

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2015

N°

Thèse
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat
Par

Guéritte Diane
Née le 14 mai 1986 à Vendôme (41)

Présentée et soutenue publiquement le 1er octobre 2015

Les troubles psychiatriques et psychopathologiques sont-ils associés à l'évolution de la qualité de vie des patients pris en charge pour des douleurs chroniques ?

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe Gaillard
Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent Camus
Monsieur le Professeur Dominique Drapier
Madame le Docteur Isabelle Vannier
Monsieur le Docteur Paul Brunault
Monsieur le Docteur Grégoire Huguet

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J.
LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER – J. MOLINE - Cl.
MORAINE - J.P. MUH - J. MURAT - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A.
SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
	BALLON Nicolas	Psychiatrie ; Addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie d'Adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GYAN Emmanuel	Hématologie ; thérapie cellulaire
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Régis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Théodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M. BAKHOS David Physiologie
Mme BERNARD-BRUNET Anne Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
M. BOISSINOT Éric Physiologie
Mme CAILLE Agnès Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M. DESOUBEUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .. Anatomie et Cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM. HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques

MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie ..	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>)
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier (<i>endocrinologie</i>)
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

Aux Professeurs Philippe Gaillard, Vincent Camus, Dominique Drapier et au Docteur Isabelle Vannier qui m'ont fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury de ma thèse de médecine.

Aux Docteurs Paul Brunault et Grégoire Huguet pour avoir accepté de diriger ce travail, pour m'avoir guidée tout au long de ce projet, pour leurs conseils et leurs expertises toujours justes, pour leur aide dans le laborieux travail statistique et pour leur soutien amical durant tout l'encadrement de ma thèse. J'espère que cette collaboration professionnelle amicale pourra encore avoir lieu à l'avenir.

Aux Professeurs Vincent Camus, Nicolas Ballon et Philippe Gaillard pour l'enseignement et la formation que j'ai reçus et pour la confiance qu'ils ont su m'accorder en me permettant de poursuivre mon avenir professionnel auprès d'eux.

A toute l'équipe de la consultation douleur de l'hôpital Bretonneau, en particulier le Docteur Isabelle Vannier, le Docteur Anne Philippe, Madame Morgiane Bridou et Madame Brigitte Chapet, pour leur accueil chaleureux durant mon stage d'internat parmi elles et pour leur aide et leur soutien dans la réalisation pratique de cette étude auprès des patients. En espérant que cette collaboration pourra perdurer à l'avenir et aboutir à d'autres projets.

A l'ensemble des équipes des autres services qui m'ont accueillie durant mes stages d'internat et qui m'ont permis d'acquérir les connaissances que j'ai aujourd'hui me donnant la possibilité d'avancer dans mon cheminement de psychiatre : le service de psychiatrie D (Tours) du Docteur Jean Michel Royer, le service de psychiatrie A (Tours) du Docteur Gérard Gailliard, le service de psychothérapie (Chinon) du Docteur Hubert Rabier, le service de psychiatrie B (Tours) du Docteur Christine Gailliard, le service de pédopsychiatrie (Orléans) du Docteur Rohman, le service de consultation externe de la CPU (Tours) du Professeur Camus, le service de pédopsychiatrie (Chinon) du Docteur Ledorze et le service des urgences psychiatriques (Tours) du Docteur Dubois. Et à tous ceux avec qui j'ai pu travailler ou que j'ai cotoyés durant mon internat.

A Yannick, pour sa présence et son soutien à chaque instant.

A mes parents pour leur soutien indéfectible, leur aide et la relecture bescherellesque de ma mère. A mon frère.

A mes amis : Ellen, Aurélie, Sonia, Igor, Damien, Sandy, Guillaume, Nicolas, Laure, Adrien, Pauline, Manu, Emilie, Tony.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	10
ABSTRACT	12
INTRODUCTION GENERALE.....	13
PARTIE I – REVUE DE LA QUESTION ET PROBLEMATIQUE.....	14
I – LA DOULEUR CHRONIQUE.....	14
1- Définition de la douleur chronique	14
2- Prévalence de la douleur chronique et facteurs sociodémographiques associés	14
3- Un problème majeur de santé publique	17
4- Complexité des facteurs impliqués dans la douleur chronique	17
II – LES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES DE LA DOULEUR CHRONIQUE	20
1- Facteurs psychopathologiques associés à la douleur chronique, stratégies de coping	20
2- Dépression	21
3- Troubles anxieux.....	23
4- Trouble de symptôme somatique	25
5- Troubles de la personnalité	26
6- Addictions	27
III – LES PRISES EN CHARGE ACTUELLES DE LA DOULEUR CHRONIQUE.....	27
1- Les structures de lutte contre la douleur	27
2- Une prise en charge multidisciplinaire et biopsychosociale	28
3- Les thérapeutiques actuelles	29
4- Evaluer la qualité de la prise en charge	32
IV - PRONOSTIC ET QUALITE DE VIE DES PATIENTS	33
1- Le pronostic en cas de comorbidités psychiatriques.....	33
2- Evolution de la qualité de vie	33
V - CONCLUSION DE LA PARTIE I.....	35

PARTIE II – ETUDE DES FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES ASSOCIES A L'EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES.....	36
I – INTRODUCTION	36
1- Contexte de l'étude	36
2- Objectifs et hypothèses de l'étude	37
II - MATERIEL ET METHODE.....	38
1- Sujets.....	38
2- Mesures.....	38
3- Procédure	42
4- Considérations éthiques	44
5- Analyse statistique	44
III – RESULTATS	46
1- Diagramme de flux	46
2- Caractéristiques descriptives de la population de l'étude.....	46
3- Facteurs associés à la qualité de vie physique et psychique, à l'anxiété et la dépression, à l'anxiété trait à T1	51
4- Evolution entre T1 et T2 de la qualité de vie physique et psychique, de la douleur, de l'anxiété et la dépression, de l'anxiété trait.....	53
5- Facteurs associés à l'amélioration de la qualité de vie physique et psychique entre T1 et T2..	54
IV – DISCUSSION	56
1- Interprétation des résultats	56
2- Limites de l'étude	58
3- Perspectives	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	69
I- INFORMATION AUX PATIENTS T1.....	69
II- QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE T1.....	70
III- INFORMATION AUX PATIENTS T2	72
IV- QUESTIONNAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE T2	73

RESUME

Introduction

L'objectif de cette étude était de préciser quels étaient les facteurs sociodémographiques, psychiatriques et psychopathologiques associés à l'évolution de la qualité de vie physique et psychique chez des patients souffrant de douleurs chroniques.

Matériel et Méthode

Dans cette étude longitudinale, nous avons inclus 51 patients consultant pour la première fois à l'Unité de consultation douleur du CHRU de Tours pour des douleurs chroniques non cancéreuses. Au cours de leur première consultation (T1) puis 3 mois plus tard (T2), nous avons évalué les variables suivantes à l'aide d'auto-questionnaires : qualité de vie (Short Form Health Survey - SF-36), douleur (Questionnaire Concis Douleur - QCD), anxiété et dépression (Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD), anxiété trait (State Trait Anxiety Inventory forme B – STAI-Y B), dimensions de personnalité (Big Five Inventory – BFI), événements traumatiques (Clinician Administered Post traumatic stress disorder Scale – CAPS) et état de stress post-traumatique (Post traumatic stress disorder CheckList Scale - PCLS). 26 de ces patients ont également été évalués à l'aide du MINI version 6.0. Pour déterminer quels étaient les facteurs associés à la qualité de vie et à son amélioration, nous avons utilisé des tests non paramétriques (tests de corrélation de Spearman et tests de comparaison de moyenne de Mann-Whitney).

Résultats

Entre T1 et T2, la qualité de vie physique s'améliorait significativement ($p < 0,001$) tandis que la qualité de vie psychique ne s'améliorait pas significativement ($p = 0,17$). Les patients qui s'amélioraient le moins sur le plan de la qualité de vie physique étaient les hommes ($p < 0,01$) et ceux rapportant une amélioration plus faible du score de dépression entre T1 et T2 ($p = 0,02$). L'amélioration de la qualité de vie physique n'était pas significativement associée aux scores de douleur à T1 et à T2. Les patients qui s'amélioraient le moins sur le plan de la qualité de vie psychique étaient ceux qui présentaient une symptomatologie dépressive et anxieuse de plus forte intensité à T2 ($p = 0,01$), ceux ayant un traitement antidépresseur à T1 ($p = 0,02$), et ceux n'ayant pas eu par le passé de suivi psychiatrique ou psychologique ($p = 0,02$). Les dimensions de personnalité n'étaient pas significativement associées à l'amélioration de la qualité de vie physique et psychique.

Discussion

Cette étude suggère que, chez les patients douloureux chroniques, certains troubles psychiatriques, comme l'anxiété et la dépression, sont des facteurs de risque de moins bonne évolution de la qualité de vie après une prise en charge spécialisée habituelle. Une prise en charge de ces troubles pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie et la qualité de la prise en charge de ces patients.

Mots clés :

Douleur chronique ; qualité de vie ; comorbidité psychiatrique ; dépression ; anxiété ; personnalité ; état de stress post-traumatique ; évolution ; psychiatrie de liaison.

ABSTRACT

Are psychiatric and psychopathological disorders related to the evolution of the quality of life of patients who are treated for chronic pain?

Introduction : The aim of this study was to specify what the sociodemographic, psychiatric and psychopathological factors related to evolution of the physical and mental quality of life of patients suffering from chronic pain were.

Materials and Method : In this longitudinal study, we included 51 patients who were treated for the first time in the chronic pain consultation of the CHRU of Tours for non cancerous chronic pain. During their first consultation (T1) and 3 months later (T2), we evaluated the following variables, with self-reported questionnaires : quality of life (Short Form Health Survey - SF-36), pain (Questionnaire Concis Douleur - QCD), anxiety and depression (Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD), trait anxiety (State Trait Anxiety Inventory, B form – STAI-Y B), personality dimensions (Big Five Inventory – BFI), traumatic events (Clinician Administered Post traumatic stress disorder Scale – CAPS) and post-traumatic stress disorder (Post traumatic stress disorder CheckList Scale - PCLS). 26 of these patients have also been evaluated with the MINI 6.0. To determine which factors were related to quality of life and its improvement, we used non parametric tests (Spearman's rho, and Mann-Whitney U test).

Results : Between T1 and T2, their physical quality of life got significantly better ($p < 0,001$) whereas their mental quality of life didn't improve significantly ($p = 0,17$). The patients who showed the lower improvement of physical quality of life were men ($p < 0,01$) and those with a lower improvement of depression score between T1 and T2 ($p = 0,02$). Improvement of physical quality of life was not significantly related to T1 and T2 pain scores. The patients who showed the lower improvement of mental quality of life were those with a stronger T2 anxious and depressive symptomatology ($p < 0,01$), those with antidepressants at T1 ($p = 0,02$) and those who didn't have a psychiatric or psychological follow-up in the past ($p = 0,02$). Personality dimensions were not significantly related to the improvement of both mental and physical quality of life.

Discussion : This study suggests that, in the chronic pain population, some psychiatric disorders, such as anxiety and depression, are risk factors for a worst evolution of the quality of life after usual specific care. The treatment of these disorders could help improve the quality of life and the quality of the care given to these patients.

Keywords : chronic pain ; quality of life ; psychiatric comorbidities ; depression ; anxiety ; personality ; post-traumatic stress disorder ; evolution ; consultation-liaison psychiatry.

INTRODUCTION GENERALE

Alors que la douleur chronique est une préoccupation importante des autorités sanitaires et médicales tant elle s'avère fréquente dans la population générale et invalidante avec des coûts directs et indirects importants (Geoffroy, 2012 ; Breivik, 2006 ; Dumolard, 2003), de nombreuses études (Breivik, 2006 ; O'Reilly, 2011) ont démontré la prévalence élevée des comorbidités psychiatriques chez les patients douloureux chroniques. Quelques études (Kuch, 2001 ; MacFarlane, 1996) ont pu mettre en avant les conséquences négatives de ces comorbidités dans le pronostic de la douleur et se sont intéressées (Elliott, 2003) à la qualité de vie des patients douloureux chroniques ayant une comorbidité psychiatrique.

L'efficacité de la prise en charge des patients douloureux peut être évaluée à partir de plusieurs critères : amélioration de la douleur, amélioration des comorbidités et amélioration de la perception subjective par le patient de sa santé (incluant les mesures de qualité de vie). La qualité de vie est un indicateur récent et de plus en plus utilisé pour mesurer l'impact d'une pathologie sur le fonctionnement et le vécu d'un individu. Cet indicateur semble aujourd'hui indispensable dans la prise en charge de la douleur chronique car il permet d'objectiver, à l'aide d'échelles validées, la perception subjective du patient et est donc complémentaire des évaluations biomédicales habituelles.

Nous allons d'abord présenter une revue de la littérature afin de faire un état des lieux des connaissances actuelles sur la douleur chronique, les prises en charge spécialisées qui existent, les comorbidités psychiatriques et le pronostic et la qualité de vie des patients douloureux chroniques. Puis nous présenterons l'étude longitudinale que nous avons réalisée et dont l'objectif était d'étudier les facteurs sociodémographiques et les facteurs psychiatriques et psychopathologiques associés à l'évolution de la qualité de vie physique et psychique des patients ayant des douleurs chroniques.

PARTIE I – REVUE DE LA QUESTION ET PROBLEMATIQUE

I – LA DOULEUR CHRONIQUE

1- Définition de la douleur chronique

L'International Association for the Study of Pain (IASP) donne une définition de la douleur (HAS, 2008): expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion. La douleur est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. Ce symptôme existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non. La douleur est une expérience subjective qui interfère autant avec le psychique et le social qu'avec les fonctions physiques.

Alors qu'une douleur aiguë est généralement la réponse adaptée à sa cause, la douleur chronique n'a plus ce caractère ; elle agit directement sur celui qui en souffre, son entourage familial et social, et son travail. Elle est un syndrome multidimensionnel. Dans la littérature, plusieurs durées sont proposées pour qualifier une douleur de douleur "chronique". En France, la douleur est couramment définie comme chronique si elle évolue depuis plus de 3 mois. (HAS, 2008). Tandis que dans les pays anglo-saxons, une durée de 6 mois est fréquemment choisie pour définir une douleur chronique (Thienhaus, 2002).

2- Prévalence de la douleur chronique et facteurs sociodémographiques associés

La prévalence de la douleur chronique chez l'adulte, présentée dans le tableau 1, varie entre 10,1 % et 55,2 % selon une revue des études françaises et internationales (Ospina, 2002) avec une moyenne de 35,5% et une prévalence de la douleur chronique sévère (EVA supérieure ou égale à 7/10) entre 10 et 13%. Des études plus récentes sur la prévalence de la douleur chronique sont présentées tableau 2. Une vaste étude européenne dans 15 pays (Breivik, 2006) retrouve une prévalence de 19% de douleur chronique supérieure à 6 mois (12 à 30% selon les pays) et plus précisément 15% en France. De plus, cette douleur chronique est souvent ancienne puisque 60% des patients avaient leur douleur depuis 2 à 15 ans et 21% avaient leur douleur depuis plus de 20 ans.

En France, 17% de la population a présenté une douleur au cours du mois passé selon une étude récente (Eschaliér, 2013).

Tableau 1 – Prévalence de la douleur chronique chez l’adulte, revue de la littérature (adapté d’Ospina, 2002)

<u>Auteur</u>	<u>Année</u>	<u>Pays</u>	<u>Prévalence évaluée</u>
Andersson	1993	Suède	<i>H 49,8% - F55,2%</i>
Blyth	2001	Australie	18,5%
Bowsher	1991	Royaume-Uni	11,5%
Catala	2002	Espagne	23,4%
Elliott	1999	Ecosse	50,4%
Helme & Gibson	1997	Australie	50,2%
Perquin	2000	Pays Bas	25%
MacFarlane	1997	Royaume-Uni	13%
Croft	1993	Royaume-Uni	35%
Buskila	2000	Israël	10,1%
Birse & Lander	1998	Canada	44,4%
Brochet	1998	France	32,9%
Gureje	1998	OMS	21,5%

Tableau 2 – Prévalence de la douleur chronique chez l’adulte, études récentes

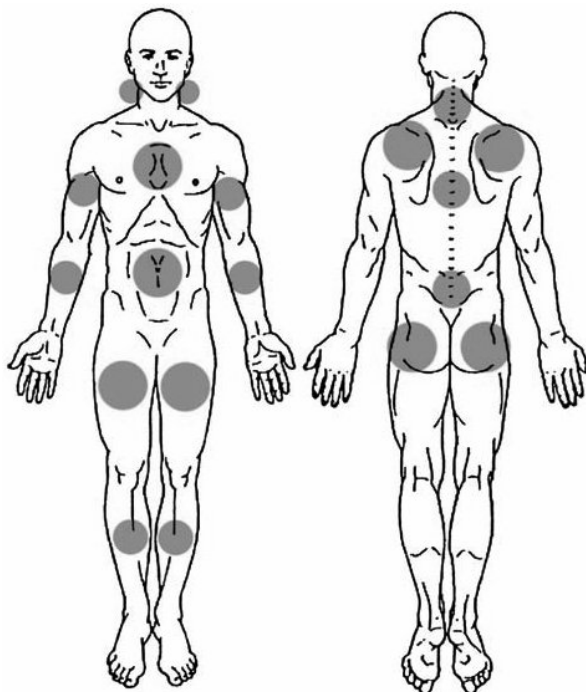
<u>Auteur</u>	<u>Année</u>	<u>Pays</u>	<u>Prévalence évaluée</u>
Serrie	2014	Québec	35,5%
Miller	2009	USA	21,9%
Breivik	2006	Europe	19%
		France	15%

Il existe une prédominance de femmes parmi les patients douloureux chroniques, ainsi Breivik et son équipe retrouvent une proportion de femmes de 60% en France parmi les patients douloureux (Breivik, 2006). Une autre étude (Serrie, 2014) confirme cette prédominance féminine avec 39,6% de la population des femmes québécoises qui auraient des douleurs chroniques contre 31% des hommes. Par ailleurs, la prévalence augmente avec l’âge, surtout au-delà de 65 ans

(Breivik 2006 ; Serrie 2014). La prévalence est multipliée par 3 entre les 25-34 ans et les plus de 75 ans (Van Der Kerkhof, 2003). Chez l'enfant, la prévalence de la douleur chronique se situe à 6% (Van Dijk, 2006). Les personnes rapportant une douleur ont un niveau de formation plus bas, un niveau de vie plus faible et un IMC supérieur, en comparaison avec ceux qui n'ont pas de douleur (Eschaliér, 2013).

