



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Douleur et Santé mentale, des difficultés de reconnaissance : enquête
réalisée auprès de médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-
Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 01 juillet à 14h00

Au Pôle recherche

Par Melle Géraldine HUBERT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Serge BLOND

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Luc DITTE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Luc DITTE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé	9
Introduction	10
Généralités sur la douleur	11
I. Place de la douleur dans l'histoire	11
A. Les civilisations anciennes	11
B. Le moyen-âge et la pause des découvertes.....	12
C. De La renaissance jusqu'au XIXème siècle : les découvertes anatomiques	12
D. La Médecine Moderne.....	14
II. Plan de lutte contre la douleur [14]	16
A. 1998-2000	16
B. 2002-2005	17
C. 2006-2010 [14]	18
III. Bilan du plan de lutte 2006-2010 [17]	18
Définition et composante de la douleur	20
I. Différents types de douleur	20
A. Les douleurs par excès de nociception	20
B. Les douleurs neuropathiques	20
C. Les douleurs psychogènes ou sine materia	21
D. Les douleurs idiopathiques.....	21
II. Les différentes composantes de la douleur [19]	21
A. Composante sensori-discriminative.....	21
B. Composante affectivo-émotionnelle	22
C. Composante cognitive.....	22
D. Composante Comportementale.....	22
Moyen d'évaluation de la douleur	23
I. Les échelles d'auto-évaluation.....	23
A. Les échelles unidimensionnelles	23
1. EVA [22]	24
2. Echelle verbale simple	24
3. Echelle numérique.....	24
4. Echelle des visages [23].....	24
B. Les échelles multidimensionnelles	25
1. Schéma corporel [27]	25
2. Questionnaire de Saint-Antoine (annexe 2) [24]	26
II. Les échelles d'hétéro-évaluation	27
A. Echelle Doloplus 2 (annexe 3)	27
B. Echelle Algoplus (annexe 4).....	27
C. Echelle San Salvador (annexe 5).....	28
III. Le retentissement de la douleur.....	28
A. Retentissement sur la vie quotidienne.....	28
B. Retentissement sur l'émotionnel	28
1. Hospital Anxiety and Depression Scale (annexe 7).....	28
2. Questionnaire Abrégé de Beck [28] (annexe 8).....	29

La Douleur en santé mentale.....	30
I. La perception de la douleur en santé mentale.....	30
A. Le syndrome dépressif.....	30
1. La douleur physique.....	31
2. La douleur chronique.....	32
B. Les troubles anxieux.....	32
C. Les troubles de la personnalité.....	33
D. Les troubles psychotiques.....	34
E. Les addictions.....	35
F. Le trouble bipolaire.....	36
II. Les moyens d'évaluation de la douleur en santé mentale.....	36
Matériels et méthodes.....	38
I. Objectif de l'étude.....	38
II. Méthode.....	38
Résultats.....	40
I. Le taux de réponse.....	40
II. Les médecins généralistes répondeurs.....	40
III. La Prise en charge de la douleur.....	44
1. Dans la population générale.....	44
2. Dans la population spécifiquement examinée.....	45
3. Difficultés ressenties par les médecins généralistes.....	48
IV. Evaluation de la douleur.....	49
A. Echelles d'évaluation de la douleur.....	49
B. Etiologies de non-utilisation.....	51
V. Les attentes des médecins généralistes.....	52
Discussion.....	54
I. Les limites de l'enquête.....	55
A. Les limites liées au questionnaire.....	55
B. Limites liée à l'enquête choisie :.....	55
C. Les limites de l'échantillon.....	55
II. L'intérêt du sujet.....	56
III. Les difficultés de prise en charge de la douleur.....	56
A. Les facteurs influençant.....	56
B. Les difficultés rencontrées.....	57
IV. L'utilisation des échelles d'évaluation par les médecins généralistes.....	59
V. Les attentes des médecins généralistes pour améliorer leur pratique.....	60
CONCLUSION.....	62
Références bibliographiques.....	63
Annexes.....	67
Annexe 1 : DAN.....	67
Annexe 2 : Questionnaire de douleur de Saint-Antoine.....	68
Annexe 3 : Echelle DOLOPLUS.....	69
Annexe 4 : Echelle Algoplus.....	70
Annexe 5 : Echelle de San Salvador.....	71
Annexe 6 : Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien.....	73
Annexe 7 : Echelle HAD-S.....	74
.....	74
Annexe 8 : Questionnaire abrégé de Beck.....	75
Annexe 9 : questionnaire de thèse.....	77
Annexe 10 : Outils d'évaluation de la douleur.....	80

RESUME

Contexte : La prise en soin de la douleur est actuellement un enjeu de santé publique depuis le développement de plan de lutte contre la douleur dès 1998 mais la douleur en santé mentale reste sous-estimée.

Méthode : Etude qualitative avec questionnaire fermé envoyé à 300 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais tirés au sort dans les pages jaunes. Parmi eux 237 ont choisis de recevoir le questionnaire par courrier et 63 par l'intermédiaire d'un lien hypertexte envoyé par mail.

Résultats : 29.33% des médecins généralistes ont répondu au questionnaire. L'analyse montre qu'il existe une différence significative dans la difficulté ressentie par les médecins généralistes dans la prise en charge de la douleur avec une moyenne sur 10 de 3.182+/-1.658 dans la population générale vs 5.205+/-1.895 ($p < 5.55e-07$) pour les patients avec des troubles mentaux. L'étude n'a pas mis en évidence de facteurs épidémiologiques influençant la difficulté. Les praticiens sont 99% à affirmer que les pathologies psychiatriques modifient l'expression de la douleur essentiellement le syndrome dépressif (93%) et les troubles anxieux (88%). Les principales difficultés exprimées par les praticiens sont la difficulté à reconnaître la part somatique (89%), à identifier le type de douleurs (45%) et la peur de générer des dépendances (44%).

Si les médecins généralistes utilisent l'EVS dans la population générale (90%), les échelles multidimensionnelles et d'hétéro-évaluation ne sont pas connues. Ces échelles sont proposées chez 71% des syndromes dépressifs et 70% des troubles anxieux contre 47% des patients psychotiques. Le peu de temps dans une consultation (27%) et les difficultés à comprendre les plaintes des patients (27%) sont les raisons principales de leur non-utilisation. L'accès plus rapide aux psychiatres est la principale requête (61%) des médecins généralistes suivie d'un désir de formation (39%).

Conclusion : Cette étude montre que la prise en charge de la douleur reste complexe et l'intérêt d'une formation spécifique est nécessaire.

INTRODUCTION

La douleur est un motif de consultation fréquent en médecine ambulatoire dont la prévalence est estimée à 43% [1]. Le médecin est alors confronté à des plaintes aussi différentes que de patients qui l'expriment. La douleur est définie dans le Larousse comme une « sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps ». L'association internationale d'études de la douleur (IASP) la définit comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans les termes évoquant une telle lésion ». La douleur est une expérience individuelle, globale et subjective dont la réponse sera différente selon les personnes. Elle impose son caractère multifactorielle et par la même la prise en compte de ses multiples composantes.

Une grande partie des difficultés se situent à ce niveau pour le médecin qui reconnaît la douleur essentiellement par le discours du patient. Mais comment réagir quand le patient présente une symptomatologie qui limite l'accès au discours notamment.

La prise en compte de la douleur est de plus en plus encadrée avec l'apparition de conférence de consensus, de recommandations, d'outils d'aide au diagnostic de la douleur, le développement depuis quelques années de DESC spécifique de médecine de la douleur et le développement d'une politique de santé publique spécifique (plan de lutte antidouleur). Cependant la spécificité de la douleur en santé mentale n'est pas toujours reconnue comme elle peut l'être en pédiatrie et en gériatrie. Elle touche pourtant à une population dont les troubles peuvent parfois perturber la communication [2]. De nombreuses études ont été réalisées dans les milieux hospitaliers en santé mentale montrant un réel manque d'information sur la douleur dans cette population. Les étudiants en médecine n'ont actuellement aucune formation spécifique dans ce domaine mais les études vont évoluer dans le bon sens avec l'introduction d'un item spécifique « douleur et santé mentale » à l'ECN dès 2015.

Mais qu'en est-il de la prise en soin de la douleur dans cette population en médecine ambulatoire ? Les médecins généralistes, plus sensibilisés à la prise en charge de la douleur, reconnaissent-ils des difficultés dans sa prise en soin chez leurs patients avec des troubles psychiatriques ? Quels sont les facteurs qui les favorisent ? Comment alors améliorer la prise en charge de la douleur chez ces patients ?

GENERALITES SUR LA DOULEUR

I. Place de la douleur dans l'histoire

Soulager la souffrance physique et morale a toujours été une mission importante des personnes se consacrant aux soins. La douleur n'a pas échappé aux interprétations inscrites dans les grands courants de pensées lui donnant des connotations culturelles souvent liées à l'évolution des connaissances scientifique. [3]

Différentes représentations ont pu être données à la douleur au fil du temps. Ainsi la douleur a pu être considérée comme un châtiment de Dieu, une épreuve nécessaire ou même une fatalité.

Dès la Préhistoire, on a déjà notion de guérisseurs dont les pratiques ne se basaient sur aucune pharmacopée, mais d'après les peintures rupestres, sur des pratiques animales, instinctives comme le frottement de la lésion, l'utilisation du froid ou le lèchement de la blessure. [4]

Les stoïciens (300 AV- JC) affirmaient l'importance de se résigner à la douleur. Cicéron disait : « Qu'y a-t-il qui vaille mieux pour éloigner la douleur que de comprendre qu'elle ne sert à rien et qu'il est vain de l'accueillir". Epictète disait même qu'il fallait s'entraîner à tolérer la douleur afin d'en être indifférent. [5]

Pour mieux comprendre, nous allons survoler l'histoire de ses représentations ou des manières de les concevoir selon les différents courants de l'histoire.

A. Les civilisations anciennes

Dans la période gréco-romaine, la représentation de la douleur reposait sur des hypothèses mystiques. La douleur était essentiellement considérée comme un châtiment des Dieux. Artémis dans la mythologie grecque était assimilée à la déesse de la douleur car c'est elle qui avec ses flèches provoquait les douleurs de l'enfantement alors qu'ils croyaient en plusieurs Divinités Guérisseuses (Artémis, Apollon, Asclépios). [6]

Au cours de la période hippocratique se dégage pour la première fois une pensée non plus divine mais rationnelle de la maladie et se développent des moyens de la soulager comme l'utilisation du chaud ou du froid sous forme par exemple de cataplasme, bain ou emplâtre. On retrouve un usage des produits d'origine végétale

dans le « Corpus Hippocratique » qui comporte 60 traités. L'utilisation restait modeste dans la douleur mais par exemple le pavot dans les douleurs pelviennes ou le saule dans les douleurs de l'enfantement étaient recommandés.

Gallien (131-201 av-JC), disciple d'Hippocrate et second père de la médecine, reconnaissait à la douleur une utilité puisqu'elle permettait de localiser l'organe malade. [6]

A Rome, Celse (fin du 1^{er} siècle av JC, début du 1^{er} siècle de notre ère), auteur de « de medicina libri octo » très proche du « Corpus Hippocratique », était le premier à avoir caractérisé l'inflammation selon les termes encore actuels « dolor, calor, rubor, tumor » reconnaissant aussi à la douleur une aide au diagnostic.

Mais les 2 courants philosophiques principaux (Epicurisme et Stoïcisme) ne donnèrent à la douleur aucune fin utile se basant toujours sur la théorie des humeurs développée par Démocrite (430-370 av-JC) selon laquelle la maladie était un déséquilibre des 4 humeurs (sang, bile blanche , bile noire, pituite).

B. Le moyen-âge et la pause des découvertes

Au Moyen-Age, en Europe, la représentation de la douleur était surtout marquée par le Christianisme qui voyait en la douleur une rédemption. Elle se basait sur Jésus Christ qui était mort sur la croix. Les textes religieux demandaient aux patients de supporter la douleur, expiant ainsi leurs pêchés. Durant cette période la prise en soin de la douleur a été totalement exclue au profit d'une douleur rédemptrice limitant et faisant même reculer le savoir sur celle-ci. L'utilisation d'une pharmacopée était limitée voire complètement interdite sous prétexte d'effets magiques lui conférant une image païenne. L'Eglise catholique interdit les dissections et toutes les recherches cliniques. [6,7]. C'est pourquoi les évolutions médicales s'étaient faites à cette époque au Moyen-Orient.

C. De La renaissance jusqu'au XIXème siècle : les découvertes anatomiques

Les papes dès le début de la renaissance autorisaient à nouveau les dissections permettant aux médecins de progresser sur les connaissances anatomiques et neurophysiologiques. D'autre part, ils s'amendaient des principes religieux et philosophiques de la douleur. Un disciple de Rabelais, Guillaume Rondelet (1507-

1566) disséquait sa femme, des amies, son propre fils offrant le premier amphithéâtre de dissection libérant l'université médicale de la tutelle de l'Eglise. Ambroise Paré (1510-1590), chirurgien barbier des rois, utilisait son œuvre sur les champs de bataille et disait : « La première intention d'un chirurgien doit être d'apaiser la douleur » .Il mettait alors en évidence la névralgie de la face et le membre fantôme. Andre Vesale (1514-1664) décrivait dans « de corpora humanis fabrica » le système nerveux périphérique et le cerveau tant en conservant la théorie des humeurs.

A cette époque, le principal représentant était René Descartes (1596-1650), philosophe et physicien qui donnait au corps une image mécaniste complexe où il décrivait des poulies, cordes et leviers ! C'est à Descartes qu'est attribuée la première analyse rationnelle de la douleur avec la notion d'une analyse centrale et une stimulation périphérique.

Au même moment Sydenham (1624-1689), médecin anglais, faisait des études sur l'hypochondrie et sur l'hystérie dans lesquelles il disait que celles-ci étaient masquées par le symptôme propre aux maladies : « l'affection hystérique est fréquente, elle se montre sous une infinité de forme, et elle imite presque toutes les formes dont les malheureux mortels sont écrasés ; car dans cette partie du corps qu'elle rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie. » Il avouait chez ces patients des douleurs corporelles immenses mais affirmaient que ces patients souffraient plus de l'âme que du corps. Il préconisait une utilisation d'opium. [9]

T. Willis (1621-1675) était un grand neurologue à qui l'on doit la description des nerfs crâniens et du cerveau dans son traite *cerebri anatomi*. Mais il voulait prouver que contrairement à ce que pensait Descartes, le « corps machine » ne pouvait expliquer à lui seul la complexité et le dynamisme des fonctions animales. Willis affirmait une séparation entre l'âme spirituelle et corporelle. [10]

A la fin du XIXème siècle, Magendie (1785-1855) et Bell (1774-1842) expliquaient les rôles afférents des racines postérieures. Pacini et Messner décrivaient les principaux récepteurs cutanés.

Durant cette période, trois idéologies encadraient la douleur. La première, persistante, était toujours l'idée de fatalisme. La deuxième idée se caractérisait par l'idée que la douleur était utile et qu'il ne fallait pas la masquer. Considérée comme inévitable, elle était utile dans la guérison car aidait le médecin à agir. Cette idéologie

insistait sur l'importance des cris ! La dernière idéologie affirmait que la douleur était évitable. Elle était juste un point d'alerte qu'il fallait soulager au plus vite, s'exonérant de toutes les images religieuses de la douleur. [5] Se développait alors une grande pharmacopée pour diminuer voire faire disparaître la douleur. L'opium sous forme liquide était de plus en plus utilisé.

D. La Médecine Moderne

On parle de médecine Moderne dès la fin du XIX^{ème} siècle. C'est le moment où se sont mis en place un diplôme national, une francisation des textes, une laïcisation et surtout le développement d'une médecine où les résultats anatomo-cliniques corrélèrent avec les mécanismes et l'origine des maladies. L'idée de soulager la douleur était de plus en plus reprise sur les champs de batailles. A la fin du XIX^{ème} siècle, Cabanis disait : « Rien de ce qui peut causer de la douleur est salubre, elle doit toujours être regardée comme nuisible ».

Bichat, utilisateur d'opium, décrivait déjà la notion de seuil de douleur.

Le Dr Larrey fut un grand défenseur de la prise en compte de la douleur notamment sur les terrains de guerre et défendit presque seul contre tous la théorie de l'analgésie. Il créait les ambulances volantes.

La pharmacopée réellement s'expandait avec le développement des traitements de synthèses comme l'acide acétylsalicylique ou la morphine dont l'utilisation fut par la suite restreinte et réglementée jusqu'à récemment dus à des abus et des détournements toxicomanes. Il fallut environ 50 ans pour que s'impose l'anesthésie générale puis les analgésies locales au départ largement soutenu par Velpeau (1795-1867) contre Magendie. Les Docteurs Beddoes et Davy firent au cours de leurs travaux en 1800 découvrir les propriétés analgésiques du protoxyde d'azote.

En 1876, Charcot faisait des recherches sur l'hypnose. Il voulait démontrer par ses travaux que les paralysies hystériques n'étaient pas liées à des lésions organiques. Tandis que Klachbaum (1828-1899) en 1874, publiait un ouvrage dans lequel il s'interrogeait sur une insensibilité de la douleur dans différentes pathologies mentales. Cependant il n'arrivait pas à proposer de théorie. [11]

C'est dans les années 1970, que deux découvertes ont révolutionné les théories sur la douleur : la théorie du gate contrôle explorée par Melzack et Wall (1965) et la mise en évidence des récepteurs endogène opioïdes (endorphines). Avant ces avancées, la physiologie de la douleur reposait sur un simple circuit électrique ou

l'agression périphérique était transmise par les nerfs nociceptifs jusqu'à la moelle puis jusqu'au cerveau qui commandait les réactions d'organisme face à l'agresseur. Pour soulager alors les douleurs, les neurochirurgiens devaient couper les voies de la sensibilité sans certitude de l'efficacité. Grâce à ses évolutions majeures, ces chirurgies mutilantes furent remplacées par des chirurgies plus fonctionnelles et l'utilisation de la pharmacologie.

