en évidence l'influence notable de l'attention portée au symptôme, par le sujet lui-même comme par son entourage. ■



Symposium organisé par l'Institut UPSA de la Douleur : « La douleur somatique en santé mentale : quelles réponses ? »

Lors des 27^{es} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, à Lille, le vendredi 26 septembre 2008, de 17h30 à 18h30, dans le Grand Amphithéâtre.



3^e Journée Nationale Douleur et Santé Mentale

L'institut UPSA de la douleur soutient la 3^e Journée Nationale Douleur et Santé Mentale qui aura pour thème : « Les mots, les maux de la douleur » Rendez-vous mercredi 10 décembre 2008 à la Cité Internationale Universitaire de Paris.

Aide à la recherche

Afin de répondre à l'engagement de l'Institut UPSA de la Douleur quant à sa mission d'aide à la recherche et de répondre à un besoin scientifique, l'Institut UPSA de la Douleur lance un **prix « Jeune Chercheur en Rhumatologie »** en partenariat avec la **Société Française de Rhumatologie** et crée une **bourse d'étude** en partenariat avec la **Société Française de Médecine d'Urgence**.

L'Institut UPSA de la Douleur attribue également une **bourse de recherche** sur la Douleur en partenariat avec la **Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD)**, ainsi qu'une **bourse** en partenariat avec la **Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)**.

Enfin, comme chaque année depuis 1995, l'Institut UPSA de la Douleur soutient la recherche. Avec son **Appel d'Offres 2008/2009**, l'Institut contribue au financement de trois contrats de recherche clinique et trois contrats de recherche fondamentale dans le domaine de la douleur en France pour un montant total de 150 000 euros.



BOURSE de RECHERCHE

La Société Française de Médecine d'Urgence en partenariat avec l'Institut UPSA de la Douleur offre une bourse d'étude pour promouvoir la recherche clinique en partenariat avec l'Institut UPSA de la Douleur.

Conditions et Dossiers de candidatures

La bourse de recherche est destinée aux collaborations avec l'Institut UPSA de la Douleur.

Nouveau Prix : « Jeune Chercheur en Rhumatologie »

Afin de répondre à l'engagement de l'Institut UPSA de la Douleur et de satisfaire à un besoin scientifique, l'Institut UPSA de la Douleur lance un prix « Jeune Chercheur en Rhumatologie » d'un montant de 1 500 euros en partenariat avec la Société Française de Rhumatologie.

Conditions d'attribution

Candidats âgés de moins de 40 ans, médecins ou professionnels de santé et dont la recherche porte sur des travaux cliniques ou fondamentaux dans le domaine de la douleur et de la rhumatologie.

Jury

Les dossiers seront reçus par la Commission Scientifique et la Commission Permanente Recherche de la Société Française de Rhumatologie.

Remise officielle du prix

15 décembre 2008 lors de la séance plénière du congrès de la Société Française de Rhumatologie.

Dossiers de candidatures

A adresser, sous forme électronique, avant le 28 mars 2008, sur le site Internet de la SFETD : www.rhumatologie.asso.fr



Douleur & santé mentale

Je désire recevoir gratuitement la lettre

Nom : Prénom : Titre :
 Établissement : Service :
 Adresse professionnelle :
 E-mail : Téléphone :

À renvoyer à l'Institut UPSA de la Douleur : 3 rue Joseph Monier, BP325, 92506 Rueil-Malmaison Cedex
 Les informations ci-dessus sont nécessaires pour votre abonnement. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de l'Institut UPSA de la Douleur.



Un engagement de Bristol-Myers Squibb

www.institut-upsa-douleur.org

Directeur de la Publication : Dr Éric Boccard
Rédacteur en Chef : Djéa Saravane
Coordonnateur/Rédacteur Adjoint : Françoise Beroud
Comité de Rédaction : Nadine Attal, Françoise Beroud, Jean-Marie Besson, Éric Boccard, Bernard Calvino, Alain Eschaliér, Dominique Fletcher, Ivan Krakowski, Bernard Laurent, Yves Lazorthes, Nadine Memran, Éric Serra, Richard Trèves, Jacques Wrobel
Conception-réalisation : A CONSEIL Paris - Tél. : 01 42 40 23 00
 N° ISSN : 1962-4263 - Dépôt légal : 2^e trim. 2008
Institut UPSA de la Douleur : Association loi 1901 à but non lucratif, 3 rue Joseph Monier - BP325 - 92506 Rueil-Malmaison Cedex
 Tél. : 01 58 83 89 94 - Fax : 01 58 83 89 01
 Email : institut.upsa@bms.com
 Site Internet : www.institut-upsa-douleur.org