Il est intéressant de noter que le nombre de sites douloureux est variable : 29,7% n'ont qu'une localisation douloureuse, 23,6% en ont 2, et 25% en ont 5 ou plus (Miller, 2009). Les étiologies de douleur chronique sont diverses : rhumatologiques, neuropathiques, pathologies discales et de la moelle épinière, cancéreuses, fibromyalgie et syndrome douloureux diffus, migraines et céphalées, post-opératoires et à la suite d'un accident. La fibromyalgie, maladie douloureuse complexe et de diagnostic difficile (critères de l'American College of Rheumatology de 2010, figure 1), touche 2 à 5% de la population mondiale, avec une fréquence plus élevée chez les femmes adultes (3,4% versus 0,6% pour les hommes) et qui augmente avec l'âge (Geoffroy, 2012).

Figure 1 – Critères diagnostiques de la fibromyalgie selon l'American College of Rheumatology (Geoffroy, 2012).



Le médecin compte le nombre de zones douloureuses la semaine précédant la consultation (0 à 19) et évalue les symptômes associés (de 0 : aucun à 3 : sévère). Un score supérieur ou égal à 13/31, avec une symptomatologie douloureuse présente depuis plus de 3 mois et toute autre cause responsable de douleur chronique exclue, permet de diagnostiquer une fibromyalgie.

			Scores
Zones douloureuses		0-19	0-19
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	0-12
	Troubles du sommeil	0-3	
	Troubles cognitifs	0-3	
	Symptômes somatiques	0-3	
		Score total	0-31
Fibromyalgie score ≥ 13			

3- Un problème majeur de santé publique

La douleur chronique est source de handicap, de dégradation de la qualité de vie et de coûts importants pour la société. Aux Etats Unis, le coût annuel de la douleur chronique est de 215 millions de dollars (Miller, 2009). En France, le coût total des soins des fibromyalgiques est 3 fois supérieur à la population générale (Geoffroy, 2012). La douleur chronique a de nombreux impacts sur les activités de la vie quotidienne : trouble du sommeil (65%), difficulté à la marche (47%), perturbation des activités sociales (48%), difficulté à faire les tâches ménagères (54%), problème pour conduire (47%), troubles sexuels (43%) (Breivik, 2006).

L'impact sur les activités professionnelles, sur le travail et la productivité est majeur. Pour presque un tiers des patients, les douleurs ont une répercussion sur leur emploi et 19% ont perdu leur emploi du fait des douleurs (Breivik, 2006). Les arrêts de travail sont 5 fois plus fréquents que dans la population générale, ainsi 45% des patients qui présentent une douleur sont concernés par les arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois par an (Serrie, 2014). Concernant la fibromyalgie (Dumolard, 2003), le taux d'incapacité professionnelle varie entre 25 et 50 %. L'étude longitudinale (Dumolard, 2003) de 1604 patients fibromyalgiques montre que 26 % reçoivent une indemnisation, soit une pension de sécurité sociale (16 % versus 2,2 % dans la population générale), soit un autre type d'indemnisation. Les constatations sont les mêmes pour White (Dumolard, 2003) avec 26 % des patients bénéficiant d'une pension d'invalidité.

On peut également noter que le taux de mortalité est plus élevé chez les douloureux chroniques par rapport à ceux qui n'ont pas de douleurs et ce, indépendamment des facteurs socio-démographiques (Torrance, 2010) .

4- Complexité des facteurs impliqués dans la douleur chronique

a. Mécanismes et composantes

Même si de nombreuses données physiopathologiques de la douleur sont encore imparfaitement comprises, la distinction des 3 grands types de mécanismes permet de décrire les douleurs (ANAES,1999) :

- douleurs par excès de nociception, qui correspondent à une stimulation des nocicepteurs au niveau régional.
- douleurs neurogènes, qui correspondent à une lésion nerveuse périphérique ou centrale.

- douleurs psychogènes, qui correspondent à des troubles psychiatriques ou psychopathologiques.

Quand le clinicien ne retrouve pas de lésion organique ou de cause psychogène, la douleur peut être définie comme idiopathique. C'est parfois dans ce cadre que rentrent certaines douleurs dites "fonctionnelles", terme ne correspondant pas à une définition nosographique. Leurs mécanismes sont actuellement inconnus.

La douleur est un phénomène complexe dont la perception fait intervenir quatre composantes interactives (HAS, 2008) :

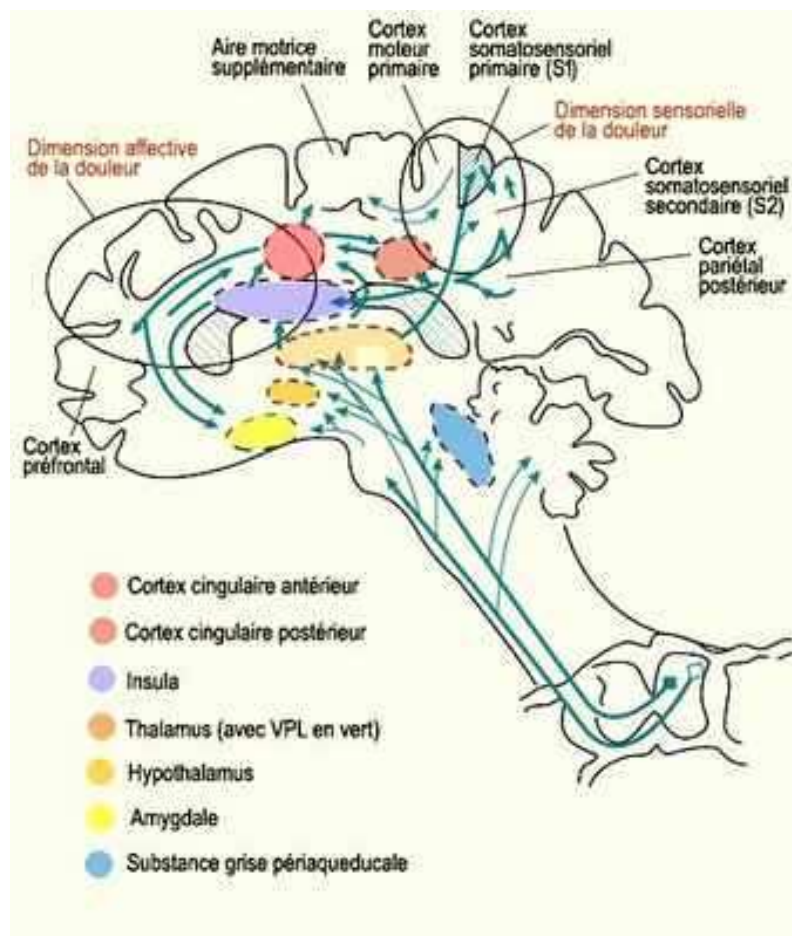
- composante sensoridiscriminative : ce sont les mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs.
- composante affective et émotionnelle : cette composante fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui donne sa tonalité désagréable, agressive, pénible, difficilement supportable. Elle est déterminée, non seulement par la cause de la douleur elle-même, mais également par son contexte, qui peut venir moduler le vécu douloureux. Cette composante affective peut recouvrir des états émotionnels comme l'anxiété et la dépression.
- composante cognitive : c'est l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer une perception et les réactions comportementales qu'elle détermine comme les processus d'attention et de diversion de l'attention, les processus d'interprétations et de valeurs attribuées à la douleur, les processus d'anticipation ou de références à des expériences douloureuses antérieures, les processus de décision sur le comportement à adopter.
- composante comportementale : elle englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plainte, mimique, posture,...). Cette composante est fonction des apprentissages antérieurs, de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux, de l'âge et du sexe.

L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels.

b. Neurobiologie

Différentes régions cérébrales sont directement impliquées dans l'intégration neurobiologique du signal douloureux (Airagnes, 2014). Les aires somatosensorielles S1 et S2 prennent en charge la discrimination algique sur un versant sensoriel (localisation, intensité et type de douleur), tandis que le cortex cingulaire antérieur est associé à l'intégration de la dimension affective et émotionnelle de la douleur. L'insula permet l'intégration des signaux nociceptifs dans les émotions et la mémoire, le thalamus correspond à une "gare de triage neurosensorielle". Le striatum, le cervelet et l'aire motrice supplémentaire sont impliqués dans la réponse motrice à la douleur, tandis que la substance grise périaqueducale intervient dans le contrôle inhibiteur descendant. L'intégration de l'expérience douloureuse s'effectue donc selon 2 composantes principales : une composante sensorielle et une composante affective, dont les régions impliquées sont riches en récepteurs aux opioïdes et dont le cortex cingulaire antérieur semble jouer un rôle fondamental.

Figure 2 – schéma neurobiologique cortical d'intégration de la douleur



Des dysfonctionnements neurofonctionnels de certaines de ces régions cérébrales sont impliqués dans les douleurs chroniques qui touchent la composante affective de l'expérience douloureuse. Une diminution du volume du cortex cingulaire antérieur a été mise en évidence chez une population de femmes avec trouble somatoforme douloureux, de même que chez des lombalgiques chroniques (Airagnes, 2014). Un phénomène neuroendocrinien de dysrégulation de l'axe corticotrope a également été retrouvé chez les patients douloureux chroniques ; une "résistance aux glucocorticoïdes" (récepteurs aux glucocorticoïdes hypofonctionnels) a été mise en évidence chez des patients fibromyalgiques.

II – LES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES DE LA DOULEUR CHRONIQUE

La comorbidité entre douleur chronique et psychiatrie est à l'origine de différents modèles dans le cadre des douleurs inexplicables. Au début du siècle, la théorie psychodynamique de l'hystérie formulée par Freud et, plus récemment, la conceptualisation de la douleur comme équivalent dépressif et l'apport du modèle biopsychosocial ont permis de mieux comprendre le symptôme douloureux chronique (Lemogne, 2003).

1- Facteurs psychopathologiques associés à la douleur chronique, stratégies de coping

Plusieurs facteurs cognitifs sont en lien avec la dépression et l'anxiété dans la douleur chronique (O'Reilly 2011). Cette association a été démontrée grâce à des outils validés (Coping Strategies Questionnaire, Pain Catastrophizing Scale, Fear of Pain Questionnaire, Fear Avoidance Beliefs Questionnaire, Chronic Pain Acceptance Questionnaire). Un de ces facteurs cognitifs est la dramatisation, qui est une tendance à se focaliser sur la douleur et à l'exagérer avec une attente négative du devenir de la douleur. La dramatisation est une stratégie de coping émotionnelle et cognitive. C'est un indicateur prédictif de l'évolution de la douleur chronique. Un autre de ses facteurs est la peur de la douleur et du mouvement (kinésiophobie) qui va conduire à des comportements d'évitement. Les efforts pour éviter la douleur la prolongent et exacerbent l'anxiété. Le manque d'acceptation de la douleur constitue un autre facteur et prédit une plus grande vulnérabilité à la dépression et à l'anxiété. L'acceptation prédit le niveau de douleur, l'invalidité, la

dépression et l'anxiété liés à la douleur. Enfin un niveau d'efficacité personnelle bas constitue un facteur psychologique qui accroît l'anxiété. L'efficacité personnelle est la croyance qu'un individu a en sa capacité à adopter un comportement spécifique pour atteindre un objectif.

D'une manière générale, les sujets souffrant de douleurs chroniques ont une propension à cesser de rechercher activement des solutions et à adopter des stratégies de coping passif-évitant, tout en devenant plus impulsifs et négligés, ce qui ne fait qu'accroître le retentissement fonctionnel des douleurs. Face au stimulus douloureux, le caractère désagréable des affects associés favorise la peur de s'y confronter à nouveau. Le sujet met alors en place des stratégies d'évitement qui ne font qu'exacerber la peur jusqu'à l'état phobique. Il est désormais établi que l'intensité de la peur liée à la douleur est plus incapacitante que la douleur elle-même (Airagnes, 2014).

Ces stratégies de coping sont donc associées à la pérennisation des douleurs chroniques et à un impact péjoratif sur l'activité d'un individu. Elles sont également des facteurs qui génèrent ou entretiennent des troubles psychiatriques comme la dépression ou les troubles anxieux.

2- Dépression

a. Définition

Le concept de dépression correspond à une évaluation soit catégorielle (épisode dépressif majeur) soit dimensionnelle (symptômes dépressifs). Selon le DSM 5 (DSM 5, 2013), l'épisode dépressif majeur se caractérise par :

- Au moins 5 des symptômes suivants sont présents durant 2 semaines consécutives et représentent un changement par rapport à l'état antérieur. Au moins 1 symptôme parmi humeur dépressive et perte d'intérêt ou de plaisir.

1- humeur dépressive pratiquement toute la journée et presque tous les jours

2- désintérêt ou perte de plaisir dans toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée et presque tous les jours

3- perte ou gain de poids significatif (5% en un mois) ou modification de l'appétit presque tous les jours.

4- insomnie ou hypersomnie presque tous les jours,

5- agitation ou ralentissement presque tous les jours constaté par les autres,

6- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours,

7- dévalorisation ou culpabilité presque tous les jours,

- 8- baisse de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision,
- 9- idée de mort ou de suicide ou tentative ou projet.
- Retentissement social, familial, professionnel.
- Les symptômes ne sont pas imputables à une substance ou à une affection médicale générale.
- La survenue de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliqué par un autre trouble psychiatrique.
- Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque

b. Prévalence de la dépression et risque suicidaire

Il semble que la dépression se manifeste plus souvent après le début de la douleur chronique qu'avant (Banks, 1996). La prévalence de la dépression varie énormément d'une étude à l'autre. Cela pouvant s'expliquer par le fait que les critères ou signes de dépression peuvent se chevaucher avec des problèmes inhérents aux douleurs chroniques. Ainsi les études retrouvent une prévalence de la dépression dans les douleurs chroniques allant de 22% (Aigner, 1999) à 52% (Elliott, 2003). D'autres études évaluant cette prévalence sont dans la même fourchette : 21% selon Breivik (Breivik, 2006), 33,3 % selon Geisser (Geisser, 1997) et 35,1% des patients douloureux chroniques selon Miller (Miller 2009). En comparaison la prévalence de la dépression dans la population générale au cours d'une année est de 7,8% en France (INPES, 2010) et de 7% aux USA (DSM 4). La prévalence vie entière de la dépression est de 10 à 25% chez la femme et de 5 à 12% chez l'homme (Serra, 2014). Donc la dépression est plus fréquente chez les patients douloureux que dans la population générale.

L'intensité dépressive est corrélée à la durée de la douleur, mais pas au type ni à l'intensité de la douleur (Averill, 1996). D'autres études rapportent que la dépression est l'un des meilleurs prédicteurs de l'intensité de la douleur ou de son aggravation. La prévalence de la dépression augmente parallèlement au nombre de localisations douloureuses (Bras, 2007).

La symptomatologie dépressive est étroitement liée au risque suicidaire, qu'il est important d'évaluer chez tous les patients présentant un trouble psychiatrique. Par ailleurs, les idées suicidaires sont fortement comorbides de la douleur chronique. Chez des sujets fibromyalgiques, Rose et son équipe (Rose, 2009) ont retrouvé 46,7% de risque suicidaire (selon l'évaluation au moyen du Mini International Neuropsychiatric Interview). D'autres études (Cheatle, 2014) retrouvent, chez des patients douloureux chroniques, de 24 à 37% d'idées suicidaires, passives ou

actives, et 5% d'antécédents suicidaires. Les patients douloureux chroniques ont 2 fois plus de risque de faire un passage à l'acte suicidaire que les patients non douloureux. L'intensité élevée de la douleur, sa localisation dorsale ou diffuse, sa durée prolongée, son étiologie fibromyalgique, et l'insomnie sont des facteurs de risque suicidaire (Cheatle, 2014). On peut même constater que les patients douloureux chroniques ont plus fréquemment des idées suicidaires que les patients avec des maladies cancéreuses ou chroniques autres (Sungkun, 2013).

3- Troubles anxieux

a. Définition

La catégorie des troubles anxieux inclut différents troubles ayant chacun des critères diagnostiques précis. Ils partagent cependant dans leur définition (DSM 5, 2013) la présence de peur et/ou d'anxiété présents de manière excessive, disproportionnée et persistante. Il s'y associe des perturbations des cognitions et des comportements (ex : évitement). Enfin, pour porter le diagnostic de trouble anxieux, les symptômes ne doivent pas être les effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale (hormis pour les diagnostics d'anxiété induite par un médicament ou une substance et de trouble anxieux dû à une affection médicale générale) ou d'un autre trouble psychiatrique.

Le concept de trouble anxieux correspond à une évaluation soit catégorielle (troubles répertoriés par le DSM 5) soit dimensionnelle (symptômes anxieux). Les troubles anxieux répertoriés par le DSM 5 (DSM 5, 2013) sont : anxiété de séparation, mutisme sélectif, phobie spécifique, phobie sociale, trouble panique, attaque de panique, agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, anxiété induite par un médicament ou une substance, trouble anxieux dû à une affection médicale générale, autre trouble anxieux spécifique, trouble anxieux non spécifique.

b. Prévalence

L'anxiété est, avec la dépression, un facteur psychologique prépondérant lié à la douleur. L'anxiété abaisse le seuil douloureux via une augmentation de la vigilance et de l'anticipation, faisant intervenir la substance réticulée. Et inversement, la douleur est anxiogène. Le niveau d'anxiété influence la sévérité de la douleur, les complications suite à une chirurgie et le nombre de jours d'hospitalisation (O'Reilly, 2011).

