

**Université de Limoges**  
**Faculté de Médecine**

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement  
le 28 novembre 2016  
par

**Sylvie CLAUD SENON**

née le 5 avril 1988, à Tulle (19)

**FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES CHEZ LE PATIENT  
DOULOUREUX CHRONIQUE**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel BUCHON

Président

M le Professeur Philippe BERTIN

Juge

M le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT

Juge

Mme le Docteur Magali BRICAUD-CALVET

Co-directrice de thèse

M le Docteur Benjamin CALVET

Directeur de thèse

M le Docteur Bruno COQUILLAUD

Membre invité





**Université de Limoges  
Faculté de Médecine**

Année 2016

Thèse N°

**Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine**

présentée et soutenue publiquement  
le 28 novembre 2016  
par

**Sylvie CLAUX SENON**

née le 05/04/1988, à Tulle (19)

**FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES CHEZ LE PATIENT  
DOULOUREUX CHRONIQUE**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel BUCHON

Président

M le Professeur Philippe BERTIN

Juge

M le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT

Juge

Mme le Docteur Magali BRICAUD-CALVET

Co-directrice de thèse

M le Docteur Benjamin CALVET

Directeur de thèse

M le Docteur Bruno COQUILLAUD

Membre invité

## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	O.R.L.
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION



<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	UROLOGIE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAINANT</b> Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN M.</b> Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE



<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>VIROT</b> Patrice	CARDIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE



**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

**BRIE Joël** CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG Daniel** PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**BARRAUD Olivier** BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**BOURTHOUMIEU Sylvie** CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**BOUTEILLE Bernard** PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**CHABLE Hélène** BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

**DURAND Karine** BIOLOGIE CELLULAIRE

**ESCLAIRE Françoise** BIOLOGIE CELLULAIRE

**HANTZ Sébastien** BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**JESUS Pierre** NUTRITION

**LE GUYADER Alexandre** CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

**LIA Anne-Sophie** BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

**MARIN Benoît** EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

**MURAT Jean-Benjamin** PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**QUELVEN-BERTIN Isabelle** BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

**RIZZO David** HEMATOLOGIE

**TCHALLA Achille** GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

**TERRO Faraj** BIOLOGIE CELLULAIRE

**WOILLARD Jean-Baptiste** PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE



**P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie

P.R.A.G.  
ANGLAIS

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**BUCHON** Daniel

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

**DUMOITIER** Nathalie

MEDECINE GENERALE

**PREVOST** Martine

MEDECINE GENERALE

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**MENARD** Dominique

MEDECINE GENERALE

**PAUTOUT-GUILLAUME** Marie-Paule

MEDECINE GENERALE

**PROFESSEURS EMERITES**

**ADENIS** Jean-Paul

du 01.09.2015 au 31.08.2017

**MERLE** Louis

du 01.09.2015 au 31.08.2017

**MOULIES** Dominique

du 01.09.2015 au 31.08.2017

**VALLAT** Jean-Michel

du 01.09.2014 au 31.08.2017

Le 1<sup>er</sup> septembre 2015





## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> novembre 2015

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>BLANC</b> Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>CHUFFART</b> Etienne	ANATOMIE
<b>DONISANU</b> Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>FAYE</b> Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE
<b>KASPAR</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MANCIA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MATHIEU</b> Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
<b>LOMBEL</b> Guillaume	IMMUNOLOGIE
<b>SERENA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ARDOUIN</b> Elodie	RHUMATOLOGIE
<b>ASSIKAR</b> Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BIANCHI</b> Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
<b>BORDES</b> Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>BOURMAULT</b> Loïc	OPHTALMOLOGIE
<b>BUISSON</b> Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
<b>CASSON-MASSELIN</b> Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>CAZAVET</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>CHAPELLAS</b> Catherine	REANIMATION



<b>CHATAINIER</b> Pauline	NEUROLOGIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>COSTE-MAZEAU</b> Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
<b>CYPIERRE</b> Anne	MEDECINE INTERNE A
<b>DAIX</b> Thomas	REANIMATION
<b>DIJOUX</b> Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
<b>DOST</b> Laura	OPHTALMOLOGIE
<b>EVENO</b> Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>GANTOIS</b> Clément	NEUROCHIRURGIE
<b>GARDIC</b> Solène	UROLOGIE
<b>GONZALEZ</b> Céline	REANIMATION
<b>GSCHWIND</b> Marion	MEDECINE INTERNE B
<b>HOUMAÏDA</b> Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
<b>KENNEL</b> Céline	HEMATOLOGIE
<b>LACORRE</b> Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAVIGNE</b> Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LE BIVIC</b> Louis	CARDIOLOGIE
<b>LE COUSTUMIER</b> Eve	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LEGROS</b> Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LERAT</b> Justine	O.R.L.



<b>MARTIN</b> Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>MATT</b> Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
<b>MESNARD</b> Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MONTCUQUET</b> Alexis	NEUROLOGIE
<b>PAPON</b> Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>PETITALOT</b> Vincent	CARDIOLOGIE
<b>PONTHIER</b> Laure	PEDIATRIE
<b>ROGER</b> Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>SAINT PAUL</b> Aude	PNEUMOLOGIE
<b>SCOMPARIN</b> Aurélie	O.R.L.
<b>TAÏBI</b> Abdelkader	CANCEROLOGIE
<b>TRIGOLET</b> Marine	PEDIATRIE

#### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**RUDELLE** Karen

#### **CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE**

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

**LAUCHET** Nadège

#### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**BALLOUHEY** Quentin  
CHIRURGIE INFANTILE  
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

**CROS** Jérôme  
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION  
(du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 octobre 2018)



## Remerciements

---

### **Monsieur le Professeur BUCHON,**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Vous m'avez enseigné la médecine générale au cours de mon internat et je vous en suis gré. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

### **Monsieur le Professeur CLÉMENT,**

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. J'ai découvert la psychiatrie avec vous durant mon externat et malgré le fait que je ne l'ai pas choisie à l'ECN, cette spécialité me fascine toujours et j'espère l'aborder au mieux au cours de ma pratique. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon plus grand respect.

### **Monsieur le Professeur BERTIN,**

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail de thèse. Vous avez été l'un de mes premiers maîtres. Je garde un agréable souvenir de ces quelques semaines très formatrices passées en rhumatologie. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.



**Madame le Docteur BRICAUD-CALVET,**

Chère Magali, je te remercie pour ton soutien, ta bienveillance et ton aide depuis le premier jour où nous nous sommes rencontrées. Tu es une psychiatre et une personne formidable, j'ai pour toi beaucoup d'admiration. Tu pratiques la médecine avec ton cœur et j'espère suivre ton modèle.

**Monsieur le Docteur CALVET,**

Cher Benjamin, tu m'as reçu en psychiatrie comme l'une des vôtres, tu m'as offert toutes tes compétences pour réaliser ce beau travail. La psychiatrie est pour toi une passion, un mode de vie et j'ai appris chaque jour à tes côtés. Je te remercie de m'avoir accompagnée et soutenue durant tout ce travail malgré tes multiples obligations en empiétant sur ton temps personnel. J'ai pour toi un immense respect.

**Monsieur le Docteur COQUILLAUD,**

Vous avez été le premier à me soutenir pour débiter ce travail et je vous en remercie sincèrement. Vous m'avez témoigné votre goût pour la médecine et pour les gens, votre volonté de prendre en charge leurs souffrances même cachées, c'est pour moi la plus belle image de la médecine générale.



A mes professeurs et maîtres, les Docteurs Goburdhun, Guillon, Dahdal et Bettioui qui m'ont initiée à la cardiologie avec tant d'affection.

Merci à toute l'équipe des urgences de Tulle qui m'a accueillie avec gentillesse et sympathie.

Merci aux Docteurs Goudeaux, Barré qui ont conforté mon désir de pratiquer la médecine générale en campagne. Merci au Docteur Sébastien Mas pour ses enseignements et son soutien pour ma future installation.

Je remercie le Docteur Fargeot et son équipe de pédiatrie pour ces six mois auprès des petits malades.

Merci aux Docteurs Verger et Fiegl qui m'ont ouvert les portes de la psychiatrie.

Je remercie les Docteurs Lavaud-Priot et Pareaud qui m'ont initié à la Psychiatrie de la Personne Agée et enfin le Docteur Martin qui m'a enseigné son savoir et a toujours soutenu avec une immense compréhension ce travail de thèse.

J'estime avoir eu beaucoup de chance de vous rencontrer tous, vous m'avez soutenue, accompagnée au fil de mon internat et participé à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Je vous en remercie. Vous avez éclairé mon chemin de vos connaissances et j'espère suivre vos conseils tout au long de ma pratique.

A Monsieur Henry, merci pour l'aide que vous m'avez apporté pour ce travail.

A toutes les infirmières, aides-soignantes, secrétaires, assistant(e)s social(e)s, psychologues, agents hospitaliers et autres professionnels que j'ai pu côtoyer durant mon cursus, merci pour vos sourires, votre accueil. C'est main dans la main que nous donnons le meilleur de nous même.



## Dédicaces

---

### **A mon mari,**

Merci pour tout l'amour que tu me portes, je suis une femme épanouie à tes côtés. Je t'ai imposé ce long périple mais tu as su m'y accompagner, me soutenir et me distraire quand il le fallait pour que nous y parvenions ensemble. J'espère que tu es fier de moi.

### **A mes parents,**

Merci de m'avoir toujours soutenue. Vous êtes ma source de stabilité et c'est grâce à vous que j'en suis arrivée là. Je m'excuse de tous les tracas que je vous ai fait endurer pendant ces longues années... Ça y est c'est terminé, je reviens et j'espère être là pour vous.

### **A Frédou et Maxime,**

Frédou, bientôt 29 ans que nous partageons tout et ce n'est pas prêt de s'arrêter. Ta présence à elle seule me réconforte et me rassure, nous n'avons pas besoin de mots. Maxime, je suis contente de t'avoir comme beau-frère, occupe toi bien de ma sœur.

### **A Hervé, Ange et mes deux princesses,**

Merci d'être là. Nous formons une si belle famille, elle a été une force pour moi tout au long de ce tumultueux chemin.

### **A mes grands-parents paternels,**

La vie ne nous a pas laissé le temps de jouir de ce bonheur ensemble et de vous exprimer tout mon amour. J'aimerais tellement vous avoir à mes côtés pour ce grand jour. J'espère que vous me verrez de là où vous êtes. Je vous aime.



**A ma belle famille,**

Vous m'avez toujours accueillie avec le sourire, je vous remercie pour votre gentillesse et votre soutien.

**A mes co-internes,**

Pauline V., Sylvine, Pierre, Samantha, Maud, Gaëlle, Emma, Teddy, Boris, Camille, Anne-Laure, Hélène G., Doriane, Rémi, Marie, Mélanie, Annika, Anne, Hélène C., Pauline E. et ma petite Laure, merci à tous d'avoir partagé avec moi nos moments difficiles et drôles de la vie d'interne, nous avons grandi ensemble et au final, il ne reste que les bons souvenirs.

**A mes amis,**

Audrey, Cyril, (Marine que j'ai hâte de rencontrer), Clément, Delphine, Baptiste et Marie, vous êtes formidables, j'espère que la distance ne nous séparera pas.





## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

Introduction .....	24
Première partie : Etat actuel des connaissances concernant la douleur (aiguë et chronique) et ses liens avec la psychopathologie.....	27
I. La douleur .....	28
I.1. Généralités .....	28
I.1.1. Historique .....	28
I.1.2. Genèse et transmission du message douloureux .....	32
I.1.2.1 En périphérie.....	32
I.1.2.1.1. Les nocicepteurs .....	32
I.1.2.1.2. Les fibres nociceptives .....	33
I.1.2.1.3. Les médiateurs périphériques.....	34
I.1.2.2 A l'étage médullaire.....	35
I.1.2.2.1. Les corps cellulaires des fibres nociceptives .....	35
I.1.2.2.2. Les fibres de petit calibre.....	35
I.1.2.2.3. Les voies ascendantes de petit calibre .....	36
I.1.2.2.4. Les voies ascendantes de gros calibre .....	37
I.1.2.2.5. La transmission de l'influx nerveux .....	37
I.1.2.3 A l'étage supra médullaire.....	37
I.1.2.3.1. Les grosses fibres du cordon postérieur .....	37
I.1.2.3.2. Les petites fibres .....	37
I.1.2.3.3. Le troisième neurone .....	38
I.1.2.3.3.1. Les relais thalamiques .....	38
I.1.2.3.3.2. Les relais bulbaires et ponto-mésencéphaliques.....	38
I.1.2.3.4. Les relais corticaux.....	38
I.1.2.3.5. Les autres relais centraux.....	39
I.1.3. Les moyens de contrôle de la douleur .....	39
I.1.3.1 En périphérie.....	39
I.1.3.2 A l'étage médullaire.....	39
I.1.3.3 A l'étage supra-médullaire.....	41
I.1.3.4 Les endomorphines.....	44
I.2. La douleur en médecine générale.....	44
I.2.1. Un problème de santé publique.....	44
I.2.2. La place du médecin généraliste .....	47
I.2.3. Les recommandations des Sociétés Savantes .....	48
I.3. La problématique des douleurs chroniques.....	52
I.3.1. Les composantes de la douleur chronique .....	54
I.3.1.1 La composante sensori-discriminative.....	54
I.3.1.2 La composante affectivo-émotionnelle .....	54
I.3.1.3 La composante cognitive.....	55
I.3.1.4 La composante comportementale .....	55
I.3.2. L'altération de la perception douloureuse .....	55
I.3.3. Les différents types de douleurs chroniques.....	56