Mais surtout, les découvertes ont permis d'identifier pas une mais différents types de douleurs : différencier les douleurs aiguës des douleurs chroniques, les douleurs nociceptives des douleurs neuropathiques et plus récemment les douleurs liées aux soins.

Au XXème siècle, les mœurs ont énormément évoluées avec le développement des thérapeutiques adaptées aux types de douleurs. La prise en soin de la douleur a pris un intérêt essentiel dans la prise en charge globale du patient avec le développement de l'analgésie pendant l'accouchement ou même en pédiatrie. Car en 1938, le Docteur Dupin avait une attitude négationniste de la souffrance des enfants: « Il y a des différences sensibles entre l'organisme du nourrisson et de l'enfant et celui de l'adulte au point de vue de la résistance à l'anesthésie. Le système nerveux est bien imparfait dans les premières années de la vie. Le nouveau-né a sans aucun doute une certaine sensibilité générale, bien difficile à préciser d'ailleurs. La douleur ressentie au début doit être très faible, si bien que pendant la première semaine de la vie, on peut opérer sans anesthésie, sans provoquer de douleurs violentes. » [12] Cette idée persistait en 1998 dans une enquête de la DGS [13] qui montrait une insuffisance importante de prise en charge de la douleur chez les enfants que ce soit dans la reconnaissance de la douleur et son évaluation (sous-utilisation des échelles et la crainte de l'utilisation de produit tel le protoxyde d'azote).

Malgré tout, la douleur devenait une vraie spécialité et se développe alors l'algologie dont le premier représentant est le Docteur Gustin en 1977.

A la fin du XXème siècle, l'intérêt était tel qu'elle en devenait un enjeu de santé publique avec la création d'un plan de lutte contre la douleur modifié à plusieurs reprises dont le but était de développer au maximum l'approche des soins auprès des populations les plus vulnérables.

II. Plan de lutte contre la douleur [14]

A. 1998-2000

Un premier plan de lutte pour améliorer la prise en compte et le soulagement de la douleur dans les établissements de santé a été développé par M Kouchner en 1998. Ce plan s'articulait autour de 3 axes :

- La prise en compte de la demande du patient
- Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins
- L'information et la formation des professionnels de santé notamment pour mieux évaluer et traiter la douleur.

L'évaluation était plutôt positive [14]. Ce plan a ainsi permis au patient d'avoir un accès à une information sur la douleur par le biais de brochure intitulée la « douleur n'est pas une fatalité ». Des structures spécifiques dans la prise en soin des douleurs chroniques rebelles ont été créées. La formation des médecins s'est renforcée en introduisant dans nos études un module obligatoire sur la douleur et les soins palliatifs associé à la création de recommandations de bonnes pratiques et la réalisation de protocoles. La prise en soin de la douleur a été améliorée par une offre de formation continue proposée à toutes les professions médicales et paramédicales, une distribution des réglottes pour évaluation visuelle analogique et une facilitation d'utilisation des antalgiques (suppression du carnet à souche, allongement de la durée de prescription des stupéfiants).

Mais cela restait malgré tout insuffisant avec des délais d'accès aux structures spécifiques trop longs, les médecins contrairement aux personnels infirmiers utilisaient très peu les échelles d'évaluations de la douleur et réservaient les opioïdes à la fin de vie freinés par le manque de connaissances sur ces traitements.

Le reproche essentiel souligné par les professionnels de santé était l'absence de prise en compte de la dimension psychosociale de la douleur et des méthodes non pharmacologiques.

L'ensemble de ces critiques motivait M Kouchner à poursuivre cette lutte contre la douleur en améliorant ce plan de lutte.

B. 2002-2005

Ce deuxième plan de lutte se concentrait sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine. Ce programme national se construisait en collaboration avec la société d'études et de traitement de la douleur, le collège national des médecins de la douleur et le collège national des enseignants universitaires de la douleur.

Ce deuxième plan de lutte poursuivait sa volonté de lutter contre la douleur en s'organisant autour de cinq objectifs :

- Associer les usagers par une meilleure information : l'idée était que les patients deviennent acteur de leur maladie et de leur douleur en toute connaissance de cause. Ainsi le carnet douleur était remplacé par un contrat d'engagement douleur adapté aux niveaux du patient (adultes/ enfants) remis à chaque hospitalisation.
- Améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées en les renforçant par la création de poste (médecins, infirmiers, psychologues) et de consultations dans les zones dépourvues.
- Améliorer l'information et la formation des personnels de santé en diffusant un memento « la douleur en questions » et en créant un centre national de ressources de la douleur
- Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur avec notamment la création de comité de lutte contre la douleur au sein des centres hospitaliers.
- Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée

Les enquêtes régionales [16] en juin 2005 menées dans le cadre des états généraux de la douleur montraient des changements notables mais insuffisants avec mise en évidence d'une disparité de prise en charge selon les établissements d'une même région.

C. 2006-2010 [14]

Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 s'articulait autour de plusieurs plans de santé publique dont celui du plan cancer ou l'amélioration des conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ou de polyhandicaps. Il reposait sur 4 axes.

- L'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes polyhandicapées et fin de vie)
- La formation renforcée des professionnels de santé par la création des diplômes universitaires, inter universitaires et d'un DESC
- Une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques (une amélioration de la prévention des douleurs induites par les actes de soins, développement de la recherche sur les méthodes non pharmacologiques)
- La structuration de la filière de soin en facilitant l'accès aux structures de soins de la douleur chronique, en développant dans les régions des réseaux de soins type réseaux cancer , soins palliatifs , gériatriques.

III. Bilan du plan de lutte 2006-2010 [17]

Le HCSP reconnaissait des améliorations mais qui restaient insuffisantes recommandant l'élaboration d'un 4ème plan douleur afin de s'assurer de la poursuite de l'engagement des pouvoirs publics. Ce plan se limite à un aspect hospitalier oubliant les contraintes telles que les limites de l'industrie pour le développement de nouvelles galéniques antalgiques et l'isolement de la médecine libérale.

De plus, l'amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes les plus vulnérables restait insuffisante. Concernant notamment la prise en soin de la douleur des enfants, l'AFFSAPS avait publié des recommandations du bon usage des médicaments mais dont la forme était inadaptée à l'usage en médecine libérale. La France était toujours en retard par rapport à d'autres pays pour la mise sur le marché de formes pédiatriques. Concernant les personnes âgées, le projet se basait essentiellement sur la diffusion de kit de formation à l'usage des professionnels de gériatrie oubliant complètement l'ensemble de cette population qui vit au domicile.

Mais les oubliés de ce plan concernaient les personnes handicapées (pourtant mentionnées) et surtout les personnes atteintes de pathologies mentales.

Les traitements médicamenteux avaient fait l'objet de recommandations permettant par exemple l'utilisation au domicile de certaines molécules en réserve hospitalière. Malgré tout, les thérapeutiques non médicamenteuses n'avaient bénéficié d'aucune évaluation.

Il apparaît clairement à l'issue de cette évaluation la volonté de créer un nouveau plan douleur se basant sur 4 principes dont les 6 axes de recommandations étaient les suivantes :

- Poursuivre la restructuration de l'offre de soin notamment en milieu extrahospitalier
- Améliorer la formation et la sensibilisation des professionnels de sante
- Apporter une meilleure information au public
- Encourager l'attention portée aux enfants, adolescents, personnes âgées, handicapées et personnes souffrant de pathologies mentales
- Promouvoir le développement des connaissances (épidémiologie, recherche clinique, évaluation clinique, évaluation de l'impact)
- Améliorer la gouvernance

DEFINITION ET COMPOSANTE DE LA DOULEUR

La douleur est un phénomène complexe où se mêlent des composantes différentes alliant des mécanismes somatiques, notamment neurologique et psychologique. L'IASP propose une définition de la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite dans les termes d'une telle lésion. Il apparaît donc que la douleur se définit selon plusieurs composantes.

Comprendre le mécanisme de la douleur est aussi indispensable à sa prise en soin que d'en définir l'étiologie. On reconnaît classiquement 3 types de mécanisme : la douleur par excès de nociception, les douleurs neuropathiques et les douleurs psychogènes.

On retient également les douleurs aiguës et les douleurs chroniques. Les douleurs chroniques se définissent selon l'HAS [18] par des douleurs persistantes ou récidivantes, évoluant au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée initialement accompagnée d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne ou d'une intrication sociale ou professionnelle.

I. Différents types de douleur

A. Les douleurs par excès de nociception

Les douleurs par excès de nociception sont liées à un excès de stimulation de nociception à la périphérie vers la moelle épinière. Ces douleurs sont le plus souvent rencontrées dans les douleurs cancéreuses, infectieuses ou traumatiques. Elle s'exprime selon un mode mécanique ou inflammatoire. L'examen clinique peut orienter la zone atteinte.

B. Les douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques sont liées à une atteinte du système nerveux (compression, section, inflammation...) ce qui va entraîner, par des modifications tissulaires cellulaires ou moléculaires, une hypersensibilisation à la douleur ou une diminution de l'efficacité des systèmes de contrôle de la douleur (cf. gate control). Ce type de douleurs n'est pas sensible aux traitements usuels et nécessite des

traitements spécifiques médicamenteux que sont les antiépileptiques ou les antidépresseurs tricycliques ou parfois non médicamenteux tels que la neurostimulation.

Cliniquement la mise en évidence de dysesthésies ou d'une allodynie est très évocatrice. Ces douleurs peuvent être identifiées à l'aide du questionnaire DN4 (annexe 1).

C. Les douleurs psychogènes ou sine materia

Il n'est pas excessif de dire qu'il y a toujours une participation psychique à la douleur. De l'anxiété de la douleur aiguë à la dépression de la douleur chronique en passant par les douleurs psychosomatiques. Cependant certaines douleurs semblent exister sans causes organiques, notamment les douleurs retrouvées dans l'hystérie et l'hypochondrie.

D. Les douleurs idiopathiques

Ces douleurs évoluent dans un mode chronique. Elles ne doivent être évoquées qu'après de longue investigation qui reste vaine. Elles doivent également être suspectées lorsqu'elles sont accompagnées d'autres signes tels que l'asthénie la perte d'appétit, anxiété,... La fibromyalgie ou les céphalées de tension sont de ces douleurs dont l'étiologie n'est pas identifiée (par manque de sensibilité des moyens d'investigation actuels ?).

Il est cependant toujours important de ne pas identifier une douleur que par son caractère fonctionnelle mais de toujours relier le caractère somatique au caractère psychogène. [21]

II. Les différentes composantes de la douleur [19]

A. Composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent de décoder la qualité, la durée, l'évolution, l'intensité ou la localisation du message nociceptif. Il semble que le décodage de ce message ne soit pas proportionnel à l'intensité du stimulus ou même peut varier d'un

individu à l'autre. C'est ainsi que parfois la douleur n'est pas ressentie comme dans le cas de pathologie cancéreuse ou même dans le cas de douleur profonde ou référée.

B. Composante affectivo-émotionnelle

C'est la composante affective qui confère à la douleur ce caractère désagréable. La tonalité affective est déterminée par la douleur elle-même mais aussi par son contexte. C'est ainsi que des facteurs comme la connaissance de la maladie, la connaissance de son évolution influent sur le vécu douloureux. Cette composante affective peut se prolonger vers des états émotionnels comme l'anxiété ou la dépression.

C'est pourquoi il semble nécessaire de l'évaluer à l'aide de questionnaire d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation afin de déceler un trouble de l'humeur telle que la dépression.

C. Composante cognitive

La composante cognitive désigne les processus mentaux qui vont adapter les processus comportementaux tels que les processus d'anticipation de diversion ou même les phénomènes de mémoire d'expériences douloureuses antérieures personnelles.

Elle traduit les représentations propres du patient face à sa maladie, ses angoisses que peuvent parfois engendrer des avis divergents sur sa maladie ou des croyances fausses comme la peur d'être paralysé suite à des lombalgies chroniques [20].

D. Composante Comportementale

Elle englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre. Ainsi l'âge, le sexe ou l'environnement socio-culturel peuvent modifier l'expression comportementale du malade douloureux. Il semble alors intéressant de reconnaître l'importance de la douleur en interrogeant le patient sur le retentissement de la douleur dans sa vie quotidienne.

MOYEN D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Chaque jour, le personnel médical ou paramédical que ce soit dans le cadre hospitalier ou libéral est confronté à la plainte douloureuse du patient. Dans l'intérêt du patient et pour prendre en charge au mieux la douleur, il est nécessaire de l'évaluer le plus justement possible c'est-à-dire le plus individuellement possible. Chaque patient est différent avec une composante personnelle, sociale qui lui est propre. Soigner la douleur nécessite de prendre en compte le patient dans sa globalité.

Dans ce but, les médecins et tous les personnels paramédicaux disposent de nombreux outils d'évaluation permettant de reconnaître une douleur aiguë ou chronique, d'identifier son mécanisme et apprécier son intensité et son retentissement sur sa vie quotidienne. Ces outils viennent en complément de l'examen clinique qui demeure indispensable. On peut les classer selon le mode de passation en échelle d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation, ou selon ce qui est évalué en échelles unidimensionnelles, multidimensionnelles ou comportementales.

I. Les échelles d'auto-évaluation

Les échelles d'auto-évaluation sont des outils d'évaluation où le patient répond seul. Il est pleinement investi dans la réponse. Ces échelles vont évaluer le côté subjectif de la douleur. L'avantage de ces échelles est de pouvoir quantifier la douleur en début de prise en soin et de permettre un suivi sur la durée.

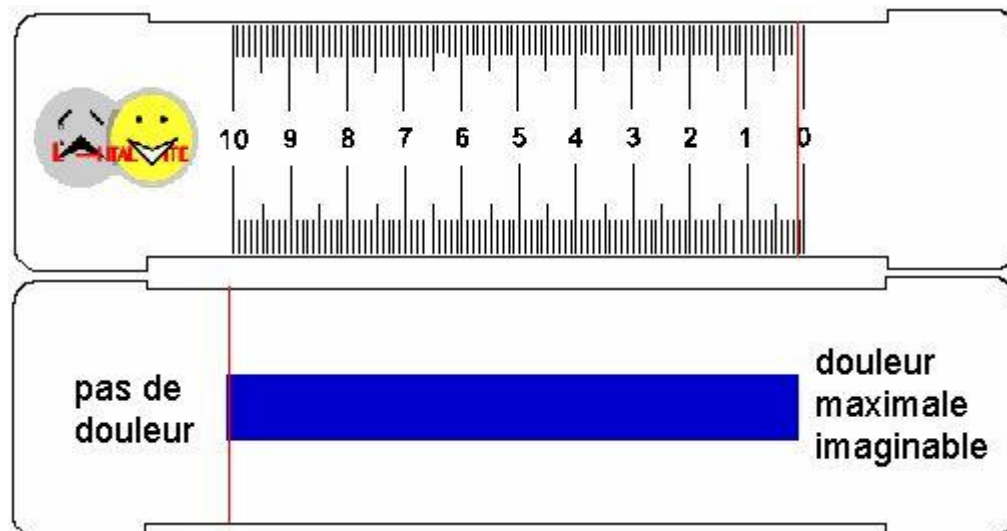
A. Les échelles unidimensionnelles

Les échelles unidimensionnelles permettent une estimation de la douleur à partir d'une auto-évaluation réalisée par le patient, elles rendent un résultat qui s'apparente à une sensation globale d'intensité. L'avantage de ces échelles est d'être facilement réalisables et elles peuvent être répétées pour évaluer aussi le soulagement. Les limites de ces échelles sont de ne pas évaluer la cause ou le mécanisme de la douleur.

Dans le cadre du plan de lutte contre la douleur, l'ensemble du personnel médical et paramédical avait reçu des réglettes pour une évaluation analogique de la douleur (EVA).

1. EVA [22]

L'EVA est une échelle se présentant sous la forme d'une ligne horizontale de 10cm orientée de gauche à droite ou verticale chez l'enfant. L'extrémité Gauche correspond à une douleur nulle ou pas de douleur et l'extrémité droite à celle d'une douleur maximale inimaginable. C'est le patient qui va déterminer à l'aide d'une croix sur une forme écrite ou en déplaçant la réglette. La distance entre douleur absente et la position du trait va donner une valeur numérique en millimètre.



www.antalvite.fr

2. Echelle verbale simple

L'échelle verbale simple est constituée par 5 catégories classant par ordre croissant la douleur allant de 0 (pas de douleur) 1 (faible) 2 (modéré) 3(intense) à 4 (extrêmement intense).

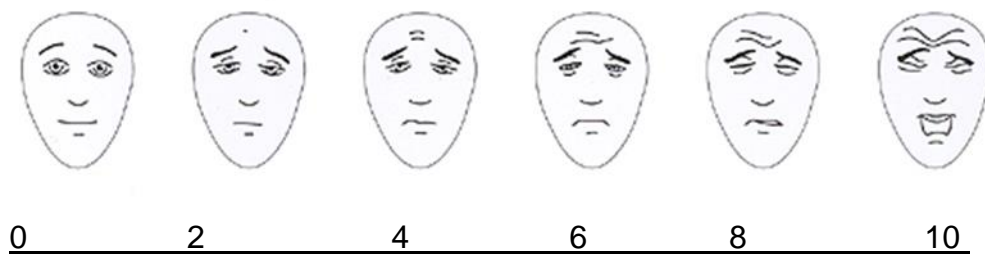
3. Echelle numérique

L'échelle numérique permet l'évaluation de la douleur en proposant au malade de donner une note de 0 à 10. 0 correspond à une douleur absente et 10 à une douleur maximale inimaginable.

L'avantage de cette échelle est d'être facilement utilisable et permet d'évaluer les douleurs dans les activités de la vie quotidienne ou même pendant l'examen clinique sans accessoire supplémentaire.

4. Echelle des visages [23]

L'échelle des visages est la référence d'auto-évaluation chez des enfants à partir de 4 ans. Il s'agit de demander à l'enfant de montrer un visage qui a mal comme lui.