Les troubles anxieux qui concernent particulièrement la douleur chronique incluent trouble panique, phobie sociale, agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, état de stress post-traumatique. Une revue de la littérature (O'Reilly, 2011) retrouve une prévalence de l'anxiété dans la douleur chronique allant de 15% à 40%. La douleur est plus associée au trouble d'anxiété généralisée et à l'état de stress post-traumatique qu'à la phobie sociale, le trouble panique et l'agoraphobie (Demyttenaere, 2007). Par ailleurs, l'anxiété est souvent associée à la dépression dans la population générale et des chercheurs (Bair 2008) ont évalué à 23% le taux de comorbidité entre l'anxiété et la dépression chez les personnes ayant une douleur chronique.

c. Etat de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique (ESPT) semble prendre une place particulière en tant que comorbidité des douleurs chroniques. L'état de stress post-traumatique est défini par le DSM 5 (DSM-5, 2013) :

- Le sujet a été exposé à la mort ou à une menace de mort, de blessure grave ou de violence sexuelle de l'une des façons suivantes : expérience directe de l'évènement traumatique, témoin de l'évènement arrivant à autrui, apprendre que l'évènement traumatique est arrivé à quelqu'un de proche, expérience répétée ou extrême à des détails de l'évènement traumatique.

- Présence d'un ou plusieurs symptômes de reviviscence associés à l'évènement traumatique, qui débutent après la survenue de l'évènement traumatique : souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'évènement traumatique, rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse où le contenu du rêve est en rapport avec le traumatisme, réactions dissociatives où l'individu se sent ou agit comme si l'évènement traumatique se répétait, détresse psychologique intense et prolongée lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique, réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique.

- Evitement des stimuli associés à l'évènement traumatique, qui débute après la survenue de l'évènement traumatique : évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments associés au traumatisme, évitement ou efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme

- Altération négative des cognitions et de l'humeur associée à l'évènement traumatique avec au moins 2 symptômes parmi : incapacité à se rappeler un aspect du traumatisme, croyances négatives concernant soi-même, les autres, le monde, distorsions cognitives concernant la cause ou les conséquences du traumatisme qui conduisent l'individu à se culpabiliser ou accuser les autres,

état émotionnel négatif, réduction de l'intérêt pour les activités importantes, sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger aux autres, restriction des affects positifs.

- Hyper-réactivité neurovégétative avec au moins 2 symptômes parmi : irritabilité ou accès de colère, comportement à risque, hyper-vigilance, réaction de sursaut exagérée, trouble de la concentration, trouble du sommeil.

- Les troubles durent depuis plus de 1 mois.

- Les troubles engendrent un retentissement social, familial et professionnel important.

- Les troubles ne sont pas mieux expliqués par une substance ou à une affection médicale générale.

La prévalence globale de l'ESPT chez les patients douloureux est de 4,5% (Ho, 2011) à 10,7% (Cheatle, 2014). Cette prévalence est nettement plus élevée dans la population de fibromyalgiques, de 21% à 57% selon les études (El Hage, 2006). Le lien semble si étroit entre la fibromyalgie et l'ESPT que certains auteurs évoquent une maladie du traumatisme psychique (El Hage, 2006). On retrouve chez les patients fibromyalgiques une fréquence plus élevée d'évènements de vie stressants (maltraitance physique et/ou sexuelle dans l'enfance) (Rose, 2009). Les éléments de stress extérieurs, comme les traumatismes physiques, les évènements de vie, les stress professionnels, pourraient constituer de potentiels facteurs déclenchants de la fibromyalgie. Plus largement que l'ESPT, les patients douloureux chroniques ont significativement plus d'histoires d'abus dans l'enfance (54,4%), avec notamment des abus sexuels et verbaux qui sont prédictifs de l'instauration d'une douleur chronique (Goldberg, 2000).

4- Trouble de symptôme somatique

Anciennement appelé "trouble somatoforme" (DSM 4, 2003), il se caractérise par l'existence de plaintes et/ou de dysfonctionnements physiques sans qu'il existe, au regard des connaissances médicales et scientifiques actuelles, d'anomalie organique identifiable pouvant, à elle seule, rendre compte de l'ensemble de ces troubles. Il doit exister un niveau significatif de retentissement fonctionnel du trouble sans qu'il puisse être imputé à un autre trouble mental caractérisé (DSM 5, 2013). Dans le DSM 4, les troubles somatoformes regroupaient des entités cliniques hétérogènes telles que trouble de somatisation, trouble de conversion, hypochondrie, trouble douloureux, peur d'une dysmorphie corporelle, trouble somatoforme indifférencié. Le trouble douloureux était un syndrome où la douleur était le trait principal du tableau clinique avec

un retentissement social et occupationnel important. Il existe, dans la littérature, des prévalences élevées de plaintes douloureuses anorganiques en consultation de rhumatologie, cardiologie, gynécologie, gastroentérologie et neurologie (45% à 68%) (Airagnes, 2014). Le trouble douloureux, tel qu'il est défini dans le DSM 4 et terme encore utilisé dans certaines études, est estimé à 66% de la population de sujets douloureux chroniques (Airagnes, 2014). L'hyponchondrie, également selon les critères DSM 4, est retrouvée dans une faible proportion chez les patients douloureux : 3,4% (Ho, 2011) à 6,8% (Aigner, 1999).

Le trouble douloureux rentre désormais dans la dénomination de “somatic symptom and related disorders” dans le DSM 5. C'est une catégorie clinique qui regroupe à présent : trouble de symptôme somatique, trouble d'anxiété pour la santé, trouble neurologique fonctionnel, facteurs psychologiques affectant une autre condition médicale, trouble factice, autre trouble de symptôme somatique spécifique ou non spécifique (DSM 5, 2013). Le trouble douloureux n'a donc plus de dénomination spécifique mais rentrerait dans la catégorie “trouble de symptôme somatique avec prédominance de la douleur”. Le trouble de symptôme somatique se définit ainsi par :

- 1 symptôme somatique ou plus qui entraîne une détresse ou souffrance significative sur la vie quotidienne.
- Pensées, émotions ou comportements excessifs en rapport avec le(s) symptôme(s) somatique(s) ou préoccupations pour la santé avec au moins 1 parmi : pensées persistantes ou disproportionnées concernant la gravité du(des) symptôme(s), niveau élevé et persistant d'anxiété concernant la santé ou le(s) symptôme(s), temps et énergie excessifs voués à ce(s) symptôme(s) ou à la santé.
- Bien que chaque symptôme somatique ne soit pas présent en continu, le patient est symptomatique de façon persistante (généralement plus de 6 mois).
- On spécifie “avec prédominance de la douleur” si les symptômes somatiques sont majoritairement de la douleur.

5- Troubles de la personnalité

Il existe 10 troubles de la personnalité (DSM 5, 2013) : paranoïde, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive. Une étude (Katon, 1985) a montré que 59,5% des patients douloureux chroniques avaient au moins un parent de premier degré souffrant de douleur chronique. Il peut donc y avoir un rapprochement entre la douleur et le spectre des émotions. Il existe, chez les fibromyalgiques et leurs proches, une

surreprésentation des troubles de la personnalité (Glazer, 2010). Une étude française (Rose, 2009) évalue que 46,7% des patients fibromyalgiques ont au moins un diagnostic de trouble de la personnalité, dont 30% de personnalité obsessionnelle compulsive, 16,7% de personnalité état limite et 16,7% de personnalité dépressive. Cela représente une prévalence 2 à 3 fois plus importante que la population générale. Les troubles de la personnalité peuvent donc constituer un facteur prédisposant de vulnérabilité psychologique vis à vis des douleurs chroniques.

6- Addictions

Une équipe de chercheurs (Ho, 2011) évalue le taux d'abus et dépendance à une substance dans une population douloureuse à 18%, avec une prédominance (10,1%) de la dépendance aux sédatifs et hypnotiques. Cependant il existe une association faible entre douleur chronique et abus/dépendance à l'alcool (Demyttenaere, 2007).

III – LES PRISES EN CHARGE ACTUELLES DE LA DOULEUR CHRONIQUE

1- Les structures de lutte contre la douleur

Les premières structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique se sont développées à partir des années 1980 grâce à des initiatives locales. Des textes réglementaires sont venus promouvoir et encadrer leurs pratiques dès 1994 (HAS, 2008). Le recours à des spécialistes de la douleur est très variable en Europe. En France, 40 % des patients douloureux ont déjà consulté un spécialiste de la douleur contre seulement 8% en Norvège (Breivik, 2006). En France, les structures spécialisées douleur chronique (SDC) prennent en charge les douleurs chroniques (site santé du ministère des affaires sociales et de la santé). La prise en charge de ces douleurs nécessite la collaboration de plusieurs spécialistes de disciplines différentes. Ces structures spécialisées sont toutes hébergées en établissement de santé et doivent satisfaire à des critères précis. Il existe 2 niveaux de SDC :

- les consultations qui assurent une prise en charge pluri-professionnelle, c'est-à-dire une

prise en charge en équipe (médecin, infirmier, psychologue)

- les centres qui réalisent une prise en charge médicale pluridisciplinaire, c'est-à-dire plusieurs médecins de différentes spécialités (neurologue, psychiatre, orthopédiste,...) Il peut y avoir accès à des lits d'hospitalisation.

En 2006, on dénombrait plus de 200 structures spécialisées en France. L'HAS a élaboré de nouvelles recommandations visant à améliorer la prise en charge de la douleur chronique. Le recours à une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique est recommandé en cas de persistance de la douleur malgré le traitement en cours, afin d'avoir un avis diagnostique ou thérapeutique complémentaire ou de mettre en oeuvre une évaluation et une prise en charge du patient facilitée par la structure spécialisée (HAS, 2008).

2- Une prise en charge multidisciplinaire et biopsychosociale

Les douleurs chroniques doivent bénéficier ce jour d'une prise en charge multidisciplinaire et globale pour prendre en compte tous les facteurs biopsychosociaux (HAS, 2008); c'est dans ce but que les structures spécialisées dans la lutte contre la douleur ont été créées afin de regrouper des professionnels de diverses disciplines. Le modèle biopsychosocial est un modèle théorique et pratique proposé par le psychiatre Engel (Engel, 1980) qui voulait rendre compte des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques des pathologies. Des études plus récentes se sont intéressées à un modèle biopsychosocial spécifique de la douleur chronique (Boureau, 2000 et Truchon, 2000) et des incapacités qu'elle engendre, notamment sur le plan professionnel (Loisel, 2009). Ces études font notamment référence à des programmes de réadaptation multidimensionnels spécifiques, mis en place dans les pays anglo-saxons. Cela justifie une prise en charge globale du patient douloureux plus que de la douleur seule.

Cette prise en charge peut comporter : les thérapeutiques médicamenteuses, les infiltrations, les indications chirurgicales, les neurostimulateurs externes (TENS) ou internes, les thérapies physiques (kinésithérapie, rééducation), l'éducation thérapeutique, une prise en charge infirmière, une prise en charge psychologique ou psychiatrique, les techniques de relaxation (comme la sophrologie), l'hypnose, l'acupuncture.

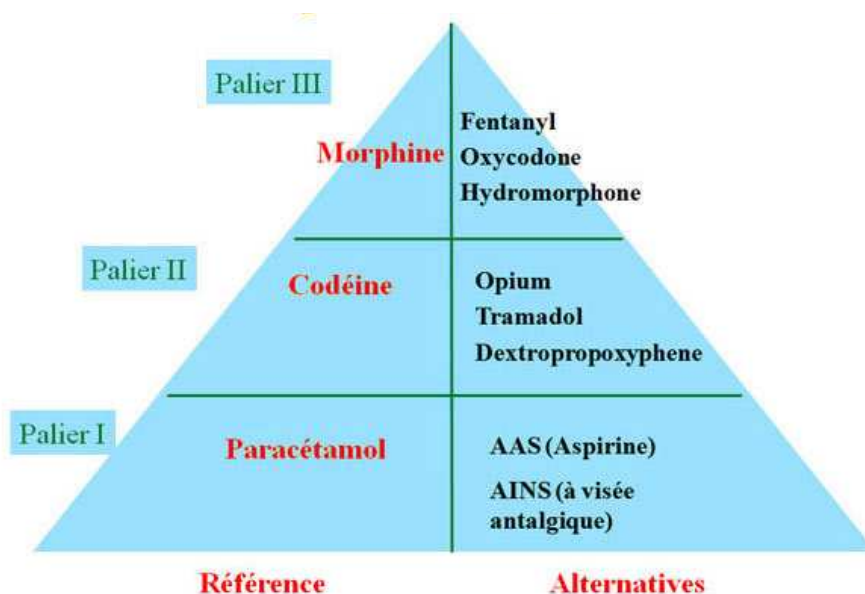
3- Les thérapeutiques actuelles

a. Traitements antalgiques classiques

Les antalgiques peuvent être utilisés selon les cas aussi bien dans la douleur aiguë que dans la douleur chronique. Ils sont classés en 3 niveaux (OMS) :

- antalgiques de palier I : dit “non morphiniques”, qui ont la puissance antalgique la plus faible.
- antalgiques de palier II : dit “morphiniques faibles”, sont utilisés seuls ou en association à un palier I.
- antalgiques de palier III : regroupent les agonistes morphiniques forts et les agonistes antagonistes.

Figure 3 – paliers antalgiques de l’OMS (source : esculape.com)



b. Traitement anti-épileptiques

Les anti-épileptiques gabaergiques sont utilisés dans certains types de douleurs, essentiellement neuropathiques (Bras, 2007). Il s'agit de la gabapentine et de la prégabaline. La prégabaline a également une indication en psychiatrie dans le trouble anxieux généralisé.

c. Traitements antidépresseurs

3 antidépresseurs ont aujourd'hui une AMM (autorisation de mise sur le marché) en France dans les douleurs chroniques ; le clomipramine et l'amitriptyline sont indiqués dans les douleurs neuropathiques de l'adulte et le duloxétine dans les douleurs neuropathiques diabétiques de l'adulte. On peut donc discuter le double intérêt des traitements antidépresseurs, de tous types, dans la douleur chronique : ils traitent les troubles anxiodépressifs comorbides et sont également, pour certains, des analgésiques pour certains types de douleurs, notamment neuropathiques. De nombreuses études ont d'ailleurs montré que leur efficacité antalgique était indépendante de leur action antidépressive, pouvant survenir à des doses inférieures ou supérieures et parfois plus rapidement que l'effet antidépresseur (Riant, 2010). Une hypothèse est que les antidépresseurs pourraient agir sur la douleur au niveau des voies inhibitrices descendantes au niveau médullaire en augmentant le taux de sérotonine et/ou de noradrénaline, mais d'autres mécanismes encore inconnus pourraient être impliqués (Geoffroy, 2012).

Certains auteurs américains recommandent en priorité la classe antidépressive des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) dans la fibromyalgie. Les molécules proposées sont le minalcipran, la duloxétine, et la venlafaxine (Geoffroy, 2012). L'effet antalgique aurait été démontré dans des études comme indépendant de l'effet thymique et il semblerait plus prolongé qu'avec les autres molécules antidépressives. Des recommandations américaines (Geoffroy, 2012) évoquent également les antidépresseurs tricycliques imipraminiques, comme l'amitriptyline, ayant une action élevée sur la douleur, le dérouillage (temps nécessaire pour qu'une articulation d'assouplisse après un repos prolongé) et l'anxiété. Le mode d'action passerait par l'inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline mais l'effet tendrait à s'épuiser au bout de 3 mois. Une autre étude (Bras, 2007) nous rapporte que la venlafaxine, qui présente des analogies structurales avec le tramadol, aurait un effet significatif sur les douleurs de type neuropathies diabétiques et migraines mais la venlafaxine n'a pour l'instant pas ces AMM. Cette même étude suppose que tous les antidépresseurs IRSNA et tricycliques pourraient être particulièrement efficaces pour soulager les douleurs neuropathiques et, de manière générale, les antidépresseurs tricycliques seraient les plus efficaces sur la douleur mais avec un risque d'effets secondaires qui doit être soigneusement examiné. Dans certaines études, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont démontré leur intérêt, dans la douleur chronique, dans l'élévation du seuil de la douleur par restauration progressive de l'activité inhibitrice préfrontale et la régulation de l'activité amygdalienne (Airagnes, 2014). D'autres études concernant les ISRS sont moins concluantes et ceux-ci semblent moins efficaces que les tricycliques et les IRSNA mais ils sont cependant bien tolérés (Bras, 2007). Les IRSNA auraient donc une efficacité analgésique

supérieure à celle des ISRS, ce qui pourrait faire des ISRNA un traitement de première intention pour les patients souffrant à la fois de douleur chronique, surtout s'il s'agit de douleur neuropathique, et de dépression (Bras, 2007).

Les antidépresseurs sont évidemment indiqués chez tous les patients douloureux chroniques s'ils présentent une comorbidité psychiatrique, notamment un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux. Le choix de l'antidépresseur se fera, notamment pour les troubles anxieux, selon l'AMM de la molécule (tableau 3). Les traitements de la dépression ou du trouble anxieux et de la douleur doivent être mis en place de façon simultanée (Bras, 2007) afin de permettre une prise en charge globale du patient et d'obtenir l'amélioration de l'ensemble des symptômes.

Tableau 3 – AMM en France des principaux antidépresseurs chez l'adulte

	Episode dépressif majeur	Trouble anxieux	Autres
<u>Imipraminiques</u>			
Clomipramine	+	TOC, TP	Douleur neuropathique
Amitriptyline	+		Douleur neuropathique
<u>ISRS</u>			
Fluoxétine	+	TOC	Boulimie
Fluvoxamine	+	TOC	
Paroxétine	+	TOC, TP, TAG, TAS, ESPT	
Sertraline	+	TOC, TP, TAS, ESPT	
Citalopram	+	TP	
Escitalopram	+	TOC, TP, TAG, TAS	
<u>IRSNA</u>			
Milnacipran	+		
Venlafaxine	+	TP, TAG, TAS	
Duloxétine	+	TAG	Douleur neuropathique diabétique

TOC : trouble obsessionnel compulsif ; TP : trouble panique ; TAG : trouble d'anxiété généralisée ; TAS : trouble anxiété sociale ; ESPT : état de stress post-traumatique.

d. *Psychothérapies*

L'abord psychiatrique est actuellement recommandé par l'HAS dans l'évaluation du patient douloureux (HAS, 2008) afin de rechercher de façon systématique les troubles comorbides mais aussi les interprétations, croyances du patient vis-à-vis de sa douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements qui seraient éloignées de celles du médecin ; cette divergence pouvant retentir sur l'intensité de la douleur et les effets du traitement si l'on n'en tient pas compte.