I.3.3.1 La douleur par excès de nociception (ou inflammatoire) .....	57
I.3.3.1.1. Hyperalgésie primaire et réflexe d'axone .....	57
I.3.3.1.2. Hyperalgésie secondaire .....	58
I.3.3.2 La douleur neuropathique ou neurologique .....	59
I.3.3.2.1. Caractéristiques.....	59
I.3.3.2.2. Physiopathologie .....	60
I.3.3.2.3. Etiologies.....	60
I.3.3.3 La douleur dysfonctionnelle.....	61
I.3.4. Les réorganisations cérébrales dans la douleur chronique .....	62
II. Psychopathologie et douleur chronique .....	64
II.1. Qualité de vie des douloureux chroniques.....	64
II.2. Psychose .....	65
II.2.1. Diagnostic de schizophrénie.....	65
II.2.2. Psychose et douleur chronique.....	66
II.3. Anxiété.....	67
II.3.1. Diagnostic .....	67
II.3.2. Anxiété et douleur chronique .....	68
II.3.2.1 L'anxiété facteur prédictif de douleur chronique .....	68
II.3.2.2 Douleur chronique favorisant la survenue de troubles anxieux.....	71
II.4. Dépression.....	72
II.4.1. Prévalence .....	72
II.4.2. Diagnostic .....	72
II.4.3. Douleur chronique et dépression .....	74
II.4.3.1 La douleur chronique comme précurseur de la dépression .....	74
II.4.3.2 La dépression, facteur favorisant la survenue des douleurs chroniques.....	74
II.4.3.3 L'hypothèse du spectre continu.....	75
II.4.3.4 Une influence néfaste réciproque.....	76
II.5. Troubles et traits de la personnalité .....	77
II.5.1. Les troubles de la personnalité .....	77
II.5.1.1 L'approche catégorielle .....	77
II.5.1.1.1. Le cluster A .....	78
II.5.1.1.2. Le cluster B .....	78
II.5.1.1.3. Le cluster C .....	79
II.5.1.2 L'approche dimensionnelle.....	80
II.5.1.3 Trouble de la personnalité et douleur chronique.....	81
II.5.2. Alexithymie .....	83
Deuxième partie : Etude des facteurs psychopathologiques chez le patient douloureux chronique consultant en médecine générale .....	85
I. Introduction .....	86
II. Objectifs de l'étude .....	88
II.1. Objectif principal .....	88
II.2. Objectifs secondaires.....	88
III. Matériel et méthode.....	89
III.1. Population de l'échantillon .....	89



III.1.1. Critères d'inclusion .....	89
III.1.2. Critères d'exclusion .....	89
III.1.3. Recrutement.....	90
III.2. Recueil des informations.....	90
III.2.1. Anonymat .....	90
III.2.2. Recueil des données .....	90
III.2.3. Les variables étudiées.....	91
III.2.3.1 Données médicales (Annexe 2.1.) .....	91
III.2.3.2 Données sociodémographiques (Annexe 2.2.).....	91
III.2.3.3 Auto-questionnaire d'évaluation de la qualité de vie SF-12 (Annexe 2.3.) .....	92
III.2.3.4 Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) (Annexe 2.4.).....	93
III.2.3.5 State Trait Inventory Anxiety (STAI) YB (Annexe 2.5.) .....	93
III.2.3.6 Inventaire de personnalité : Big Five Inventory (Annexe 2.6.).....	94
III.2.3.7 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Annexe 2.7.) .....	95
III.3. Déroulement de l'étude .....	95
III.4. Analyses statistiques.....	96
IV. Résultats.....	98
IV.1. Description de la population de l'échantillon .....	98
IV.2. Caractéristiques psychopathologiques de notre échantillon de patients douloureux chroniques .....	103
IV.2.1. Les niveaux d'anxiété et de dépression.....	103
IV.2.2. L'anxiété trait.....	104
IV.2.3. Dimensions de personnalité selon le modèle du Big Five.....	104
IV.2.4. L'alexithymie .....	105
IV.2.5. La qualité de vie.....	105
IV.3. Comparaison des caractéristiques psychopathologiques en fonction des différents types de douleur .....	106
IV.4. Relations entre intensité, durée de la douleur et scores aux échelles psychopathologiques .....	108
IV.5. Régressions linéaires multiples .....	110
V. Discussion des résultats.....	113
V.1. Discussion des résultats au regard de la littérature internationale .....	113
V.1.1. Analyse descriptive de l'échantillon.....	113
V.1.2. Analyse des facteurs psychopathologiques de l'échantillon .....	116
V.1.2.1 Anxiété et dépression .....	116
V.1.2.2 Traits de personnalité .....	118
V.1.2.3 Alexithymie .....	121
V.1.2.4 Qualité de vie.....	121
V.1.3. Analyse des différences entre les types de douleur.....	122
V.1.4. Analyse des corrélations .....	124
V.1.5. Analyse des régressions .....	125
V.2. Biais et Limites de l'étude .....	125
V.2.1. Analyse des biais de l'étude.....	125
V.2.1.1 Relatifs aux échelles utilisées .....	125
V.2.1.2 Relatifs aux patients recrutés.....	126



V.2.2. Analyse des limites de l'étude .....	126
V.3. Perspectives d'avenir.....	127
Conclusion .....	129
Références bibliographiques .....	130
Annexes .....	143
Serment d'Hippocrate.....	155



## Table des illustrations

---

Figure 1 : Anatomie de l'Homme de Léonard de Vinci .....	29
Figure 2 : Fête hindouiste de Thaipusam.....	30
Figure 3 : Les nocicepteurs .....	33
Figure 4 : Les fibres nociceptives .....	34
Figure 5 : Les médiateurs périphériques .....	35
Figure 6 : Schéma des différents faisceaux de la douleur.....	36
Figure 7 : Théorie du gate contrôle.....	40
Figure 8 : Schéma de la boucle de rétrocontrôle spino-bulbo-spinale.....	42
Figure 9 : Schéma des aires cérébrales intervenant dans la nociception.....	43
Figure 10 : Le réflexe d'axone .....	58
Figure 11 : L'hyperalgésie secondaire .....	59
Figure 12 : Modèle de stress de Lazarus et Folkman .....	68
Figure 13 : Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur de Vlaeyen.....	70
Figure 14 : Niveau d'études (effectifs en valeur absolue) .....	99
Figure 15 : Répartition des différents troubles psychiatriques.....	100
Figure 16 : Répartition des antécédents somatiques .....	100
Figure 17 : Les traitements contre la douleur.....	101
Figure 18 : Les traitements psychiatriques en nombre absolu .....	102
Figure 19 : Répartition des localisations de douleur .....	103



## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Grille d'entretien semi-structuré du patient douloureux chronique.....	50
Tableau 2 : Comparaison des douleurs aiguës et chroniques.....	53
Tableau 3 : Les trois clusters ou groupes de personnalité du DSM-5 .....	77
Tableau 4 : Mode de calcul des scores pour la SF-12 .....	93
Tableau 5 : Signification des résultats obtenus à l'échelle STAI YB.....	94
Tableau 6 : Motifs de non inclusion .....	98
Tableau 7 : Comparaison des résultats obtenus à l'inventaire du BFI avec ceux de la population de référence de l'étude de validation.....	105
Tableau 8 : Comparaison des scores de qualité de vie entre notre échantillon et la population générale française.....	106
Tableau 9 : Comparaison des caractéristiques psychopathologiques en fonction du type de douleur chronique.....	107
Tableau 10 : Corrélations entre facteurs psychopathologiques et intensité de la douleur ...	109
Tableau 11 : Facteurs prédictifs de l'intensité douloureuse perçue (selon la méthode Entrée) .....	111
Tableau 12 : Facteurs prédictifs de l'intensité douloureuse perçue (selon la méthode pas à pas ascendante).....	112
Tableau 13 : Principaux résultats des études recherchant la dépression chez les douloureux chroniques.....	118
Tableau 14 : Principaux résultats des études évaluant les traits de la personnalité chez les douloureux chroniques .....	120
Tableau 15 : Comparaison des résultats de qualité de vie entre notre échantillon et celui de l'étude d'Attal et al. ....	122



## Table des abréviations

---

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

Aire SI : cortex somesthésique primaire

Aire SII : cortex somesthésique secondaire

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ATP : adénosine triphosphate

BDI : beck depression inventory

BFI : Big Five Inventory

BPI : bref pain inventory

CCK : cholecystokinine

CGRP : peptide relié au gène de la calcitonine

CIDN : contrôles inhibiteurs diffus induits par la nociception

CIM-10 : classification internationale des maladies dixième révision

DPQ : Dallas pain questionnaire

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM-III : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3<sup>ème</sup> version

DSM-IV TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> version texte révisé

DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>ème</sup> version

ECOGEN : étude des éléments de la consultation en médecine générale

EN : échelle numérique

EVA : échelle visuelle analogique

EVS : échelle verbale simple

GABA : acide gamma aminobutyrique

HADS ou HAD : Hospital Anxiety Depression Scale

HAS : haute autorité de santé

HCSP : haut conseil de la santé publique

IASP : international association for the study of pain

ICD : insensibilité congénitale à la douleur





INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
MOS SF-36 : medical outcome study short form 36  
MPI : multidimensional pain inventory  
MPQ : Mac Gill pain questionnaire  
NAc : noyau accumbens  
NMDA : acide N-méthyl-D-aspartate  
NO : monoxyde d'azote  
NRM : noyau du raphé magnus  
OMS : organisation mondiale de la santé  
SFMG : société française de médecine générale  
SF-12 : Short Form (de la MOS-SF-36) 12 items  
SGPA : substance grise péri-aqueducule  
SRD : noyau subreticularis dorsalis  
STAI Y : State-Trait Anxiety Inventory version Y  
TAS-20 : Toronto alexithymia scale  
TENS : Transcutaneous Electrical Nerves Stimulation  
TCI : Temperament and Character Inventory  
VIP : peptide vasoactif intestinal



# Introduction

---

La douleur est une sensation physiologique normale qui participe à la survie de l'espèce. « La douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle » [1]. De la même façon, Henri Bergson la définit comme une « sentinelle rapprochée qui protège notre corps » [2]. En effet, la sensation douloureuse entraîne un mouvement de retrait ou de fuite conduisant à stopper non seulement la sensation désagréable mais surtout la lésion qu'elle engendre. Selon ces approches, la douleur a un rôle protecteur. Dans l'enfance, la douleur participe à l'apprentissage de ce qui est dangereux pour notre corps ; par exemple, un enfant qui se brûle mémorise la douleur ressentie et évitera les sources de chaleur afin de prévenir de nouvelles lésions. La meilleure preuve de ce côté bénéfique de la douleur est le syndrome d'insensibilité congénitale à la douleur (ICD) [3] ; les enfants qui en sont atteints ont une espérance de vie diminuée non pas du fait de la maladie mais des multiples traumatismes et complications qui en découlent. La douleur est aussi un signal d'alarme qui permet de diagnostiquer et de traiter les lésions d'organes, c'est le cas par exemple de la douleur d'appendicite aiguë. Elle est au départ le seul symptôme de cette pathologie qui, sans une prise en charge rapide, peut être mortelle.

Durant plusieurs siècles, la douleur a été considérée par les médecins comme la conséquence d'un traumatisme ou d'une agression et n'apparaissait donc qu'après application d'un stimulus. L'intensité de la douleur était considérée comme proportionnelle à la sévérité du dommage. Les travaux conduits en 1957 par Beecher cherchaient d'ailleurs à quantifier l'intensité douloureuse en fonction de l'énergie de stimulations utilisées en différenciant, dans ses réflexions, la douleur « expérimentale » qu'il provoquait pour ces études de la « douleur pathologique ». Selon lui, ces deux types de douleurs sont composées « d'une sensation originale » et du « traitement psychique » de cette sensation. Ces deux composantes ont fait l'objet de nouveaux travaux de recherche afin de les distinguer [4].

A partir de 1936, sont apparues les premières Cliniques de la douleur aux Etats-Unis ainsi que dans d'autres pays, mais ce fut un échec car, malgré l'utilisation de techniques antalgiques efficaces telles que les blocages nerveux [5] ou les infiltrations, un grand nombre



de patients n'étaient pas soulagés. Il semble que cet échec résultait de l'approche même de la douleur.

Le premier à remettre en cause le concept unidimensionnel de douleur fut le Docteur John Bonica, médecin militaire américain, qui a publié en 1953 un ouvrage [6] dans lequel il considère la douleur comme une entité à part entière et non comme le symptôme d'une maladie. C'est en soignant les blessés de guerre qu'il n'arrivait pas à soulager de douleurs du membre fantôme qu'il a eu l'idée de les faire examiner par plusieurs médecins de spécialités différentes : chirurgien, anesthésiste, neurologue, psychiatre, psychologue... C'est ainsi qu'a vu le jour, en 1961 la première Clinique de prise en charge pluridisciplinaire de la douleur à l'Université de Médecine de Washington. En remportant un franc succès, elle est devenue un modèle mondial dans le diagnostic, l'étude et le traitement des douleurs aiguës et chroniques.

Par la suite, les expériences cliniques ont permis de constater et de prouver l'existence de plusieurs facteurs influençant notre perception de la douleur et donc le caractère polymorphe de celle-ci. En effet, la distinction entre ces deux types de douleur (aigüe et chronique) a permis l'étude spécifique de la douleur chronique. Celle-ci est bien différente de la douleur aigüe, de par ses causes, ses mécanismes et par conséquent, sa prise en charge est totalement différente.

En pratique clinique, nous sommes souvent confrontés à la douleur chronique. Que ce soit aux urgences, en médecine générale ou encore en hospitalisation, cette problématique nous met souvent en difficulté. Souvent parce que le temps nous manque. Il est vrai qu'une consultation pour douleur chronique est une consultation particulière qui demande du temps, de l'attention, de l'empathie. C'est pourquoi lorsque celle-ci se présente au beau milieu d'une journée chargée, avec une salle d'attente qui ne désemplit pas, nous ne pouvons pas forcément prendre le temps nécessaire à l'écoute. En effet, ce sont des consultations complexes auxquelles les médecins sont peu préparés et face auxquelles ils sont vite désemparés. C'est dans ces situations qu'il est facile de céder à une demande d'antalgiques forts ou d'examen complémentaires non justifiés... Lors des consultations pour douleur chronique, la problématique est parfois la difficulté à faire ressortir le vrai problème, la cause sous-jacente à ces plaintes douloureuses sans substrat anatomique évident. Nombreux sont les patients qui ont une crainte de la psychiatrie et ne peuvent pas entendre qu'il n'y a pas de cause organique à leur problème ou encore que la cause organique n'explique pas la totalité de leur problème et notamment l'enkystement de cette douleur. Il peut être ainsi ardu



de faire entendre à nos patients qu'il existe probablement une étiologie psychiatrique à leur douleur même si celle-ci est évidente aux yeux du médecin. Dans ces cas-là, l'utilisation d'un auto-questionnaire pourrait permettre de faire prendre conscience aux patients d'une fragilité psychologique qu'il nie.

C'est donc suite à ce vécu d'impuissance et du fait de l'importance de ce sujet sur le plan humain, mais aussi en termes de prévalence et de coût, que nous avons choisi de l'étudier dans notre travail de thèse.

Nous avons donc réalisé une étude prospective sur les patients consultant en médecine générale pour douleur chronique afin de rechercher des facteurs psychopathologiques qui pourraient favoriser la survenue de ce type de douleur.

Notre travail de thèse se compose de deux parties : un état des lieux actuel des données de la littérature concernant les liens entre douleur et psychopathologie et une étude clinique centrée sur l'évaluation de facteurs psychopathologiques chez des patients douloureux chroniques consultant en médecine générale.