Selon l'ANAES

De 0 à 1 Simple inconfort

De 1 à 3 Douleur légère

De 3 à 5 Douleur modérée

De 5 à 7 Douleur intense

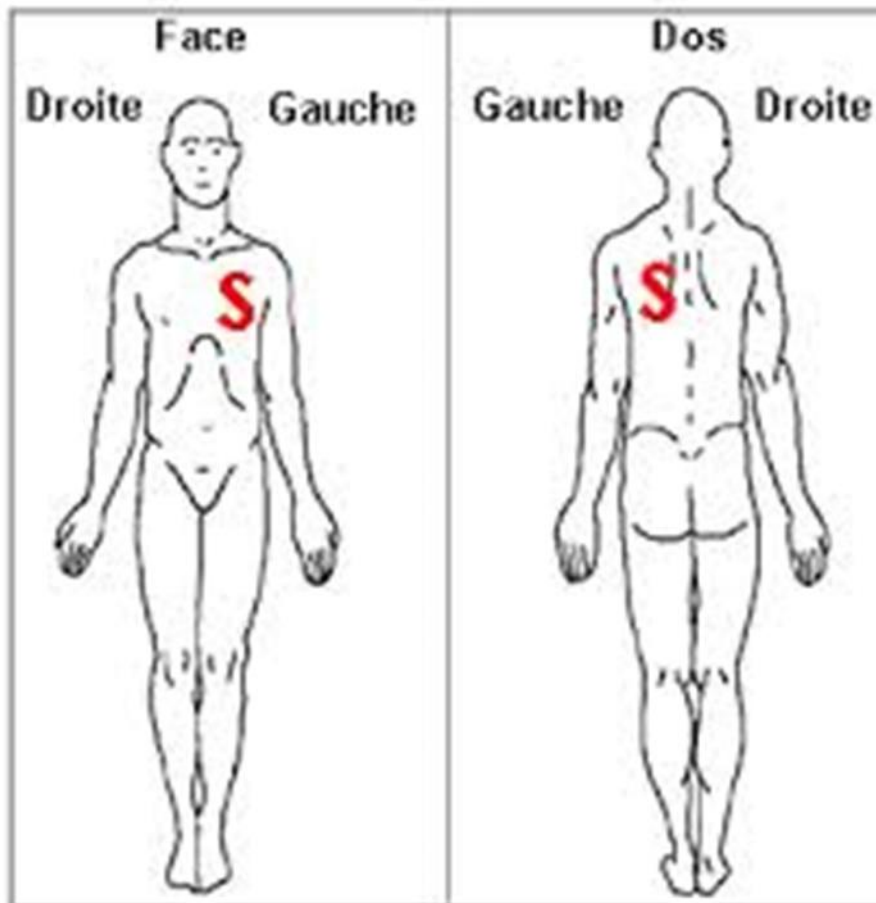
De 7 à 10 Douleur très intense

L'inconvénient de ces échelles est qu'elles ne font qu'une estimation partielle de l'épisode douloureux sans mettre en lumière les effets sur la vie personnelle ou sociale et l'état thymique du patient. De plus, elles ne peuvent être réalisées que chez des patients sans déficit cognitifs et chez des patients communicants. Les patients avec des troubles moteurs ou pathologies rhumatismales peuvent plus difficilement utiliser l'échelle visuelle analogique de même chez les sujets âgés qui présentent des déficits visuels ou auditifs.

B. Les échelles multidimensionnelles

1. Schéma corporel [27]

Le schéma des zones douloureuses permet au patient de localiser sa douleur sur des corps dessinés en position antérieure et postérieure. Il situe sa douleur en hachurant la zone et en la définissant par un S pour une douleur à la surface du corps, P plus profonde et I la plus intense.



Cette échelle peut être utilisée chez l'adulte comme chez l'enfant à partir de 6 ans. Il est recommandé chez le petit d'utiliser un dessin de corps d'enfant.

2. Questionnaire de Saint-Antoine (annexe 2) [24]

Le questionnaire de Saint-Antoine est la version française du Mac Gill Pain Questionnaire (MPQ). Ce questionnaire permet de qualifier la douleur à l'aide d'un choix de 58 adjectifs répartis en 16 catégories. Il interroge la dimension sensorielle et la dimension affective.

Son véritable inconvénient est qu'il nécessite un niveau élevé de compréhension de la part du patient ainsi que des capacités de concentration et une participation active du malade.

II. Les échelles d'hétéro-évaluation

Les échelles d'hétéro-évaluation sont utilisées chez les personnes dyscommunicantes (déficit de communication et enfant de moins de 6 ans). Elles sont remplies par le soignant en fonction de constations comportementales objectives.

A. Echelle Doloplus 2 (annexe 3)

L'échelle DOLOPLUS 2 est une échelle d'évaluation comportementale utilisée chez la personne âgée non communicante [26]. Elle se base sur un questionnaire comprenant 10 items catégorisés en trois classes (item somatique, psychomoteur et psychosociaux) cotés en trois niveaux progressifs. On conclue à une douleur quand le résultat est supérieur ou égal à 5.

L'échelle DOLOPLUS peut être également utilisée au domicile du patient et pas uniquement en milieu hospitalier à la condition que chaque personne l'utilisant ait bénéficié d'un apprentissage. Il peut alors être noté sur un cahier de liaison et donc fait par des personnes différentes.

On ne doit pas hésiter à utiliser cette échelle devant toute modification de comportement chez un sujet non communicant (mutisme, cri, agression verbale, physique, repli sur soi,..) évitant ainsi de sous-estimer la douleur.

B. Echelle Algoplus (annexe 4)

L'échelle ALGOPLUS est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë de la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale. Elle a été développée dès 2007 spécifiquement pour identifier les douleurs aiguës survenant lors des soins, les pathologies douloureuses aiguës (traumatisme osseux,...).

Elle comprend 5 items (visage, regard, plainte, corps, comportements) côté oui/non. Chaque item OUI vaut un point. Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer une douleur. L'avantage de cette échelle est qu'elle est simple d'utilisation permettant un repérage rapide et donc une prise en soin précoce de la douleur.

C. Echelle San Salvador (annexe 5)

L'échelle SAN SALVADOR est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur des enfants polyhandicapés. Elle est cotée de 0 à 40 avec une certitude de la douleur quand le score est supérieur à 6. La grille est couplée à un dossier du comportement habituel de l'enfant rempli par les parents et comprend 10 items. Ces items sont cotés de 0 (réaction habituelle) à 4 (modification extrême).

III. Le retentissement de la douleur

La douleur chronique induit souvent de l'anxiété ou un syndrome dépressif non identifié souvent non recherché. Ces phénomènes sont importants à rechercher car peuvent majorer la symptomatologie douloureuse. Il est d'ailleurs fréquent d'utiliser des traitements antidépresseurs dans la douleur à dose moindre pour la soulager.

En fonction de son intensité, la douleur peut gêner les gestes de la vie quotidienne. Pour évaluer cette dernière dans sa globalité, il faut comprendre le bouleversement qu'elle introduit dans la vie du patient et en préciser sa sévérité.

A. Retentissement sur la vie quotidienne

L'échelle de retentissement de la douleur sur le comportement quotidien (annexe 6) est une échelle comportant six questions sur l'humeur, capacité à marcher, le travail, les relations sociales, le sommeil et le goût de vivre. L'échelle de 0 (ne gêne pas) à 10 (gêne complètement) cote la gêne de la douleur sur ces activités.

B. Retentissement sur l'émotionnel

L'HAD [27] recommande l'utilisation d'échelle comme l'échelle du retentissement émotionnel (HADS) ou l'échelle d'anxiété de Beck.

1. Hospital Anxiety and Depression Scale (annexe 7)

L'HAD-S comprend deux sous-échelles correspondant à une échelle d'anxiété et une de dépression. L'idée est de mieux comprendre les émotions ressenties au cours de la semaine écoulée.

Chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle d'intensité ainsi chaque sous-échelle s'étend de 0 à 21. Un score inférieur ou égal à 7 permet d'infirmier la

dépression. En revanche un score supérieur ou égal à 11 suspecte un cas d'anxiété ou de dépression.

Cette échelle se limite à une forte suspicion de syndrome dépressif et ne peut le confirmer.

2. Questionnaire Abrégé de Beck [28] (annexe 8)

Le Questionnaire abrégé de Beck est une échelle d'auto-évaluation. Le sujet doit entourer la proposition qui le représente le plus. Chaque item est constitué de 4 phrases correspond à quatre niveaux d'intensité croissante. Le score est compris entre 0 et 39.

- 0 à 4 : pas de dépression
- 4-7 : dépression légère
- 8-15 : dépression modérée
- > 16 : dépression sévère

Cependant comme c'est le cas pour l'HAD-S, Il s'agit plutôt d'un haut risque prédictif de syndrome dépressif qu'un réel outil diagnostique [27].

Ces outils présentent des limites incontestables. Ils nécessitent souvent une formation préalable sur la maîtrise des termes utilisés comme c'est le cas pour l'échelle QDSA. Les échelles ont été adaptées aux personnes communicantes, aux sujets âgés avec des troubles de la communication et aux enfants de tous les âges et prenant en compte leur handicap. En revanche, il n'existe à ce jour aucune échelle propre à la pathologie mentale. Il est possible d'utiliser les échelles non spécifiques à cette population comme les échelles d'auto-évaluation quand cela est possible.

En Santé mentale, la douleur est difficile à appréhender s'exprimant de façon différente selon la pathologie. Il faut apprendre à reconnaître cette douleur chez des patients qui parfois la nient, ou parfois l'expriment selon un mode inhabituel, et ne jamais oublier qu'elle existe.

LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

La douleur, comme définie par l'IASP comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable » dont la répercussion sur la personne est variable selon son âge, son sexe, sa culture. Elle va provoquer chez le patient des émotions désagréables, des interprétations cognitives et aussi une réponse comportementale [29]. En santé mentale, identifier la douleur est difficile du fait de sa perception différente selon les pathologies et les patients.

Dans certaines pathologies comme la schizophrénie où certains patients sont parfois non communicants ou délirants, il devient alors difficile d'appréhender la douleur qui se caractérise par des cénesthésies, des bizarreries du comportement ou des hypoalgésies.

Contrairement aux pathologies dépressives ou anxieuses où la douleur est souvent exprimée au détriment du trouble psychiatrique.

La douleur chronique est une expérience aussi complexe et qui implique des éléments affectifs, cognitifs et comportementaux ayant un retentissement physique, psychologique et social expliquant son impact sur l'humeur.

Dans la suite de ce travail, nous allons étudier la perception de la douleur en santé mentale

I. La perception de la douleur en santé mentale

A. Le syndrome dépressif

Le syndrome dépressif se définit selon le DSM4-TR comme « un trouble mental courant se caractérisant soit par une humeur dépressive soit par une perte d'intérêt ou de plaisir associée à des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et marquant un changement par rapport au fonctionnement antérieur ». Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance. La dépression peut se chroniciser ou devenir récurrente ayant des répercussions sur sa vie quotidienne.

1. La douleur physique

La douleur physique et la dépression semblent être souvent liées. Il apparaît que plus de 50% des patients suivis pour des dépressions ressentent des douleurs somatiques telles que des céphalées, des douleurs musculo-squelettiques et des douleurs viscérales [30]. Les douleurs chroniques associées à une dépression auraient un impact négatif sur la sévérité, la durée et l'évolution de la symptomatologie douloureuse et même dépressive. Ainsi il apparaît dans un article [31] de 2004 portant sur deux études randomisées contrôlées en double aveugle d'une durée de neuf semaines que le taux de rémission de la dépression est deux fois plus élevé si les patients répondent au traitement du syndrome douloureux que les autres.

De nombreuses études ont été menées pour mettre en évidence une relation entre la douleur et la dépression. Ces études ont été réalisées dans un cadre expérimental et concluent à des résultats paradoxaux. Alors que la plupart des études ont montré une hypoalgésie (élévation du seuil douloureux et de tolérance à la douleur) d'autres ont conclu soit à l'inverse soit à aucune différence entre les deux groupes. L'étude de Bär et al [32] a démontré quant à elle que cette variation entre hypoalgésie et hyperalgésie dépendait du type de stimulations (électriques/thermiques ou ischémiques).

Les neurophysiologistes ont pu mettre en lumière le lien de plusieurs neurotransmetteurs (sérotonine et dopamine) et la structure du système nerveux avec la douleur et l'humeur. Cela explique désormais le rôle joué par des thérapeutiques initialement utilisées dans les troubles dépressifs dans le soin de la douleur (antidépresseur,...)

Fields en 1991 [19] va émettre l'hypothèse que le sujet déprimé a une attitude péjorative sur ce qui lui arrive et aura donc tendance à une interprétation plus menaçante de la réalité. Il évoque donc l'impact cognitif de la douleur altérant les aspects affectifs et évaluatifs du vécu douloureux. Keefe en 1990 parlait déjà d'une « réaction de catastrophisme ».

Les patients mélancoliques se développent dans un processus de négation où le corps n'est plus. L'analgésie s'inscrit alors dans ce tableau où le patient se considère disparu. [33]

La difficulté de la prise en charge va intervenir quand le patient présente une dépression dite masquée décrite par Kielholz en 1973. Dans cette forme clinique, seule la plainte douloureuse est mise en avant au détriment de la manifestation

dépressive favorisant alors de multiples examens. La plupart des douleurs retrouvées dans cette pathologie sont les céphalées et les douleurs lombaires. C'est dans ce contexte, qu'il peut être intéressant d'utiliser l'HAD-S.

Mais alors qu'une douleur aiguë peut induire une symptomatologie dépressive, la douleur chronique est très souvent associée à une pathologie dépressive.

2. La douleur chronique

Dans la littérature, il est démontré que la prévalence de douleurs chroniques est plus élevée chez les patients avec un syndrome dépressif et que la prévalence de la dépression est plus élevée chez ceux souffrant de douleurs chroniques, comparativement à la population générale [34]. Il est démontré que la dépression est la comorbidité la plus fréquente chez les patients atteints de douleurs chroniques. [35]

Le lien entre la douleur chronique et la dépression a été le jeu de plusieurs hypothèses [33] mais aucune n'a vraiment été démontrée. :

- L'antécédent : la dépression serait apparue avant la chronicisation de la douleur
- La conséquence : la douleur aurait précédé la dépression
- L'hypothèse de la cicatrice : le patient aurait déjà eu des épisodes dépressifs et cela le prédisposerait.

B. Les troubles anxieux

Le trouble panique se définit dans le DSM-IV comme une succession d'attaques de panique dont l'expression est dominée par des signes somatiques (manifestation cardio-respiratoire, neurologique, végétatif, digestif,...)

Le trouble anxieux généralisé se caractérise par une anxiété et des soucis excessifs pendant au moins six mois concernant des activités quotidiennes entraînant des préoccupations incontrôlables. A ces préoccupations s'ajoutent au moins trois symptômes parmi une agitation ou sensation d'être à bout, fatigabilité. Des difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, une tension musculaire ou une perturbation du sommeil « difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu agité et non satisfaisant ».

L'influence de l'anxiété sur la perception de la douleur a été confirmée dans de nombreuses études psychophysiques. Elles ont permis de constater à un niveau élevé d'anxiété une augmentation de la perception douloureuse, une diminution du seuil de perception de la douleur et une diminution du seuil de tolérance de la douleur.

Il n'apparaît sur le plan physiologique aucune explication à cette corrélation. Une étude réalisée par Sharp *et al* émet l'hypothèse que ces deux entités partageraient des composantes identiques comme l'évitement, la diminution du niveau d'activité et la tendance à se souvenir des événements passés [36].

La conclusion actuelle est que les patients avec des troubles anxieux seraient prédisposés à présenter des douleurs non pas liées à un phénomène physiologique (diminution du seuil de sensibilité à la douleur) mais plutôt à un phénomène psychologique avec une tendance à se concentrer sur la douleur.

C. Les troubles de la personnalité

Selon le DSM-IV, les troubles de la personnalité correspondent à des anomalies interrelationnelles, sentimentales et cognitives. Elles entraînent souffrance et perturbations sociales significatives. Les troubles de la personnalité se développent dès l'enfance ou l'adolescence.

Des études ont mis en évidence que 31 à 81% des troubles de la personnalité étaient sujettes aux douleurs chroniques contre 8% dans la population générale. Cependant aucune étude n'a permis d'identifier des troubles de la personnalité plus sensibles au développement de douleur chronique. Certaines personnalités seraient malgré plus à risque de s'exprimer dans des situations de stress aiguë comme la douleur. Il s'agit notamment des personnalités anxieuses, paranoïdes ou dépendantes. Le modèle psychologique dit stress-diathèse se définit comme une vulnérabilité psychique qui soumit à un stress tel que la douleur va déterminer l'apparition d'un trouble de la personnalité ou alors que cette vulnérabilité propre peut entraîner un stress [36]. Par exemple, nous observons dans l'hystérie des conversions dont les symptômes sont le plus souvent des troubles douloureux. La zone douloureuse peut être le symbole d'une souffrance ancienne et parfois même entretenue par les personnes soignantes et familiales en provoquant des bénéfices secondaires.

Mais il convient malgré tout de signifier qu'il s'agit d'un diagnostic d'élimination et que nous ne devons pas nous retrancher derrière le trouble de la personnalité.

D. Les troubles psychotiques

La schizophrénie est selon le DSM-IV caractérisée par un ensemble de signes et de symptômes particuliers (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et/ou des symptômes négatifs) deux ou plus pendant une période de 1 mois associé à des périodes prodromiques ou résiduelle où les signes permanents de la perturbation se manifestent uniquement par des symptômes négatifs ou par au moins deux signes atténués pendant au moins 6 mois [37].