Dans une revue de 52 études (O'Reilly 2011), les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont montré leur efficacité dans la prise en charge des douleurs chroniques en modifiant efficacement l'humeur de façon stable 6 mois après, mais ces thérapies avaient peu d'impact sur la douleur. Par ailleurs, les TCC favorisent un processus d'accommodation, en assouplissant les stratégies dysfonctionnelles de coping (Turner, 1990). Enfin les TCC et les techniques d'entretien motivationnel permettent des bienfaits à la fois physiques, fonctionnels et psychologiques chez les patients douloureux chroniques (Aguerre, 2012 et 2014) en favorisant des processus de changement.

4- Evaluer la qualité de la prise en charge

La nécessité de mesurer l'efficacité de la prise en charge des patients douloureux chroniques se heurte à la complexité des processus douloureux et à sa dimension biopsychosociale. En effet la douleur étant une expérience subjective se basant sur le ressenti du patient, elle s'éloigne des approches biomédicales classiques. Pour évaluer l'efficacité de la prise en charge de ces patients il est intéressant de ne pas rester focalisé sur des critères cliniques objectifs évalués par le médecin et de se préoccuper du concept de Patient Reported Outcome (PRO) (« résultat selon le patient ») (Acquadro, 2003) qui est un indicateur de mesure subjectif recueilli par auto-évaluation auprès du patient (sans l'interprétation du médecin). Un PRO peut être, dans le cas de la douleur chronique, un symptôme (comme la douleur), un handicap (comme l'incapacité de travailler), la perception générale de sa santé, la qualité de vie. Le caractère réducteur, bien que subjectif, de la mesure de la douleur (ex : Echelle Visuelle Analogique) ne permet pas d'en faire, à elle seule, un bon indicateur de l'efficacité de la prise en charge. La mesure de la qualité de vie des patients est, en revanche, un indicateur qui peut se révéler, de par sa dimension subjective et multidimensionnelle, complémentaire pour évaluer la qualité de la prise en charge réalisée. La relation entre douleur chronique et qualité de vie est complexe et multifactorielle et l'HAS recommande d'ailleurs pour l'évaluation de la douleur chronique en structure spécialisée d'évaluer les conséquences de la douleur sur la qualité de vie (HAS, 2008).

IV - PRONOSTIC ET QUALITE DE VIE DES PATIENTS

1- Le pronostic en cas de comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont particulièrement fréquentes parmi les patients douloureux chroniques et sont un facteur de mauvais pronostic. Dans une méta-analyse, Kuch (Kuch, 2001) montrait que dépression et anxiété constituaient deux facteurs indépendants de mauvais pronostic des douleurs chroniques. La dépression étant notamment un facteur de risque de développement de nouvelles localisations douloureuses. De même, le pronostic de la dépression est moins bon lorsqu'elle est associée à des douleurs chroniques, avec un risque suicidaire doublé (Airagnes, 2014). Des chercheurs se sont questionnés sur le pronostic des douleurs chroniques en cas de comorbidités psychiatriques. Ainsi Mac Farlane et son équipe (MacFarlane, 1996) ont suivi des patients sur 2 ans. Parmi ceux qui avaient initialement des douleurs diffuses, 35% les avaient toujours à 2 ans, 50% avaient des douleurs régionales et 15% n'avaient plus de douleur. Le manque d'amélioration à 2 ans était associé à un score de détresse psychologique élevé, à la fatigue et à des troubles du sommeil. Ces facteurs augmentaient le taux de non amélioration par 3. Le pronostic des douleurs chroniques est donc étroitement lié aux comorbidités psychiatriques.

2- Evolution de la qualité de vie

a. Définition de la qualité de vie

La qualité de vie peut être vue d'un abord politique, médical ou sociologique ; ici nous allons nous focaliser sur la qualité de vie liée à la santé (health-related quality of life). L'opérationnalisation du concept de qualité de vie, que ce soit chez des personnes malades comme chez des personnes saines, est un phénomène plutôt récent. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1994) définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. » La qualité de vie a un caractère exclusivement subjectif. La majorité des auteurs s'accordent à considérer la qualité de vie comme un concept

multidimensionnel (Leplège, 2001) qui se structure le plus souvent autour de quatre dimensions :

- L'état physique comportant les notions d'autonomie, de capacités fonctionnelles, d'énergie, de fatigue, de sommeil, de repos, ...
- L'état psychologique intégrant des émotions, des états affectifs positifs et l'absence d'affects négatifs (anxiété, dépression). On pourrait y inclure également des notions telles que le fonctionnement psychologique (mémoire, concentration, fatigabilité), le développement personnel, la réalisation de soi, les valeurs de l'individu.
- Le statut social révélant les relations sociales et rapports à l'environnement familial, amical ou professionnel.
- Le bien-être matériel (et le statut économique).

La qualité de vie est donc un concept multidimensionnel, d'autant plus difficile à cerner qu'il tend à intégrer les aspirations sociales et individuelles, ainsi que les contestations conjoncturelles et structurelles de la société contemporaine. Mesurer la qualité de vie de façon quantitative par le biais de questionnaires permet donc de rassembler des données fiables qui permettent de juger de la pertinence d'interventions déterminées. Les analyses de qualité de vie ont commencé à être développées dans les années 1970, afin de décrire et mesurer l'impact de différents états sur la vie quotidienne des personnes. Il existe aujourd'hui une quarantaine d'échelles de qualité de vie liées à la santé en France et l'OMS recense actuellement plus de 400 questionnaires portant sur la qualité de vie des patients. Il existe des échelles de qualité de vie dites génériques, s'appliquant à tous les contextes de pathologies (comparaison des pathologies entre elles) et des échelles dites spécifiques, développées pour des domaines précis (impact spécifique d'une pathologie). Il existe 7 échelles génériques de qualité de vie validées en français (Leplège, 2001) : ISPN ou NHP (indicateur de santé perceptuelle de Nottingham ou Nottingham Health Profil), QWB (quality of well being scale), SIP (sickness impact profile), Profil de santé de Duke, EuroQol, PQVS (questionnaire profil de la qualité de vie subjective) et MOS-SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36 items).

b. Qualité de vie, douleur chronique et comorbidités psychiatriques

Jonsdottir et son équipe (Jonsdottir, 2014) ont montré que les patients douloureux chroniques avaient des scores de qualité de vie (SF-36) inférieurs à ceux qui avaient des douleurs aiguës (<3 mois) et à ceux qui n'avaient pas de douleur.

Elliott et son équipe (Elliott, 2003) ont trouvé une corrélation entre l'intensité de la dépression chez les patients douloureux chroniques et le score de qualité de vie (SF-36). Tous les patients douloureux avaient un score SF-36 bas (par rapport à la norme américaine). Ceux qui

avaient un épisode dépressif majeur associé à des douleurs chroniques avaient un score MCS (Mental Component Summary) de qualité de vie psychique plus bas que les patients douloureux sans dépression ou avec une dépression mineure (score MCS de 34,1 versus 47,6). Il existait une relation dose-effet entre la sévérité de la dépression et le score de qualité de vie SF-36 des patients douloureux chroniques. Il semble donc que certaines comorbidités psychiatriques soient associées à la qualité de vie des patients douloureux chroniques. Le psychiatre a, de par son intervention spécifique, la possibilité d'agir sur la qualité de vie des patients douloureux chroniques. Mais on ignore encore ce qu'il en est pour les autres comorbidités psychiatriques, pour les comorbidités psychopathologiques et, également, ce qu'il en est en terme d'évolution de la qualité de vie au cours de la prise en charge.

V - CONCLUSION DE LA PARTIE I

Même si de nombreuses études montrent que les facteurs psychiatriques prennent une part importante dans les comorbidités des douleurs chroniques et en sont un facteur de mauvais pronostic, peu d'études se sont penchées sur les liens entre ces comorbidités psychiatriques et la qualité de vie des patients. La qualité de vie est pourtant un indicateur important dans le champ complexe des douleurs chroniques afin de mesurer, avec des échelles validées, la perception subjective des patients et d'évaluer l'efficacité de la prise en charge proposée pour les douleurs. Aucune étude, à notre connaissance, n'a évalué l'évolution de la qualité de vie des patients douloureux chroniques pour savoir si la présence d'un trouble psychiatrique ou psychopathologique était corrélée à l'évolution de cette qualité de vie. Cela semble pourtant être un point essentiel pour mesurer l'impact des comorbidités psychiatriques et améliorer la prise en charge actuelle, devant le problème majeur de santé publique que sont les douleurs chroniques. Nous avons donc mené à bien une étude pour répondre à cette problématique encore peu étudiée de l'évolution de la qualité de vie des patients douloureux chroniques et des facteurs psychiatriques et psychopathologiques associés.

PARTIE II – ETUDE DES FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES, PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES ASSOCIES A L'EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES

I – INTRODUCTION

1- Contexte de l'étude

Le terme de “douleur chronique” est usuellement utilisé, selon la définition de l’IASP, comme une douleur durant depuis plus de 3 mois. La prévalence de la douleur chronique varie entre 10,1 % et 55,2 % selon les études françaises et internationales (Ospina, 2002) avec une moyenne de 35,5%. En France, la prévalence se situerait à 15%, ce qui est dans la moyenne européenne (Breivik, 2006). La douleur chronique est un problème majeur de santé publique avec un coût élevé pour la société. C’est une source de handicap qui a un impact important sur les activités quotidiennes et sur l’emploi des patients douloureux chroniques (Breivik, 2006). Des comorbidités psychiatriques sont fréquemment associées aux douleurs chroniques et décrites dans de nombreuses études. En premier lieu on retrouve la dépression (épisode dépressif majeur et mineur) allant de 22% (Aigner, 1999) à 52% (Elliott, 2003). Puis viennent les troubles anxieux qui sont mesurés entre 15% à 40% (O’Reilly, 2011). Ces comorbidités sont un facteur de mauvais pronostic dans l’évolution de la douleur (Kuch, 2001).

Des structures de lutte contre la douleur existent pour prendre en charge la complexité de la douleur chronique, guidées par les recommandations de l’HAS (HAS, 2008) ; il s’agit de prise en charge multidisciplinaire et multidimensionnelle. De part la fréquence des comorbidités psychiatriques et la référence, dans le cadre des douleurs chroniques, à un modèle biopsychosocial, le psychiatre joue un rôle clé dans la prise en charge de ces patients.

Afin de mesurer l’efficacité de la prise en charge actuelle et de réfléchir aux améliorations à y apporter, la mesure de la qualité de vie, qui est un concept multidimensionnel intégrant l’état physique, l’état psychologique, le statut social, le bien-être matériel, semble pertinente et en adéquation avec la dimension subjective de la douleur chronique. De rares études démontrent que la qualité de vie des patients douloureux chroniques est nettement diminuée (Jonsdottir, 2014) et ce

d'autant plus qu'il existe un épisode dépressif majeur associé (Elliott, 2003). Malheureusement encore peu d'études à ce jour se sont intéressées aux douleurs chroniques en terme de qualité de vie et notamment aucune étude, à notre connaissance, n'a mesuré les liens entre les comorbidités psychiatriques et l'évolution de la qualité de vie après une prise en charge de la douleur. Cela semble pourtant essentiel pour améliorer la prise en charge actuelle des patients douloureux chroniques. C'est dans le but d'éclaircir cet aspect de la problématique des douleurs chroniques que nous avons mis en place notre étude.

2- Objectifs et hypothèses de l'étude

L'objectif de notre étude était d'étudier les facteurs sociodémographiques et les facteurs psychiatriques et psychopathologiques associés à l'évolution de la qualité de vie physique et psychique des patients ayant des douleurs chroniques.

Hypothèse 1a : la qualité de vie physique et psychique initiale des patients douloureux chroniques est associée à des facteurs sociodémographiques, des facteurs psychiatriques et des facteurs psychopathologiques ; notamment à une symptomatologie dépressive ou anxieuse, un état de stress post-traumatique, une forte dimension de personnalité (névrosisme ou caractère consciencieux).

Hypothèse 1b : l'amélioration entre T1 et T2 de la qualité de vie physique et psychique des patients douloureux chroniques est associée à des facteurs sociodémographiques, des facteurs psychiatriques et des facteurs psychopathologiques ; notamment à une symptomatologie dépressive ou anxieuse, un état de stress post-traumatique, une forte dimension de personnalité (névrosisme ou caractère consciencieux).

Hypothèse 1c : la présence de comorbidités psychiatriques (plus particulièrement d'une symptomatologie dépressive ou anxieuse ou d'un état de stress post-traumatique) ou de comorbidités psychopathologiques (plus particulièrement d'une personnalité fortement Névrosée ou Consciencieuse) est associée à une moins bonne amélioration de la qualité de vie des patients douloureux chroniques, malgré une prise en charge spécialisée ;

Hypothèse 2 : les scores d'anxiété, de dépression et d'anxiété trait des patients douloureux chroniques sont associés à des facteurs sociodémographiques, des facteurs psychiatriques et des facteurs psychopathologiques (notamment une personnalité fortement Névrosée ou Consciencieuse).

II - MATERIEL ET METHODE

1- Sujets

Les patients ont été recrutés dans le service de consultation pour le traitement de la douleur du CHRU de Tours. Nous avons réalisé une étude longitudinale prospective avec 2 temps de mesure, T1 (première consultation) et T2 (évaluation à 3 mois). Ils ont été inclus, pour le premier temps, entre le 8 décembre 2014 et le 27 février 2015 puis, dans pour le second temps entre le 9 mars et le 3 juin 2015.

Les critères d'inclusion étaient : première consultation dans le service, ayant une douleur chronique (définition HAS), non cancéreuse, chez un patient majeur (>18ans). Tous les patients consultant dans le service pour la première fois durant la période d'inclusion et répondant aux critères d'inclusion ont reçu, environ un mois avant leur consultation, une proposition de participer à notre étude ainsi qu'un questionnaire. Si les patients acceptaient de participer, il leur était demandé de rapporter le questionnaire rempli lors de leur première consultation dans l'unité, qui avait lieu avec un médecin algologue. Les patients étaient adressés dans le service soit par leur médecin traitant, soit par un autre médecin spécialiste (rhumatologue, chirurgien par exemple). Les critères d'exclusion étaient : douleur aiguë < 3 mois, patient sous tutelle/curatelle, trouble délirant (schizophrénie ou autre trouble psychotique).

Pour les patients ayant répondu au questionnaire, il leur était proposé au décours de leur première consultation un rendez-vous ultérieur quelques semaines après pour un entretien psychiatrique incluant la réalisation d'un entretien psychiatrique semi-structuré (MINI). Tous les patients ayant répondu aux questionnaires à T1 ont été sollicités à nouveau 3 mois après leur première consultation pour remplir les mêmes questionnaires (BFI exclu car personnalité supposée stable).

2- Mesures

a. Questionnaire sociodémographique (T1)

Il s'agissait de recueillir des données sociodémographiques : âge, sexe, statut marital, statut professionnel (actif, sans emploi, mi-temps thérapeutique, arrêt travail, invalidité, retraité) et niveau d'étude. Les professions des patients ont été classées selon les catégories socio-professionnelles INSEE niveau 1 (PCS 2003). Il recueillait également des données sur la douleur : durée d'évolution,

localisation, diagnostique si connu. Tous les traitements médicamenteux en cours étaient recueillis. Enfin il recueillait des données sur l'état psychologique et psychiatrique : suivi psychiatrique, psychologique ou addictologique, actuel ou passé, éventuel(s) diagnostic(s) psychiatrique(s) motivant ce(s) suivi(s), traitements psychotropes passés.

b. Mesure de la qualité de vie (T1 et T2)

La qualité de vie a été mesurée avec l'échelle d'auto-évaluation Medical Outcome Study Short Form en 36 items (MOS-SF-36) (Ware, 1992 et Leplege, 2001.). Ce questionnaire évalue de façon générique les dimensions de qualité de vie physique et émotionnelle via 8 sous-dimensions de la santé : activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique, la santé psychique.

Un algorithme de traitement permet d'obtenir 8 scores de 0 à 100 (100 étant la meilleure qualité de vie) ainsi que 2 scores synthétiques de qualité de vie physique et psychique.

c. Mesure de la douleur (T1 et T2)

La douleur a été mesurée en auto-évaluation grâce au Questionnaire Concis sur la Douleur (QCD) version courte (Brasseur, 1997). C'est la version traduite en français de la Brief Pain Inventory (BPI) (Cleeland, 1994). Les 4 échelles de la QCD (douleur maximale, minimale, habituelle et actuelle), cotées de 0 à 10 ont été proposées, avec un score par échelle et un score total.

d. Mesure des dimensions de personnalité (T1)

Les dimensions de personnalité ont été évaluées avec le Big Five Inventory (BFI), version française (John, 1991 et Plaisant, 2010) en 45 items. Cet auto-questionnaire se base sur un modèle de la personnalité en 5 axes et évalue chaque axe de façon dimensionnelle. Ces 5 dimensions de personnalité sont : névrosisme (8 items), extraversion (8 items), ouverture à l'expérience (10 items), agréabilité (10 items), caractère consciencieux (9 items).