# **Première partie : Etat actuel des connaissances concernant la douleur (aiguë et chronique) et ses liens avec la psychopathologie**

---



# I. La douleur

---

## I.1. Généralités

### I.1.1. Historique

L'étude de la douleur existe depuis le début de l'histoire de l'humanité. En effet, cette sensation universelle a toujours intrigué les Hommes qui ont cherché à la soulager. Cependant, l'avancée des connaissances à son sujet a été très irrégulière [7].

Dans les sociétés primitives, la douleur était attribuée à la magie, la douleur signifiait que l'individu était possédé par un démon.

L'antiquité fut très propice à l'étude de la douleur. Nombreux furent les scientifiques, philosophes et autres écrivains à s'y intéresser [8].

Platon (428-347 avant J.C.) considère que la douleur est une sensation pouvant toucher l'ensemble du corps et est ressentie par le cœur, centre de l'âme. Démocrite (430-370 avant J.C.) a inventé la théorie des quatre humeurs, selon laquelle la douleur provient d'une altération de celles-ci. Pour Hippocrate (430-380 avant J.C.) et ses disciples, la maladie, et donc la douleur, est un phénomène naturel et non une punition divine. Ils utilisent donc des plantes, dont le suc de pavot contenant de la morphine et de la codéine, pour soulager certaines douleurs. A Rome, Celse (1<sup>er</sup> siècle avant J.C.) décrit une sémiologie de la douleur à partir de laquelle il établit des diagnostics et pronostics. Pour Galien (131-201 après J.C.), la douleur a pour rôle d'indiquer quel est l'organe malade.

Au Moyen-Age, peu d'avancées ont été réalisées en termes scientifiques concernant la douleur. En effet, l'Occident étant sous l'influence du christianisme, cette dernière est valorisée puisqu'elle rapproche les Hommes de Jésus Christ qui a vécu la douleur lors de sa crucifixion. Cette époque est marquée par le recul des techniques pour soulager la douleur, l'utilisation des plantes étant considérée comme de la magie potentiellement maléfique car d'origine païenne.

Il a fallu attendre le XVIII<sup>ème</sup> siècle et la Renaissance pour que les philosophes et les médecins remettent en cause la croyance du pécher originel et du châtiment divin. Les connaissances anatomiques progressent, comme en témoignent les œuvres de Léonard de Vinci (Figure 1) ou Michel-Ange. André Vesale (1514-1664) écrit un traité d'anatomie dans lequel il décrit le système nerveux périphérique, le cerveau, avec la distinction entre



substance grise et substance blanche et identifie même les noyaux gris centraux [9]. Le célèbre philosophe, mathématicien et physicien Descartes (1596-1650) étudie les sens et la douleur et pense que toutes les sensations convergent vers la glande pinéale.



Figure 1 : Anatomie de l'Homme de Léonard de Vinci

Le baron Dominique-Jean Larrey (1766-1842), chirurgien en chef des armées Napoléoniennes, a été l'un des premiers à vouloir diminuer la douleur de la chirurgie.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, ère de la médecine moderne, la pharmacologie se développe, l'aspirine est mise sur le marché en 1899, puis le chlorhydrate de morphine... L'anesthésie générale après de longues années de débat se développe en 1847, après la découverte d'un « contrepoison » au principal anesthésiant utilisé : l'éther.

Ce n'est qu'au XX<sup>ème</sup> siècle que la vision unidimensionnelle de la douleur et la théorie de proportionnalité, entre sévérité du dommage et intensité de la perception douloureuse, est remise en question.

Les travaux de Wall et Melzack [10] ont identifié des facteurs expliquant le caractère polymorphe de la douleur. Ils ont montré que cette dernière dépasse la simple étude des



signaux sensoriels. C'est le cas des facteurs culturels, comme le montrent certains rites religieux et ethniques qui ne paraissent pas douloureux lorsqu'ils sont réalisés dans le contexte de fête alors qu'ils seraient insupportables dans d'autres circonstances. Par exemple, la fête hindouiste de Thaipusam en hommage au Dieu Murugan au cours de laquelle les Tamouls se soumettent à de véritables tortures (Figure 2). En effet, certains hommes et femmes sont suspendus par des crochets qui leur transpercent la peau du dos, d'autres ont des lames d'épée plantées sous la peau du ventre ou à travers les joues mais ne se plaignent pas de douleur. La douleur est effacée par l'ambiance de fête qui règne et par l'idée de purification et de rédemption qu'elle offrirait.

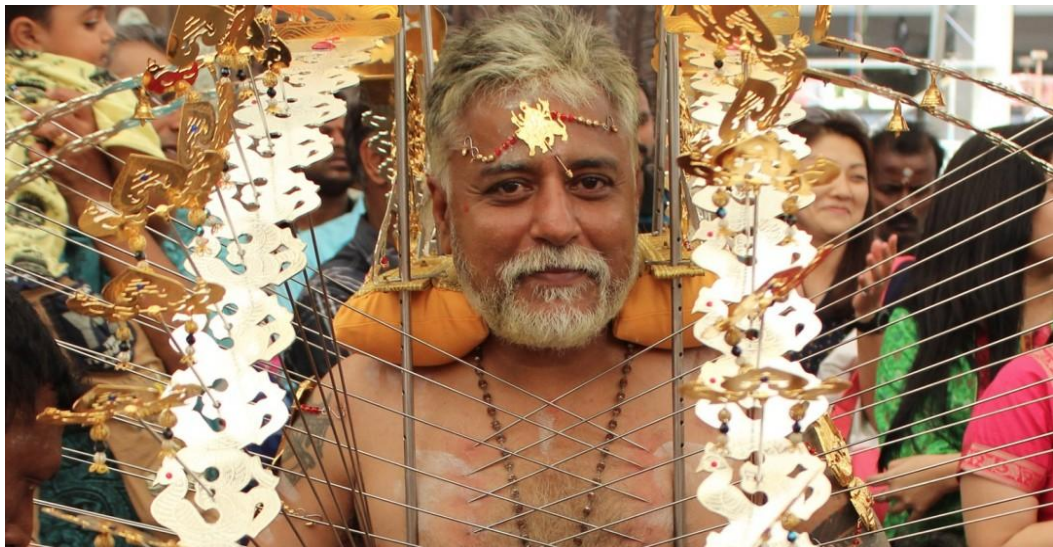


Figure 2 : Fête hindouiste de Thaipusam

D'autres travaux ont montré que les seuils de douleur pouvaient être différents d'un individu à l'autre. C'est le cas de l'étude de Clark et al. [11] qui a mis en évidence que chez différents groupes ethniques les seuils de sensations sont égaux mais les seuils de perception de la douleur sont eux différents. Dans cette étude, deux groupes étaient soumis à des stimulations électriques, le premier constitué de Népalais et le second d'Occidentaux. Le seuil de discrimination de la stimulation, c'est-à-dire la valeur minimale du stimulus produisant une sensation, était le même pour les deux groupes. En revanche, la valeur minimale du stimulus produisant une sensation douloureuse était beaucoup plus élevée dans le groupe Népalais que dans le groupe Occidental.

Par ailleurs, la perception de la douleur est influencée par le vécu de chacun. Ainsi, pour qualifier et coter une douleur, nous nous référons souvent à nos expériences antérieures. Par exemple, un patient qui a déjà eu des entorses de cheville sait reconnaître



la douleur liée à l'extension ligamentaire et comprend seul le diagnostic lorsque cela se reproduit. L'étude menée par Sternbach [12] sur des ménagères de différentes origines prouvent que les expériences antérieures influencent les seuils de perception des stimulations électriques qui leur ont été appliquées.

Enfin, la douleur est interprétée différemment suivant le contexte dans lequel elle est subie. L'expérience de Beecher [13] montre que les circonstances de survenue d'un traumatisme impactent le ressenti de la douleur. Ainsi, dans son étude, il compare les consommations de morphine de deux groupes de patients ayant les mêmes blessures. Le premier groupe est constitué de civils pour lesquels la blessure va avoir des conséquences néfastes sur leur vie socio-professionnelle, le deuxième groupe est constitué de militaires pour qui la blessure est synonyme de sécurité puisqu'ils vont quitter le champ de bataille. Il constate alors que pour les mêmes lésions, les consommations d'antalgiques varient de 80% chez les civils à 30 % chez les militaires.

En mai 1973, suite aux travaux réalisés, John Bonica convoque un groupe interdisciplinaire de chercheurs et de médecins afin de discuter de la nécessité d'une organisation professionnelle dédiée à la recherche et à la gestion de la douleur. Cette réunion extraordinaire a conduit à la fondation de l'International Association for the Study of Pain (IASP) qui réunit des professionnels de toutes disciplines et de toutes nationalités (180 pays dans le monde y participent) s'intéressant à la prise en charge de la douleur. Elle promeut la recherche, l'éducation et les politiques en faveur de la gestion de la douleur.

Grâce à toutes ces avancées, la définition de la douleur chronique a évolué jusqu'à celle donnée par l'IASP qui la définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante, ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne» [14]. Cette définition, qui est la plus utilisée dans la littérature, évoque l'aspect subjectif de l'expérience douloureuse et nomme la composante affective inhérente au ressenti de la douleur qui influence la dimension sensorielle.



## **I.1.2. Genèse et transmission du message douloureux**

### **I.1.2.1 En périphérie**

#### **I.1.2.1.1. Les nocicepteurs**

Les nocicepteurs (Figure 3) sont les terminaisons de fibres nerveuses sensibles qui s'activent lorsqu'ils sont stimulés par une source thermique (température supérieure à 42°C), chimique (bradykinine, sérotonine, histamine...), électrique ou mécanique du fait de la présence de récepteurs polymodaux [15]. Ces récepteurs sont très nombreux et variés de même que leurs ligands. Des études ont permis de localiser, à la jonction dermo-hypodermique, des récepteurs au Glutamate, au GABA, à la substance P, aux opioïdes, à la sérotonine, mais aussi des récepteurs à la bradykinine, à l'acétylcholine, à l'ATP, à la capsaïcine ou encore des récepteurs adrénergiques [16]. Cependant, l'activation préférentielle de l'un ou l'autre de ces récepteurs n'est pas encore élucidée. C'est la théorie des « silent nociceptors » décrite par Schaible et Grubb [17]. En effet, ils ont mis en évidence qu'une proportion de récepteurs mécano-sensibles ne s'active pas lors de stimulations mécaniques simples, mais, après injection de bradykinine et/ou de prostaglandine, s'active en réponse à des stimuli mécaniques.

Ces terminaisons nerveuses sont présentes dans la quasi-totalité du corps humain (peau, organes, muscles, articulations...). Leur stimulation va entraîner, par modification de la perméabilité des membranes, un potentiel d'action qui va cheminer tout au long de la fibre nerveuse concernée jusqu'à la moelle épinière.

Au niveau cutané, la répartition des fibres sensibles est telle qu'elle permet de localiser précisément l'origine de ce signal douloureux. Il existe une sommation temporelle et spatiale, c'est-à-dire que des stimuli voisins, mais aussi des stimuli issus d'un même point cutané mais répétés dans le temps peuvent s'additionner créant ainsi une zone douloureuse et une intensité plus ou moins importante. En revanche, dans les viscères, leur répartition est moins bien organisée et la localisation d'une douleur, abdominale par exemple, peut être imprécise.



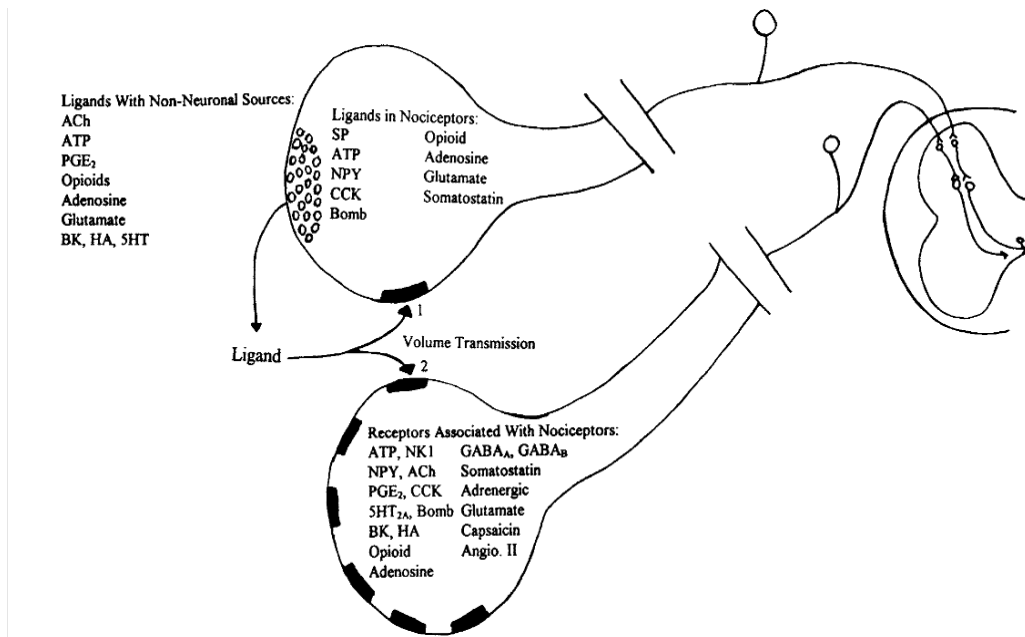


Figure 3 : Les nocicepteurs

#### I.1.2.1.2. Les fibres nociceptives

Il existe plusieurs types de fibres nociceptives qui conduisent les messages sensitifs [18], regroupées en nerfs (Figure 4). En fonction de leur calibre, elles ont des rôles différents :

- Les fibres A alpha et A bêta : ce sont des fibres de 5 à 15  $\mu\text{m}$  de diamètre, qui sont myélinisées donc à conduction rapide (40 à 100m/seconde). Elles s'activent pour des stimulations mécaniques modérées, entraînant la sensation de tact, mais ne peuvent pas transmettre de message douloureux ;
- Les fibres A delta : fibres de 1 à 5  $\mu\text{m}$  de diamètre, qui sont faiblement myélinisées et conduisent l'influx nerveux à une vitesse de 5 à 40 m/seconde. Elles s'activent lorsque le stimulus mécanique dépasse un certain seuil d'intensité, lors d'une brûlure ou d'une stimulation chimique entraînant des picotements, une sensation de pique. C'est le premier niveau de la douleur, sa localisation est précise dite épicrotique ;
- Les fibres C : elles mesurent 0,3 à 1,5  $\mu\text{m}$  de diamètre et sont amyéliniques donc leur vitesse de conduction de l'influx nerveux est inférieure, de l'ordre de 1 à 2 m/seconde. Elles s'activent pour des stimuli mécaniques, chimiques et thermiques mais avec un seuil de stimulation encore plus élevé et entraînent une douleur

intense et prolongée, d'apparition plus tardive et de localisation plus diffuse, moins précise.