Les interrogations sur la perception de la douleur chez les patients schizophrènes ont motivé de nombreuses recherches. Marchand et al avaient remarqué que 37% des patients schizophrènes n'avaient pas présenté de douleurs lors des trois pathologies suivantes : ulcères gastro duodéal, fracture du fémur et appendicite aigue [38]. Dans une autre étude, il a observé dans 82.5% des cas une absence de douleur en cas d'infarctus du myocarde à la phase aigüe et 67.5% à 24 heures. [38, 39, 40]

Actuellement il n'existe aucune hypothèse formelle sur la réactivité à la douleur. Une revue de la littérature écrite par Oliver Bonnot et Sylvie Tordjman [41] s'est intéressée au sujet au travers de 50 articles. Elle conclue plutôt qu'à une diminution du seuil de la sensibilité à la douleur, comme évoqué par Kraepelin en 1807 puis Bleuler en 1926 [40], a une probable diminution de la réactivité comportementale à la douleur.

Dès 1945, Arieti envisageait l'idée que la sensation douloureuse serait perçue par les schizophrènes mais que la composante affective ferait défaut [42]. Bonnot et Tordjman [41] ont démontré dans leur étude non pas une absence de réactivité comportementale extériorisée mais une réponse neurovégétative interne plus importante chez les patients que chez les sujets témoins.

Sur le plan neurophysiologique, les enquêtes suggèrent que les patients schizophrènes présenteraient un déficit des systèmes excitateurs de la douleur et non pas à une hyperréactivité des systèmes inhibiteurs descendants et que l'absence de sensibilisation à la douleur dans la douleur serait supra spinale et non pas spinale [41]. Les modifications neurobiologiques impliqueraient donc les opioïdes, la dopamine, la sérotonine ou encore le glutamate.

Il est essentiel également de rappeler que l'hypoalgésie pourrait être liée à des facteurs extérieurs comme l'utilisation de psychotropes ou la neuropathie diabétique.

L'hypothèse des neuroleptiques est peu probable car avant même leur introduction, on observait des cas d'indifférence à la douleur.

L'hypothèse du diabète pourrait avoir une influence sur cette diminution de sensibilité. Les patients avec des troubles psychotiques sont plus à risque de développer des maladies métaboliques secondaires aux neuroleptiques. Il est donc possible que ces patients, peu observant sur le plan médical, développent des neuropathies sensitives [43].

Il est clair qu'il ne s'agit que d'hypothèses, qu'il est essentiel de poursuivre les recherches et que le doute doit bénéficier aux patients.

E. Les addictions

Les addictions se définissent selon le manuel DSM-IV comme un mode d'utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, et caractérisées par la présence d'au moins trois (ou plus) de ces manifestations (tolérance, sevrage, augmentation des prises, désir ou efforts infructueux pour diminuer l'utilisation de la substance,...) à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.

24 % des patients suivis dans des centres de toxicomanie présentent des douleurs chroniques. La prévalence des douleurs chroniques est encore plus élevée chez les patients avec des antécédents de dépendance aux opioïdes (37%) et de traitements de substitution à la méthadone (61%) [44].

Pour comprendre comment la douleur est perçue chez les toxicomanes, les recherches ont été essentiellement expérimentales. Elles ont conclu, dans la plupart des cas, à une hyperalgésie même chez les patients sans douleur chronique. Cette tolérance réduite à la douleur (essentiellement thermique) persiste encore à 4 semaines de sevrage même sous méthadone. Des études complémentaires ont pu observer une influence de la méthadone sur le résultat de ces études. Ce seuil était réduit aux stimulations thermiques et électriques et persistaient encore 3 heures après l'introduction de méthadone. [45]

Il conviendrait donc actuellement de déterminer à distance du sevrage en méthadone si les résultats sont identiques pour alors mieux comprendre le profil douloureux de ces patients.

F. Le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur qui se caractérise par une alternance d'épisodes thymiques à l'origine d'un dysfonctionnement global.

Dans la littérature, il n'existe que très peu de données de la perception de la douleur dans le cadre des troubles bipolaires. Une large étude réalisée dans la population a montré que les sujets migraineux souffraient deux fois plus d'un trouble bipolaire que les sujets non migraineux [46] de même que les femmes souffrant de fibromyalgie. Une des théories évoquées est l'existence de facteurs étiologiques communs tel qu'un dysfonctionnement sérotonergique ou l'implication de facteurs vasculaires [47].

Comparativement aux patients unipolaires, il semble que les patients bipolaires décrivent significativement moins de plaintes musculosquelettiques. [47-48].

Cependant le manque de données ne permet pas d'émettre des hypothèses sur la physiopathologie de la douleur.

II. Les moyens d'évaluation de la douleur en santé mentale

La douleur en santé mentale est un phénomène complexe dont la physiopathologie n'est pas clairement définie. La composante affectivo-émotionnelle est parfois importante comme dans les troubles anxieux ou la composante sensorielle parfois absente comme chez les schizophrènes.

Des limites ont pu être observées dans les établissements de santé mentale comme l'observation du patient, la sensation difficilement exprimée parfois associée à des altérations de la représentation du schéma corporel mais aussi le manque de formation du personnel soignant. L'examen clinique va rester un élément indispensable au diagnostic bien que parfois compliqué dans des pathologies où le toucher est impossible.

En santé mentale, l'élément tout aussi indispensable est de repérer toute modification de comportement du patient. Toute modification de comportement doit motiver les soignants à rechercher une étiologie et notamment une pathologie douloureuse.

Il n'existe aucun outil d'évaluation propre à la santé mentale. Dans le cas de patients communicants, il est tout à fait légitime d'utiliser des échelles d'auto-évaluation comme l'EVS, l'EVA ou encore l'échelle des six visages habituellement utilisée en pédiatrie.

Il est également possible d'utiliser des échelles comportementales d'hétéro-évaluation chez les patients souffrant de troubles cognitifs ou non communiquant. On pense à l'échelle Doloplus- 2 notamment, mais cela reste une extrapolation car elles n'ont pas été validées dans cette population et rien ne certifie que les modifications du comportement soient comparables, il n'est qu'à se souvenir de la dissociation et de la discordance de la schizophrénie.

Il semble en revanche moins envisageable d'utiliser des échelles multidimensionnelles souvent trop compliquées pour les patients avec des pathologies mentales et où les dimensions sensori-discriminatives et affectives sont mesurées.

Actuellement une échelle construite à partir des échelles de San Salvador et Doloplus est en cours d'évaluation chez les patients schizophrènes dans une enquête menée par l'institut UPSA de la douleur et l'APSSS. Cette échelle évalue au travers de 12 items répartis en 3 sous-groupes le retentissement somatique, le retentissement psychomoteur et le retentissement psychosocial. Chaque item est coté de 0 à 3. Un total supérieur à 6/44 conclue à une douleur.

Il est possible également d'utiliser l'échelle EDAAP. Il s'agit d'une étude qualitative d'évaluation comportementale de la douleur. Les limites de cette échelle est qu'elle nécessite une formation des soignants. L'évaluation se fait grâce à un binôme ou en équipe pluridisciplinaire.

MATERIELS ET METHODES

I. Objectif de l'étude

L'intérêt de l'étude est de définir les difficultés que rencontrent les médecins généralistes dans la prise en soin de la douleur des patients avec des troubles psychiatriques.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les facteurs influençant les difficultés, les critères de non utilisation des échelles d'évaluation et les besoins des médecins généralistes pour l'amélioration de leur pratique.

II. Méthode

Il s'agit d'une étude quantitative. Un questionnaire anonyme (annexe 9) comprenant 17 questions a été envoyé à 300 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Ces médecins généralistes ont été tirés au sort dans les pages jaunes dans la région Nord-Pas-de-Calais. Les médecins ont d'abord été contactés par téléphone pour les informer de leur sélection dans l'étude et leur demander leur préférence de réception (mail ou courrier).

237 courriers ont été envoyés accompagnés d'une enveloppe affranchie et libellée pour la réponse. 63 médecins généralistes ont préféré un envoi par mail par l'intermédiaire d'un lien hébergé sur Google drive. Le questionnaire est disponible au lien hypertexte suivant:

https://docs.google.com/forms/d/1aNdkaq1U1JxEffb9z7UczlL1tUuxNSkPYOf9srf2_w/viewform

Les médecins ont été relancés dans le mois suivant l'envoi du questionnaire soit par mail soit par un appel téléphonique.

Ce questionnaire anonyme comportait des questions fermées à choix multiples sans partie clairement distincte.

La première partie du questionnaire fait préciser au médecin généraliste sa situation professionnelle et son activité.

La deuxième partie du questionnaire s'intéresse aux difficultés de prise en soin de la douleur et aux pratiques d'évaluation de la douleur.

La dernière partie questionne le médecin sur les moyens de les aider à surmonter leur difficulté.

L'analyse statistique a été réalisée par la plateforme d'aide méthodologique du Service d'Information et des archives médicales du CHRU de Lille. Les variables quantitatives ont été comparées par un test non paramétrique de Wilcoxon indépendant et de Kruskal-Wallis. Le seuil de significativité a été fixé pour $p < 0.05$.

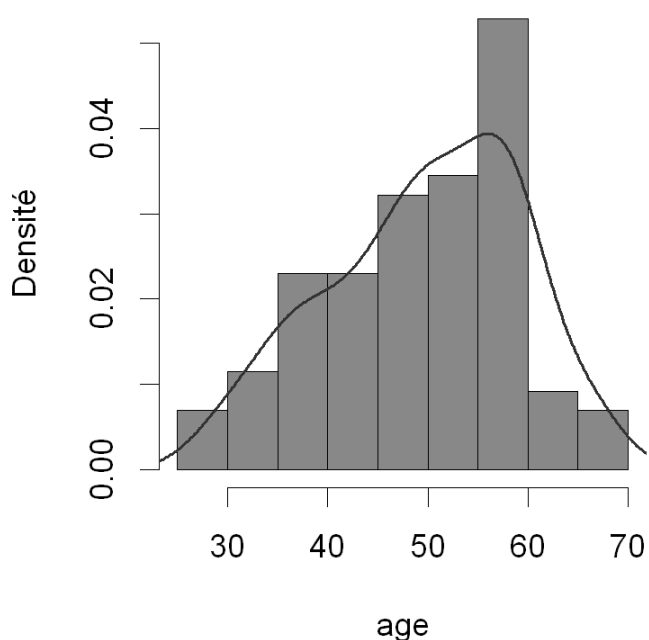
RESULTATS

I. Le taux de réponse

Parmi les 300 questionnaires envoyés, 88 ont été retournés soit un taux de participation de 29.33%. Le taux de réponse ne diffère pas selon que les participants aient choisi de recevoir le questionnaire par mail ou par courrier (31.74% vs 28.70%).

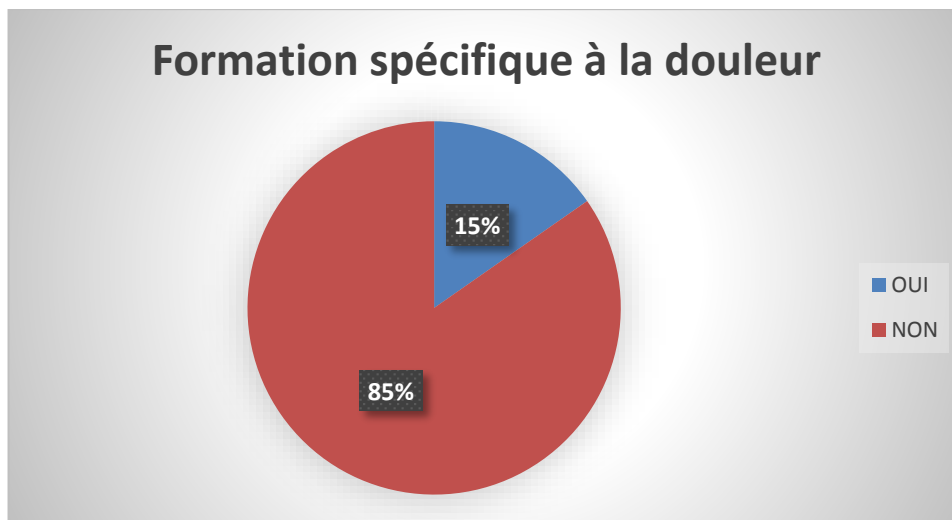
II. Les médecins généralistes répondeurs

Il s'agissait principalement de médecin du sexe masculin (72%) dont l'âge moyen est de 50 ans (écart type de 9.518).

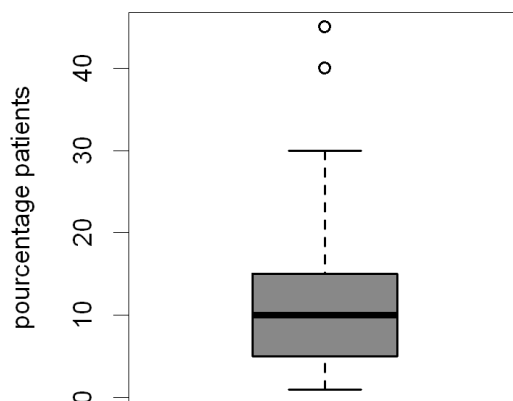


45 des praticiens exerçaient en milieu urbain (45%), 29 en semi rural (33%) et 19 en milieu rural (22%).

85% des médecins déclarent n'avoir aucune formation spécifique sur la douleur.



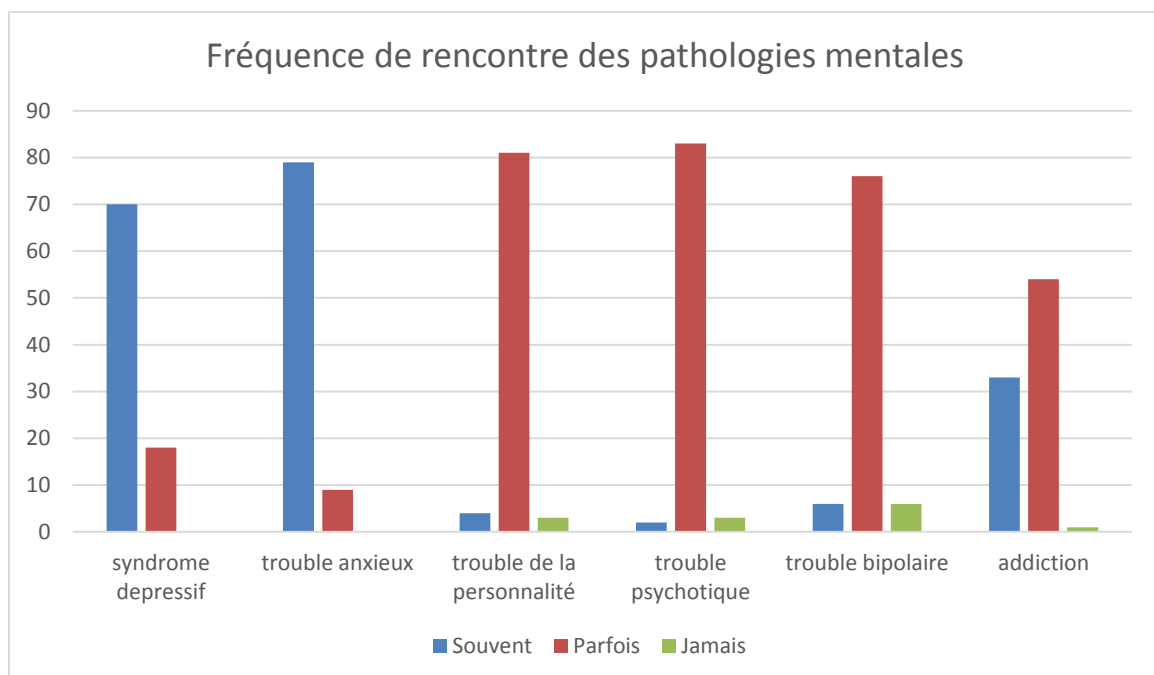
La moyenne des patients avec des troubles psychiatriques dans la patientèle est estimée à 12.33 % (écart type 9.507). On observe deux valeurs extrêmes à 40% et 45%.



Quand des troubles psychiatriques sont présents, les médecins qui répondent estiment rencontrer :

- Souvent : les troubles anxieux (pour 90% d'entre eux), les syndromes dépressifs (pour 80% d'entre eux), les addictions (38%),...
- Parfois : les troubles de la personnalité (92%), les troubles bipolaires (86%) les addictions (61%) et les troubles psychotiques (94%)...

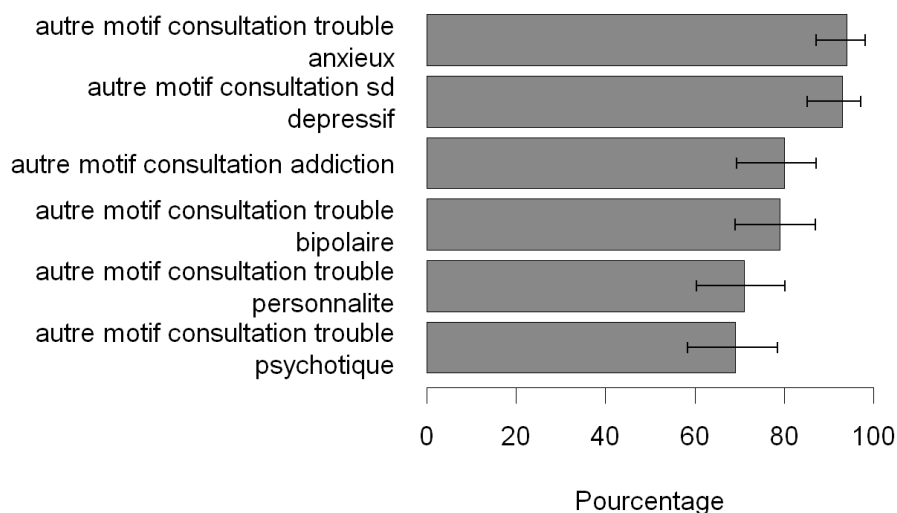
Trois médecins parmi le panel disent n'avoir jamais traité dans leur patientèle des pathologies telles que les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité.