Chaque item est coté de 1 à 5 ; on obtient le score de chaque dimension en faisant la moyenne des cotations aux items correspondant à la dimension.

e. Mesure de l'anxiété et de la dépression (T1 et T2)

Cette mesure a été effectuée grâce à l'échelle d'auto-évaluation Hospital Anxiety And Depression Scale (HAD), version française (Zigmond, 1983 ; Lepine, 1985). Elle évalue l'intensité de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques susceptibles de fausser les évaluations chez les patients souffrant de problèmes organiques. Elle ne discrimine pas les divers types de dépression ou de troubles anxieux, elle dépiste l'existence d'une symptomatologie et en évalue la sévérité.

Il y a 14 items répartis équitablement en 2 sous-échelles, une pour l'anxiété, une pour la dépression. Chaque item est coté de 0 à 3, ce qui donne un score entre 0 et 21 pour chaque sous échelle. Les valeurs seuils déterminées sont : score inférieur ou égal à 7 = absence de cas, score entre 8 et 10 = cas douteux, score supérieur ou égal à 11 = cas certain. Dans ce travail, nous avons évalué l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs à l'aide des sous-échelles d'anxiété et de dépression.

f. Mesure de l'anxiété trait (T1 et T2)

Elle a été évaluée grâce à l'auto-questionnaire State Trait Anxiety Inventory de Spielberger (STAI-Y), forme B (Spielberger, 1970). Cette échelle évalue l'anxiété habituelle, comme trait de personnalité. Il existe également une autre forme de la STAI-Y, la forme A, qui évalue l'anxiété état en 20 items.

La STAI-Y B comporte 20 items, cotés de 1 à 4 (4 étant le degré le plus fort d'anxiété). L'évaluation de l'anxiété trait se fait en additionnant les scores de chaque item, avec un résultat allant donc de 20 à 80. Les normes sont : supérieur à 65 = très élevé, de 56 à 65 = élevé, de 46 à 55 = moyen, de 36 à 45 = faible, inférieur à 35 = très faible.

g. Mesure d'évènements de vie traumatique et (T1)

La Clinician Administered Post traumatic stress disorder Scale (CAPS) (Blake, 1990) a été utilisée pour rechercher des évènements de vie traumatique. C'est un auto-questionnaire qui propose 17 évènements traumatiques ; le patient répond pour chacun des évènements par une échelle de Likert en 4 réponses (1 : m'est arrivé personnellement, 2 : a été témoin, 3 : a appris, 4 : non applicable à sa situation).

h. Mesure de l'état de stress post traumatique (T1 et T2)

La présence d'un état de stress post-traumatique a été mesurée par la Post traumatic stress disorder CheckList Scale (PCLS) (Weathers, 1993 et Cottraux, 1996), traduite en français (Cottraux, biblio). Elle se réfère au DSM 4 et explore 3 domaines de symptômes : ré-expérience, évitement et hypervigilance. Il y a 17 items cotés de 1 à 5 qui donnent un score total en additionnant. La valeur seuil diagnostique d'un état de stress post-traumatique est de 44.

i. Entretien semi-structuré

L'entretien semi-structuré qui a eu lieu avec les patients consistait en la passation du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) version 6.0 (Sheehan, 1998), validé en français et basé sur le DSM 4. Le MINI un entretien diagnostique structuré qui explore de façon standardisée les principaux diagnostics de l'axe I. Le MINI est divisé en modules qui correspondent à chaque catégorie diagnostique. Les modules diagnostiques du MINI sont les suivants : épisode dépressif majeur (A), risque suicidaire (B), épisode maniaque, hypomaniaque (C), trouble panique (D), agoraphobie (E), phobie sociale (F), TOC (G), état de stress post-traumatique (H), dépendance/abus d'alcool (I), dépendance/abus de drogue (J), troubles psychotiques (K), anorexie mentale (L), boulimie (M), anxiété généralisée (N), cause médicale ou organique exclue (O), trouble de la personnalité antisociale (P)

j. Questionnaire sur la prise en charge réalisée depuis leur première consultation (T2)

Il était demandé aux patients la prise en charge globale de la douleur qui a été débutée/réalisée depuis leur première consultation dans le service. Plusieurs éléments étaient proposés : traitements médicamenteux, quetenza, neurostimulateur, chirurgie, kiné/rééducation, acupuncture, sophrologie/relaxation, hypnose, groupe thérapeutique, suivi avec le médecin algologue, suivi avec un psychologue, suivi avec un psychiatre, suivi addictologique. Il était recherché seulement les prises en charge qui avaient été débutées et non les prises en charge envisagées.

Tableau 4 - Récapitulatif des questionnaires selon les temps d'évaluation

		T1 – première consultation	T2 – évaluation à 3 mois
Questionnaire sociodémographique		X	
Qualité de vie MOS SF-36	Auto-questionnaire 36 items, 8 scores et 2 scores synthétiques	X	X
Douleur QCD	Auto-questionnaire 4 échelles + total	X	X
Personnalité BFI	Auto-questionnaire 45 items, 5 scores de dimension	X	
Anxiété et dépression HAD	Auto-questionnaire 14 items, 2 scores	X	X
Anxiété trait STAI-Y B	Auto-questionnaire 20 items	X	X
Évènement de vie traumatique CAPS	Auto-questionnaire 17 évènements	X	
Etat stress post traumatique PCLS	Auto-questionnaire 17 items	X	X
Mini International Neuropsychiatric Interview MINI	Entretien semi-structuré, 16 modules	X	
Questionnaire prise en charge proposée			X

3- Procédure

L'étude s'est déroulée en 3 temps.

a. Temps initial (T1)

Dans un premier temps, l'auto-questionnaire initial (cf annexe 1) était envoyé par courrier au domicile des patients, environ 1 mois avant leur première consultation dans le service de consultation pour le traitement de la douleur du CHRU de Tours. Le questionnaire était adressé à tous les patients répondant aux critères de l'étude (déterminés par la lecture du dossier et du courrier du médecin adresseur).

Le questionnaire initial comportait :

- un courrier explicatif qui présentait l'étude et son objectif, le droit de refuser de participer à l'étude et son caractère anonyme. Il présentait également la procédure de

l'étude avec le fait qu'il pourrait leur être demandé de participer à un entretien avec l'expérimentateur et, dans tous les cas, le fait qu'il leur serait demandé de reremplir un questionnaire similaire quelques mois après.

- le recueil du consentement du patient.
- le questionnaire sociodémographique.
- la mesure de la qualité de vie.
- la mesure de la douleur.
- la mesure des dimensions de personnalité.
- la mesure de l'anxiété et de la dépression.
- la mesure de l'anxiété trait.
- la mesure des événements de vie traumatique.
- et la mesure de l'état de stress post traumatique.

Les patients étaient alors invités à rapporter, s'ils acceptaient de participer à l'étude, l'auto-questionnaire rempli lors de leur première consultation et à le remettre au médecin. S'ils n'avaient pas rapporté le questionnaire, il leur était demandé par le médecin s'ils acceptaient de participer à l'étude; en cas d'accord, un questionnaire leur était alors remis et ils le remplissaient au décours de la consultation avant de quitter le service.

Pour garantir l'anonymat des patients, les questionnaires n'étaient pas nominatifs mais comportaient un numéro alloué à chaque patient, qui était ensuite réutilisé dans les temps suivants de l'étude.

b. *Entretien structuré*

Les patients ayant rempli le questionnaire initial et accepté de participer à l'étude étaient sollicités, lors de leur première consultation, pour participer à un entretien avec l'expérimentateur. Cet entretien avait lieu ultérieurement dans le service, dans un délai compatible avec T1, et faisait donc l'objet d'un rendez-vous indépendant. L'entretien consistait en passation du MINI. Il leur était bien rappelé qu'ils étaient libres de refuser cet entretien et que cela n'avait aucun lien avec leur prise en charge dans le service. La passation du MINI n'était pas nécessaire à l'inclusion du patient dans l'étude. Les données de tous les patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion et ayant complété les auto-questionnaires étaient utilisées dans l'étude, que le MINI ait été passé ou non. Les MINI ont été réalisés par l'expérimentateur (n=27) et par la psychologue du service (n=3), formées et habituées à la passation du MINI

c. Second temps à 3 mois (T2)

Pour tous les patients dont le premier auto-questionnaire était exploitable, un second auto-questionnaire (annexe 2) leur était adressé par courrier à leur domicile, environ 3 mois après leur première consultation dans le service. Ils pouvaient rapporter le questionnaire directement dans le service (au décours d'une consultation) ou bien le renvoyer par courrier via une enveloppe timbrée jointe avec le questionnaire. La passation ou non du MINI n'avait pas de conséquence sur l'envoi de ce second questionnaire.

Le questionnaire comportait :

- un bref courrier de rappel qui rappelait aux patients l'objectif de l'étude et les modalités de réponse au second questionnaire.
- un questionnaire sur la prise en charge proposée lors de leur première consultation.
- la mesure de la qualité de vie.
- la mesure de la douleur.
- la mesure de l'anxiété et de la dépression.
- la mesure de l'anxiété trait.
- et la mesure de l'état de stress post-traumatique.

La mesure des dimensions de personnalité (BFI) et la mesure des événements de vie traumatiques (CAPS) ont été enlevées du second questionnaire.

4- Considérations éthiques

Le consentement libre et éclairé a été demandé et obtenu pour chaque patient avant son inclusion dans l'étude. L'étude est en accord avec les recommandations de la déclaration d'Helsinki.

5- Analyse statistique

a. Traitement des données

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel libre R (R Development Core Team, 2012). Pour toutes les statistiques nous avons retenu le seuil de significativité bilatéral

$p \leq 0,05$.

Les statistiques descriptives ont été faites en pourcentages et effectifs pour les variables qualitatives, en moyennes et écart-types pour les variables quantitatives. Pour les analyses univariées, nous avons utilisé des tests non paramétriques, au vu de notre hypothèse que la distribution de nos variables ne suivait pas une loi normale. Ainsi nous avons utilisé, en univarié :

- un test de Chi-deux ou un test de Fischer pour rechercher une association entre 2 variables qualitatives (utilisation du test de Fischer si les effectifs attendus étaient non nuls).
- un test de comparaison de moyenne U de Mann Whitney pour rechercher une association entre une variable qualitative et une variable quantitative.
- un test de corrélation de Spearman pour rechercher une association entre 2 variables quantitatives.
- un test de comparaison de moyenne de Wilcoxon pour rechercher une association entre 2 variables à 2 temps différents (séries appariées entre T1 et T2).

b. Transformation des variables quantitatives

Nous avons transformé, pour certains tests, les variables quantitatives continues des échelles STAI-Y et HAD en variables qualitatives à 2 classes (présence ou absence du trouble). Pour l'échelle d'anxiété trait STAI-Y, nous avons retenu un seuil de 46 (anxiété moyenne, élevée ou très élevée) pour affirmer la présence d'anxiété trait. Pour l'échelle d'anxiété et de dépression HAD, nous avons retenu un score de 8 pour chacune des 2 échelles pour affirmer la positivité.

L'évolution de la qualité de vie physique (PCS) et psychique (MCS) entre T1 et T2 a été catégorisée, pour certains tests, en 2 classes : présence d'une amélioration (1), absence d'amélioration ou stabilité (0). Pareillement l'évolution entre T1 et T2 des échelles STAI-Y et HAD a été, pour certains tests, catégorisée en 2 classes : présence d'une amélioration (1) et absence d'amélioration ou stabilité (0).

c. Critères de jugement

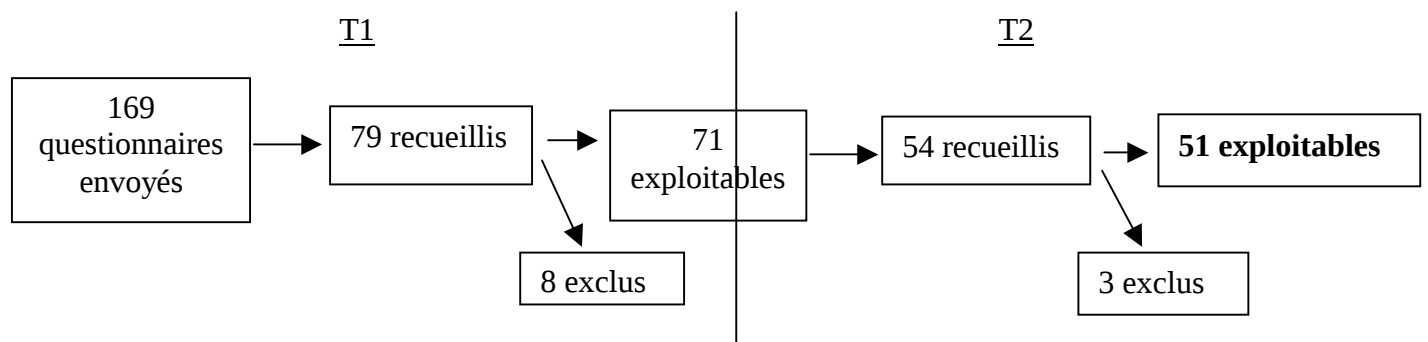
Critère de jugement principal : amélioration des scores PCS (qualité de vie physique) et MCS (qualité de vie psychique) entre T1 et T2.

Critère de jugement secondaire : scores PCS et MCS à T1, scores des échelles STAI-Y et HAD à T1, amélioration des scores des échelles STAI-Y et HAD entre T1 et T2.

III – RESULTATS

1- Diagramme de flux

Figure 4 - Diagramme de flux



Le taux de réponse était de 32%. 51 patients ont finalement été inclus dans l'étude. Les sujets exclus l'ont été pour les raisons suivantes : questionnaires rendus incomplets, patient ayant retourné le questionnaire par la poste mais non venu au premier rendez-vous ou ayant décalé son premier rendez-vous en dehors de la période choisie pour l'étude.

30 patients ont passé le MINI à T1 dont 26 ayant totalement répondu aux 2 questionnaires et donc exploitables et inclus dans l'étude. Un peu plus de la moitié (51%) des 51 patients de l'étude ont donc réalisé le MINI.

2- Caractéristiques descriptives de la population de l'étude

- a. *Caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques concernant la douleur et le traitement des patients, résultats aux échelles d'auto-évaluation et prise en charge proposée aux patients (N=51)*

Tableau 5 - Caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques concernant la douleur et le traitement des patients (N=51)

	Moyenne (+/- Ecart-type) ou % (Nombre de patients)
<u>Caractéristiques sociodémographiques</u>	
Age	51,12 (+/-19,95)
Sexe	
Femme	66,7% (34)
Homme	33,3% (17)
Statut marital	
En couple	62,7% (32)
Célibataire	37,3% (19)
Statut socioprofessionnel	
Actif	35,3% (18)
Retraité	31,4% (16)
Sans activité	33,3% (17)
Mi temps thérapeutique/Invalidité/Arrêt travail	23,5% (12)
<u>Caractéristiques concernant la douleur et le traitement</u>	
Durée de la douleur (années)	5,71 (+/-6,69) *
Diagnostics	
Fibromyalgie	11,8% (6)
Douleur diffuse chronique	7,9% (4)
Douleur lombaire chronique	17,6% (9)
Neuropathiques	25,5% (13)
Traitements avant la 1ère consultation	
Nombre de traitements	3,18 (+/-2,98)
Présence traitement psychotrope	23,5% (12)
Présence traitement anxiolytique	11,8% (6)
Présence traitement antidépresseur	23,5% (12)
Lyrica	17,6% (9)
Suivi psychologue/psychiatre	
Actuel	7,8% (4)
Passé	39,2% (20)

* 1 sujet manquant

Tableau 6 - Résultats initiaux (T1) et à 3 mois (T2) aux échelles d'auto-évaluation des patients
(N=51)

	Moyenne (+/- Ecart- type) ou % (Nombre de patients) T1	Moyenne (+/- Ecart- type) ou % (Nombre de patients) T2
Dimension de personnalité (BFI)		
Ouverture à l'expérience - O	3,37 (+/-0,59)	
Caractère consciencieux - C	3,95 (+/-0,56)	
Extraversion - E	3,20 (+/-0,67)	
Agréabilité - A	4,05 (+/-0,60)	
Névrosisme - N	3,23 (+/-0,80)	
Evènements traumatiques (CAPS)		
Agression physique	19,6% (10)	
Agression sexuelle	17,6% (9)	
Etat de stress post-traumatique (PCLS)	33,48 (13,60) *	
Evaluation de la douleur (QCD)		
Douleur maximum	7,45 (+/-1,83)	7,10 (+/-2,02)
Douleur minimum	3,92 (+/-2,26)	3,38 (+/-2,34)
Douleur moyenne	6,13 (+/-1,80)	5,34 (+/-2,18)
Douleur actuelle	5,89 (+/-2,12)	5,32 (+/-2,44)
Douleur totale	23,39 (+/-6,53)	21,14 (+/-7,83)
Dépression et anxiété (HAD)		
Score d'anxiété	9,63 (+/-4,49)	9,56 (+/-4,87)
Présence d'anxiété	68,6% (35)	60,8 (31)
Score de dépression	7,73 (+/-3,63)	7,20 (+/-4,30)
Présence de dépression	58,8% (30)	51% (26)
Anxiété trait (STAI-Y)		
Score anxiété trait	49,33 (+/-12,44)	47,52 (+/-11,92)
Présence d'anxiété trait	64,7% (33)	51% (26)
Qualité de vie (SF-36)		
Physique (PCS)	32,66 (+/-8,72)	35,83 (+/-9,91)
Psychique (MCS)	37,91 (+/-9,88)	40,03 (+/-11,57)

* 1 sujet manquant

A l'échelle de personnalité BFI les minima et maxima étaient de : 2,09 et 4,36 pour l'**Ouverture à l'expérience**, 2,33 et 5 pour le **Caractère Consciencieux**, 1,87 et 4,87 pour l'**Extraversion**, 2,4 et 5 pour l'**Agréabilité**, 1,37 et 4,87 pour le **Névrosisme**.

Les 4 scores de douleur (maximum, minimum, moyenne, actuelle) avaient, aussi bien à T1 qu'à T2 un maximum de 10/10 et la douleur totale avait, à T1 comme à T2, un maximum de 40/40.