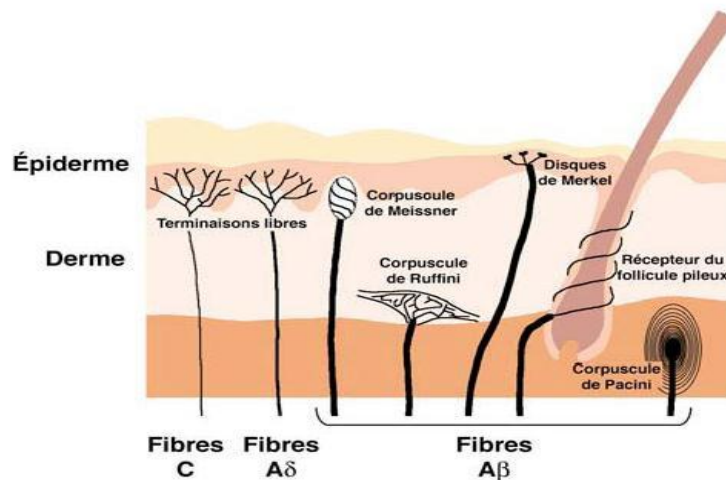


Figure 4 : Les fibres nociceptives

### I.1.2.1.3. Les médiateurs périphériques

Il existe plusieurs types de stimuli, ou médiateurs périphériques, capables d'activer les fibres sensibles (Figure 5).

Parmi eux les lésions thermiques et mécaniques ont une action directe. A l'inverse les lésions inflammatoires, ischémiques et même traumatiques vont agir de façon indirecte en libérant, au contact des fibres sensibles, des substances dites « algogènes » [19]. Ainsi, lors des destructions tissulaires, il se produit une cascade d'évènements qui libèrent tour à tour différentes molécules :

- La lyse cellulaire libère dans le secteur extra-cellulaire du potassium, de l'histamine, de la sérotonine, des ions hydrogène, de la bradykinine, de la sérotonine et de l'ATP. Les trois premières substances ont la capacité d'activer directement les nocicepteurs, mais aussi d'abaisser les seuils d'activation des fibres de petit calibre A delta et C face aux stimuli mécaniques et thermiques pouvant également avoir une action synergique.
- Ensuite, l'acide arachidonique est synthétisé sur place, à partir des lésions tissulaires, lui-même à l'origine de la fabrication de puissants médiateurs de l'inflammation : les prostaglandines et les leucotriènes. Ces derniers vont augmenter la sensibilité des nocicepteurs aux substances algogènes. Les

prostaglandines ont ensuite un rôle au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière où elles diminuent le contrôle inhibiteur descendant. Ces substances algogènes sont produites non seulement par les cellules lésées mais aussi par les nocicepteurs eux-mêmes qui produisent la substance P.

- La substance P, polypeptide de 11 acides aminés, entraîne une vasodilatation et un œdème et ainsi la libération d’histamine, à partir des mastocytes, et de sérotonine, à partir des plaquettes, augmentant la réponse inflammatoire et sensibilisant les nocicepteurs adjacents.

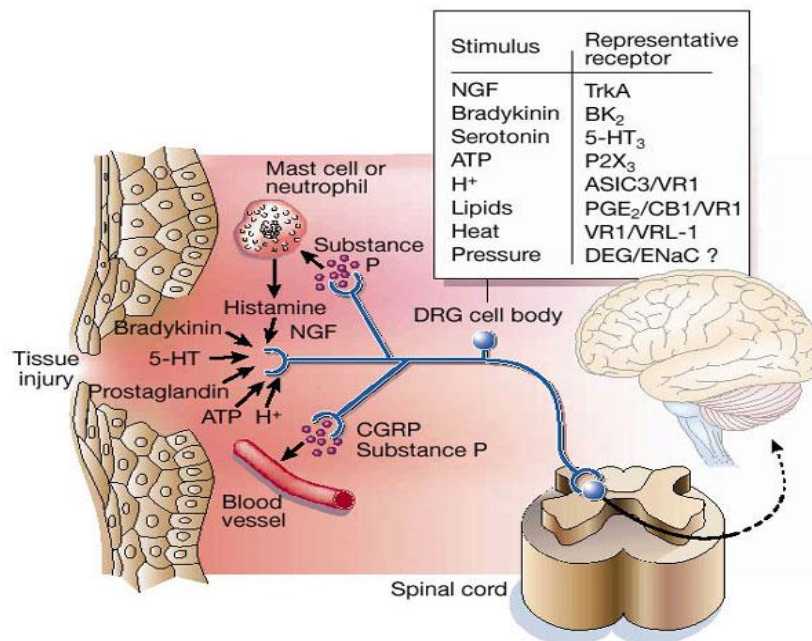


Figure 5 : Les médiateurs périphériques

### I.1.2.2 A l'étage médullaire

#### I.1.2.2.1. Les corps cellulaires des fibres nociceptives

Les fibres nociceptives rejoignent la moelle épinière par les racines dorsales en émettant des collatérales qui se distribuent sur plusieurs niveaux puis sont reliées à leur corps cellulaire qui se situe dans les ganglions rachidiens.

#### I.1.2.2.2. Les fibres de petit calibre

Les fibres de petits calibres font alors relais soit avec le deuxième neurone, soit avec des interneurons.

### I.1.2.2.3. Les voies ascendantes de petit calibre

Le deuxième neurone, ou deutoneurone, part de la moelle épinière et rejoint les centres supérieurs via plusieurs faisceaux :

- Les faisceaux spinothalamiques qui se situent dans les cordons antérolatéral et controlatéral ;
- Les faisceaux spinoréticulaires qui cheminent dans les cordons antérolatéral, controlatéral et ipsilatéral ;
- Les faisceaux spino-ponto-mésencéphaliques qui remontent via le cordon antérolatéral et le funiculus postero-latéral ;
- Les faisceaux spino-solitaires qui cheminent dans le cordon antéro-latéral ;
- Le faisceau spino-cervical.

Les deux principaux faisceaux sont les faisceaux spinothalamiques et spinoréticulaires (Figure 6).

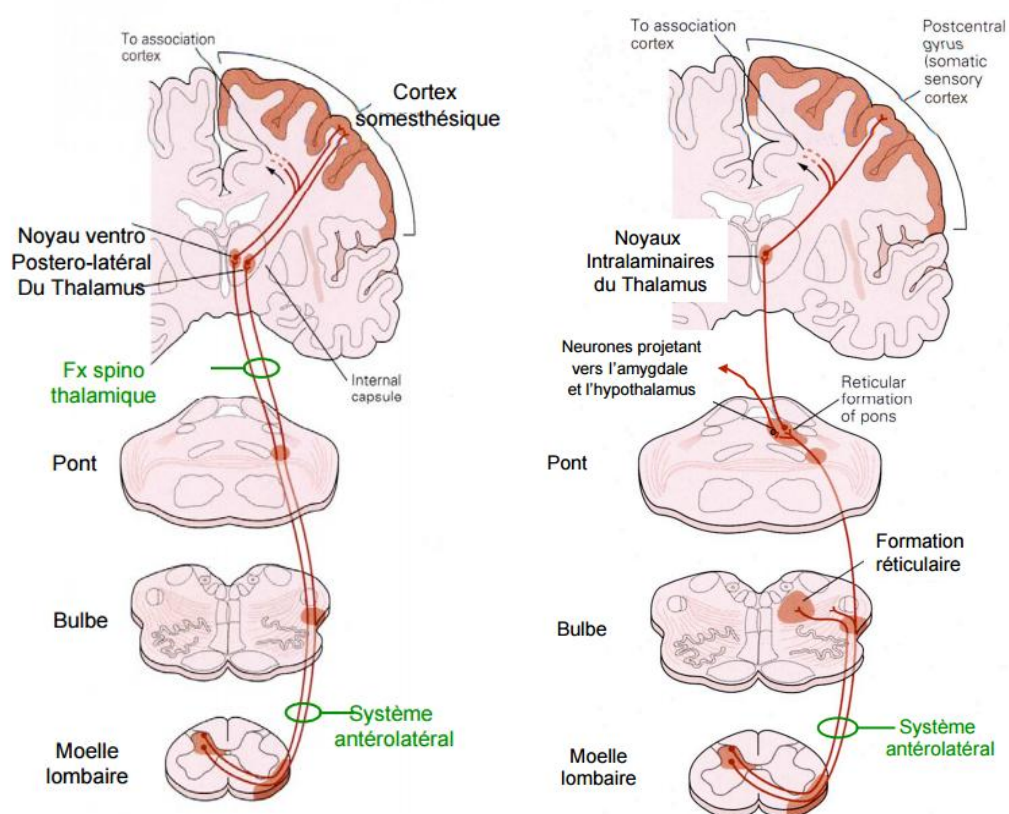


Figure 6 : Schéma des différents faisceaux de la douleur

#### **I.1.2.2.4. Les voies ascendantes de gros calibre**

Ce sont les fibres A alpha et A bêta qui transportent les messages proprioceptif et tactile. Elles pénètrent dans la moelle épinière par la corne postérieure et, contrairement aux fibres de petits calibres, cheminent directement jusqu'aux centres supérieurs sans relais. Elles projettent également des collatérales dans la substance grise postérieure de la moelle.

#### **I.1.2.2.5. La transmission de l'influx nerveux**

Lors des relais entre les différents neurones, la transmission de l'influx nerveux se fait grâce à des neuromédiateurs. La substance P, sécrétée par les fibres amyéliniques, est le neuromédiateur le plus connu, qui a été décrit en 1930 [20]. Cependant, de nombreux autres peptides ont ensuite été découverts tels que le CGRP (Calcitonin Gene Related Peptid), le CCK (CholeCystoKinine), la neurokine A, le VIP (Vasoactive Intestinal Peptid), la galanine, l'angiotensine...

### **I.1.2.3 A l'étage supra médullaire**

#### **I.1.2.3.1. Les grosses fibres du cordon postérieur**

Les grosses fibres du cordon postérieur se terminent dans les noyaux gracile et cunéiforme du bulbe inférieur. Le deuxième neurone rejoint ensuite le thalamus en passant par les lemnisques médians. Dans le thalamus, il existe une synapse avec un troisième neurone, qui se dirige vers le cortex somesthésique. Ce faisceau transporte la sensibilité tactile et kinesthésique. Il permet de localiser la source du stimulus de façon précise, le type de sensation, son intensité et sa durée.

#### **I.1.2.3.2. Les petites fibres**

- Les faisceaux spino-thalamiques [21] : le deuxième neurone (après synapse dans le ganglion rachidien) se termine, en partie, dans le thalamus latéral et transmet un signal précis à conduction rapide. La seconde partie du faisceau finit sa course dans le thalamus médian et transporte la composante sensorielle discriminative de la douleur, son emplacement précis, son intensité et sa nature. Les deux faisceaux laissent des collatérales dans la substance réticulée à tous les étages.





- Les faisceaux spino-réticulaires et spino-mésencéphaliques : le deuxième neurone de chacun de ces deux faisceaux se termine respectivement dans la substance réticulée du tronc cérébral et dans la substance grise péri-aqueducale et l'aire para-brachiale. Ils se projettent ensuite sur le cortex. Ces faisceaux informent sur le caractère nociceptif du message et constituent la composante émotionnelle et affective. En informant sur le caractère désagréable, ils déclenchent la fuite et la défense.

### **I.1.2.3.3. Le troisième neurone**

#### **I.1.2.3.3.1. Les relais thalamiques**

Le faisceau spino-thalamique se sépare en deux voies avant de rejoindre le thalamus, une partie rejoint le thalamus latéral et une autre le thalamus médian.

Les deutoneurones de ce faisceau faisant synapse dans le thalamus latéral envoient leur troisième neurone sur le cortex somato-sensoriel déterminant ainsi la composante sensori-discriminative de la douleur.

Se rejoignent dans le thalamus médian, des afférences directes de la moelle (deuxième voie du faisceau spino-thalamique) et des neurones issus de la substance réticulée (voie spino-réticulée), ces deux types d'afférences font alors relais avec un troisième neurone qui se projette sur les aires corticales motrices, pré-motrices et fronto-orbitaires. Ils participent à l'élaboration des réactions motrices et émotionnelles à la douleur.

#### **I.1.2.3.3.2. Les relais bulbaires et ponto-mésencéphaliques**

Le troisième neurone de la voie spino-réticulaire, après la substance réticulée, se dirige dans le thalamus médian et envoie des projections descendantes et sur le noyau du Raphé Magnus. Une partie du faisceau se projette également sur l'aire para-brachiale et le thalamus latéral. Cette voie joue un rôle dans les aspects moteurs, émotionnels et neurovégétatifs de la douleur.

#### **I.1.2.3.4. Les relais corticaux**

Il n'existe pas de zone spécifique dévolue à la nociception. Le cortex intègre tous les signaux et les transforme en une sensation douloureuse. C'est lui qui permet l'expression cognitive de la réaction physiologique à la douleur, en fonction de l'héritage culturel, des





expériences antérieures et d'autres phénomènes plus ou moins identifiés. C'est à ce niveau que vont s'exercer les suggestions.

#### **I.1.2.3.5. Les autres relais centraux**

Plusieurs structures sont concernées : le rhinencéphale et l'hypothalamus, lui-même relié au précédent et au système limbique. Il commande les sécrétions du système nerveux autonome et de l'hypophyse entraînant des réactions végétatives communes à toute émotion douloureuse.

### **I.1.3. Les moyens de contrôle de la douleur**

#### **I.1.3.1 En périphérie**

A l'heure actuelle, peu de mécanismes ont été identifiés pour moduler la transmission du message douloureux au niveau périphérique. Nous savons seulement que les endomorphines inhibent la sécrétion de la substance P et ainsi la cascade de stimulation des nocicepteurs qui en découle.