Il apparait que ces patients ne consultent pas uniquement pour le suivi de leur pathologie psychiatrique et ceux quel que soit le trouble psychiatrique concerné. Les patients psychotiques consultent malgré tout moins pour un autre motif (69%) que le suivi habituel de leur pathologie chronique.

Tableau 1 : Motif de consultation autre que leur pathologie psychiatrique

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
autre motif consultation trouble anxieux	83	94	[87.24-98.13]	88	0
autre motif consultation syndrome dépressif	82	93	[85.19-97.2]	88	0
autre motif consultation addiction	70	80	[69.34-87.11]	88	0
autre motif consultation trouble bipolaire	69	79	[69.02-86.96]	87	1
autre motif consultation trouble personnalité	62	71	[60.41-80.21]	87	1
autre motif consultation trouble psychotique	61	69	[58.45-78.47]	88	0



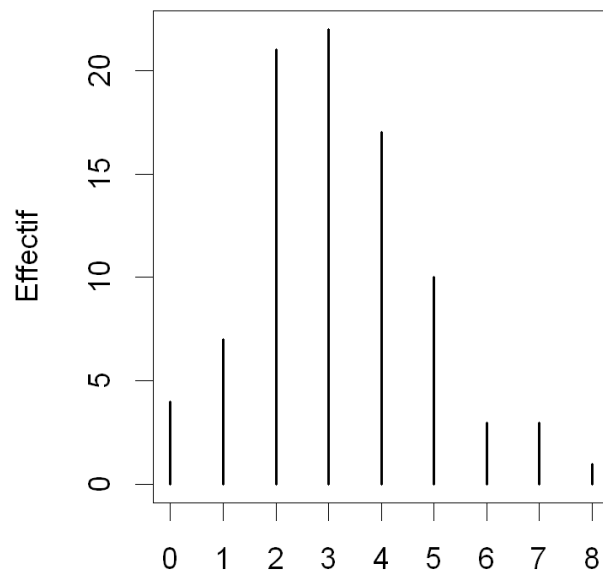
III. La Prise en charge de la douleur

1. Dans la population générale

Sur le plan généra (tableau 2), 22 médecins sur les 88 réponders soit 25% reconnaissent, sur une échelle numérique (0 aucune difficulté et 10 difficulté insurmontable), une difficulté à 3/10 à prendre en charge la douleur. Quatre praticiens (5%) confient n'avoir aucune difficulté à prendre en charge la douleur et cinq généralistes expriment une difficulté supérieure à 6/10. La moyenne est de 3.182 +/- 1.658

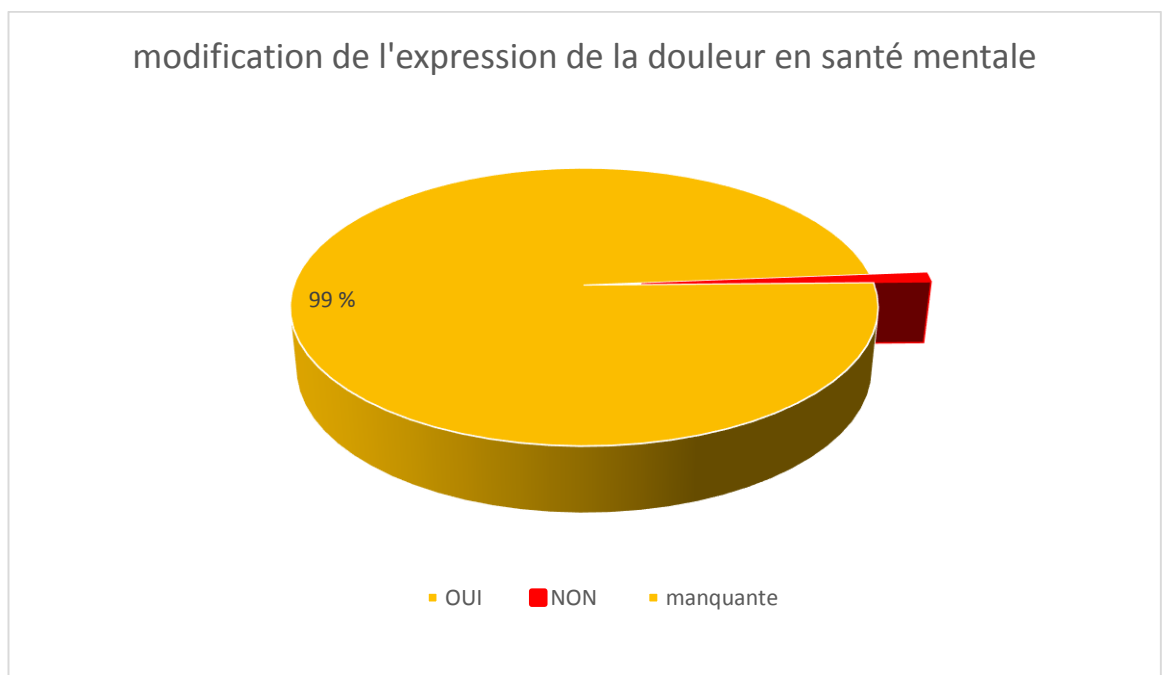
Tableau 2 : Ressenti quant à la difficulté de prendre en charge la douleur dans la population générale

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	4	5	[1.25-11.23]
1	7	8	[3.53-16.23]
2	21	24	[15.7-34.35]
3	22	25	[16.65-35.57]
4	17	19	[11.97-29.41]
5	10	11	[5.88-20.34]
6	3	3	[0.71-9.64]
7	3	3	[0.71-9.64]
8	1	1	[0.03-6.17]
9	0	0	
10	0	0	
Total.valides	88	100	-



2. Dans la population spécifiquement examinée

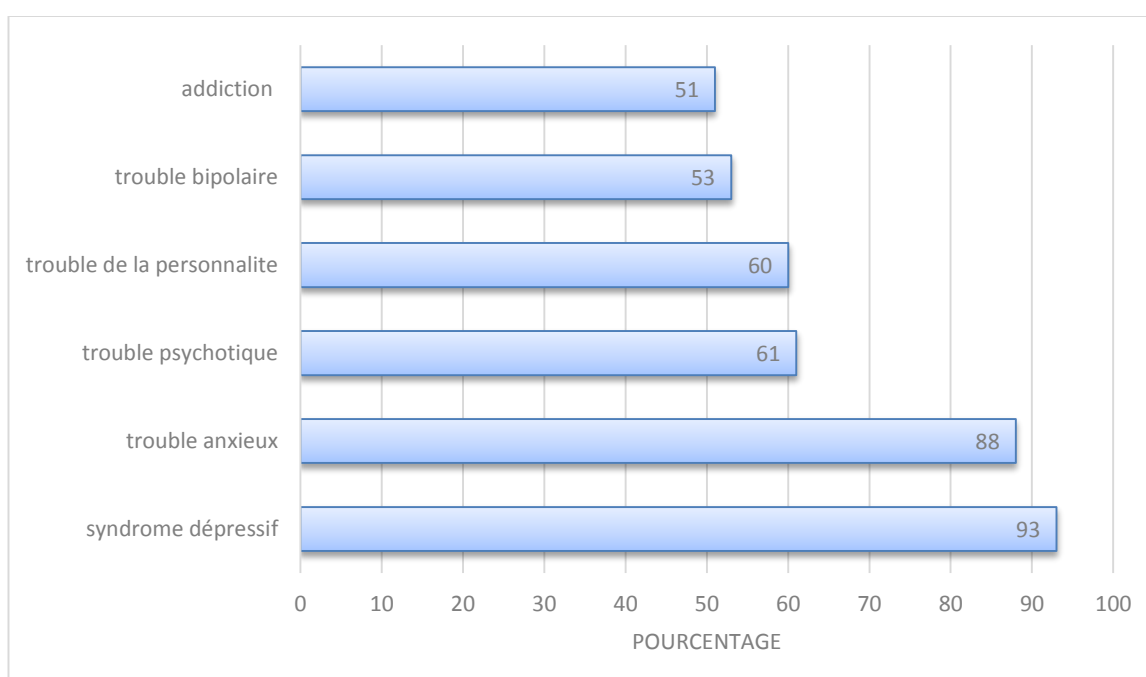
Dans 99% des cas, les médecins disent que certaines pathologies psychiatriques modifient l'expression de la douleur (tableau 1). Un seul médecin considère qu'aucune pathologie mentale ne la modifie.



D'après les médecins généralistes interrogés (tableau 3) , le ressenti de la douleur est le plus souvent modifié dans les syndromes dépressifs (93%) et les troubles anxieux (88%). Près de la moitié des généralistes interrogés (51%) répond que les addictions ne modifient pas l'expression de la douleur.

Tableau 3 : Modification de l'expression de la douleur en fonction de la pathologie mentale

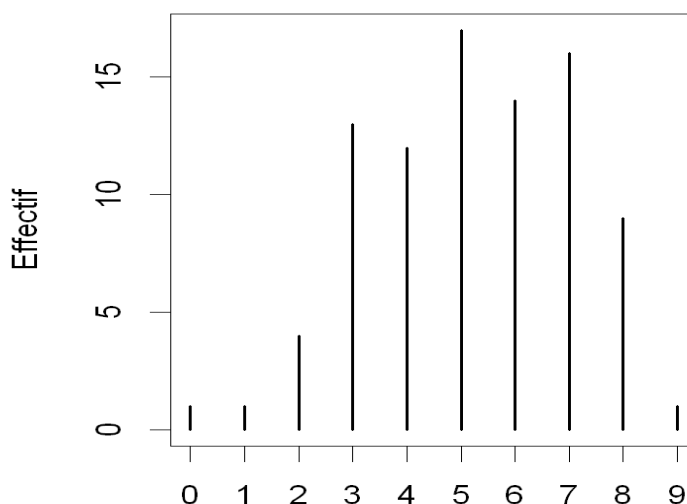
	Effectifs manquantes	Pourcentage	IC à 95%	Valides
syndrome dépressif modifie	82 0	93	[85.19-97.2]	88
trouble anxieux modifie	77 0	88	[78.32-93.29]	88
trouble psychotique modifie	54 0	61	[50.35-71.38]	88
trouble de la personnalité modifie	53 0	60	[49.21-70.34]	88
trouble bipolaire modifie	47 0	53	[42.51-64.01]	88
addiction modifie	45 0	51	[40.32-61.85]	88



Pour la population avec des troubles mentaux (tableau 2) , 17 praticiens (19%) estiment leur difficulté à 5/10. 45% des généralistes avouent même une difficulté supérieure à 6/10 contrairement à 5% dans la population générale. La moyenne est de 5.2 à +/-1.89.

Tableau 4 : Evaluation du ressentie par le médecin sur une échelle numérique

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	1	1	[0.03-6.17]
1	1	1	[0.03-6.17]
2	4	5	[1.25-11.23]
3	13	15	[8.41-24.3]
4	12	14	[7.55-23]
5	17	19	[11.97-29.41]
6	14	16	[9.28-25.59]
7	16	18	[11.06-28.15]
8	9	10	[5.07-18.99]
9	1	1	[0.03-6.17]
Total.validés	88	100	-



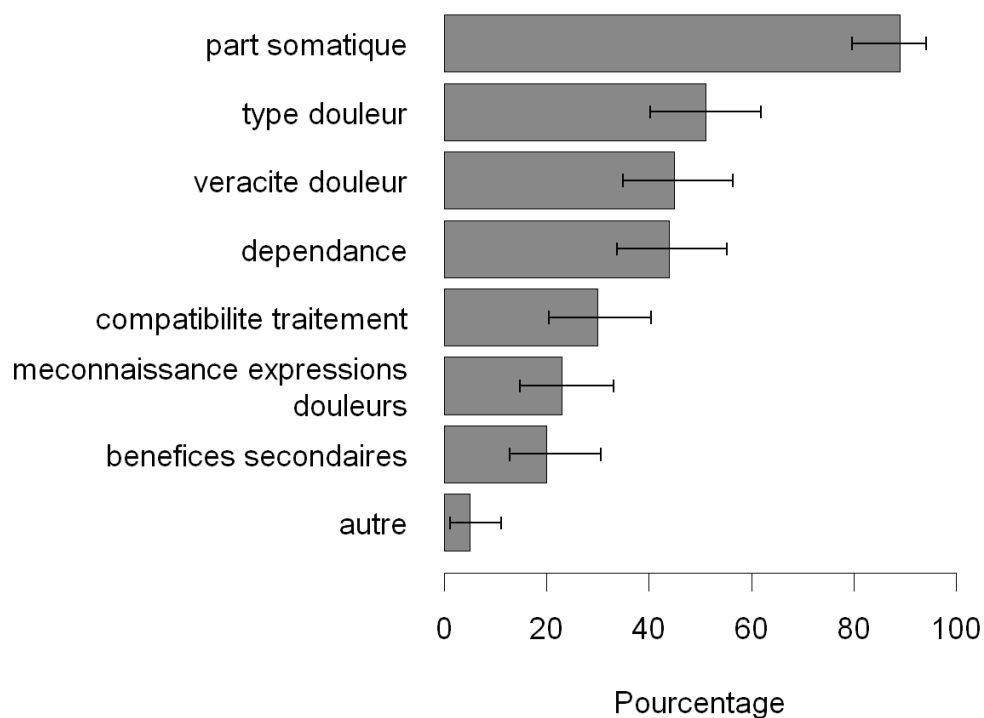
Il existe donc une différence significative dans la prise en charge de la douleur entre la population générale et les patients avec des troubles mentaux ($p= 5.55 \times 10^{-7}$) dans cette échantillon de médecins.

3. Difficultés ressenties par les médecins généralistes

Nous constatons que les difficultés ressenties principalement par les médecins généralistes sont dans 89% des cas la difficulté à faire la part du somatique. Ce résultat est largement supérieur aux autres raisons.

Les causes les moins souvent incriminées sont la notion de doute concernant la compatibilité des traitements (30%), la peur de générer des bénéfices secondaires (20%) et la méconnaissance des expressions de la douleur chez les patients avec des troubles mentaux dans 23% des cas.

Il est intéressant de constater que dans 45% des cas les médecins ont des doutes sur la véracité des douleurs et estiment avoir peur de générer des dépendances (44%).



Nous avons pu définir qu'il est significativement plus difficile de prendre en charge la douleur chez les patients avec des troubles mentaux mais aucun facteur influençant déterminant tel que l'âge, le sexe, le milieu d'exercice ou même la proportion de cette classe dans la patientèle du médecin généraliste n'ont pu être significativement mis en évidence.

De plus la formation initiale n'améliore pas significativement le ressenti du médecin face à la prise en charge de la douleur dans cette pathologie.

IV. Evaluation de la douleur

A. Echelles d'évaluation de la douleur (annexe 10)

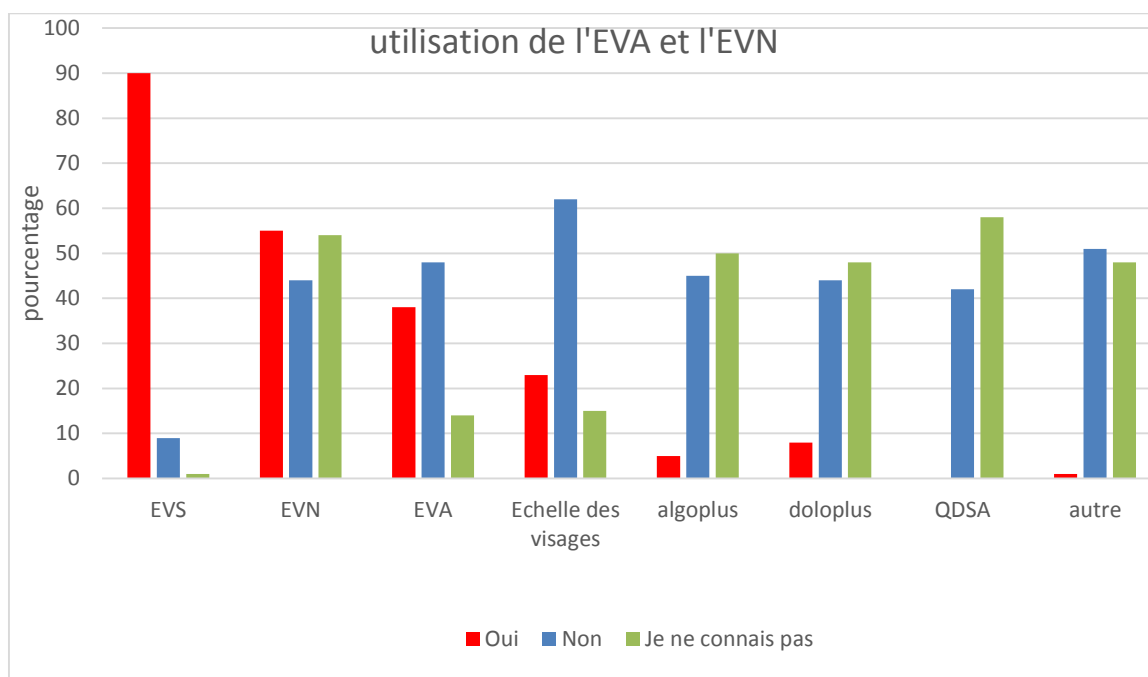
L'EVS est utilisée par 90% de médecins interrogés soit largement préféré aux autres échelles. L'échelle verbale numérique est connue par 98 % des médecins mais seulement 54% disent l'utiliser.

L'EVA et l'échelle des visages, respectivement connues par 85% et 86% des praticiens, n'entrent dans le champ d'évaluation courant du médecin que dans 23% et 38% des cas.

Les échelles multidimensionnelles et d'hétéro-évaluation peinent à trouver leur place dans les outils du médecin traitant. Nous remarquons dans cette étude que les médecins n'ont pas connaissance de toutes les échelles utilisées. Ainsi la moitié des médecins interrogés ne connaît pas l'échelle Algoplus (50%), 48% l'échelle Doloplus et plus de la moitié des médecins (58%) ignore l'existence du questionnaire de Saint-Antoine.