Tableau 7 – Données sur les prises en charge proposées au cours du suivi (N=51)

	% (Nombre de patients)
Modification de traitement	66,7% (34)
TENS	47,1% (24)
hypnose	11,8% (6)
sophrologie	13,7% (7)
acupuncture	2% (1)
psychologue du service	13,7% (7)
psychologue/psychiatre extérieur	13,7% (7)
consultation spécialisée	19,6% (10)
rééducation MPR	7,8% (4)
autre	13,7% (7)

Les prises en charge proposées étaient principalement : **modification de traitement** (66,7%), **neurostimulateur TENS** (47,1%), orientation vers une **consultation médicale spécialisée** (19,6%), séances de **sophrologie**, consultations avec la **psychologue du service** et **consultations psychiatriques ou psychologiques extérieures** (13,7%).

b. Résultats à l'entretien semi-structuré MINI (N=26)

Les 26 patients ayant passé l'entretien semi-structuré MINI sont comparables à la population totale de 51 patients de l'étude avec une moyenne d'âge de 51,38. et une fréquence des femmes de 77%.

69,2% des patients présentaient au moins un **trouble psychiatrique vie entière**, 19,2% présentaient au moins un **trouble de l'humeur actuel**, 57,7% au moins un **trouble de l'humeur vie entière**, 61,5% au moins un **trouble anxieux actuel** et 65,4% au moins un **trouble anxieux vie entière**.

Tableau 8 – Fréquence des troubles psychiatriques évalués par le MINI (N=26)

	% (Nombre de patients)
Au moins 1 trouble psychiatrique vie entière	69,2% (18)
Au moins 1 trouble de l'humeur actuel	19,2% (5)
Au moins 1 trouble de l'humeur vie entière	57,7% (15)
Episode dépressif majeur actuel	19,2% (5)
récurrent	34,6% (9)
passé	57,7%(15)
Risque suicidaire actuel	23,1% (6)
léger	19,2% (5)
modéré	3,8% (1)
sévère	0% (0)
Episode maniaque - actuel	0% (0)
- passé	0% (0)
Episode hypomaniaque - actuel	0% (0)
- passé	3,8% (1)
Symptômes hypomaniaques - actuels	0% (0)
- passés	3,8% (1)
Trouble bipolaire type I	0% (0)
Trouble bipolaire type II	0% (0)
Trouble bipolaire Non spécifique	0% (0)
Au moins 1 trouble anxieux actuel	61,5% (16)
Au moins 1 trouble anxieux vie entière	65,4% (17)
Trouble panique - actuel	3,8% (1)
- vie entière	23,1% (6)
Symptômes anxieux paroxystiques	15,4% (4)
Agoraphobie actuelle	15,4% (4)
Phobie sociale - actuelle	7,7% (2)
- généralisée	3,8% (1)
- non généralisée	3,8% (1)
Trouble Obsessionnel Compulsif actuel	3,8% (1)
Etat de Stress Post-Traumatique - actuel	15,4% (4)
- passé	23,1% (6)
Dépendance alcool 12 mois	0% (0)
Abus alcool 12 mois	0% (0)
Dépendance substance 12 mois	0% (0)
Abus substance 12 mois	0% (0)
Trouble psychotique - vie entière	0% (0)
- actuel	0% (0)
Trouble humeur avec caractère psychotique	0% (0)
Anorexie mentale actuelle	0% (0)
Boulimie actuelle	0% (0)
Anorexie/boulimie actuelle	0% (0)
Anxiété généralisée actuelle	42,3% (11)
Cause médicale, organique ou induite	0% (0)
Trouble personnalité antisociale	0% (0)

3- Facteurs associés à la qualité de vie physique et psychique, à l'anxiété et la dépression, à l'anxiété trait à T1

Tableau 9 – Facteurs associés à la qualité de vie physique (PCS) et psychique (MCS) à T1.

	Qualité de vie physique PCS		Qualité de vie psychique MCS	
	Tests statistiques	p	Tests statistiques	p
Age	Rho=-0,29	0,04	Rho= 0,17	0,23
Durée de la douleur	Rho=-0,07	0,64	Rho=0,22	0,13
Nombre de traitements	Rho=-0,37	<0,01	Rho=0,06	0,66
Dimension de personnalité (BFI)				
Ouverture à l'expérience - O	Rho=-0,34	0,02	Rho=0,10	0,5
Caractère consciencieux - C	Rho=-0,19	0,18	Rho=0,19	0,17
Extraversion - E	Rho=0,08	0,59	Rho=0,04	0,8
Agréabilité - A	Rho=-0,06	0,67	Rho=0,11	0,46
Névrosisme - N	Rho=0,08	0,58	Rho=-0,48	<0,001
Etat de stress post-traumatique (PCLS)	Rho=0,02	0,91	Rho=-0,47	0,001
Evaluation de la douleur (QCD)				
Douleur maximum	Rho=-0,20	0,16	Rho=-0,30	0,03
Douleur minimum	Rho=-0,33	0,02	Rho=-0,04	0,8
Douleur moyenne	rho=-0,46	0,001	Rho=0,13	0,38
Douleur actuelle	Rho=-0,34	0,02	Rho=0,03	0,81
Douleur totale	Rho=-0,35	0,01	Rho=-0,04	0,79
Dépression et anxiété (HAD)				
Score d'anxiété	Rho=0,02	0,89	Rho=-0,45	0,001
Score de dépression	Rho=-0,11	0,45	Rho=-0,37	0,007
Anxiété trait (STAI-Y)				
Score anxiété trait	Rho=0,07	0,62	Rho=-0,55	<0,001

La **qualité de vie physique** à T1 est significativement et négativement corrélée à l'âge (rho=-0,29 ; p=0,04), aux **nombres de traitements** (rho=-0,37, p<0,01), à la dimension de personnalité O "**Ouverture à l'expérience**" (rho=-0,34 ; p=0,02), à la **douleur minimale** (rho=-0,33 ; p=0,02) , à la **douleur moyenne** (rho=-0,46 ; p=0,001) , à la **douleur actuelle** (rho=-0,34 ; p=0,02) et à la **douleur totale** (rho=-0,35 ; p=0,01).

La **qualité de vie psychique** à T1 est significativement, négativement et fortement associée à la dimension de personnalité N "**Névrosisme**" (rho=-0,48 ; p<0,001), au score de l'échelle d'**état de stress post-traumatique** PCLS (rho=-0,47 ; p=0,001), à la **douleur maximale** (rho=-0,30 ; p=0,03), au score d'**anxiété** à l'HAD (rho=-0,45 ; p=0,001), au score de **dépression** à l'HAD (rho=-0,37 ; p=0,005) et au score d'**anxiété trait** de la STAI-Y (rho=-0,55 ; p<0,001).

Tableau 10 – Facteurs associés à l’anxiété et la dépression (HAD) et à l’anxiété trait (STAI-Y) à T1.

	Score d'anxiété HAD		Score de dépression HAD		Score anxiété trait STAI-Y	
	Tests statistiques	p	Tests statistiques	p	Tests statistiques	p
Age	Rho=-0,05	0,73	Rho=0,12	0,4	Rho=-0,2	0,17
Durée de la douleur	Rho=-0,07	0,62	Rho=-0,13	0,39	Rho=-0,01	0,96
Nombre de traitements	Rho=0,06	0,69	Rho=0,26	0,07	Rho=0,22	0,12
Dimension de personnalité (BFI)						
Ouverture à l'expérience - O	Rho=-0,05	0,73	Rho=-0,18	0,2	Rho=-0,13	0,37
Caractère consciencieux - C	Rho=-0,23	0,1	Rho=-0,37	<0,01	Rho=-0,39	<0,01
Extraversion - E	Rho=-0,04	0,78	Rho=-0,28	<0,05	Rho=-0,17	0,23
Agréabilité - A	Rho=-0,18	0,2	Rho=-0,42	<0,01	Rho=-0,3	0,03
Névrosisme - N	Rho=0,59	<0,001	Rho=0,51	<0,001	Rho=0,82	<0,001
Etat de stress post-traumatique (PCLS)	Rho=0,67	<0,001	Rho=0,36	0,01	Rho=0,68	<0,001
Evaluation de la douleur (QCD)						
Douleur maximum	Rho=0,4	0,004	Rho=0,2	0,15	Rho=0,39	0,004
Douleur minimum	Rho=0,28	0,05	Rho=-0,05	0,75	Rho=0,12	0,42
Douleur moyenne	Rho=0,2	0,15	Rho=0,04	0,78	Rho=0,09	0,51
Douleur actuelle	Rho=0,19	0,18	Rho=0,21	0,13	Rho=0,03	0,83
Douleur totale	Rho=0,34	0,02	Rho=0,09	0,54	Rho=0,14	0,32
Dépression et anxiété (HAD)						
Score d'anxiété	-		-		-	
Score de dépression	Rho=0,38	0,006	-		-	
Anxiété trait (STAI-Y)						
Score anxiété trait	Rho=0,7	<0,001	Rho=0,62	<0,001	-	

Le **score d’anxiété de l’HAD** est significativement et fortement associé à la dimension de personnalité “**Névrosisme**” (rho=0,59 ; p<0,001), à la **douleur maximale** (rho=0,4 ; p=0,004) , à la douleur minimale (rho=0,28, p=0,05), à la **douleur totale** (rho=0,34 ; p=0,02), au **score de dépression de l’HAD** (rho=0,38 ; p=0,006) et au score d’**anxiété trait de la STAI-Y** (rho=0,7 ; p<0,001).

Le **score de dépression de l’HAD** est significativement associé à 4 des 5 dimensions de personnalité : “**Caractère Consciencieux**” (rho=-0,37 ; p<0,01), “**Extraversion**” (rho=-0,28 ; p<0,05), “**Agréabilité**” (rho=0,51 ; p<0,01), “**Névrosisme**” (rho=0,36 ; p<0,001). Il est également associé de façon significative au score d’**anxiété trait à la STAI-Y** (rho=0,62 ; p<0,001).

Le **score d’anxiété trait à la STAI-Y** est significativement associé à 3 dimensions de personnalité : “**caractère consciencieux**” (rho=-0,39 ; p<0,01), “**Agréabilité**” (rho=-0,3 ; p<0,001) et “**Névrosisme**” (rho=0,68 ; p<0,001), ainsi qu’à la **douleur maximale** (rho=0,39, p=0,004).

4- Evolution entre T1 et T2 de la qualité de vie physique et psychique, de la douleur, de l'anxiété et la dépression, de l'anxiété trait

Tableau 11 – Evolution des différentes mesures entre T1 et T2 avec moyennes et significativité

	Moyennes	tests statistiques	p
Qualité de vie			
Qualité de vie physique (PCS)	T2-T1= 2,98 (+/-5,8)	Z=-3,69	<0,001
Qualité de vie psychique (MCS)	T2-T1= 1,98 (+/-9,53)	Z=-1,37	0,17
Evaluation de la douleur (QCD)			
Douleur maximum	T1-T2= 0,32 (+/-1,67)	Z=-0,99	0,32
Douleur minimum	T1-T2= 0,52 (+/-1,7)	Z=-2,1	0,04
Douleur moyenne	T1-T2= 0,77 (+/-1,5)	Z=-3,53	<0,001
Douleur actuelle	T1-T2= 0,53 (+/-1,95)	Z=-1,93	0,05
Douleur totale	T1-T2= 2,14 (+/-5,14)	Z=-2,52	0,01
Dépression et anxiété (HAD)			
Score d'anxiété	T1-T2= 0,14 (+/-2,93)	Z=0,40	0,69
Score de dépression	T1-T2= 0,54 (+/-3,64)	Z=-1,38	0,17
Anxiété trait (STAI-Y)			
Score anxiété trait	T1-T2= 2,0 (+/-6,34)	Z=-2,06	0,04

La **qualité de vie physique** est significativement ($Z=-3,69$, $p<0,001$) améliorée entre T1 et T2, en moyenne de 2,86 points tandis que la **qualité de vie psychique** n'est pas améliorée de façon significative ($Z=-1,37$, $p=0,17$) entre T1 et T2. 3 des 5 cotations de la douleur (**minimale, moyenne, totale**) sont significativement améliorées entre T1 et T2 ($Z=-2,1$; $p= 0,04$, $Z=-3,53$; $p<0,001$, $Z=-2,52$ $p=0,01$) et une cotation (**douleur actuelle**) présente une tendance à l'amélioration ($Z=-1,93$; $p=0,05$).

Les scores d'**anxiété et de dépression de l'HAD** ne sont pas significativement modifiés entre T1 et T2.

Le **score d'anxiété trait à la STAI-Y** est significativement amélioré ($Z=-2,06$; $p= 0,04$), en moyenne elle diminue de 2 points .

De façon catégorielle, 73,55% (N=37) des patients s'améliorent au niveau de leur score de qualité de vie physique ; tandis que 54,9% (N=28) s'améliorent au niveau de leur qualité de vie psychique.

5- Facteurs associés à l'amélioration de la qualité de vie physique et psychique entre T1 et T2

Tableau 12 – Facteurs (quantitatifs et qualitatifs) associés à l'amélioration entre T1 et T2 de la qualité de vie physique et psychique, avec rapports de cotes donnés pour les chi-deux significatifs

	Amélioration de la qualité de vie physique (PCS)			Amélioration de la qualité de vie psychique (MCS)		
	<u>Tests statistiques</u>	<u>p</u>	<u>rapport des cotes pour p<0,05</u>	<u>Tests statistiques</u>	<u>p</u>	<u>rapport des cotes pour p<0,05</u>
Age	U=-0,01	0,99		U=-1,56	0,12	
Sexe féminin	chi2=8,04	<0,01	1,81 [1,07-3,06]	chi2=1,94	0,16	
Statut marital : en couple	chi2=0,64	0,42		chi2=2,01	0,16	
Durée de la douleur	U=-0,32	0,97		U=-0,97	0,33	
Diagnostic de fibromyalgie	chi2=0,43	1		chi2=2,44	0,2	
Nombre de traitements T1	U=-0,92	0,36		U=-1,33	0,18	
Présence de traitement anxiolytique T1	chi2=0,43	1		chi2=1,28	0,39	
Présence de traitement antidépresseur T1	chi2=0,05	1		chi2=5,79	0,02	0,19 [0,04-0,81]
Suivi psychologue/psychiatre actuel	chi2=0,01	1		chi2=0,75	0,62	
Suivi psychologue/psychiatre passé	chi2=0,94	0,33		chi2=5,55	0,02	4,15 [1,2-14,33]
Dimension de personnalité (BFI)						
Ouverture à l'expérience - O	U=-0,69	0,49		U=-1,67	0,10	
Caractère consciencieux - C	U=-0,67	0,51		U=-0,97	0,33	
Extraversion - E	U=-1,51	0,13		U=-1,02	0,31	
Agréabilité - A	U=-1,55	0,12		U=-1,30	0,19	
Névrosisme - N	U=-0,25	0,8		U=-0,80	0,42	
Evènements traumatiques (CAPS)						
Agression physique	chi2=0,04	1		chi2=0,12	0,74	
Agression sexuelle	chi2=0,16	1		chi2=2,06	0,27	
Etat de stress post-traumatique (PCLS) T1	U=-0,34	0,74		U=-0,001	0,99	
Evaluation de la douleur (QCD) T1						
Douleur maximum T1	U=-1,87	0,06		U=-0,07	0,95	
Douleur minimum T1	U=-0,67	0,51		U=-0,89	0,37	
Douleur moyenne T1	U=-0,39	0,7		U=-1,27	0,20	
Douleur actuelle T1	U=-0,64	0,52		U=-1,18	0,24	
Douleur totale T1	U=-0,13	0,9		U=-0,96	0,34	
Dépression et anxiété (HAD) T1						
Score d'anxiété T1	U=-1,26	0,21		U=-1,70	0,09	
Présence d'anxiété T1	chi2=0,07	1		chi2=0,55	0,46	
Score de dépression T1	U=-0,15	0,88		U=-1,92	0,06	
Présence de dépression T1	chi2=0,02	0,84		chi2=0,09	0,76	
Anxiété trait (STAI-Y) T1						
Score anxiété trait T1	U=-0,05	0,96		U=-0,89	0,37	
Présence d'anxiété trait T1	chi2=0,001	1		chi2=0,44	0,51	
Entretien structuré MINI						
Au moins 1 trouble psychiatrique vie entière	chi2=0,36	1		chi2=0,04	1	
Au moins 1 trouble de l'humeur actuel	chi2=0,002	1		chi2=0,08	1	
Au moins 1 trouble de l'humeur vie entière	chi2=1,36	0,36		chi2=0,03	1	
Au moins 1 trouble anxieux actuel	chi2=1,18	0,34		chi2=0,21	0,69	
Au moins 1 trouble anxieux vie entière	chi2=1,68	0,3		chi2=0,01	1	

Evaluation de la douleur (QCD) T2			
Douleur maximum T2	U=-1,8	0,07	U=-2,53 0,01
Différence douleur maximum entre T1 et T2	U=-0,39	0,7	U=-3,26 <0,001
Douleur minimum T2	U=-1,31	0,9	U=-0,17 0,86
Différence douleur minimum entre T1 et T2	U=-0,99	0,32	U=-0,74 0,46
Douleur moyenne T2	U=-0,36	0,72	U=-1,99 0,04
Différence douleur moyenne entre T1 et T2	U=-0,39	0,7	U=-2,71 <0,01
Douleur actuelle T2	U=-0,13	0,9	U=-1,41 0,16
Différence douleur actuelle entre T1 et T2	U=-0,41	0,69	U=-1,31 0,19
Douleur totale T2	U=-0,73	0,47	U=-1,88 0,06
Différence douleur totale entre T1 et T2	U=-0,4	0,69	U=-2,54 0,01
Dépression et anxiété (HAD) T2			
Score d'anxiété T2	U=-0,8	0,42	U=-2,46 0,01
Présence d'anxiété T2	chi2=0,04	1	chi2=4,93 0,03 0,26 [0,07-0,9]
Différence score d'anxiété entre T1 et T2	U=1,44	0,15	U=-2,11 0,01
Score de dépression T2	U=-0,58	0,56	U=-2,54 0,01
Présence de dépression T2	chi2=1,2	0,28	chi2=5,37 0,02 0,26 [0,07-0,84]
Différence score de dépression entre T1 et T2	U=-2,39 0,02		U=-1,57 0,12
Anxiété trait (STAI-Y) T2			
Score anxiété trait T2	U=-0,58	0,56	U=-1,60 0,11
Présence d'anxiété trait T2	chi2=0,21	0,65	chi2=3,02 0,08
Différence score d'anxiété trait entre T1 et T2	U=-1,14	0,26	U=-1,49 0,14

L'amélioration de la **qualité de vie physique** est corrélée au **sexe féminin** (chi2=8,04 ; p<0,01 ; rapport des cotes=1,81 [1,07-3,06]). Par ailleurs, seule la **diminution du score de dépression entre T1 et T2** est associée à une amélioration (U=-2,39 ; p=0,02).