#### **I.1.3.2 A l'étage médullaire**

Le moyen de contrôle de la douleur à l'étage médullaire est décrit par la théorie de la porte ou « gate control », décrite en 1965 par Melzack et Wall [10]. Au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière, il existe une zone où les influx nerveux des fibres amyéliniques de la douleur et les fibres myélinisées du toucher rentrent en compétition (Figure 7). Si le signal transmis par les grosses fibres dépasse en nombre celui des petites fibres, le message douloureux peut voir son passage bloqué (la porte est fermée). A l'inverse, si les influx des petites fibres dépassent en nombre ceux qui sont acheminés par les grosses fibres, le signal de la douleur franchi la porte et continue son ascension vers les structures cérébrales de la douleur.



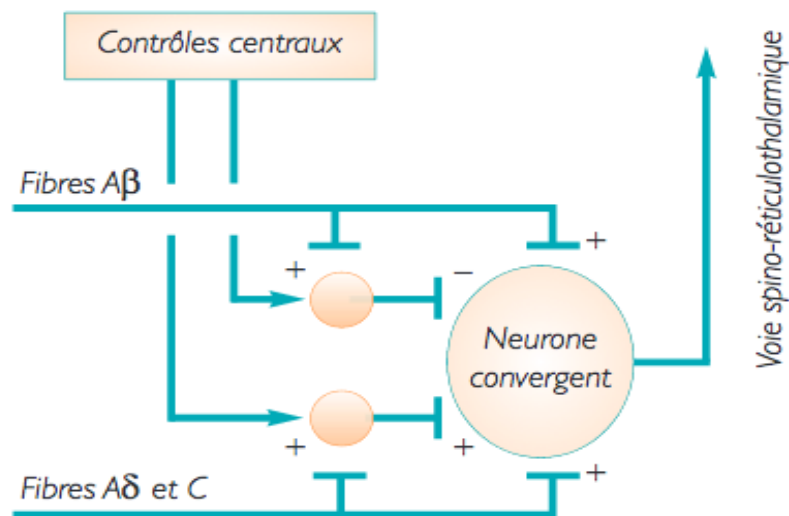


Figure 7 : Théorie du gate contrôle

Quelques années plus tard, trois équipes de chercheurs mettent en évidence la présence de récepteurs spécifiques aux opiacés au niveau de la substance gélatineuse de Rolando. Une étude sur des animaux spinalisés (qui ont la moelle déconnectée du cerveau), conduite par Le Bars, montre que l'activité des neurones convergents lors d'un stimulus nociceptif est déprimée par l'injection de morphine par voie systémique [22]. Il existe donc une régulation spinale via les récepteurs aux opiacés.

En 1975, Hughes et al. découvrent l'enképhaline [23], un neuropeptide morphinomimétique. Un an plus tard, Guillemin et al. découvrent les endomorphines, ces hormones peptidiques cérébrales [24] qui bouleversent la conception de l'activité cérébrale uniquement faite d'influx électriques jusqu'alors. Cette découverte lui vaudra le prix Nobel de médecine en 1977.

Pasternak [25] proposent alors une version neuropharmacologique de la théorie du gate control : l'enképhaline inhiberait la transmission des messages douloureux conduits par les fibres faiblement myélinisées ou amyéliniques en inhibant la synthèse de la substance P. A l'opposé, les influx véhiculés par les fibres fortement myélinisées stimulent l'interneurone enképhalinergique qui possède une forte influence inhibitrice.

### I.1.3.3 A l'étage supra-médullaire

Il existe deux types de contrôles :

- Les contrôles descendants qui sont issus du tronc cérébral et probablement du thalamus. Plusieurs zones ont été identifiées comme ayant une fonction analgésique :
  - La substance grise péri-aqueducule (SGPA) et le locus coeruleus, lorsqu'ils sont stimulés, diminuent la sensation douloureuse par une voie noradrénergique ;
  - Le noyau du raphé magnus (NRM), lorsqu'il est stimulé, entraîne une diminution de la sensation douloureuse par une voie sérotoninergique. Il entraîne la sécrétion d'endomorphine par les interneurons de la corne dorsale, mais aussi une sécrétion de sérotonine à ce niveau-là qui aurait aussi une action analgésique ;
  - L'aire parabrachiale et l'hypothalamus interviennent également dans le contrôle du signal douloureux.
- Les contrôles inhibiteurs diffus induits par la nociception (CIDN) décrits par Guirimand et Le Bars [18] : les voies ascendantes de la douleur peuvent être inhibées par un mécanisme endogène de contrôle de la douleur. C'est la boucle spino-bulbo-spinale qui passe par le noyau subreticularis dorsalis (SRD) qui aurait une rétroaction négative (Figure 8). Lors d'une stimulation douloureuse, cette boucle aurait un effet inhibiteur sur la totalité des neurones ascendants, à l'exception de ceux dont les récepteurs sont stimulés par le signal douloureux. Ce contrôle a été mis en évidence chez le rat : l'activité d'un neurone convergent a été mesurée après application d'un stimulus sur son nocicepteur. Puis, simultanément, un autre stimulus plus fort a été appliqué dans une zone à distance du premier nocicepteur, à ce moment-là, l'activité du premier neurone a fortement diminuée traduisant ce rétrocontrôle négatif.



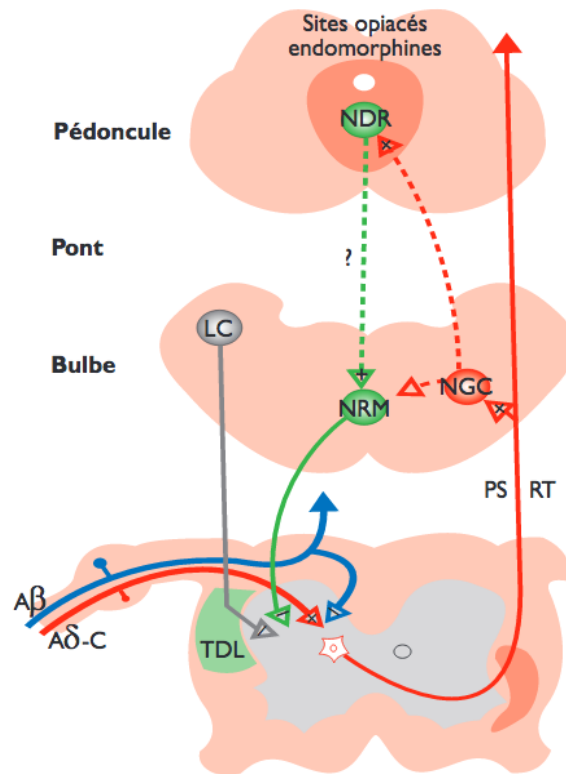


Figure 8 : Schéma de la boucle de rétrocontrôle spino-bulbo-spinal

Les recherches récentes réalisées grâce à l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) fonctionnelle et à la tomographie à émission de positons ont permis de confirmer ces connaissances [26]. Les stimulations nociceptives et non nociceptives déclenchent une activation variable des zones suivantes : les cortex insulaire, somatosensoriel primaire (SI) et somatosensoriel secondaire (SII), le gyrus cingulaire antérieur et le thalamus (Figure 9).

- Les réponses insulaires, thalamiques ainsi que celles des cortex SI et SII reflètent l'aspect discriminatif ;
- La réponse du cortex SI apparaît liée à la surface cutanée stimulée. Elle est dépendante des sommations temporelles et spatiales et elle est modulée par l'attention portée au stimulus ;
- La réponse thalamique serait, quant à elle, liée aux phénomènes attentionnels d'éveil ;

- La réponse cingulaire antérieure (aire de Brodmann 24 et 32) n'est pas liée à l'intensité du signal mais semble refléter des processus attentionnels et émotionnels associés à la perception douloureuse ;
- L'activation péri-aqueducule pourrait être impliquée dans les contrôles inhibiteurs descendants.

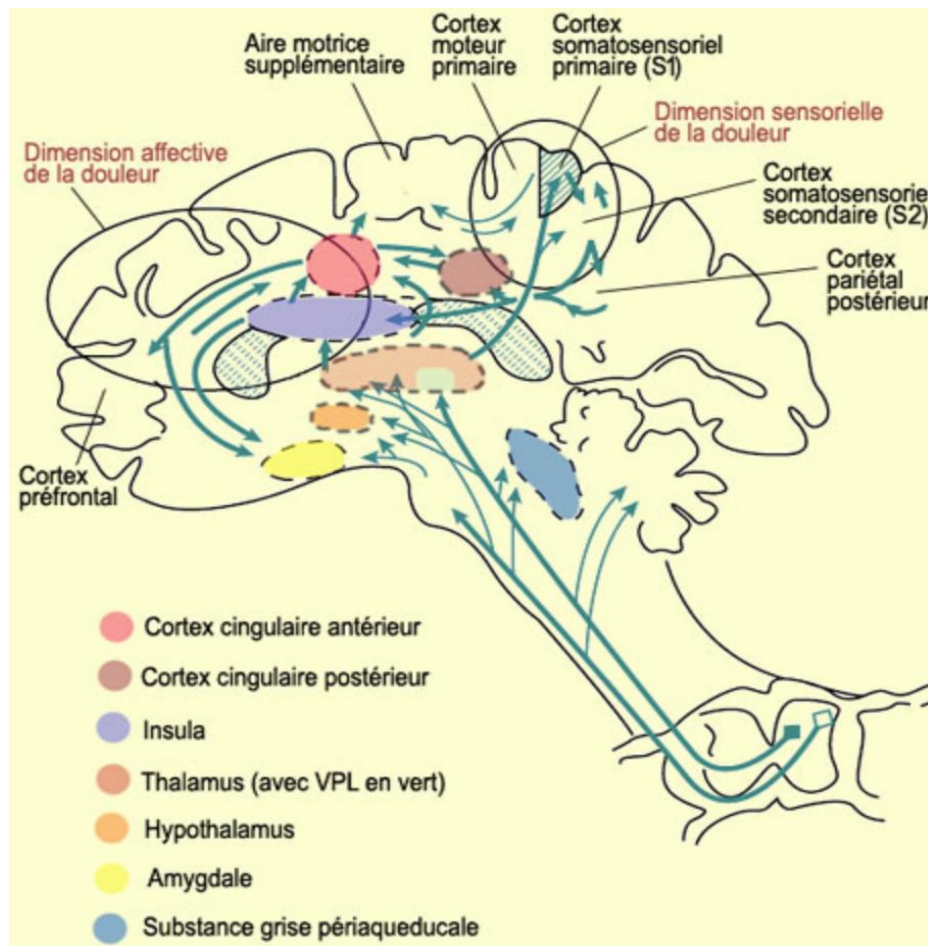


Figure 9 : Schéma des aires cérébrales intervenant dans la nociception

Enfin, cette méta-analyse [26] met en avant le fait que les diverses techniques d'antalgies, qu'elles soit médicamenteuses ou chirurgicales, entraînent l'activation des mêmes régions cérébrales que celles activées par les stimuli nociceptifs.

#### **I.1.3.4 Les endomorphines**

Les endomorphines sont des neuropeptides opioïdes endogènes sécrétés par l'hypothalamus et l'hypophyse qui ont un effet morphine-like [24]. Les endomorphines agissent à différents niveaux du phénomène de la nociception. Elles sont présentes en périphérie, au niveau médullaire et au niveau central.

Il en existe trois familles :

- Les endorphines, agonistes des récepteurs aux opioïdes de type mu ;
- Les enképhalines, agonistes des récepteurs opioïdes delta, découvertes par Hughes et al. dans le cerveau d'un cobaye [23] ;
- Les dynorphines, agonistes des récepteurs opioïdes de type kappa, découvertes par Goldstein et al. [27].

Elles agissent sur de multiples récepteurs qui sont appelés : mu ( $\mu$ ), delta ( $\delta$ ), éta ( $\eta$ ), kappa ( $\kappa$ ), ce qui laisse supposer des effets variés [28]. Ces récepteurs sont particulièrement présents dans les zones impliquées dans la nociception au niveau du système nerveux central et périphérique, mais aussi sur les fibres nerveuses des tractus digestif et urologique ce qui laisse penser que les endomorphines ont de nombreux rôles qui n'ont pas encore été découverts.

## **I.2. La douleur en médecine générale**

### **I.2.1. Un problème de santé publique**

La douleur est, selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) [14], une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes.

La douleur est un problème de santé publique de par sa prévalence puisqu'elle touche près de 8,6 millions de français [29]. L'étude STOPNET, réalisée en 2008, estime que près de 20 % des français souffrent de douleur chronique [30]. Il en est de même dans les pays voisins puisque 19 % des européens sondés disent souffrir d'une douleur chronique affectant leur qualité de vie sociale et professionnelle [31]. La douleur s'immisce dans la vie des patients qui en souffrent en altérant leur qualité de vie, créant des incapacités au point de les



exclure de la société et les rendant vulnérables. Lorsqu'elle s'installe durablement, elle devient un handicap, empêchant certains patients de conserver leur emploi. Ainsi, 6 % des 18-64 ans, 15 % des 65-84 ans et 33 % des plus de 85 ans voient leurs activités professionnelles ou domestiques limitées par la douleur [32]. Sa prise en charge est donc un enjeu humaniste.

La douleur est indéniablement un motif de consultation prépondérant chez les médecins généralistes. Une étude réalisée en novembre 2007, par la DREES sur les consultations non programmées en médecine générale comptabilise 75 % de consultations pour une douleur [33]. L'étude ECOGEN [34] portant sur les éléments de consultation en médecine générale ne permet pas de comptabiliser les consultations pour douleur puisqu'elle classe les motifs de consultation par appareil. Sur le site de l'observatoire de la médecine générale (ou SFMG), on retrouve un classement des diagnostics les plus fréquents. Sur le dernier classement réalisé en 2009, parmi les 50 motifs de consultations recensés, les lombalgies sont au huitième rang avec 7 %, les douleurs d'arthropathie sont en neuvième position avec 6 % et au dixième rang apparaissent les « douleurs non caractéristiques » représentant 5 % des motifs de consultation. Nous retrouvons également les douleurs abdominales, l'arthrose, les cervicalgies, les douleurs d'épaule, les céphalées, les sciatiques, les douleurs gastriques, les dorsalgies, les névralgies et les ténosynovites qui représentent 24 % des motifs de consultation. Si nous effectuons le cumul de tous ces motifs de consultation, la douleur représente deux consultations sur cinq chez le médecin généraliste.