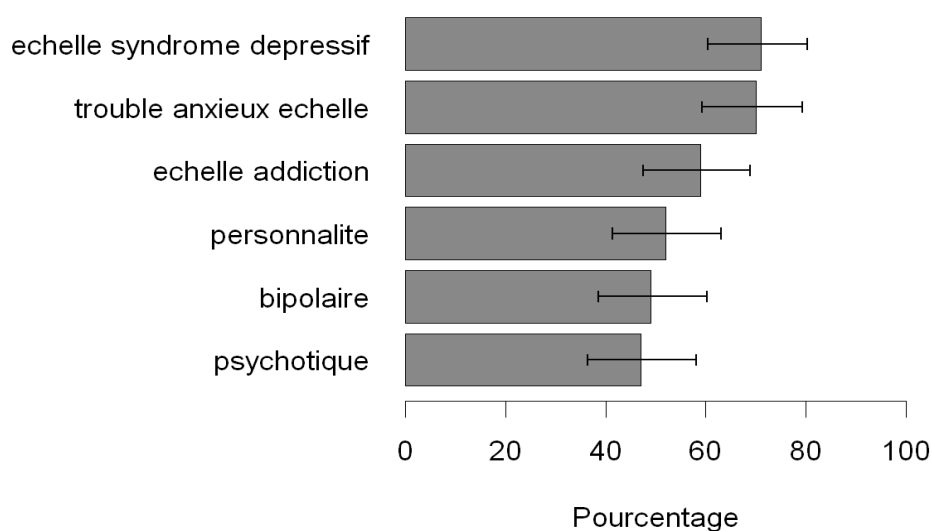
L'ensemble des échelles sus-citées sont les seules du panel d'évaluation. Seulement 1 médecin sur les 85 réponders confie utiliser d'autres questionnaires que ces derniers.

Tableau 4 : Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur



Dans la population présentant des troubles mentaux, les médecins confirment l'utilisation des échelles essentiellement chez les malades avec des syndromes dépressifs (71%) et des troubles anxieux (70%). En revanche, dans 47% des cas, ces échelles ne sont pas utilisées chez les patients souffrant de psychose.

Utilisation des échelles chez les patients avec des pathologies mentales



B. Etiologies de non-utilisation

Dans les deux populations, la première raison de la non-utilisation des échelles d'évaluation est le temps trop court d'une consultation non compatible avec le temps nécessaire pour répondre aux échelles dans 38% dans la population générale et 27% dans la population des patients avec des troubles psychiatriques. Dans cette dernière population, les questionnaires peu adaptés aux plaintes des patients arrivent en tête à 27 % des raisons de rejet également alors que dans la population générale elle ne représente que 18% des raisons.

Les difficultés de compréhension de ces échelles par le patient sont relevées par 17% des généralistes dans la population générale et 22% chez les patients avec les pathologies mentales. Les douleurs des patients avec des troubles psychiatriques sont peu adaptées à ces échelles d'après 17% des interrogés contre 5% dans la population générale où elle est la dernière cause de non-utilisation.

Tableau 5 : Raison de non-utilisation des échelles d'évaluation dans la population générale.

	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Longueur de la consultation	31	36	[25.86-46.69]
Plaintes des patients	16	18	[11.06-28.15]
Difficulté de compréhension	15	17	[10.16-26.88]
Autre	13	15	[8.41-24.3]
Peu adaptés aux douleurs	4	5	[1.25-11.23]

Tableau 6 : Raison de non-utilisation des échelles d'évaluation dans la population avec des troubles mentaux.

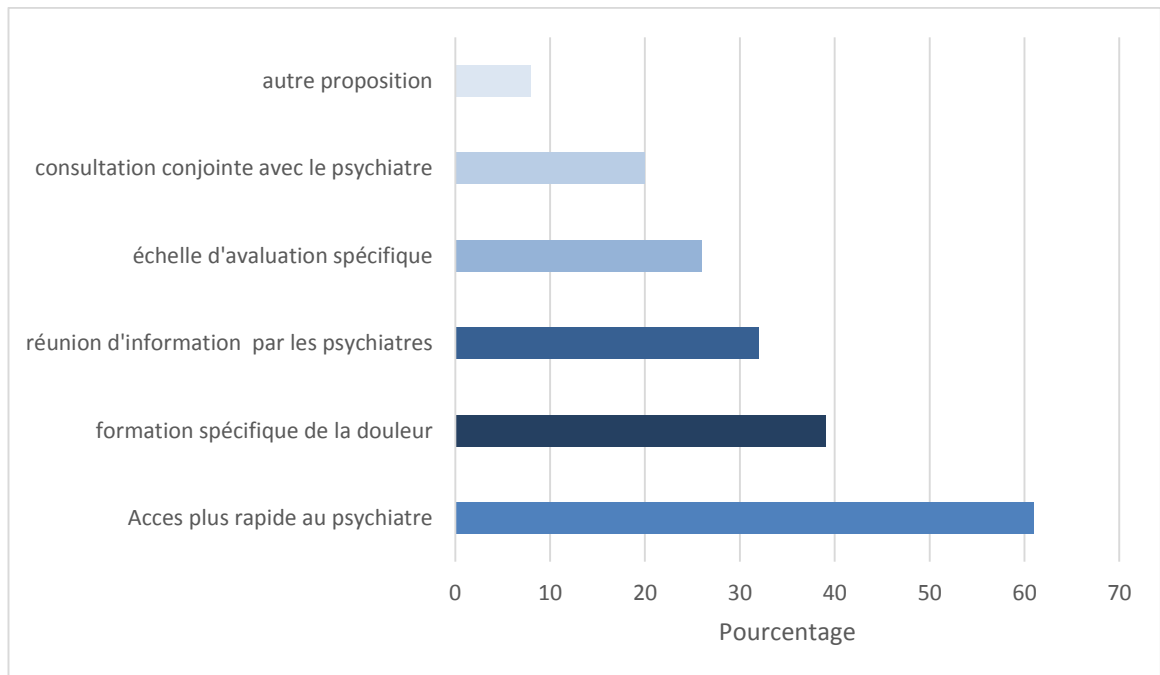
	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Longueur de la consultation	24	27	[18.58-37.98]
Plaintes des patients	24	27	[18.58-37.98]
Difficulté de compréhension	19	22	0 [13.81-31.9]
Peu adaptés aux douleurs	15	17	[10.16-26.88]
Autre	9	10	[50.07-18.99]

V. Les attentes des médecins généralistes

Les médecins ont des attentes face à la prise en charge de la douleur puisque tous les praticiens ont répondu à cette question.

Tableau 6 : Proposition d'amélioration de la prise en charge de la douleur dans la population avec des pathologies psychiatriques

	effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides
Accès plus rapide au psychiatre	54	61	[50.35-71.38]	88
Formation spécifique	34	39	[22.52-42.72]	88
Réunion d'information par les psychiatres	28	32	[22.52-42.72]	88
Outils d'évaluation adaptés	23	26	[12.89-30.66]	88
Consultation conjointe	18	20	[12.89-30.66]	88
autre	7	8	[3.53-16.23]	88



Un accès plus rapide au psychiatre est significativement l'amélioration la plus préconisée par les médecins à 61%. Dans 39% des cas, les généralistes souhaiteraient une formation spécifique à la douleur et 32% des cas des réunions d'information par des psychiatres. De façon moindre, les outils d'évaluation spécifiques à cette population et des consultations conjointes avec le psychiatre représentent respectivement 26% et 20% des demandes.

DISCUSSION

L'idée de ce travail a germé lors de mon stage dans un service de psychiatrie à l'EPSM des Flandres à Bailleul. Un patient, un homme de 59 ans alcoololo-tabagique hospitalisé pour trouble du comportement à type d'agressivité dans un contexte de pathologie psychotique avait dû être admis aux urgences suite à une chute dans le service et des douleurs du genou droit. Ce patient avait de nombreux antécédents. Il était traité par des antalgiques de palier 3 pour des douleurs abdominales à l'origine d'une constipation iatrogène majorant elle-même les douleurs. L'examen clinique initial retrouvait une impotence motrice totale du membre inférieur mais le patient était peu compliant. Le bilan aux urgences était succinct avec un bilan radiologique incomplet et le retour dans le service se faisait le soir même. La description des douleurs et l'évaluation de leur intensité par le patient étaient difficiles mais la plainte toujours exprimée avec une impotence fonctionnelle. J'avais recherché des questionnaires qui pourraient être adaptés pour comprendre cette douleur mais ils étaient tous difficilement accessibles par ce patient et les douleurs difficilement traduites par ce dernier. Le complément du bilan radiologique a permis de diagnostiquer une fracture du col du fémur. Le patient a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale mais retardée.

Cette histoire m'a alors interpellé sur la prise en charge de la douleur chez ces patients souvent confrontés aux a priori du corps médical et paramédical. J'ai pu constater que les outils d'évaluation de la douleur étaient peu adaptés à la santé mentale. Je me suis alors questionnée sur la pratique des médecins généralistes et s'ils observaient eux-mêmes des difficultés.

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur en médecine ambulatoire. Il apparaît comme le référent chez 85% des patients qui consultent régulièrement le même médecin généraliste. Il est celui qui va assurer la continuité des soins et la prise en charge globale de son patient. Le médecin généraliste connaît son patient aussi bien dans son histoire médicale que dans son environnement psycho-social.

La douleur est un motif fréquent de consultation en médecine générale. La prévalence de la douleur comme motif de consultation principal ou secondaire en médecine générale est de 43 % dans une étude [48]. Les résultats sont comparables à une étude réalisée en 1993 où la prévalence était de 53% [49]. Dans 30% des cas, la douleur était le principal motif de consultation et dans 13% des cas, mentionnée au cours de la consultation.

Le médecin généraliste est le correspondant qui semble le plus apte à prendre en soin la douleur chez ses patients car sa connaissance du malade lui permet de considérer toutes les dimensions de la douleur.

I. Les limites de l'enquête

A. Les limites liées au questionnaire

Le questionnaire n'a été donné qu'à des médecins généralistes. Le test est unilatéral et il ne permet pas de s'intéresser aux ressentis des patients sur la pratique de leur médecin.

Le questionnaire reste incomplet avec des questions qui auraient pu être développées telles que la prise en charge médicamenteuse ou les échelles spécifiques utilisées par les praticiens dans la population avec des troubles psychiatriques et un élargissement de l'ensemble des échelles proposées dans le questionnaire.

Il aurait également pu être intéressant d'interroger le médecin sur les critères d'utilisation des échelles d'évaluation. Est-ce qu'il les utilise de façon systématique ? Que dans les douleurs chroniques ?

B. Les limites liées à l'enquête choisie :

Les limites propres à l'enquête elle-même. Le choix de question fermée impose aux médecins généralistes des réponses limitant l'accès à leur sensibilité sur le sujet.

C. Les limites de l'échantillon

Le questionnaire a été envoyé uniquement à des médecins généralistes en cabinet libéral dans la région Nord-Pas-de-Calais ce qui n'est pas représentatif de la France.

De plus, dans le cadre du tirage au sort certains médecins du même cabinet ont été contactés pouvant entraîner un biais de sélection

L'autre biais de sélection est le faible taux de participation avec un échantillon réduit, les médecins répondants peuvent être plus sensibilisés par le sujet.

II. L'intérêt du sujet

88 questionnaires ont été retournés par les 300 médecins du Nord-Pas-de-Calais sélectionnés pour l'enquête soit un taux de participation de 29.33%. Ce taux de réponse est légèrement supérieur à celui d'une enquête réalisée auprès de chefs de service de psychiatrie ainsi que des chefs de pharmacie des centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés qui était de 17.8%. [51] Cette enquête les interrogeait sur le problème de prise en charge des troubles somatiques en santé mentale, la formation en matière de douleur et les pratiques d'évaluation et de traitements de la douleur. Une autre étude réalisée par le comité d'organisation des états généraux de la douleur sur la prise en charge de la douleur auprès des professionnels de santé des médecins généralistes libéraux avaient recueilli un taux de réponse à 9.2%. [52] Ce taux, bien que faible, montre un intérêt modeste pour la douleur et nous ne pouvons pas dire que la santé mentale a été un facteur limitant à la participation à cette enquête.

III. Les difficultés de prise en charge de la douleur

A. Les facteurs influençant

Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence des facteurs qui pourraient influencer les difficultés dans la prise en charge de la douleur. Nous remarquons que l'âge n'a pas d'influence sur la prise en charge de la douleur de façon générale. Nous aurions pu penser que les jeunes médecins, plus sensibilisés à la douleur, auraient un ressenti différent. L'étude actuelle ne permet pas de confirmer cette hypothèse.

Nous aurions pu penser qu'être plus souvent amené à rencontrer des patients avec des troubles psychiatriques aurait aidé le médecin à mieux prendre en charge

leur douleur, l'étude ne prouve rien de significatif. Nous constatons que les médecins sont souvent amenés à consulter des patients avec des syndromes dépressifs ou des troubles anxieux. Ce sont aussi ces patients qui consultent aussi plus souvent pour d'autres raisons que le suivi de leur pathologie mentale. Or nous remarquons que ce sont aussi ces dernières, qui d'après une majorité de praticien, ont une expression modifiée de leur douleur pouvant influencer les difficultés décrite par les praticiens.

Dans le cadre de troubles psychotiques, les MG sont 94% à les voir «parfois » en consultation voir « jamais » pour 2%. Par ailleurs 31% des patients souffrant de psychose rencontrés par les généralistes ne consultent pour aucun autre motif. Une enquête réalisée auprès de 1014 praticiens psychiatres et pharmaciens par l'institut UPSA 2010 (5 ans après une enquête du même type [51]) a pu relever que 42% des patients psychotiques sont partiellement suivis par un médecin traitant contre 50% en 2005 et que 21% d'entre eux ne sont pas suivis [53]. Cela est conforme à de nombreuses études qui avaient pu démontrer un retard diagnostique associé à une surmortalité chez ses patients dont l'apparente insensibilité avait d'abord été évoquée. On peut émettre l'hypothèse, dans notre étude, que plus la pathologie psychiatrique est connue du médecin généraliste plus il s'interroge sur son expression. Le patient psychotique, probablement moins demandeur de soins, bénéficie de soins moindre et la douleur n'est pas recherchée chez ces patients.

Dans cette première enquête nationale conduite par l'institut UPSA [51] auprès de chefs de service de psychiatrie générale, 70% des chefs de service avaient estimés une prise en charge des troubles somatiques insuffisante chez les patients souffrant de troubles psychiatriques et 75% que leurs équipes étaient insuffisamment formées. Dans notre étude, une formation spécifique de la douleur n'aide pas à la prise en charge de la douleur.

B. Les difficultés rencontrées

L'étude a prouvé de façon significative que la douleur était plus difficile à prendre en charge chez les patients avec des troubles mentaux que dans la population générale. L'enquête de Liard sur la prise en charge de la douleur [50] a pu mettre en évidence que 57% des médecins interrogés observaient des difficultés très importantes chez les patients avec des profils psychologiques particuliers (dépressif, anxieux, hypochondriaque, difficulté d'expression de la douleur).

Dans notre étude, nous avons pu voir que les difficultés principalement évoquées par les médecins généralistes sont pour la grande majorité une difficulté à évaluer la part somatique (89% des cas) et les difficultés à reconnaître le type de douleur (45%). Dans l'enquête de Liard [50], les causes principales retenues sont l'observance des traitements (12%), la tolérance des antalgiques (11%) et l'évaluation de la douleur (10%). La part psychologique n'était identifiée que dans 5% des cas. Ainsi l'évaluation de la douleur reste une grande préoccupation du praticien que ce soit dans la population générale ou les patients avec des troubles psychiatriques. Viennent ensuite les difficultés liées au traitement comme la peur de générer de dépendance ou le manque de connaissance sur la compatibilité des traitements (30% dans notre étude vs 3% dans l'enquête de LIARD et al sur la prise en charge de la douleur). Il semble apparaître donc que quelques soient les études, les difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernent essentiellement l'évaluation de la douleur c'est-à-dire la reconnaissance de son type et de son origine mais également la préoccupation liée à l'utilisation des traitements quelques soient les populations concernées.

La peur de générer des dépendances est exprimée par 44 % des MG interrogés. Or le soin de la douleur aigue par des opioïdes n'influe pas sur les risques de dépendance et les risques dans un cadre de soin chronique ne sont possibles qu'avec des facteurs de risque de dépendance. Les patients non toxicomanes ne prendront généralement que la dose nécessaire au soulagement de la douleur chronique [44]. Le risque de dépendance est donc mince. Il est alors important de rechercher des facteurs de risque de dépendance. L'American Pain Society et l'American academy of pain medicine propose une surveillance hebdomadaire comprenant une évaluation de la douleur, des effets des opioïdes et de leur conséquence dans la vie quotidienne et les patients toxicomanes devraient également subir des dépistages urinaires réguliers et une prescription limitée de comprimés notamment. L'idée est de limiter au maximum les surconsommations médicamenteuses. [44] Dans l'enquête UPSA de 2010 [53], 76% des répondants sont favorables à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique.

IV. L'utilisation des échelles d'évaluation par les médecins généralistes

Il apparait clairement dans cette étude que les médecins généralistes utilisent facilement l'échelle verbale simple suivant les recommandations de l'HAS [27]. Les autres échelles bien que connues ne sont pas ou peu utilisées. Dans une étude réalisée par l'URCAM en 2003, il avait été démontré que 73% des médecins généralistes connaissaient les échelles d'évaluation multidimensionnelles mais seulement 40% les utilisaient. [52] De même une étude faite pour un congrès de recherche de médecine générale en 2006 [54] avait démontré que les médecins utilisaient de plus en plus des échelles d'évaluation (6% en 1998 ; 17.5% en 1999 ; 38.3 en 2006). Comme dans notre étude, ils ne connaissent pas les échelles d'hétéro-évaluation tout comme les échelles multidimensionnelles souvent trop longues à utiliser par les médecins au détriment malgré tout de patients non communicant. Une des hypothèses que nous pouvons émettre devant cette non connaissance de ces outils sont probablement le fait que les patients non communicants sont généralement dans un milieu hospitalier et que les situations pouvant les amener à les utiliser sont rares.