Les facteurs qui sont associés significativement à une amélioration de la **qualité de vie psychique** sont : **absence de traitement antidépresseur à T1** (chi2=5,79 ; p=0,02 ; rapport des cotes=0,19 [0,04-0,81]), **suivi avec un psychiatre ou un psychologue par le passé** (chi2=5,55 ; p=0,02 ; rapport des cotes=4,15 [1,2-14,33]), **score d'anxiété bas à T2** (U=-2,46 ; p=0,01) et **absence d'anxiété HAD à T2** (chi2=4,93 ; p=0,03 ; rapport des cotes=0,26 [0,07-0,9]), **diminution du score d'anxiété HAD entre T1 et T2** (U=-2,11 ; p=0,01), **score de dépression bas à T2** (U=-2,54 ; p=0,01) et **absence de dépression HAD à T2** (chi2=5,37 ; p=0,02 ; rapport des cotes=0,26 [0,07-0,84]), douleur **maximale** (U=-2,53 ; p=0,01) et **moyenne** (U=-1,99 ; p=0,04) **plus basses à T2**. Certains facteurs ne sont pas significativement associés à une amélioration de la qualité de vie psychique mais présentent une nette tendance à la significativité : âge plus bas (p=0,12), Ouverture d'esprit élevée (p=0,10), score d'anxiété bas à T1 (p=0,09), score de dépression bas à T1 (p=0,06), diminution du score de dépression entre T1 et T2 (p=0,12), score d'anxiété trait bas à T2 (p=0,11) et absence d'anxiété trait à T2 (p=0,08).

L'amélioration de la qualité de vie physique n'est pas associée à l'amélioration de la qualité de vie psychique (chi2=0,19 ; p=0,67).

IV – DISCUSSION

Entre T1 et T2, la qualité de vie physique s'améliorait significativement ($p < 0,001$) tandis que la qualité de vie psychique ne s'améliorait pas significativement ($p = 0,17$). Les patients qui s'amélioraient le moins sur le plan de la qualité de vie physique étaient les hommes ($p < 0,01$) et ceux rapportant une amélioration plus faible du score de dépression entre T1 et T2 ($p = 0,02$). Les patients qui s'amélioraient le moins sur le plan de la qualité de vie psychique étaient ceux qui présentaient une symptomatologie dépressive et anxieuse de plus forte intensité à T2 ($p = 0,01$), ceux ayant un traitement antidépresseur à T1 ($p = 0,02$), et ceux n'ayant pas eu par le passé de suivi psychiatrique ou psychologique ($p = 0,02$).

1- Interprétation des résultats

Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence un impact socio-professionnel important de la pathologie douloureuse avec presque un quart (23,5%) des patients douloureux qui étaient en invalidité, en arrêt de travail ou en mi-temps thérapeutique. Ce qui est conforme aux données de la littérature (Breivik, 2006 ; Serrie, 2014 ; Dumolard, 2003) qui montrent la fréquence très élevée des arrêts de travail, des incapacités professionnelles et des invalidités parmi la population des patients douloureux chroniques. Cela montre donc l'importance de prendre en charge les douleurs chroniques afin d'améliorer l'intégration professionnelle des patients.

Les comorbidités psychiatriques sont élevées dans notre échantillon, ce qui est tout à fait en adéquation avec la littérature sur ce sujet (cf partie I). Nous avons évalué que 69,2% des patients douloureux chroniques avaient au moins un trouble psychiatrique vie entière, 19,2% avaient au moins un trouble de l'humeur et 61,5% au moins un trouble anxieux, au moment de l'évaluation. Presque un quart des patients avaient un traitement psychotrope lors de leur première consultation, essentiellement des antidépresseurs et des benzodiazépines, et presque 40% avaient déjà été suivis par un psychologue ou un psychiatre au cours de leur vie. 64,7% des patients douloureux chroniques avaient une anxiété trait moyenne, élevée ou très élevée. Une grande majorité des patients présentait une anxiété et/ou une dépression, selon l'échelle HAD. Notre étude retrouve donc des comorbidités psychiatriques élevées avec une prédominance des troubles anxieux. Par ailleurs, notre étude retrouve de façon significative que les patients douloureux chroniques ayant des scores élevés d'anxiété, de dépression ou d'anxiété trait, avaient une qualité de vie psychique (MCS) plus basse. Elliott et son équipe (Elliott, 2003) retrouvaient des résultats similaires

concernant l'épisode dépressif majeur : les patients qui avaient un épisode dépressif majeur associé à des douleurs chroniques avaient un score MCS, de qualité de vie psychique, plus bas que les patients douloureux sans dépression ou avec une dépression mineure (score MCS de 34,1 versus 47,6).

Lorsque l'on compare les scores de dimension de personnalité (BFI) des patients de notre étude aux scores moyens de la population générale retrouvés dans la littérature (Plaisant, 2010), on peut constater que notre population de patients douloureux chroniques avait une "Ouverture à l'expérience" légèrement plus basse, une "Agréabilité" et un "Névrosisme" plus élevés, un "Caractère Conscientieux" nettement plus élevé et une "Extraversion" équivalente. Il existait, dans notre étude, de nombreuses corrélations entre dimension de personnalité et troubles anxieux et dépressifs. Ainsi le "Névrosisme" élevé était associé à la fois aux scores d'anxiété et de dépression. On pourrait interpréter l'"Agréabilité" élevée de notre population comme le reflet de leur désirabilité sociale qui vise à rechercher d'être acceptés socialement malgré leur douleur chronique qui aurait tendance à les isoler ou les éloigner du groupe social. De plus, plus un patient avait un score de "Névrosisme" élevé, plus sa qualité de vie psychique était basse.

Entre T1 et T2, au cours de la prise en charge dans le service de consultation douleur, la qualité de vie physique s'améliorait significativement ($p < 0,001$), de même que la douleur mesurée par plusieurs échelles, tandis que la qualité de vie psychique ne s'améliorait pas significativement ($p = 0,17$). Il est intéressant de constater que l'anxiété et la dépression, selon l'HAD, ne s'amélioraient pas non plus significativement entre T1 et T2 alors que le score d'anxiété trait de la STAI-Y était significativement amélioré. Pourtant l'anxiété trait est une tendance stable et généralisée dans le temps pour un patient donné et ne devrait pas évoluer de la sorte. On peut donc penser que dans notre étude les scores de la STAI-Y, pourtant utilisée sous sa forme anxiété trait, étaient plus le reflet de l'anxiété état des patients.

Dans notre étude, les patients qui s'amélioraient le moins sur le plan de la qualité de vie physique étaient les hommes ($p < 0,01$) et ceux rapportant une amélioration plus faible du score de dépression entre T1 et T2 ($p = 0,02$). En revanche plusieurs facteurs psychiatriques et psychopathologiques étaient associés à la non amélioration de la qualité de vie psychique. Ainsi, on a pu mettre en évidence que les patients qui s'amélioraient le moins du point de vue de la qualité de vie psychique étaient ceux ayant un traitement antidépresseur à T1 ($p = 0,02$), ceux présentant une symptomatologie anxieuse et dépressive de plus forte intensité à T2 ($p = 0,01$) et ceux n'ayant pas eu par le passé de suivi psychiatrique ou psychologique ($p = 0,02$). On peut émettre l'hypothèse, pour expliquer cette association entre suivi psychiatrique ou psychologique par le passé et meilleure amélioration de la qualité de vie psychique, que le fait d'avoir eu ce type de suivi avant la prise en

charge des douleurs a permis aux patients de minorer leur symptomatologie anxieuse et dépressive, d'apprendre à mieux gérer leurs états émotionnels et de préparer l'acceptation en travaillant sur l'insight vis-à-vis des douleurs ; ce qui a ensuite permis une meilleure amélioration de la qualité de vie psychique au cours de la prise en charge spécifique des douleurs, avec une tendance à "faire avec" plutôt que "lutter contre". Par ailleurs le fait que les patients ayant une symptomatologie anxieuse ou dépressive plus forte s'améliorent moins sur le plan psychique peut peut-être s'expliquer par une plus faible motivation aux soins ou par une difficulté à s'investir dans les soins, par des antécédents traumatiques rendant le "traumatisme" de la douleur chronique difficile à accepter, par une résistance au changement liée à la présence d'un trouble psychiatrique.

L'amélioration de la douleur, sur certaines échelles, était liée (p entre 0,01 et 0,001) à l'amélioration de la qualité de vie psychique mais pas physique. Les dimensions de personnalité, elles, n'étaient pas significativement associées à l'amélioration de qualité de vie physique ou psychique.

2- Limites de l'étude

Il existe probablement un biais de sélection des patients du fait qu'ils ont été sollicités pour participer à l'étude, et cela à deux reprises (T1 puis T2), et donc que leur inclusion dépendait de leur bonne volonté ; en effet on peut constater que le score à la dimension de personnalité "Agréabilité" des patients inclus était relativement élevé avec une moyenne de 4,05 ($\pm 0,60$), un minimum de 2,4 et un maximum de 5. On peut ainsi penser que les patients n'ayant pas répondu ou perdus de vue entre T1 et T2 sont ceux ayant une "Agréabilité" plus faible.

Par ailleurs il existe un biais lié à la dimension longitudinale de l'étude avec des perdus de vue entre T1 et T2. On peut émettre l'hypothèse que la non réponse à T2 était liée à une non amélioration, voire une aggravation des symptômes. Cependant ce biais est limité par le fait que seulement 24% des patients sollicités pour l'auto-questionnaire de T2 ont été perdus de vue.

Il existe un biais de mesure concernant l'état de stress post-traumatique avec l'échelle PCLS qui est un auto-questionnaire. En effet ce questionnaire demande d'abord aux patients quel évènement traumatique correspond aux symptômes ensuite cotés. Un certain nombre de patients ont indiqué des évènements de vie qui ne correspondent pas à des évènements que l'on peut définir comme "traumatique" ; ainsi on pouvait retrouver, par exemple, "divorce", "douleur", voire "arrêt d'une formation" et des scores au PCLS élevés. On peut donc supposer que, dans notre étude, les scores PCLS sont majorés et sont plus le reflet de symptomatologies anxieuses ou dépressives que d'un réel état de stress post-traumatique ; d'autant que, à T1, le score PCLS est significativement et

fortement associé aux scores d'anxiété et de dépression de l'HAD et au score d'anxiété trait de la STAI-Y. Par ailleurs on peut se questionner sur le vécu des patients douloureux chroniques de leurs événements de vie négatifs qui sont perçus de façon très péjorative, comme "traumatiques". On peut supposer que la présence d'un traumatisme antérieur venant se réactiver à chaque événement de vie négatif rend d'autant plus insupportable ces événements et leur donne une tonalité traumatique ; cela expliquerait également pourquoi la douleur chronique est, elle aussi, perçue comme un réel traumatisme par certains patients. On fait le même constat avec la CAPS qui recense les événements de vie traumatiques et où de nombreux patients ont rempli l'item 17 avec divers événements de vie (séparation, problèmes familiaux ou judiciaires,...).

Aucun des troubles psychiatriques explorés par l'entretien semi-structuré MINI n'était corrélé de façon significative à l'évolution de la qualité de vie physique ou psychique. On peut tenter d'expliquer cela par le faible effectif (N=26) du groupe de patients ayant passé l'entretien semi-structuré.

3- Perspectives

Notre étude a confirmé les données de la littérature sur la prévalence élevée des comorbidités psychiatriques, en particulier dépressives et anxieuses, chez les patients douloureux chroniques. En terme de qualité de vie, les patients de notre étude avaient une qualité de vie physique significativement améliorée mais il n'en était pas de même pour la qualité de vie psychique. La prise en charge actuelle de la douleur permet d'améliorer la qualité de vie physique, et certains aspects de la douleur mais pas la qualité de vie psychique, ni l'anxiété et la dépression. Nous avons mis en évidence un lien entre l'absence d'amélioration de la qualité de vie psychique des patients et leurs comorbidités psychiatriques : présence d'anxiété, présence de dépression, présence d'un traitement antidépresseur qui signe probablement l'existence d'un trouble psychiatrique sous-jacent et absence de suivi psychiatrique ou psychologique avant la prise en charge de la douleur. Cela suggère que ce sont des facteurs de risque de moins bonne amélioration de la qualité de vie après une prise en charge spécifique habituelle.

La mise en évidence, par notre étude, du fait que certains facteurs psychiatriques et psychopathologiques puissent être des facteurs de risque de moins bonne évolution de la qualité de vie des patients douloureux chroniques est un résultat important. A notre connaissance, il s'agit de la première étude qui se penche sur ce sujet. Nos résultats, fortement significatifs, permettent de supposer qu'une prise en charge de ces troubles pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie et la

qualité de la prise en charge de ces patients. L'HAS donne d'ailleurs (HAS, 2008) au psychiatre un rôle clé dans la prise en charge complexe et multidisciplinaire des patients douloureux chroniques.

Certains services de psychiatrie et de consultation douleur se sont particulièrement penchés sur le sujet de la collaboration entre ces deux spécialités et ont mis en place de nouveaux dispositifs. Lemogne et son équipe (Lemogne, 2004) ont mis en place des lits d'hospitalisation programmée au sein de l'unité psychiatrique d'hospitalisation de semaine de l'hôpital Saint Anne, destinés à certains patients douloureux chroniques dans un but diagnostic et thérapeutique. L'évaluation psychiatrique constituait la principale indication d'hospitalisation, principalement sur des signes d'appel dépressifs. La seconde indication la plus fréquente était le sevrage en cas d'abus d'anxiolytique ou d'antalgiques morphiniques. Ils poursuivent encore leur expérience afin d'en tirer plus de conclusions concernant les bénéfices de cette approche. Déjà en 1998, au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de Genève (Allaz, 1998), tous les patients consultant dans le service étaient reçus par un binôme somaticien-psychiatre lors de leur second rendez-vous.

L'intérêt du psychiatre auprès des patients douloureux chroniques est donc essentiel et encore à travailler, afin de définir précisément son rôle et ses missions. Il semble cependant pertinent de lui voir un rôle de tiers, en tant qu'intervenant extérieur en psychiatrie de liaison (Lipowski, 1974). La place du psychiatre, à l'interface entre le patient et l'équipe soignante, lui confère une activité de "liaisons" multiples ; il s'intègre dans un partage pluri-disciplinaire. Auprès du patient, il lui permet de lier affects et représentations, soma et psyché. Il permet aussi au patient de travailler sa relation avec l'entourage professionnel et médicosocial. Auprès des soignants, le psychiatre les aide dans les liens entre eux et avec le patient face à une pathologie complexe qui peut être source de frustrations ou d'incompréhensions. Il réalise donc un travail essentiel de lien, en réseau. (Robin, 2003).

D'autres études sont évidemment nécessaires, avec des effectifs supérieurs, afin de confirmer et compléter nos résultats et de déterminer plus précisément quels sont les facteurs psychopathologiques associés à la moindre qualité de vie de ces patients, quelles interventions psychiatriques amélioreraient au mieux la qualité de vie des patients qui souffrent de douleurs chroniques et comment ces interventions pourraient s'intégrer à la prise en charge globale de ces patients.

CONCLUSION

A la lumière de notre étude, le rôle du psychiatre auprès des patients souffrant de douleurs chroniques est indispensable et permettrait, grâce à son expertise (qui lui permet de traiter les troubles psychiatriques et psychopathologiques comorbides) et grâce à sa fonction tierce (qui lui permet de réaliser un travail de liaison pour le patient et pour les équipes prenant en charge ces patients), une amélioration de leur qualité de vie et de la qualité de leur prise en charge. Le psychiatre possède plusieurs compétences lui conférant un rôle tout particulier dans cette prise en charge : il est familiarisé à l'utilisation du modèle biopsychosocial, il a des connaissances neurophysiologiques spécifiques, il manie couramment les médicaments psychotropes aux propriétés analgésiques, il peut prendre en charge les comorbidités psychiatriques et psychopathologiques, il peut faire un travail de psychothérapie, il est attentif au risque d'addiction et il est habitué à cotoyer et tolérer l'incertitude.

BIBLIOGRAPHIE

Acquadro C, Berzon R, Dubois D, Leidy NK. Incorporating the patient's perspective into drug development and communication : an ad hoc task force report of the Patient-Reported Outcomes (PRO) harmonization group meeting at the Food and Drug Administration, February 16, 2001. *Value in health*. 2003, vol 6 ; 5.

Aguerre C, Bridou M, Laroche F, Csillik A, Jensen M. Spécificités de l'entretien motivationnel dans le cadre d'une prise en charge cognitivo-comportementale de la douleur chronique. *L'encéphale*. 2014.

Aguerre C, Bridou M, Sorel O, Vannier I. Approche cognitivo-comportementale de la douleur chronique : pour qui ? Pourquoi ? Comment ? *Douleur : Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2012, 13, A41.

Aigner M, Bach M. Clinical utility of DSM-IV pain disorder. *Compr Psychiatry*. 1999, 40, 353-7

Airagnes G, Tripodi D, Petit Le Manac'h A. Douleur chronique : la place du psychiatre. *Annales médico-Psychologiques*. 2014, 172, 146-153.

Allaz AF, Piguet V, Desmeules J, Perneger TV, Jotterand S, Kondo-Oestreicher M, Cedraschi Ch, Dayer P. Bénéfices d'une approche conjointe somaticien-psychiatre dans une consultation de la douleur. *Doul et Analg*. 1998, 2, 87-90.