La douleur, du fait de son retentissement physique, psychique et social, est responsable d'une consommation importante de médicaments et autres dispositifs médicaux, de nombreuses consultations chez les médecins généralistes mais aussi spécialistes ou dans les centres de la douleur, d'hospitalisations, ou encore d'arrêts de travail. En effet, l'enquête STOPNET [30] réalisée en 2004 montre que parmi les 7765 douloureux chroniques sondés, la majorité est en arrêt maladie prolongé (donc supérieur à six mois), voire pour certains en invalidité de première ou deuxième catégorie. Aux Etats-Unis, des études sur les conséquences économiques de la douleur chronique ont montré qu'elle représente un coût social de 65 milliards de dollars américains par an, qu'elle touche 116 millions d'adultes américains soit un coût pour la société américaine de 636 billions par an selon l'institut de Médecine de l'académie des sciences américaine basée à Washington [35]. De plus, la douleur est le troisième facteur d'arrêt de travail et le premier motif



d'incapacité au travail. Même si nous n'avons pas d'étude similaire en France, il est indéniable que la douleur chronique est un lourd fardeau pour l'assurance maladie.

C'est pour toutes ces raisons qu'ont été élaborés des plans gouvernementaux de lutte contre la douleur.

Le premier plan de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés de 1998 à 2001 [36] répertoriait les douleurs chroniques en fonction de leur étiologie somatique : pathologies rhumatismales, abdomino-pelviennes, cancéreuses, liées au SIDA et neurologiques. Il avait pour objectif d'identifier les douleurs chroniques et de mettre en place des structures pluridisciplinaires pour leur évaluation et leur traitement, mais aussi de développer la formation des professionnels de santé et de prendre en compte la demande du patient et l'information faite au public.

Le second plan, 2002-2005 [37], avait pour but d'informer les patients, de créer des structures spécialisées et d'en améliorer l'accès, mais également, d'améliorer les pratiques concernant certains types de douleurs : les lombalgies, les céphalées chroniques, les douleurs iatrogènes, les douleurs cancéreuses, la souffrance en fin de vie et en pédiatrie. Trois priorités étaient données : prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie ; mieux prendre en charge la douleur de l'enfant ; reconnaître et traiter la migraine.

Le troisième plan dit « pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur » de 2007 à 2011 [38] espérait améliorer la prise en charge des personnes les plus vulnérables notamment les enfants et les adolescents, les personnes polyhandicapées, les personnes âgées et en fin de vie. Il prévoyait de renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé, de favoriser une meilleure utilisation des traitements (médicamenteux ou non) et une meilleure structuration de la filière de soins (réseaux). Ce plan met en avant le fait que les douleurs chroniques sont à l'origine de handicaps, d'incapacités pour les patients à assumer leurs rôles familiaux et sociaux et de dégradation majeure de la qualité de vie. Suite à ce plan, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a été chargé d'évaluer son impact sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur au niveau national [39]. Il ressort de cette évaluation un apport au niveau hospitalier, en termes de qualité de prise en charge, de formations des soignants s'occupant de personnes âgées et dans la prévention des douleurs aiguës chez l'enfant. En revanche, certains domaines n'ont pas été visés par ce plan et posent soucis. Il s'agit de l'organisation et du financement de l'hôpital public, des conditions de rémunération des professionnels de santé par l'assurance maladie et de l'isolement de la médecine libérale notamment vis-à-vis de la prise





en charge de la douleur chronique. Il a donc été envisagé d'élaborer un nouveau plan douleur pour cibler les points faibles isolés par l'évaluation du HCSP mais ce projet de quatrième plan 2013-2017 n'a jamais abouti.

### **I.2.2. La place du médecin généraliste**

La prise en charge de la douleur fait partie du devoir de chaque médecin. Selon le code de déontologie, article 37 [40] : « en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement ». Il en est de même dans le serment d'Hippocrate : « je ferai tout pour soulager les souffrances je ne prolongerai pas abusivement les agonies ».

Le soulagement de la douleur est un droit fondamental pour toute personne, selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades [41].

En outre, la loi du 22 avril 2005 [42], relative aux droits des malades et à la fin de vie, légifère la collaboration entre le malade, la famille et les soignants. Le médecin généraliste, en tant que soignant, a le devoir de prendre en charge la douleur de ses patients et est le principal garant de ce droit à la dignité et de cette collaboration entre le système de soin, le patient et sa famille.

Comme nous l'avons vu précédemment, la douleur est l'un des motifs les plus importants de consultations et d'appels en médecine générale. Qu'elle soit aiguë ou chronique, douleur symptôme ou douleur maladie, c'est le quotidien du médecin généraliste qui doit être à même de la prendre en charge.

De plus, la douleur constitue la première cause d'automédication antalgique, d'après l'étude de Queneau et al. [43] représentant 50 % des auto-médiquants. Par conséquent, le médecin généraliste doit prendre en considération ces données afin de rechercher l'automédication et informer sur les risques d'interaction entre le traitement qu'il prescrit et ce que le patient pourrait se procurer en libre-service à la pharmacie. Il a donc un rôle d'éducation et d'information.

En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste est celui qui est au contact du patient douloureux et qui a donc le devoir de reconnaître, diagnostiquer et prendre en charge la douleur de ses patients. Il est même souvent le seul interlocuteur des patients douloureux chroniques. En effet, selon une étude Européenne menée sur 8814 douloureux chroniques [31], seulement 2 % des patients étaient pris en charge par un



spécialiste de la gestion de la douleur. De plus, le délai pour obtenir un rendez-vous dans ces centres spécialisés est estimé à trois ou quatre mois selon les régions. Le médecin traitant est donc bien souvent le premier et le seul recours pour ces patients en difficultés.

En outre, nous savons que le morcellement de la douleur fut la cause de l'échec de sa prise en charge au début du siècle. Bonica [44] a prouvé que l'élargissement de notre champ de vision est la clé d'une meilleure prise en charge de la douleur chronique. Par conséquent, le médecin ne doit pas se focaliser sur le soulagement de la zone douloureuse par telle ou telle thérapeutique mais replacer la douleur dans une globalité, un individu tout entier, sa vie familiale, professionnelle et sociale. En ce sens, le médecin généraliste étant généralement celui qui par expérience connaît le milieu familial, professionnel et le parcours de vie de ses patients paraît le mieux placé, le plus apte à faire ce travail d'ouverture et d'élargissement. Il est par définition celui qui prend en charge le patient dans sa globalité et donc peut prendre en charge le patient douloureux chronique dans son intégralité.

Dans la douleur autant que dans tout autre domaine, la relation médecin/malade est primordiale. L'accueil sans préjugé et la légitimation de la plainte sont des actes thérapeutiques au même titre que la prescription d'antalgiques ou de kinésithérapie. C'est au fil des rendez-vous de suivi, dans l'accompagnement régulier, l'écoute, et la tolérance que se crée un lien thérapeutique de confiance. Celui-ci est la condition nécessaire à toute la prise en charge, même si la douleur nécessite des traitements multimodaux, des recours à diverses spécialités, ceux-ci ne pouvant pas prendre place sans le point d'ancrage et de coordination que représente le médecin généraliste.

Cette prise en charge repose sur les connaissances de l'anatomie et de la neurophysiologie de la douleur, mais aussi sur l'expérience pratique du médecin. Avec chacun de ses patients, en fonction de leurs particularités mais aussi de la relation qu'ils entretiennent, le médecin généraliste adapte son approche de la douleur.

### **1.2.3. Les recommandations des Sociétés Savantes**

Les premières recommandations publiées en France datent de février 1999. C'était alors l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui s'en était chargée avec un document intitulé : « évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire » [45]. A travers un dossier de 124 pages, l'ANAES a tenté de fournir un outil de travail aux professionnels de santé qui puisse leur permettre d'une part,



de détecter la douleur chronique et d'autre part, d'objectiver la symptomatologie douloureuse clinique et de la quantifier.

Ils ont ainsi publié :

- Un guide d'entretien semi-structuré pour une hétéro-évaluation de la douleur (Tableau 1) ;
- Un document d'auto-évaluation pour le patient constitué de plusieurs échelles qui évaluent l'aspect multidimensionnel de la douleur :
  - Echelle visuelle analogique (EVA), échelle numérique (EN), échelle verbale simple (EVS) ;
  - Schéma des zones douloureuses ;
  - Descriptions verbales de la douleur ;
  - Mac Gill Pain Questionnaire (MPQ) et questionnaire de Saint Antoine ;
  - Des échelles multidimensionnelles de qualité de vie et de retentissement de la maladie : Brief Pain Inventory (BPI), Multidimensional Pain Inventory (MPI), Dallas Pain Questionnaire (DPQ), Medical Outcome Study Short Form-36 (MOS SF-36) ;
  - Des outils d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle : millon visual analog scale, oswestry disability questionnaire, roland disability questionnaire, waddel disability index ;
  - Des échelles d'évaluation de l'anxiété et de la dépression : Hospital Anxiety Depression scale (HAD) et Beck Depression Inventory (BDI) ;
- Une évaluation complémentaire en cas de prise en charge plus approfondie.



Tableau 1 : Grille d'entretien semi-structuré du patient douloureux chronique

### **Ancienneté de la douleur**

#### **Mode de début**

- circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail... )
- description de la douleur initiale
- modalités de prise en charge immédiate
- événements de vie concomitants
- diagnostic initial, explications données
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle... )

#### **Profil évolutif du syndrome douloureux**

- comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente... )
- degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle... )

#### **Traitements effectués et actuels**

- traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- modes d'administration des médicaments, doses, durées
- effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- attitudes vis-à-vis des traitements

#### **Antécédents et pathologies associées**

- familiaux
- personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- expériences douloureuses antérieures

#### **Description de la douleur actuelle**

- topographie
- type de sensation (brûlure, décharge électrique... )
- intensité
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle... )
- facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

#### **Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences**

- situation familiale
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction au travail
- indemnités perçues, attendues ; implications financières
- procédures

#### **Facteurs cognitifs**

- représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive... )
- interprétation des avis médicaux

#### **Facteurs comportementaux**

- attitude vis-à-vis de la maladie (passivité... )
- modalités de prise des médicaments
- observance des prescriptions

#### **Analyse de la demande**

- attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- objectifs partagés entre le patient et le médecin



En décembre 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une synthèse des recommandations professionnelles sur le thème de la douleur chronique intitulée : « reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et l'orienter » [46]. Dans ce texte, la problématique de la douleur chronique est abordée sous forme d'un syndrome, elle est donc reconnue comme une entité à part entière et non plus comme un simple symptôme.

La première partie du document fait le point sur les résultats des recommandations de 1999. Il apparaît que la partie « évaluation », avec les nombreuses échelles suscitées, n'est guère utilisée et semble inadaptée en soins primaires. Ces outils sont utiles en consultation de la douleur ou lors d'une hospitalisation quand le patient et son fonctionnement ne sont pas connus du médecin qui les prend en charge. Enfin, la prise en charge multidisciplinaire est trop peu retrouvée, par manque de structures spécialisées et par manque de communication entre les différents professionnels de santé.

C'est pourquoi dans un second temps, le document de l'HAS s'attache à identifier les signes précis qui doivent alerter le médecin généraliste et l'amener à orienter le patient vers un centre spécialisé :

- La résistance à l'analyse clinique et au traitement a priori bien conduit ;
- Une composante anxieuse, dépressive ou autres manifestations psychopathologiques ;
- Des interprétations ou croyances du patient éloignées de celles du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.

Selon ce rapport, l'évaluation du patient douloureux chronique doit se faire sur plusieurs consultations et implique de bien connaître les antécédents de son patient, de réaliser un bilan étiologique, une évaluation de son intensité, et un suivi régulier de l'évolution de cette dernière. Elle doit aussi consister en une recherche de retentissement sur les différents secteurs de la vie du patient et en une analyse des réponses aux différents traitements utilisés par le passé.

Ensuite, et sans transition, si ce n'est une phrase de déculpabilisation sur le fait d'orienter le patient vers une structure hospitalière, le médecin généraliste est incité à orienter le patient vers une structure spécialisée qui apportera un avis diagnostique, thérapeutique et/ou mettra en œuvre une nouvelle évaluation et une prise en charge.

Ces recommandations sont très différentes, les premières en 1999 fournissent des outils aux médecins généralistes. Ceux-ci sont très complets, permettant une analyse du



patient douloureux chronique dans tous les domaines, mais également plutôt lourds et peu faciles à mettre en œuvre et surtout aucune orientation n'est donnée sur les résultats attendus.

Les secondes sont plutôt dévalorisantes car elles font de la médecine générale une étape d'éclaircissement, de tri avant la réelle prise en charge par les structures spécialisées.

Comment se positionner entre ces différentes recommandations ? Les auto-questionnaires semblent intéressants mais que devons-nous en attendre ? Quelles sont les fragilités psychopathologiques qui peuvent prédisposer à la survenue des syndromes douloureux chroniques ?

### I.3. La problématique des douleurs chroniques

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la douleur chronique comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue **depuis plus de 3 mois** ; réponse insuffisante au traitement ;
- Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa « finalité » de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle quelle que soit son origine.

La douleur est fréquemment associée à des facteurs de renforcement qui participent à son entretien comme :

- Des manifestations psychopathologiques ;
- Une demande insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ;
- Une difficulté pour le patient à s'adapter à la situation.



La douleur chronique doit être abordée selon un modèle bio-psycho-social, sa prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement, souvent multi-modal, dont l'objectif est réadaptatif [47].

Les douleurs chroniques les plus fréquemment rencontrées sont les douleurs de l'appareil locomoteur (lombalgies, lombo-radiculalgies...), les douleurs neuropathiques, les syndromes douloureux régionaux complexes (algodystrophie, causalgie), les céphalées, les douleurs myofasciales, les fibromyalgies, les douleurs psychogènes et les douleurs idiopathiques.

La douleur chronique se différencie en tout point de la douleur aiguë (Tableau 2). Cette dernière est le symptôme d'une maladie ou d'un traumatisme ayant une valeur protectrice, répondant au traitement antalgique et surtout au traitement étiologique.

La douleur chronique, quant à elle, est un syndrome complexe aux causes multiples qui n'a pas de valeur protectrice. En effet, elle persiste bien après le retrait de la source de la lésion, voire même après la guérison de la lésion et ne répond pas ou peu aux traitements antalgiques.

Tableau 2 : Comparaison des douleurs aiguës et chroniques

	<i>Douleur aiguë (symptôme)</i>	<i>Douleur chronique (syndrome)</i>
<i>Finalité biologique</i>	Utile Protectrice Signal d'alarme	Inutile Destructrice Maladie à part entière
<i>Mécanisme générateur</i>	Unifactoriel	Plurifactoriel
<i>Réactions somatovégétatives</i>	Réactionnelles	Habituelles ou entretien
<i>Modèle de compréhension</i>	Médical	Somato-psycho-social



Cette douleur peut affecter les patients dans tous les domaines, à savoir : les fonctions instinctuelles, le fonctionnement quotidien, la vie sociale, professionnelle et familiale. En effet, la douleur isole et culpabilise.