Mais par conséquent l'évaluation se limite donc à un registre quantitatif alors que la douleur nécessite également une évaluation qualitative.

Dans l'enquête de François LIARD [50], seulement 11% des MG ont déclarés ces outils très utiles, 39% des MG assez utiles et 53% peu ou pas du tout utiles. Dans notre étude, les causes invoquées par les MG de la non utilisation des échelles dans la population générale est l'incompatibilité avec la durée d'une consultation dans 36% des cas. Dans le milieu psychiatrique, une enquête a été effectuée en 2005 sur la prise en charge somatique en santé mentale à l'aide d'un questionnaire envoyé à 811 chefs de service de psychiatrie et 203 chefs de service de pharmacie des Centres Hospitaliers et Centres Hospitaliers spécialisés. Pour 54% des interrogés « la douleur ne s'évalue pas et ne se traite pas de la même façon chez les patients souffrant de troubles psychiques que chez les autres ». 68% d'entre eux n'utilisaient pas l'EVA et 16% ignoraient même cette échelle. [51]

Nous avons mis en évidence dans notre étude que les praticiens utilisent les échelles d'évaluation de la douleur essentiellement dans les pathologies psychiatriques les plus rencontrées. Dans la population psychiatrique, les causes retrouvées dans notre étude expliquant leur non-utilisation sont multiples avec une impossibilité à les utiliser due au peu de temps à consacrer dans la consultation (27%), à la difficulté pour le praticien à entendre la plainte du patient (27%) et aux difficultés du patient à comprendre les outils d'évaluation (22%). Les données bibliographiques et notamment le Dr Djea Saravane (Président de l'ANPSSSM) montrent une évaluation de la douleur en santé mentale difficile liée à différents obstacles tels que la difficulté à comprendre la plainte exprimée par le patient ce qui est retenu également par 27% des praticiens interrogés dans notre étude, les difficultés à entendre son patient, à l'observer et le comprendre mais également à interpréter les signes de la douleur. L'enquête réalisée pour le 3ème congrès international de médecine générale sur l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur chronique en soins primaires concluait que ces échelles ne sont pas adaptées aux douleurs de ces patients. [52] L'ensemble de ces données confirme donc vraiment les besoins de ces médecins que ce soit dans un cadre hospitalier ou en médecine ambulatoire. L'évaluation de la douleur reste difficile en médecine générale que ce soit dans la population générale ou chez les patients avec des troubles mentaux. Chez ces derniers, les limites d'utilisation des échelles sont nombreuses. Je pense qu'il est nécessaire que l'ensemble des praticiens soient sensibilisés très tôt dans leur formation aux échelles d'évaluation de la douleur afin que leur utilisation soit naturelle. De plus, rendre le stage obligatoire dans un service de santé mentale au même titre que la chirurgie ou les spécialités médicales permettraient aux futurs praticiens d'avoir une image moins abstraites et probablement moins négative de la réalité des pathologies psychiatriques.

V. Les attentes des médecins généralistes pour améliorer leur pratique

Les médecins généralistes semblent souhaiter une amélioration de leur prise en charge de la douleur chez les patients avec des pathologies mentales. Les médecins ont des difficultés à analyser la plainte du patient. C'est sûrement la raison pour laquelle les médecins généralistes apparaissent dans cette étude assujettis à de multiples difficultés dont la première est comprendre son patient et avoir le temps de

le faire. La première amélioration retenue à 61% est un accès plus rapide au psychiatre. L'hypothèse retenue est probablement que les médecins ont besoin d'obtenir un avis rapide sur leur patient car le temps nécessaire à leur consacrer est insuffisant.

Les praticiens souhaitent ensuite une formation spécifique sur la douleur dans 39% des cas. Cela est compatible avec l'étude réalisée par l'URCAM [52]. Une volonté d'amélioration par des formations complémentaires était plébiscitée par 52% des médecins généralistes. Dans l'enquête de LIARD et al [50], les médecins généralistes interrogés voulaient à 45% une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur des patients à profil psychologique particulier. Cette idée confirme bien les difficultés ressenties par les médecins de notre étude qui souhaitent à 32% des réunions d'information réalisées par les psychiatres. L'enquête UPSA n'a pas conclu à des changements notables dans la prise en charge de la douleur. En revanche, elle a permis de remarquer une légère évolution concernant la formation des professionnels de Santé. L'institut UPSA de la douleur édite notamment 3 fois par an une lettre qui leur est destinée intitulée Douleur & Santé Mentale. Il serait intéressant de promouvoir ce document dans les cabinets médicaux !

Toujours dans l'étude de Liard et al [50], les médecins généralistes reconnaissent manquer de temps pour évaluer correctement la douleur et dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la douleur, il souhaiterait avoir davantage le temps d'évaluer cette douleur. L'idée de faire des consultations conjointes avec le psychiatre ne retient l'attention de seulement 20% des praticiens interrogés. Cette proposition n'est probablement pas retenue par une majorité de praticiens car elle implique d'avoir le temps que les médecins semblent ne pas avoir.

Les praticiens sont 26% à souhaiter des échelles d'évaluation plus adaptées aux patients avec des troubles mentaux. Mais ces échelles feraient-elles parties des outils d'évaluation courant du praticien ? Nous avons pu constater qu'ils utilisent que les échelles unidimensionnelles et qu'ils n'ont aucune connaissance des échelles multidimensionnelles ou d'hétéro-évaluation. Il serait sûrement plus intéressant pour le personnel médical d'être sensibilisé à ces dernières et aussi aux échelles de retentissement de la douleur sur le patient.

CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en évidence une différence significative dans la difficulté de prise en soin la douleur chez les patients présentant des pathologies psychiatriques par rapport à la population générale.

Nous avons pu observer qu'il existe des difficultés à évaluer la douleur que ce soit sur ses mécanismes mais également son intensité et son caractère du fait probablement d'une sous-utilisation ou d'une méconnaissance des échelles d'évaluation de la douleur. Il apparaît que les médecins reconnaissent une différence d'expression de la douleur chez les patients avec des troubles psychiatriques mais qu'ils utilisent des échelles d'évaluation essentiellement pour les pathologies psychiatriques les plus rencontrées.

Il est finalement intéressant de constater que les besoins des médecins généralistes pour améliorer leur prise en charge de la douleur ne semblent pas uniquement liés aux difficultés liées à la population psychiatrique mais également à la prise en charge de la douleur sur le plan général. Les principaux souhaits des praticiens sont des formations spécifiques de la douleur, dans notre cas un accès plus rapide au psychiatre mais aussi souhaiteraient probablement un temps plus important à consacrer à ces patients.

Ce travail reste malgré tout limité par son manque de puissance. Aucun facteur pouvant favoriser les difficultés n'a pu être mis en évidence. Il serait intéressant d'effectuer un travail complémentaire sur un échantillon supérieur et auprès des futurs médecins ayant bénéficié du nouveau programme de l'Examen national classant. Il pourrait être intéressant également d'interroger spécifiquement les médecins généralistes sur leur pratique des soins et l'utilisation des traitements médicamenteux et non médicamenteux. La douleur est souvent le premier point d'abord au diagnostic de pathologies somatiques. Il serait intéressant de voir si améliorer la prise en soin de la douleur chez ces patients diminuerait la mortalité précoce liée au dépistage et traitement précoce de pathologie somatique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] HUAS.D, TAIJFEL P, GERCHE S. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. Douleurs2001 2-3
- [2] S.MARCHAND, D.SARAVANE, I.GAUMONT Santé mentale et douleur composantes somatique et psychiatriques de la douleur en santé mentale Springer ed. 2012 ; p3-4
- [3] Yves LAZORTES évolution de la prise en charge de la douleur dans l'histoire de la médecine chapitre 1 introduction http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_01.pdf consulté le 15 novembre 2013
- [4] Albert S LYONS, J.PETRUCELLI. Histoire illustrée de la médecine. Presse de la renaissance 1979.
- [5] Françoise Saint-Pierre l'homme face à la douleur, hier et aujourd'hui bull.acad.natle chir dent, 2005,48 p39
- [6] Yves LAZORTES évolution de la prise en charge de la douleur dans l'histoire de la médecine chapitre1 époque gréco-Romaine http://www.medecine.upstlse.fr/CDEM2/module6/arielle/chapitre_01pdf consulte le 15 novembre 2013
- [7] JP PETER La douleur dans l'histoire de la médecine : le physique et le mental. Santé mentale juin 2005 n°99
- [8] F.LORIN histoire de la douleur de l'antiquité à nos jours p 5-8 <http://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/76-histoire-de-la-douleur-de-lantiquite-a-nos-jours-dr-fabrice-lorin.html> consulte le 5 mars 2013
- [9] J.PIGEAUD Délire de métamorphoses gesnerus 63 .2006. p 73-89
- [10] W.THOMAS. - De anima brutorum quae hominis vitalis ac sensitiva est, exercitationes duae. Prior physiologica ejusdem naturam, partes, potentias & affectiones tradit ; altera pathologica morbos qui ipsam, & sedem ejus primariam, nempe cerebrum & nervosum genus afficiunt, explicat, eorumque therapeias instituit, cum figuris Londini : Prostant apud Gulielm. Wells, & Rob. Scot. 1672
- [11] S.MARCHAND, D.SARAVANE, I.GAUMONT Santé mentale et douleur composantes somatique et psychiatriques de la douleur en santé mentale. La douleur en santé mentale : les mythes. Springer ed. 2012 ; p 6
- [12] D.COHEN-SALMON Le problème de la douleur des enfants société d'histoire de la naissance Intervention à la Journée d'étude du 9 Juin 2007
- [13] Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant - octobre 1998- www.pediadol.org
- [14] MINISTERE DELEGUE DE LA SANTE Programme de lutte contre la douleur 2002-2005. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf

- [15] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 - 2010
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
- [16] Le livre blanc de la douleur. Synthèse des travaux réalisés par le comité d'organisation des États généraux de la douleur. Juin 2005.
- [17] F. BOURDILLON F.CESSELIN B.PARE B.TRAN évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 adsp n°76 sept 2011.
- [18] HAS. Douleur Chronique : Reconnaître le syndrome douleur chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Décembre 2008.
- [19] MOULIN JF BOUREAU F. Douleur chronique et psychiatrie. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, psychiatrie, 37-677. A-40.2000 13p
- [20]. Institut UPSA de la douleur. Pratique du traitement de la douleur chap bases psychologiques sept 2007 p29-34
- [21] Institut UPSA de la douleur. Pratique du traitement de la douleur chap bases psychologiques sept 2007 p35-38
- [22] Société française de traitement contre la douleur- outils d'évaluation de la douleur- mise à jour en avril 2011
<http://www.sfetd-douleur.org/douleur/evaluation/article.phtml?id=rc%2Forg%2Fsfetd%2Fhtm%2FArticle%2F2011%2F20110430-173305-408>
- [23] CLUD Centre hospitalier de Toulouse mise à jour en février 2012 <http://www.chu-toulouse.fr/echelles-d-evaluation-de-la>
- [24] INSTITUT UPSA de la douleur. espace professionnel. Outil d'évaluation de la douleur. http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-2399/Questionnaire_Saint-Antoine.igwsc
- [25] Bourreau F., Luu M., Doubrere J.F., Gay C. – Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie*, 1984,39, 119-139.
- [26] RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. HAS. oct 210
- [27] Service des Recommandations et Références Professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. HAS. février 1999.
- [28] Cottraux J. Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items). In: Guelfi JD, éditeur. *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1*. Boulogne: Éditions Médicales Pierre Fabre; 1996. p. 291-5.

- [29] D. SARAVANE, l'évaluation de la douleur en santé mentale. douleur et santé mentale n°3 décembre 2012.
- [30] S.Potvin. La douleur dans la dépression majeure: de l'évidence clinique au paradoxe expérimentale.in. S.Marchand et al. Santé mentale et douleur composantes somatiques et psychiatriques.Springer ed 2012 p 74-85
- [31] Fava M, mallinckrodt C, Detke M et al.(2004) The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients : do improvement in these symptoms result in higher remission rates ? J Clin psychiatry 65 p 521-30
- [32] Bär KJ, Brehms S,Boettger MK et al (2005) Pain perception in major depression depends on pain modality. Pain 117 : 97-103
- [33] T.TREMINE.de la douleur à l'analgésie morale. L'information psychiatrique vol85.n°4- avril 2009. 347-353
- [34] S.Marchand, D. Saravane, I.Gaumont et al mosaïque épidémiologique de la douleur chronique en santé mentale : l'exemple de la dépression in santé mentale et douleur composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale springer ed 2012.p : 53-71
- [35] Leo RJ , Pristach CA, Streltzer J (2003) incorporating pain management training into the psychiatry residency curriculum. Acad psychiatr 27(1) 1-11
- [36] S.Marchand, D. Saravane, I.Gaumont et al. perception de la douleur en santé mentale in santé mentale et douleur composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale springer ed 2012.p37-51
- [37] DSM-IV manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Schizophrénie et autre troubles psychotique ed Masson juillet 2005.
- [38] WE.MARCHAND, B.SAROTA, H.MARBLE, et al. Occurrence of painless acute surgical disorders in psychotic patients. NEMJ 1959 : 260 :580-5
- [39] WE.MARCHAND. Occurrence of painless myocardial infraction in psychotic patient. NEJM 1955 : 253 :51-5
- [40] D. SARAVANE. Les algies en psychiatrie. L'information psychiatrique vol 8 n°4avril 2009 : 341-344
- [41] O.BONNOT, S.TORDJAM schizophrénie et la réactivité à la douleur la presse médicale tome 37 n°11 novembre 2008
- [42] S.ARIETI Primitive habits and perceptual alterations in the terminal stage of schizophrenia. Arch neurol psychiatry 1945 ; 53; 378-84
- [43] S.Potvin. Douleur et schizophrénie: quand l'esprit ignore les appels grandissants de la moelle in santé mentale et douleur composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale ed Springer oct 2012. P 112-128.

- [44] K.STAVRO, S.POTVIN. Opiïdes, douleurs et toxicomanie : plus de peur que de mal ? in douleur et santé mentale et douleur composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale ed Springer oct 2012. P 112-128.
- [45] S.COMER, M.SULLIVAN. R. WHITTINGTON et al (2008) abuse liability of prescription opioids compared to heroin in morphine-maintained heroin abuser. *Neuropsychopharmacology* 33: 1179-91
- [46] N.JETTE, S.PATTENJ.WILLIAMS et al (2008) Comorbidité de migraine and psychiatric disorders a national population based study. *Headache* 48 501-16
- [47] E.Ollie, P. Courtet. Trouble bipolaire et douleur ; au-delà de la souffrance.in douleur et santé mentale et douleur composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale ed Springer oct 2012. P 99-109
- [48] RH.PERLIS, E.BROWN, RW.BAKER *et al.* Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *Am J psychiatry*. 2006. 163 (2) p 225-31
- [49] HUAS D. TAJEFEL P, GERCHE S. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. *Douleurs*.2001. 2-3 p 149-153.
- [50] LIARD F. CHANSSANY O. KEDDAD K *et al.* Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. *Douleurs*. 2002.3-2 p 69-73
- [51] RADAT F, SERRA E. douleur en Santé mentale, sujet d'avenir. *Douleurs Evaluation diagnostic Traitement* (2009) 10, S83-S86
- [52] Comité d'organisation des états généraux de la douleur. Enquête auprès des professionnels de santé libéraux sur la prise en charge de la douleur. Reseaudouleurouest.com
- [53] E.SERRA. De BEAUCHAMP.I, PASCAL.JC *et al.* La douleur en Santé Mentale : Etat des lieux en France, 6^{ème} congrès annuel de la société d'Etude et de traitement de la douleur :15-18 nov 2006.
- [54] Département de médecine générale de Necker (PARIS V) DEBUTRIE I de la, GHASAROSSIAN C. 3^{ème} congrès international de médecine générale. Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur chronique en soins primaires.
- [55] S.Marchand, D. Saravane, I.Gaumont et al. Moyens d'évaluation de la douleur en Santé mentale in santé mentale et douleur composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale Springer ed 2012.p37-51

Autres Ressources

- [56] HILGER Emilie. L'expression de la douleur en santé mentale, son évaluation. Thèse d'exercice.médecine générale. Lille.2012
- [57] DIAS Paul Louis. Evaluation de la douleur chronique en médecine générale : enquête réalisée auprès des médecins des bassins de Longwy, brieu et Hayange. Thèse d'exercice médecine Générale. Nancy.2006

ANNEXES

Annexe 1 : DAN

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

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piquûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du patient : /10

MODE D'EMPLOI

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

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

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

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

D'après Bouhassira D *et al.*, *Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

Annexe 2 : Questionnaire de douleur de Saint-Antoine

*Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général.
Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :*

	0	absent / pas du tout	
	1	faible / un peu	
	2	modéré / moyennement	
	3	fort / beaucoup	
	4	extrêmement fort / extrêmement	

A	<input type="checkbox"/>	Battements	H	<input type="checkbox"/>	Picotements
	<input type="checkbox"/>	Pulsations		<input type="checkbox"/>	Fourmillements
	<input type="checkbox"/>	Élancements		<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
	<input type="checkbox"/>	En éclairs		<input type="checkbox"/>	Engourdissement
	<input type="checkbox"/>	Décharges électriques		<input type="checkbox"/>	Lourdeur
	<input type="checkbox"/>	Coups de marteau		<input type="checkbox"/>	Sourde
B	<input type="checkbox"/>	Rayonnante	J	<input type="checkbox"/>	Fatigante
	<input type="checkbox"/>	Irradiation		<input type="checkbox"/>	Épuisante
				<input type="checkbox"/>	Éreintante
C	<input type="checkbox"/>	Piqûre	K	<input type="checkbox"/>	Nauséuse
	<input type="checkbox"/>	Coupure		<input type="checkbox"/>	Suffocante
	<input type="checkbox"/>	Pénétrante		<input type="checkbox"/>	Syncopale
	<input type="checkbox"/>	Transperçante			
	<input type="checkbox"/>	Coup de poignard			
D	<input type="checkbox"/>	Pincement		<input type="checkbox"/>	Oppressante
	<input type="checkbox"/>	Serrement		<input type="checkbox"/>	Angoissante
	<input type="checkbox"/>	Compression			
	<input type="checkbox"/>	Écrasement	M	<input type="checkbox"/>	Harcelante
	<input type="checkbox"/>	En étau		<input type="checkbox"/>	Obsédante
	<input type="checkbox"/>	Broiement		<input type="checkbox"/>	Cruelle
				<input type="checkbox"/>	Torturante
				<input type="checkbox"/>	Supplicante
E	<input type="checkbox"/>	Tiraillement	N	<input type="checkbox"/>	Gênante
	<input type="checkbox"/>	Étirement		<input type="checkbox"/>	Désagréable
	<input type="checkbox"/>	Distension		<input type="checkbox"/>	Pénible
	<input type="checkbox"/>	Déchirure		<input type="checkbox"/>	Insupportable
	<input type="checkbox"/>	Torsion			
	<input type="checkbox"/>	Arrachement			
F	<input type="checkbox"/>	Chaleur	O	<input type="checkbox"/>	Énervante
	<input type="checkbox"/>	Brûlure		<input type="checkbox"/>	Exaspérante
				<input type="checkbox"/>	Horripilante
G	<input type="checkbox"/>	Froid	P	<input type="checkbox"/>	Déprimante
	<input type="checkbox"/>	Glace		<input type="checkbox"/>	Suicidaire
TOTAL				UU	

Annexe 3 : Echelle DOLOPLUS

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

NOM : _____
Prénom : _____
Service : _____

DATES

--	--	--	--

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. PLAINTES SOMATIQUES	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. MIMIQUE	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. SOMMEIL	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. MOUVEMENTS	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3


RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8. COMMUNICATION	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. VIE SOCIALE	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

--	--	--	--

Annexe 4 : Echelle AlgoPlus



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heurehhhhhh						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

Annexe 5 : Echelle de San Salvador

PLEURS ET/OU CRIS (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes)

Se manifeste comme d'habitude
 Semble se manifester plus que d'habitude
 Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux
 Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels
 Même signe que 1,2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou pâleur)

REACTION DE DEFENSE coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (l'effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme réaction de défense).