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Fév 1999

Averill PM, Novy DM, Nelson DV, Berry LA. Correlates of depression in chronic pain patients : a comprehensive examination. *Pain*. 1996, 65, 93-100

Banks SM, Kerns RD. Explaining high rates of depression in chronic pain : a diathesis-stress framework. *Psychol Bull*. 1996, 119, 95-100.

Bjelland I, Dahl AA, Neckelman D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Reseach*. 2002 52, 69-77.

Blake DD, Weathers F, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS, Keane TM. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD : the CAPS-1. *The Behavior Therapist*. 1990, 13, 187-188.

Boureau F, Duapin P, Gay MC. Le modèle multidimensionnel biopsychosocial de la douleur : douleur et souffrance. *Champs psychosomatique*. 2000, 19, 13-23.

Bras M. Psychopharmacothérapie des comorbidités psychiatriques chez les patients douloureux chroniques. *L'encéphale*. 2007, 33 ; 3, 859-62.

Brasseur L. Traitement de la douleur. *Paris : Doin Editeurs*. 1997.

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain un Europe : prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006, 10, 287-333

Cheatle MD. Assessing suicide risk in patients with chronic pain and depression. Supplement to The Journal of Family Practice. 2014, 63 ; 6, S6-S11.

Cleeland CS, Ryan KM. Pain Assessment : global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine*. Singapore. 1994, 23, 129-138;

Cottraux J. French version of the PTSD Checklist Scale. 1996

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain : results from the world mental health surveys. *Pain*. 2007, 129, 332-342.

DSM-IV-TR. Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux. 4ème édition. American Psychiatric Association. Paris ; *édition Masson*. 2003.

DSM-V. Diagnostic ans Statistical of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association. Washington, 2013.

Dumolard A, Juvin R. Fibromyalgie : aspects médico-sociaux. *Revue du Rhumatisme*. 2003, 70, 310-313.

El-Hage W, Lamy C, Goupille P, Gaillard P, Camus V. Fibromyalgie : une maladie du traumatisme psychique? *Presse Med*. 2006, 35, 1682-8.

Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *AM J Psychiatry*. 1980, 137, 535-44.

Elliott TE, Renier CM, Palcher JA. Chronic pain, depression, and quality of life : correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Med*. 2003, 4, 331-9

Eschaliér A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, Pomerantz D, Ganry H. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l  tude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. *Douleur Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2013, 14, 4-15

Geisser ME, Roth RS, Robinson ME. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies- Depression Scale and the Beck Depression Inventory : a comparative analysis. *Clin J Pain*. 1997, 13, 163-70

Geoffroy PA, Amad A, Gangloff C, Thomas P. Fibromyalgie et psychiatrie : 35 ans plus tard...Quoi de neuf? *Presse Med*. 2012, 41, 455-465.

Glazer Y, Buskila D, Cohen H, Epstein RP, Neumann L. Differences in the personality profile of fibromyalgia patients and their relatives with and without fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2010, 28, S27-32.

Goldberg, LR. An alternative “description of personality”: The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990, 59, 1216-1229.

Goldberg RT, Goldstein R. A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disability and Rehabilitation*. 2000, 22-17, 756-763.

HAS, Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, consensus formalisé, déc 2008.

Ho PT, Li CF, Ng YK, Tsui SL, Ng KF. Prevalence of and factors associated with psychiatric morbidity in chronic pain patients.

INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). Baromètre santé, épisode dépressif caractérisé. 2010.

John OP, Donahue EM, Kentle RL. The Big Five Inventory-version 4a and 54. *Brekeley : University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research*, 1991.

Jonsdottir T, Aspelund T, Jonsdottir H, Gunnarsdottir S. The relationship between chronic pain pattern, interference with life and health-related quality of life in a nationwide community sample. *Pain Management Nursing*. 2014, 15 (3), 641-651.

Katon W, Egan K, Miller D. Chronic pain : lifetime psychiatric diagnoses and family history. *Am J Psychiatry*. 1985, 142, 1156-60.

Kuch K. Psychological factors and the development of chronic pain. *Clin J Pain*. 2001, 17, 33-8.

Lemogne C, Smagghe P-O, Djian M-C, Caroli F. La douleur chronique en psychiatrie : comorbidité et hypothèses. *Annales Médico Psychologiques*. 2004, 162, 343-350.

Lepine JP, Goschau M, Brun P. Anxiety and depression in patients. *Lancet*. 1985, 2, 1425-1426

Leplège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger TV. Le questionnaire SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. *Ed. Estem, Paris*. 2001;

Leplège A. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications. *Estem, Paris*, 2001, 333 p.

Lipowski ZJ. Consultation-Liaison Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 1974, 131, 623-630.

Loisel P, Fassier JB, Durand MJ. De la recherche à l'amélioration des pratiques en prévention d'incapacité au travail. *Douleur et Analgésie*. 2009, 22, 24-28.

MacFarlane GJ, Thomas E, Papageorgiou AC. The natural history of chronic pain in the community : a better prognosis than in the clinic ? *J Rheumatol*. 1996, 23, 1617-1620.

Miller LR, Cano A. Comorbid chronic pain and depression : who is at risk? *J Pain*. 2009, 10(6), 619-27.miller

OMS (Organisation Mondiale de la santé), WHOQOL Group. Development of the WHOQOL : Rational and current status ». *International Journal of Mental Health*. 1994, 23, 24-56.

Ospina M, Harstall C. Prevalence of chronic pain : an overview. *Alberat Heritage Foundation for Medical Research*. Canada : Edmonton, Alt. 2002

O'Reilly A. La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2011, 21, 126-131.

Plaisant O, Guertault J, Courtois R, Reveillere C, Mendelsohn GA, John OP. Histoire des "Big five" : OCEAN des cinq grands facteurs de personnalité ; introduction au Big Five Inventory Français ou BFI-Fr. *Annales médico-psychologiques*. 2009, 168, 481-486

Plaisant O, Courtois R, Reveillere C, Mendelsohn GA, John OP. Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico Psychologiques*. 2010, 168, 97-106.

Perneger TV, Leplege A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a french-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *J Clin Epidemiol*. 1995, 48(8), 1051-60.

Plaisant O, Courtois R, Reveillere C, Mendelsohn GA, John OP. Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec NEO-PI-R. *Annales médico-psychologiques*. 2010, 168, 97-106;

R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation*

for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2012. <http://www.R-project.org>.

Riant T, Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Traitements médicamenteux dans la prise en charge thérapeutique des douleurs pelvipérinéales chroniques. *Progrès en urologie*. 2010, 20, 1095-1102.

Robin B, Nizard J, Houart C, Gélugne F, Bocher R, Lajat Y. Place du psychiatre dans un Centre de Traitement de la Douleur. Intégration de la “lésion psychique douloureuse”. *Doul et Analg*. 2003, 3, 161-167.

Rose S, Cottencin O, Chouraki V, Wattier JM, Houvenagel E, Vallet B. Importance des troubles de la personnalité et des comorbidités psychiatriques chez 30 patients atteints de fibromyalgie. *Presse Med*. 2009, 38, 695-700.

Serra E. La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. *Douleur Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2014, 15, 98-105.

Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Douleur Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2014, 15, 106-114

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorin P, Javavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998, 59, 22-33.

Site santé du ministère des affaires sociales et de la santé <http://www.sante.gouv.fr/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc.html>.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD. STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. CA: Consulting Psychologists Press. Palo Alto. 1970.

Sungkun C, Haesol H, Jang-Han L. Pain intensity and suicidal ideation of people in chronic pain : mediation effects of depression. *Social Behavior and Personality*. 2013, 41 (3), 509-516.

Thienhaus O, Cole E. The Classification of Pain. *Pain Management: A Practical Guide for*

Clinicians. Weiner RS, Sixth Edition, American Academy of Pain Management.

Torrance N, Elliott AM, Lee AJ, Smith BH. Severe chronic pain is associated with increased 10-year mortality. A cohort record linkage study. *Eur J Pain*. 2010, 14, 380-6.

Truvhon M, Fillion L. Biopsychosocial determinants of chronic disability and low back pain : a review. *Journal of occupational rehabilitation*. 2000,10, 117-142.

Turner JA, Clancy S. Strategies for coping with chronic low back pain : relationship to pain and disability. *Pain*. 24, 355-364

Van Den Kerkhof EG, Hopman WM, Towheed TE. The impact of sampling and measurement on the prevalence of self-reported pain in Canada. *Pain Res Manage*. 2003, 8, 157-163.

Van Dijk A, Mc Grath PA, Pickett W. Pain prevalence in nine to 13 year old children. *Pain Res Management*. 2006, 11, 234-240.

Ware J, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992, 30, 473-483;

Weathers FW, Litz BT, Herman DS. The PTSD checklist : reliability, validity and diagnostic utility. *Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio*. 1993

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983, 67, 361-370;

ANNEXES

I- INFORMATION AUX PATIENTS T1

N°:....

Information au patient(e)

Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement bénéficier d'une première consultation dans le service de consultation pour le traitement de la douleur et, à cette occasion, nous sollicitons votre aide pour participer à une étude. Il s'agit de répondre au questionnaire ci-joint et de le rapporter au médecin lors de votre première consultation. Cela vous prendra une vingtaine de minutes.

Cette étude, qui rentre dans le cadre d'une thèse de médecine, aura pour but d'évaluer l'importance de la prise en compte de la dimension psychologique dans le traitement des douleurs chroniques. L'analyse des résultats obtenus permettra d'améliorer nos pratiques et donc l'aide apportée aux patients.

Dans un second temps, vous serez sollicité pour répondre à un nouveau questionnaire d'ici quelques mois et éventuellement pour participer à un entretien médical. Vous pourrez à tout moment décider d'arrêter votre participation à cette recherche.

Les réponses que vous donnerez n'auront pas d'impact sur la consultation dans le service et n'influenceront pas votre prise en charge, elles ne seront pas communiquées à l'équipe. Les résultats de cette étude pourront donner lieu à une publication scientifique, de manière totalement anonyme.

Merci de répondre à toutes les questions proposées, pour que le questionnaire puisse être utilisable dans notre étude. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui compte est votre avis ou votre ressenti. Ne réfléchissez pas trop longtemps, essayez de répondre le plus spontanément et sincèrement possible.

Nous vous remercions de votre attention et du temps consacré pour remplir ce questionnaire.

Respectueusement.

Docteur I. Vannier,
Chef de service des
consultations douleur
Directeurs de thèse

Dr P. Brunault
Dr G. Huguet
Praticiens hospitaliers

Diane Guéritte
Interne en médecine

☐ **J'accepte de participer**

Date :

Signature :

II- QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE T1

Veillez répondre à ces quelques questions concernant votre situation et votre état de santé actuels :

- **Quel âge avez-vous :**

- **Sexe :** ☐ Homme ☐ Femme

- **Statut marital :** ☐ Marié/pacsé/concubinage ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐ Célibataire

- **Votre profession :**

- **Combien d'années d'étude avez vous faites depuis votre entrée à l'école en CP :**

- **Etes vous :** ☐ En activité professionnelle ☐ A mi-temps thérapeutique ☐ Sans emploi

☐ En arrêt de travail ☐ En invalidité ☐ Retraité(e)

- **Depuis combien de temps :**

- **Si vous êtes en mi-temps thérapeutique/arrêt de travail/invalidité,cela a-t-il un rapport avec vos douleurs ?** ☐ Oui ☐ Non

- **Depuis combien de temps les douleurs qui vous amènent à consulter sont présentes (si possible précisez la date de début en .../.../....) :**

- **Localisation des douleurs :**

- **Y a-t-il un diagnostic connu pour vos douleurs :**

☐ Rhumatologique (spondylarthrite, polyarthrite,...) ☐ Neuropathique ☐ Cancéreuse

☐ Post-accident, algodystrophie ☐ Syndrome douleur diffus ☐ Fibromyalgie

☐ Douleurs lombaire, dorsale ou cervicale chronique ☐ Autre. Précisez:

- **Quel est votre traitement médicamenteux actuel (avant votre 1ère consultation dans le service) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.

- Etes vous actuellement suivi(e) par un psychiatre, un psychologue ou un addictologue :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez vous préciser pour quelle raison :.....

Si oui, depuis combien de temps :

- Avez vous déjà eu, par le passé, un suivi avec un psychiatre, un psychologue ou un addictologue ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel âge aviez vous, combien de temps a duré le suivi et pour quelle raison ? (plusieurs réponses successives possibles) :

.....

.....

.....

- Avez vous déjà eu des traitements pour la dépression ou l'anxiété ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) :.....

Information au patient(e)

Madame, Monsieur,

Vous avez bénéficié d'une consultation dans le service de consultation pour le traitement de la douleur et vous avez, à cette occasion, accepté de participer à une étude en rapportant le questionnaire qui vous avez été envoyé.

Nous vous sollicitons à nouveau pour la suite de cette étude et vous demandons de répondre au second questionnaire ci-joint. Afin que nous puissions mener à bien notre étude et tirer les conclusions nécessaires à améliorer la prise en charge de la dimension psychologique de la douleur, votre participation est très importante.

Nous avons joint à ce courrier une enveloppe pré-affranchie afin que vous puissiez nous retourner facilement le questionnaire complété.

Nous vous remercions de votre attention et du temps consacré pour remplir ce questionnaire.
Respectueusement.

Docteur I. Vannier,
Chef de service des
consultations douleur

Dr P. Brunault
Dr G. Huguet
Praticiens hospitaliers
Directeurs de thèse

Diane Guéritte
Interne en médecine

IV- QUESTIONNAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE T2

Questionnaire 1

Suite à votre première consultation dans le service de consultation douleur, quelle(s) type(s) de prise en charge de vos douleurs vous a (ont) été proposée(s) (cochez autant de cases que nécessaire) :

☐ Modification du traitement médicamenteux

- Veuillez préciser les traitements ajoutés :.....

.....

- Et les éventuels traitements arrêtés :

.....

☐ Neurostimulateur (TENS)

☐ Consultation d'hypnose. Date du premier rendez-vous :.....

☐ Séance avec une infirmière du service pour de la sophrologie/relaxation. Date du premier rendez-vous :.....

☐ Séance d'acupuncture. Date du premier rendez-vous:.....

☐ Consultation avec la psychologue du service, Mme Bridou. Date du premier rendez-vous :

☐ Consultation avec un psychologue ou psychiatre extérieur au service (libéral ou hospitalier). Avez vous pris rendez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Groupe thérapeutique. A-t-il commencé ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Consultation spécialisée (rhumatologue, chirurgien, neurologue,...)

☐ Rééducation fonctionnelle en centre spécialisé.

☐ Autre. Préciser :.....

Un second rendez-vous dans le service de consultation douleur a-t-il eu lieu ou est-il prévu ?

☐ Oui ☐ Non

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

GUERITTE Diane

Thèse n°

76 pages – 12 tableaux – 4 figures

Résumé :

Introduction : L'objectif de cette étude était de préciser quels étaient les facteurs sociodémographiques, psychiatriques et psychopathologiques associés à l'évolution de la qualité de vie physique et psychique chez des patients souffrant de douleurs chroniques.

Matériel et Méthode : Dans cette étude longitudinale, nous avons inclus 51 patients consultant pour la première fois à l'Unité de consultation douleur du CHRU de Tours pour des douleurs chroniques non cancéreuses. Au cours de leur première consultation (T1) puis 3 mois plus tard (T2), nous avons évalué les variables suivantes à l'aide d'auto-questionnaires : qualité de vie (Short Form Health Survey - SF-36), douleur (Questionnaire Concis Douleur - QCD), anxiété et dépression (Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD), anxiété trait (State Trait Anxiety Inventory forme B – STAI-Y B), dimensions de personnalité (Big Five Inventory – BFI), événements traumatiques (Clinician Administered Post traumatic stress disorder Scale – CAPS) et état de stress post-traumatique (Post traumatic stress disorder CheckList Scale - PCLS). 26 de ces patients ont également été évalués à l'aide du MINI version 6.0. Pour déterminer quels étaient les facteurs associés à la qualité de vie et à son amélioration, nous avons utilisé des tests non paramétriques (tests de corrélation de Spearman et tests de comparaison de moyenne de Mann-Whitney).

Résultats : Entre T1 et T2, la qualité de vie physique s'améliorait significativement ($p < 0,001$) tandis que la qualité de vie psychique ne s'améliorait pas significativement ($p = 0,17$). Les patients qui s'amélioraient le moins sur le plan de la qualité de vie physique étaient les hommes ($p < 0,01$) et ceux rapportant une amélioration plus faible du score de dépression entre T1 et T2 ($p = 0,02$). L'amélioration de la qualité de vie physique n'était pas significativement associée aux scores de douleur à T1 et à T2. Les patients qui s'amélioraient le moins sur le plan de la qualité de vie psychique étaient ceux qui présentaient une symptomatologie dépressive et anxieuse de plus forte intensité à T2 ($p = 0,01$), ceux ayant un traitement antidépresseur à T1 ($p = 0,02$), et ceux n'ayant pas eu par le passé de suivi psychiatrique ou psychologique ($p = 0,02$). Les dimensions de personnalité n'étaient pas significativement associées à l'amélioration de la qualité de vie physique et psychique.

Discussion : Cette étude suggère que chez les patients douloureux chroniques, certains troubles psychiatriques, comme l'anxiété et la dépression, sont des facteurs de risque de moins bonne évolution de la qualité de vie après une prise en charge spécialisée habituelle. Une prise en charge de ces troubles pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie et la qualité de la prise en charge de ces patients.

Mots clés :

Douleur chronique ; qualité de vie ; comorbidité psychiatrique ; dépression ; anxiété ; personnalité ; état de stress post-traumatique ; évolution ; psychiatrie de liaison..

Jury :

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe Gaillard
Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent Camus
Monsieur le Professeur Dominique Drapier
Madame le Docteur Isabelle Vannier
Monsieur le Docteur Paul Brunault
Monsieur le Docteur Grégoire Huguet

Date de la soutenance : le 1er octobre 2015