N'étant pas visible, il est difficile de la faire accepter à l'entourage. Ainsi, elle ne permet pas de justifier la diminution des engagements sociaux et familiaux [48]. La famille et les amis, ne comprenant pas, finissent par s'éloigner et par juger le patient douloureux. Selon Beecher [49], la vision de la douleur d'autrui crée une « émotion aversive » et engendrerait une « volonté de fuite ou d'éloignement du souffrant ».

### **I.3.1. Les composantes de la douleur chronique**

La douleur chronique est une entité complexe, pluridimensionnelle dont les composantes décrites sont les suivantes [50] :

#### **I.3.1.1 La composante sensori-discriminative**

La composante sensori-discriminative correspond au décodage du message sensoriel, à la caractérisation du type de douleur (décharge électrique, fourmillement, picotement, broiement...), de son intensité, de sa durée et de sa localisation. Cette composante est très utilisée en clinique puisque c'est la sémiologie de la douleur qui, pourtant, est totalement subjective, soumise à l'interprétation de chaque malade.

#### **I.3.1.2 La composante affectivo-émotionnelle**

La composante affectivo-émotionnelle correspond à la façon dont le patient va vivre cette douleur, à l'émotion qui va l'accompagner. Son retentissement pourra être plus ou moins important en fonction de son état antérieur, de l'intensité ou de la durée de la douleur. Pour mieux comprendre cette composante, prenons l'exemple de l'asymbolie à la douleur [51], trouble neurologique résultant d'une lésion cérébrale du lobe pariétal gauche ou de l'insula. Les personnes qui en souffrent ne ressentent plus d'affect lié à la douleur. Ils ressentent toujours le stimulus sensoriel nociceptif mais celui-ci n'est plus vécu comme pénible. C'est une forme d'agnosie de la douleur.





Un autre exemple intéressant est celui de la lobectomie préfrontale qui réduit considérablement l'impact affectif des douleurs chroniques les rendant plus tolérables.

### **I.3.1.3 La composante cognitive**

La composante cognitive se réfère aux processus mentaux qui vont être mis en route par la douleur et qui vont pouvoir la moduler en fonction de l'interprétation qui en sera faite. Cette composante va pouvoir diminuer la sensation douloureuse par des phénomènes d'attention-distraktion, par la connaissance de la curabilité de l'affection causale par exemple ou à l'inverse, majorer cette douleur dans une situation de maladie grave, ou en cas de bénéfices secondaires ou primaires. Parfois, des interprétations erronées, l'incertitude d'un résultat d'examen complémentaire « négatif », le désarroi engendré par des avis successifs discordants peuvent à eux seuls aggraver ou pérenniser une douleur chronique.

### **I.3.1.4 La composante comportementale**

La composante comportementale correspond à l'expression de la douleur, aux manifestations visibles de l'extérieur et qui peuvent être conscientes ou inconscientes. Il y a des manifestations neuro-végétatives (sueurs, pâleur...), verbales (mots, gémissements...), ou motrices (attitudes antalgiques, impotence...). Cliniquement, il existe des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur qui sont basées sur cette composante comportementale. C'est le cas de l'échelle de Payen [52], créée par une équipe de réanimation pour les patients dans le coma ne pouvant s'exprimer. Pour le patient, c'est un mode de communication non verbale avec l'entourage qui confère une dimension relationnelle à la douleur.

## **I.3.2. L'altération de la perception douloureuse**

Dans la douleur chronique plus que dans toute autre douleur, la relation entre la lésion constatée et la douleur perçue n'existe pas ou plus. Malgré les progrès en neurophysiologie, nous ne savons pas expliquer pourquoi le cerveau perçoit une douleur alors qu'il n'y a pas de stimulus. L'agent causal est éliminé, la lésion est traitée, pourtant cette douleur persiste et retentit sur le psychisme et sur le physique de celui qui en souffre.

Comme le laisse entendre la définition de l'IASP [14], la douleur est une expérience



sensorielle et émotionnelle, c'est à dire qu'elle est vécue et interprétée par notre psychisme qui va lui attribuer un caractère désagréable et une importance plus ou moins grande. La douleur n'est donc pas seulement une « sensation », ni même une « émotion », elle est une « perception ». Comme l'explique Laurent Denizeau [53], la perception de la douleur c'est le sens que nous lui donnons d'après notre imaginaire socio-culturel. Cela signifie que nous interprétons cette douleur. Par exemple, pour décrire une douleur, nous utilisons souvent des métaphores comme « coup de poignard », « étau » qui sont compréhensibles de tous. Ces images montrent bien que nous interprétons cette « sensation » pour lui donner du sens. En effet, les patients n'ont probablement jamais reçu de « coup de poignard », pourtant ils comprennent immédiatement à quelle douleur cela correspond.

Enfin, pour interpréter cette douleur, nous utilisons une grille de lecture propre à chacun, qui est façonnée par différents facteurs innés et acquis. Ainsi, notre vécu de la douleur est dépendant de notre éducation, de notre imaginaire, de la société dans laquelle nous avons grandi et de nos cultures. Leriche explique les différences de perception de la douleur par « un système nerveux différemment éduqué » [54].

C'est en cela que la douleur chronique plus que la douleur aiguë, est propice à l'interprétation négative de notre cerveau. En effet, la chronicisation nous fait percevoir notre fragilité et le fait que notre existence risque d'être bouleversée.

De plus, la définition de l'IASP attribue sa cause à une lésion « existante ou potentielle », laissant donc la place à une origine purement psychologique. Au stade de douleur chronique, ce n'est plus la maladie ou la blessure qui entraîne une douleur mais la douleur qui devient maladie et évolue pour son propre compte.

### **I.3.3. Les différents types de douleurs chroniques**

Trois types de douleurs chroniques sont actuellement distingués : douleur par excès de nociception, douleur neuropathique et douleur dysfonctionnelle. Cependant, dans la pratique ces trois types de douleur sont souvent associés. En effet, il n'est pas rare qu'un patient présente à la fois des douleurs par excès de nociception et des douleurs neuropathiques qui, lorsqu'elles se chronicisent, ont également une part psychogène.



### **I.3.3.1 La douleur par excès de nociception (ou inflammatoire)**

La douleur nociceptive est de loin le type de douleur le plus fréquent en clinique. Elle est ressentie lors d'un processus inflammatoire, lors de stimulations mécaniques importantes (entorse, fracture, distension viscérale) [55], ou lors de phénomènes ischémiques entraînant des carences en oxygène et en nutriments, des morts cellulaires et des perturbations métaboliques en aval. La réaction au niveau local est à l'origine d'une libération de substances algogènes qui sensibilisent et activent les nocicepteurs et auto-entretiennent la douleur. C'est le phénomène d'hyperalgésie.

#### **I.3.3.1.1. Hyperalgésie primaire et réflexe d'axone**

Suite à une lésion, si un stimulus même peu intense est appliqué dans la zone lésée, il sera perçu de façon plus intense. Ceci est lié au fait que l'application d'un stimulus lésionnel entraîne une sensibilisation des nocicepteurs sur le siège de la lésion. La conduction du message douloureux dans cette zone est ensuite amplifiée : les seuils de stimulation sont abaissés, les latences diminuées, les réponses exagérées. Il s'agit de l'allodynie, douleur ressentie par un sujet alors que le stimulus était antérieurement indolore. Selon la méta-analyse réalisée en 2000 [26], les réponses thalamiques, insulaires et de SII seraient amplifiées dans les cas d'allodynie, alors que la réponse cingulaire rostrale apparaît diminuée. On parle de réorganisations centrales post-lésionnelles.

La stimulation d'une afférence primaire amyélinique entraîne la conduction de potentiels d'action antidromiques c'est-à-dire vers la périphérie. Ce réflexe d'axone (Figure 10) induit la libération de neuropeptides algogènes en périphérie (substance P, CGRP) responsables d'une inflammation locale neurogène. En effet, ces peptides entraînent une vasodilatation, une extravasation, une dégranulation mastocytaire et la libération de nouvelles substances algogènes. La substance P, le CGRP et la neurokinine A sont synthétisés dans le ganglion rachidien postérieur [56] puis transportés soit vers la moelle épinière soit vers la périphérie. Les nerfs périphériques, quant à eux, sécrètent des prostaglandines et du VIP, deux substances pro-inflammatoires puissantes. Ce phénomène a été décrit par Lewis en 1935 [57].



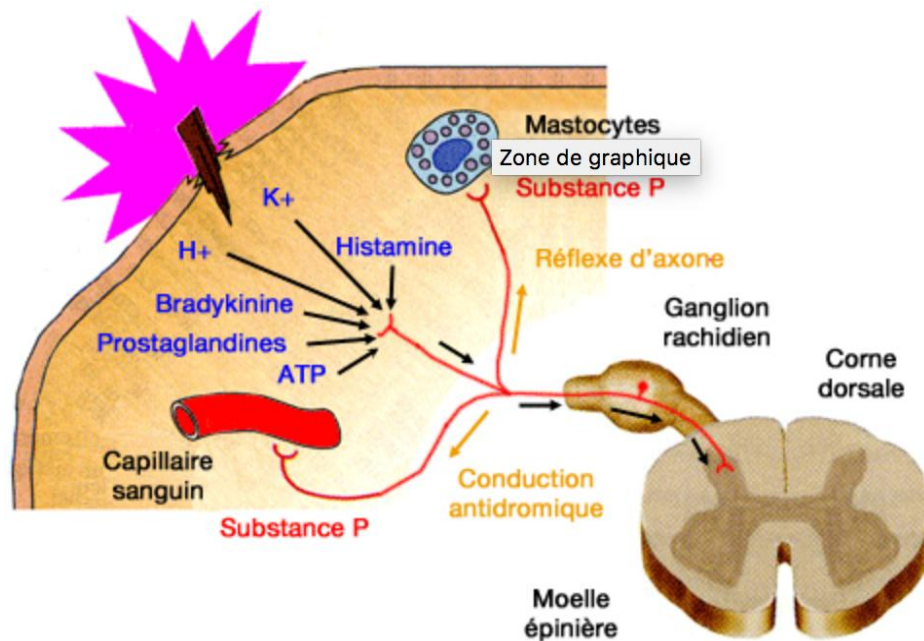


Figure 10 : Le réflexe d'axone

#### I.3.3.1.2. Hyperalgésie secondaire

Lors du phénomène d'hyperalgésie secondaire, l'amplification du message douloureux est assurée non seulement par les substances inflammatoires libérées au sein du foyer lésionnel, mais également par des modifications au niveau médullaire [58]. Les neurones voient leur amplitude de réponse augmentée pour un stimulus nociceptif ou non, le champ de leurs nocicepteurs et leur durée de dépolarisation sont augmentés. Des travaux réalisés sur des animaux ont mis en évidence cette sensibilisation médullaire par une hyperexcitabilité des neurones de la corne dorsale ou « wind-up ». Des interactions d'acides aminés excitateurs (glutamate et aspartate) et de neuropeptides sur les récepteurs à l'acide N-méthyl-D-aspartique (NMDA) entraînent une élévation du Calcium intracellulaire, lui-même responsable d'une synthèse post-synaptique de monoxyde d'azote (NO) et de prostaglandines. Ces derniers activent le proto-oncogène C-fos dont l'action conduit au codage de protéines qui augmentent la réponse des neurones non-NMDA. De plus, le NO stimule la libération de neuromédiateurs présynaptiques qui sont responsables d'une réponse post-synaptique lente et prolongée. Enfin, les canaux ioniques voltages dépendants restent ouverts, le neurone est hyper-activable responsable ainsi d'une hyperalgésie dite secondaire (Figure 11).

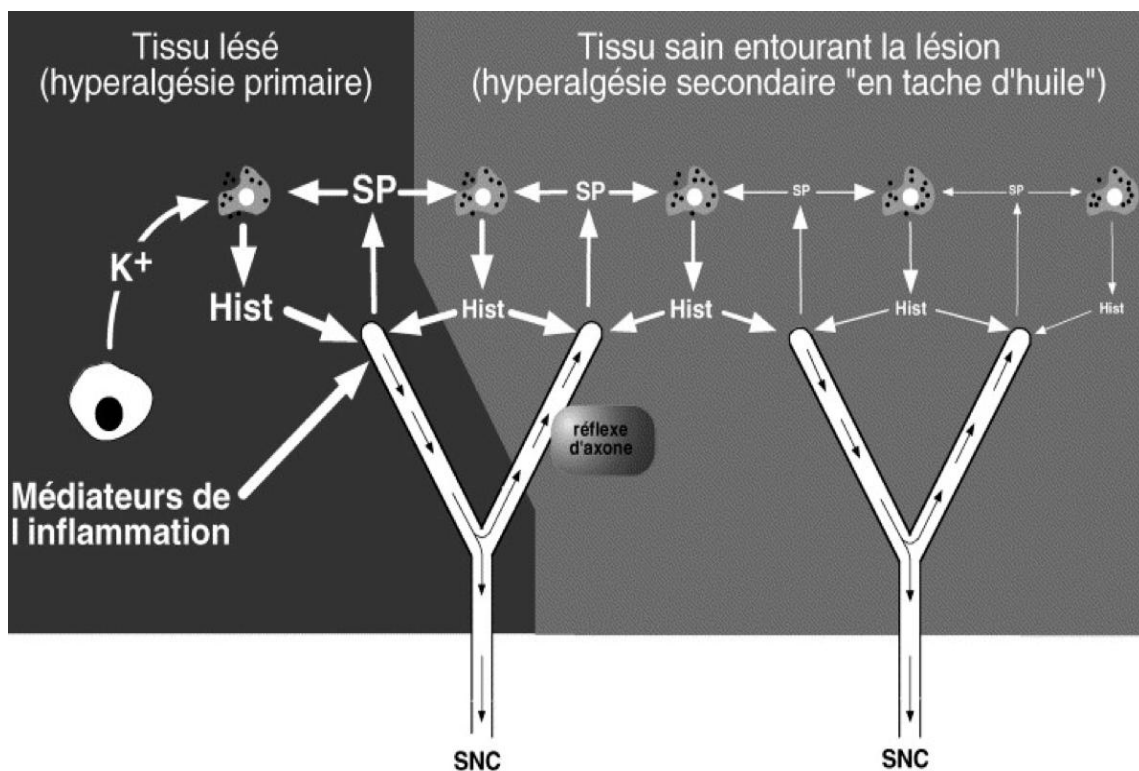


Figure 11 : L'hyperalgésie secondaire

### I.3.3.2 La douleur neuropathique ou neurologique

La douleur neuropathique peut être observée suite à des lésions nerveuses périphériques (amputation, lésion plexique, tronculaire ou radiculaire), à une atteinte des zones du cerveau ou des voies impliquées dans la motricité ou la sensibilité (syndrome thalamique, paraplégie).