Réaction habituelle
 Semble réagir de façon inhabituelle
 Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel
 Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémississements
 Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs

MIMIQUE DOULOUREUSE (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux)

Se manifeste comme d'habitude
 Faciès inquiet inhabituel
 Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux
 Mimique douloureuse spontanée
 Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)

PROTECTION DES ZONES DOULOUREUSES (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact)

Réaction habituelle
 Semble redouter le contact d'une zone particulière
 Protège une zone précise de son corps
 Même signe que le 1 ou 2 avec grimace et/ou gémississement
 Même signe que 1 ou 2 ou 3 agitation, cris et pleurs

Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs.

GEMISSEMENTS OU PLEURS SILENCIEUX (gémissement au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente)

Se manifeste comme d'habitude
 Semble plus geignard que d'habitude
 Geint de façon inhabituelle
 Gémississements avec mimique douloureuse
 Gémississements entrecoupés de cris et de pleurs

INTERET POUR L'ENVIRONNEMENT (s'intéresse spontanément à l'animation ou aux objets qui l'environnent)

Se manifeste comme d'habitude
 Semble moins intéressé que d'habitude
 Baisse de l'intérêt, doit être sollicité

Désintérêt total, ne réagit pas aux sollicitations
Etat de prostration tout à fait inhabituel

Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs.

ACCENTUATION DES TROUBLES DU TONUS (augmentation des raideurs, des trémulations, spasmes en hyperextension...)

Manifestations habituelles
Semble plus raide que d'habitude
Accentuation des raideurs lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux
Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse
Même signe que 1,2 ou 3 avec cris et pleurs

CAPACITE A INTERAGIR AVEC L'ADULTE (communique par regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité)

Se manifeste comme d'habitude
Semble moins impliqué dans la relation
Difficultés inhabituelles pour établir un contact
Refus inhabituel de tout contact
Retrait inhabituel dans une indifférence totale

Cet item est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs.

ACCENTUATION DES MOUVEMENTS SPONTANES (motricité volontaire ou non, coordonnée ou non, mouvements choréiques, athétosiques, au niveau des membres ou de l'étage céphalique..)

Manifestations habituelles
Recrudescence possible des mouvements spontanés
Etat d'agitation inhabituel
Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse
Même signe que 1,2 ou 3 avec cris ou pleurs

ATTITUDE ANTALGIQUE SPONTANEE (recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager) ou repérée par le Soignant

Position de confort habituelle
Semble moins à l'aise dans cette posture
Certaines postures ne sont plus tolérées
Soulagé par une posture inhabituelle
Aucune posture ne semble soulager

Score

FAIRE LE TOTAL SUR 40

Annexe 6 : Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

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

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Annexe 7 : Echelle HAD-S

Comment vous sentez-vous ?

DATE :

Evaluer par une note de 0 à 10 votre moral actuel. Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout le moral Je me sens très bien

A- Je me sens tendu(e) et énervé(e) :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

D- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

Presque toujours	3
Très souvent	2
Parfois	1
Jamais	0

D- Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

Oui, tout autant	0
Pas autant	1
Un peu seulement	2
Presque plus	3

A- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

Jamais	0
Parfois	1
Assez souvent	2
Très souvent	3

A- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

Oui, très nettement	3
Oui, mais ce n'est pas trop grave	2
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1
Pas du tout	0

D- Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

Plus du tout	3
Je n'y fais plus autant attention	2
Je n'y fais plus assez attention	1
J'y fais attention comme d'habitude	0

D- Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

Autant que par le passé	0
Plus autant qu'avant	1
Vraiment moins qu'avant	2
Plus du tout	3

A- J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :

Oui, c'est tout à fait le cas	3
Un peu	2
Pas tellement	1
Pas du tout	0

A- Je me fais du souci :

Très souvent	3
Assez souvent	2
Occasionnellement	1
Très occasionnellement	0

D- J'envisage l'avenir avec optimisme :

Comme d'habitude	0
Plutôt moins qu'avant	1
Beaucoup moins qu'avant	2
Pas du tout	3

D- Je suis de bonne humeur :

Jamais	3
Rarement	2
Assez souvent	1
La plupart du temps	0

A- J'éprouve des sensations soudaines de panique :

Vraiment très souvent	3
Assez souvent	2
Pas très souvent	1
Jamais	0

A- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

Oui, quoi qu'il arrive	0
Oui, en général	1
Rarement	2
Jamais	3

D- Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre, d'un bon programme radio ou de télévision :

Souvent	0
Parfois	1
Rarement	2
Très Rarement	3

23 Score A = ____ / 21

23 Score D = ____ / 21

Annexe 8 : Questionnaire abrégé de Beck

ACTUELLEMENT :

1.	- Je ne me sens pas triste	0	
	- Je me sens cafardeux (se) ou triste	1	
	- Je me sens tout le temps cafardeux (se) ou triste, et je n'arrive pas à en sortir	2	1 __
	- Je suis si triste et si malheureux (se) que je ne peux pas le supporter	3	
2.	- Je ne suis pas particulièrement découragé(e) ni pessimiste au sujet de l'avenir	0	
	- J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir		
	- Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	1	2 __
	- Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer	2	
		3	
3.	- Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	0	
	- J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1	
	- Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	2	3 __
	- J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)	3	
4.	- Je ne me sens pas particulièrement insatisfait(e)	0	
	- Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	1	
	- Je ne tire plus aucune satisfaction de quoique ce soit	2	4 __
	- Je suis mécontent(e) de tout	3	
5.	- Je ne me sens pas coupable	0	
	- Je me sens mauvais(e) ou indigne une bonne partie du temps	1	
	- Je me sens coupable	2	5 __
	- Je me juge très mauvais(e) et j'ai l'impression que je ne vauds rien	3	
6.	- Je ne suis pas déçu(e) par moi-même	0	
	- Je suis déçu(e) par moi-même	1	
	- Je me dégoûte moi-même	2	6 __
	- Je me hais	3	
7.	- Je ne pense pas à me faire du mal	0	
	- Je pense que la mort me libérerait	1	
	- J'ai des plans précis pour me suicider	2	7 __
	- Si je le pouvais, je me tuerais	3	
8.	- Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens	0	
	- Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois	1	
	- J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux	2	8 __
	- J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	3	
9.	- Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume	0	
	- J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision	1	
	- J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions	2	9 __
	- Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	3	
10.	- Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant	0	
	- J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou disgracieux (se)	1	10 __
		2	

	- J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux (se)	3	
	- J'ai l'impression d'être laid(e) et repoussant(e)		
11.	- Je travaille aussi facilement qu'auparavant	0	
	- Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	1 2	11 __
	- Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit	3	
	- Je suis incapable de faire le moindre travail		
12.	- Je ne suis pas plus fatigué (e) que d'habitude	0	
	- Je suis fatigué(e) plus facilement que d'habitude	1	
	- Faire quoi que ce soit me fatigue	2	12 __
	- Je suis incapable de faire le moindre travail	3	
13.	- Mon appétit est toujours aussi bon	0	
	- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude	1	
	- Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant	2	13 __
	- Je n'ai plus du tout d'appétit	3	

Annexe 9 : questionnaire de thèse

Questionnaire d'évaluation de la prise en soin de la douleur des patients avec des pathologies mentales par le médecin généraliste

Cher(e)s futur(e)s consœurs et confrères,

Je prépare ma thèse de médecine générale. Mon sujet aborde la prise en soin de la douleur des patients avec des pathologies mentales en médecine générale. Alors que la prise en soin de la douleur est compliquée dans les établissements de santé mentale, qu'en est-il de notre spécialité qui est plus formée à l'aspect somatique de la douleur. Le but de ce questionnaire est d'identifier nos difficultés si elles existent et de déterminer les moyens de les surmonter.

Je vous remercie énormément de bien vouloir prendre 5 min de votre temps si précieux pour répondre à ce questionnaire qui comprend 17 questions et de me le renvoyer avant le 30 janvier.

1. **Quel est votre sexe ?**
 Homme Femme
2. **Quel est votre âge ?**
 ans
3. **Dans quel milieu exercez-vous ?**
 Milieu semi-rural
 Milieu rural
 Milieu urbain
4. **Avez-vous une formation spécifique sur la douleur ?**
 Oui
 Non
5. **Estimez, dans votre patientèle, le pourcentage des patients avec troubles psychiatriques.**
%

6. **Cochez la fréquence à laquelle vous rencontrez ces différents troubles.**

	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Syndrome dépressif			
Trouble anxieux			
Trouble de la personnalité			
Addiction			
Trouble psychotique			
Trouble bipolaire			

7. **Ces patients atteints des troubles mentaux suivants viennent-ils vous consulter pour d'autres raisons que le suivi de leur pathologie mentale ?**

	OUI	NON
Syndrome dépressif		
Trouble anxieux		
Trouble de la personnalité		
Addiction		
Trouble psychotique		
Trouble bipolaire		

8. **Pensez-vous que certaines pathologies psychiatriques modifient l'expression de la douleur ?**
 Oui
 No

9. Si oui lesquelles? (plusieurs réponses possibles)

- Syndrome dépressif
- Trouble anxieux
- Trouble de la personnalité
- Addiction
- Trouble psychotique
- Trouble bipolaire

10. Epreuvez-vous des difficultés à prendre en soin la douleur dans la population générale ? Estimez votre ressenti sur une échelle de 0 (aucune difficulté) à 10 (complètement insurmontable) en entourant le score estimé.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Et chez les patients avec des troubles psychiatriques ? Estimez votre ressenti sur une échelle de 0 (aucune difficulté) à 10 (complètement insurmontable) en entourant le score estimé.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer ? (plusieurs réponses possibles)

- Méconnaissance des expressions de la douleur dans ces pathologies
- Difficultés à définir le type de douleur (aigüe/chronique ; excès de nociception/ neuropathique)
- Difficulté pour évaluer la part somatique
- Doute sur la véracité de la douleur
- Doute sur la compatibilité des traitements (psychotrope/ antalgique)
- Peur de générer des bénéfices secondaires
- Peur de générer des dépendances
- Autre :

13. Utilisez-vous des outils d'évaluation validés pour évaluer la douleur dans votre population générale ?

	Oui	Non	Je ne connais pas
Echelle verbale simple			
Echelle numérique			
Echelle visuelle analogique			
Echelle des visages			
Algoplus			
Doloplus			
Questionnaire de Saint-Antoine			
Autres			

14. Si vous n'utilisez pas ces échelles dans la population générale, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Trop longues à utiliser dans une consultation
- Difficilement compréhensibles par le patient
- Peu adaptées aux plaintes des patients
- Peu adaptées aux douleurs
- Autres :

15. Utilisez-vous ces mêmes échelles chez vos patients avec troubles mentaux ?

	OUI	NON
Syndrome dépressif		
Trouble anxieux		
Trouble de la personnalité		
Addiction		
Trouble psychotique		
Trouble bipolaire		

16. Si vous n'utilisez pas ces échelles chez ces patients, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Trop longues à utiliser dans une consultation
- Difficilement compréhensibles par le patient
- Peu adaptées aux plaintes des patients
- Peu adaptées aux douleurs
- Autres :

17. Qu'est ce qui vous permettrait de mieux prendre en soin la douleur chez ces patients ? (plusieurs réponses possibles)

- Un accès plus rapide aux psychiatres
- Des outils d'évaluations plus adaptés
- Des formations spécifiques à la douleur
- Des réunions d'information par des psychiatres
- Consultation conjointe entre psychiatre et médecin traitant
- Autres :

Je vous remercie pour vos réponses à ce questionnaire et le temps que vous y avez consacré.

Annexe 10 : Outils d'évaluation de la douleur

- Echelle verbale simple

	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Je ne connais pas	1	1	[0.03-6.24]
Non	8	9	[4.34-17.81]
Oui	78	90	[80.8-94.87]
Total.validés	87	100	-
Manquante	1	-	-

- Echelle verbale numérique

	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Je ne connais pas	2	2	[0.28-8.06]
Non	38	44	[33.21-54.71]
Oui	47	54	[43.04-64.64]
Total.validés	87	100	-
Manquante	1	-	-

- Echelle visuelle analogique

	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Je ne connais pas	12	14	[7.64-23.24]
Non	42	48	[37.53-59.18]
Oui	33	38	[27.93-49.01]
Total.validés	87	100	-
Manquante	1	-	-

- Echelle des visages

	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Je ne connais pas	13	15	[8.61-24.83]
Non	53	62	[50.48-71.73]
Oui	20	23	[15.11-33.84]
Total.validés	86	100	-
Manquante	2	-	-

- **Algoplus**

	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Je ne connais pas	43	50	[8.61-24.83]
Non	39	45	[50.48-71.73]
Oui	4	5	[1.28-11.48]
Total.validés	86	100	-
Manquante	2	-	-

- **Doloplus**

	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Je ne connais pas	41	48	[36.9-58.66]
Non	38	44	[33.62-55.28]
Oui	7	8	[3.61-16.58]
Total.validés	86	100	-
Manquante	2	-	-

- **Questionnaire de Saint-Antoine**

	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Je ne connais pas	50	58	[47.01-68.54]
Non	36	42	[31.46-68.54]
Oui	0	0	[47.01-68.54]
Total.validés	86	100	-
Manquante	2	-	-

- **Autre Echelle**

	Effectif	pourcentage	IC à 95%
Je ne connais pas	41	48	[37.36-59.27]
Non	43	51	[39.6-61.52]
Oui	0	0	[0.03-6.38]
Total.validés	86	100	-
Manquante	2	-	-

Résumé

Contexte : La prise en soin de la douleur est actuellement un enjeu de santé publique depuis le développement de plan de lutte contre la douleur dès 1998 et depuis seulement 2006 dans le secteur de la santé mentale.

Méthode : Etude qualitative avec questionnaire fermé envoyé à 300 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais tirés au sort dans les pages jaunes. 237 ont reçu le questionnaire par courrier et 63 par l'intermédiaire d'un lien hypertexte envoyé par mail.

Résultats : 29.33% des médecins généralistes ont répondu au questionnaire. L'analyse montre qu'il existe une différence significative dans la difficulté ressentie par les médecins généralistes dans la prise en charge de la douleur avec une moyenne de 3.182+/-1.658 dans la population générale vs 5.205+/-1.895 ($p < 5.55e-07$) pour les patients avec des troubles mentaux. L'étude n'a pas mis en évidence de facteurs épidémiologiques influençant la difficulté. Les praticiens sont 99% à affirmer que les pathologies psychiatriques modifient l'expression de la douleur essentiellement le syndrome dépressif (93%) et les troubles anxieux (88%). Les principales difficultés exprimées par les praticiens sont la difficulté à reconnaître la part somatique (89%), à identifier le type de douleurs (45%) et la peur de générer des dépendances (44%).

Si les médecins généralistes utilisent l'EVS dans la population générale (90%), les échelles multidimensionnelles et d'hétéro-évaluation ne sont pas connues. Ces échelles sont proposées chez 71% des syndromes dépressifs et 70% des troubles anxieux contre 47% des patients psychotiques. Le peu de temps dans une consultation (27%) et les difficultés à comprendre les plaintes des patients (27%) sont les raisons principales de leur non utilisation. L'accès plus rapide aux psychiatres est la principale requête (61%) des médecins généralistes suivis d'un désir de formation (39%).

Conclusion : Cette étude montre que la prise en charge de la douleur reste complexe et l'intérêt d'une formation spécifique serait nécessaire.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur BLOND Serge

Assesseurs : Monsieur le Professeur VAIVA Guillaume

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Monsieur le Docteur DITTE Luc