#### I.3.3.2.1. Caractéristiques

La douleur neuropathique est ressentie dans des zones où la sensibilité est diminuée voire abolie. On parle d'hypoesthésie douloureuse ou d'anesthésie douloureuse.

Sa description clinique est particulière et aisément reconnaissable : décharges électriques, élancement lorsqu'elle est paroxystique, ou sensation de brûlure, torsion,

écrasement lorsqu'elle est continue. Son apparition est retardée par rapport à la lésion causale.

### **I.3.3.2.2. Physiopathologie**

Son mécanisme physiopathologique est partiellement connu mais il semble que l'interruption des voies de la nociception entraîne un fonctionnement non contrôlé du système de transmission. Dans cette zone où la sensibilité est diminuée ou absente, il existe une élévation du seuil de la douleur. Dans ce type de douleur, il n'y a pas de parallélisme entre la lésion neurologique, son intensité et son évolution.

### **I.3.3.2.3. Etiologies**

Les douleurs neuropathiques surviennent lorsqu'une structure du système nerveux est lésée ou détruite, que ce soit le système nerveux central ou périphérique :

#### *A. Atteintes du système nerveux périphérique :*

- Membre fantôme douloureux par amputation ;
- Avulsion plexique traumatique par plaie, écrasement, élongation ou post-radique ;
- Neuropathies périphériques métaboliques (diabète) ou toxiques (alcool, médicaments) ;
- Douleurs post-zostériennes ;
- Douleurs causalgiques et neuro-algodystrophiques ;
- Douleurs après section chirurgicale ou thermocoagulation ;
- Douleurs en rapport avec une compression nerveuse prolongée ;
- Douleurs radiculaires post-opératoires en rapport avec une démyélinisation ou une arachnoïdite (cervicale ou lombaire) ;
- Douleur par trouble réflexe sympathique ou moteur. Cette douleur apparaît après une lésion somatique objectivée, mais après que celle-ci soit guérie ou du moins en voie de guérison. Elle s'accompagne de troubles vaso-moteurs et sudoraux, de variations de température locale, d'une hyperesthésie et de troubles musculaires (contractures



réflexes, points gâchettes). On parle de neuro-algodystrophie.

**B. Atteinte du système nerveux central :**

- Accidents vasculaires cérébraux thalamiques ou sous-thalamiques ;
- Douleurs en rapport avec des lésions médullaires traumatiques, démyélinisantes, ischémiques ou compressives.

**I.3.3.3 La douleur dysfonctionnelle**

Le troisième type de douleur chronique correspond aux douleurs idiopathiques et/ou douleur psychogène. Ce type de douleur peut être suspecté au stade de douleur aiguë mais doit être un diagnostic d'élimination. Il faut donc avoir écarté toute autre cause organique avant de l'évoquer. Dans cette catégorie de syndromes, les caractéristiques cliniques sont bien définies mais les mécanismes physiopathologiques restent inconnus. Peuvent être citées : la fibromyalgie, les céphalées de tension, la glossodynie... Des tableaux plus flous peuvent également être classés dans ce type de douleur, ne correspondant à aucune pathologie connue, avec un bilan clinique et paraclinique négatif et pour lesquels il existe des symptômes psychopathologiques comme par exemple une conversion hystérique, une hypochondrie...

Ces douleurs psychogènes peuvent être abordées comme des somatisations. En effet, ces syndromes nommés également « syndromes somatiques fonctionnels », sont des pathologies constituées d'un faisceau d'arguments (critères diagnostiques), sans explication lésionnelle retrouvée [59]. Plusieurs syndromes peuvent être associés chez un même patient.

Le syndrome fibromyalgique en est l'un des plus fréquents [60]. Ses critères diagnostiques, selon l'American College of Rheumatology [61], sont définis par les douleurs à la palpation d'au moins 11 des 18 zones d'insertions musculo-tendineuses mais aussi une asthénie, une fatigabilité musculaire, des troubles du sommeil, une anxiété ou encore l'existence d'une colopathie fonctionnelle. Il s'agit donc de symptômes mixtes appartenant à la fois aux champs de la psychiatrie et de la rhumatologie. La physiopathologie de cette maladie est incomplètement comprise mais le stress biologique et social jouerait un rôle primordial dans la survenue de celle-ci.





Il semblerait que ces troubles se construisent au fil des diverses consultations et divergences diagnostiques. En effet, les médecins en cherchant trop longuement une cause somatique peuvent être iatrogènes et augmenter la souffrance du patient. Ce dernier, combinant sa douleur à l'incertitude diagnostique et surtout à l'absence de reconnaissance, en voit l'intensité et les répercussions croître [59].

#### **1.3.4. Les réorganisations cérébrales dans la douleur chronique**

Par quel mécanisme la douleur aiguë se chronicise-t-elle chez certains patients et pas chez d'autres ? A l'heure actuelle, aucune réponse n'est apportée à cette question.

Les scientifiques pensent qu'une réorganisation cérébrale se produirait en cas de douleur chronique. En effet, des études portant sur l'imagerie fonctionnelle ont mis en évidence que la densité de matière grise diminue après l'installation d'une douleur chronique. Cependant, les raisons pour lesquelles ces changements ont lieu restent inconnues. Certaines pistes semblent toutefois apparaître comme dans l'étude de Baliki et al. [62], qui a porté sur des patients souffrant de lombalgies pendant un an. Cette étude a montré une diminution de l'ensemble du volume de matière grise du cerveau des patients pour qui la douleur persistait à un an, ce qui n'était pas le cas chez les patients qui ne présentaient plus de douleur au bout d'un an. De plus, les patients qui restaient douloureux à un an ont présenté une diminution significative de matière grise dans le striatum bilatéral (focalisée sur le noyau accumbens (NAc), le noyau caudé et le putamen), l'insula gauche et le cortex sensorimoteur gauche. Le noyau accumbens fait partie du circuit mésolimbique dopaminergique, circuit de la récompense. Les analyses réalisées au début de l'étude et après un an retrouvent une connexion renforcée entre le noyau accumbens et le cortex préfrontal chez les patients qui souffrent toujours après un an, par rapport aux autres patients.

Des résultats similaires ont été obtenus lors d'une étude menée chez des patients fibromyalgiques [63]. Le volume global de matière grise est inchangé mais sa densité décroît dans le cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal médian, l'insula et le lobe parahippocampique.

En 2014, une étude longitudinale prospective [64] a suivi 189 patients après une chirurgie permettant de mettre en évidence que les patients présentant des capacités





cognitives limitées au niveau du fonctionnement exécutif et mnésique sont plus à risque de chroniciser une douleur post-chirurgicale.

En dépit de toutes ces avancées scientifiques, il ne faut pas perdre de vue que la douleur chronique ne doit pas être considérée de façon unidimensionnelle comme la douleur aiguë. L'expérience a montré que l'approche globale, médico-psycho-sociale est la plus pertinente et la plus à même d'apporter des résultats en termes d'apaisement de la douleur et par conséquent d'amélioration de la qualité de vie de ces patients.

Le médecin doit se détourner de la douleur que le malade lui exprime pour pouvoir détecter la souffrance qu'il lui cache.



## II. Psychopathologie et douleur chronique

---

Nombreux sont les cas où nous ne pouvons répondre par un diagnostic somatique aux plaintes de nos patients. Cependant, dans la majorité des cas, une attitude d'écoute, quelques conseils et un traitement symptomatique suffisent à ce que la douleur ne devienne pas chronique. Selon une étude menée aux Etats Unis en 1989 par les docteurs Kroenke et Mangelsdorff [65], seulement 10% des céphalées, 10% des douleurs dorsales ou encore 10% des douleurs abdominales rapportées par des patients consultant en médecine générale auraient une origine organique.

Plusieurs hypothèses ont été formulées pour rendre compte des relations entre troubles psychiatriques et douleur chronique. La première fait intervenir un lien de causalité, l'un des troubles engendrant l'autre. Une autre hypothèse est que la douleur chronique et les troubles psychiatriques partageraient des causes communes, voire seraient deux aspects d'une même pathologie. C'est l'hypothèse du spectre continu. Une autre hypothèse est celle de la pathoplastie, selon laquelle les deux pathologies pourraient s'influencer mutuellement. Cependant, il pourrait exister des facteurs de confusion, par exemple, les antalgiques utilisés en grande quantité chez les douloureux chroniques pourraient favoriser la survenue de troubles psychiatriques.

Sur le plan théorique, la psychiatrie est à l'origine de plusieurs modèles tels que la théorie psychodynamique de l'hystérie de Freud [66] qui explique des douleurs réelles non simulées par une cause inorganique, ou encore le modèle bio-psycho-social de Engel [67] qui a permis de mieux comprendre le symptôme douloureux chronique. En effet, dans ce concept, la douleur est un mélange de composants psychologiques, sociaux et physiques qui ne peuvent être traités séparément. Ils forment un tout qui doit être géré entièrement par une approche globale multidisciplinaire.

Nous allons donc nous intéresser à la psychopathologie dans la douleur chronique.

### II.1. Qualité de vie des douloureux chroniques

Comme nous l'avons abordé précédemment, la douleur chronique envahit de nombreux domaines de la vie des patients qui en souffrent. De plus, les patients atteints de douleurs chroniques limitent voire évitent les activités physiques par crainte de souffrir. Parfois la douleur a une influence sur les relations sociales, les patients ayant tendance à ne



plus sortir et à s'isoler. C'est pourquoi de bien des manières, la douleur chronique peut altérer le bien-être et la qualité de vie des patients.

L'étude de Ben Salah et al. portant sur les douleurs ostéo-articulaires chez des patients hémodialysés [68] retrouve une altération majeure de la qualité de vie en lien avec leurs douleurs et notamment pour l'item santé physique et son retentissement sur les activités.

L'étude de Khenioui et al. [69] menée sur une population de blessés médullaires douloureux chroniques met également en évidence une altération de la qualité de vie.

Dans leur enquête nationale, Attal et al. [70] mettent en évidence à l'aide de l'échelle SF-12 une altération majeure de la qualité de vie mentale et physique de patients atteints de douleurs chroniques neuropathiques par rapport aux patients non douloureux. Ces altérations étaient indépendantes de la durée et de l'intensité des douleurs. Cette étude relève également que le jeune âge de survenue de ces douleurs (inférieur à 35 ans) est associé à une augmentation de la dépréciation du score de qualité de vie mentale (selon l'échelle SF-12).

Qu'en est-il des études portant sur des populations de patients douloureux chroniques ayant une pathologie psychiatrique ?

## **II.2. Psychose**

La plus fréquente des psychoses est la schizophrénie, elle touche 1 % de la population générale [71].

### **II.2.1. Diagnostic de schizophrénie**

Selon le DSM-5 [72], le diagnostic de schizophrénie repose sur l'existence d'au moins deux des symptômes suivants : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et/ou symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle). Ces symptômes doivent avoir été présents dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois. Le trouble doit altérer de façon significative le fonctionnement dans un ou plusieurs domaines majeurs de la vie de l'individu. Les troubles apparaissent typiquement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la 3<sup>ème</sup> décennie.



## II.2.2. Psychose et douleur chronique

La plupart des études retrouvées concernent uniquement la schizophrénie.

Chez les patients psychotiques, la littérature décrit majoritairement une insensibilité à la douleur, voire une analgésie. En 1919, Kraepelin avait noté que les schizophrènes étaient moins sensibles aux douleurs telles que les brûlures de cigarettes ou les automutilations [73]. Plusieurs études conduites par Marchand vont dans ce sens. En 1955, il constate dans une étude que seulement 18 % des patients schizophrènes expriment une douleur lors d'un infarctus du myocarde. En 1959, il recense la survenue de trois pathologies chirurgicales aiguës douloureuses chez des patients schizophrènes : perforation d'ulcère gastroduodéal, appendicite aigue et fracture du fémur. Sur les 79 cas recensés, 37 patients n'ont présenté aucune plainte douloureuse. Cette absence de doléance est responsable de retards diagnostiques préjudiciables. Une autre étude conduite en 1965 par le docteur Hussar [74] a recensé les autopsies de 1275 schizophrènes morts brutalement et dévoile qu'un tiers des plus de quarante ans est décédé d'un infarctus du myocarde. C'est bien plus qu'en population générale, ce qui laisse à penser que l'absence de prise en charge dans ces cas est causée par l'absence de signalement de la douleur.

Cependant, il n'a été fait aucune preuve biologique d'une insensibilité à la douleur chez les schizophrènes. C'est pourquoi Bonnot et al. [75] concluent leur revue de littérature de 2009 par une possible expression différente de la douleur. Une expression que l'on ne sait pas dépister, ce qui explique le faible nombre d'études concernant la douleur chronique chez les schizophrènes.

L'étude réalisée au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges a évalué la sensation douloureuse, par le biais d'une échelle numérique, sur 35 patients schizophrènes et 35 témoins non schizophrènes. Les patients schizophrènes déclarent ressentir une douleur d'au moins 3/10 pour une pression plus faible et une durée plus courte de stimulation que le groupe témoin [76]. Les auteurs concluent que l'apparente hypoalgésie des schizophrènes serait liée à la réduction des plaintes douloureuses spontanées, traduisant un trouble de l'expression.

Les céphalées chroniques sont les douleurs les plus fréquemment rapportées chez les schizophrènes. L'étude de Kuritzky et al. [77], qui compare les réponses à un questionnaire sur les céphalées chroniques d'un groupe de 108 schizophrènes et d'un groupe témoin, met en évidence qu'il n'existe pas de différence en termes de



caractéristiques de la douleur entre les deux groupes. Les schizophrènes ne ressentent donc pas moins de céphalées et ils sont tout aussi capables d'en faire des descriptions précises, mais ils ont tendance à moins s'en plaindre.

Cependant, les études ne sont pas toutes concordantes, les travaux de Kudoh et al. [78] menés sur des patients schizophrènes montrent à l'inverse que ces derniers ont des seuils de détections de la douleur augmentés. Cependant, dans cette étude, la douleur a été évaluée à l'aide de l'échelle EVA dont les résultats restent subjectifs.

L'étude de Guieu et al. [79] a essayé de s'affranchir de toute subjectivité en utilisant comme marqueur de la douleur le réflexe de flexion du membre stimulé. Ce réflexe de retrait est un mécanisme protecteur face à un possible danger. Les résultats ne montrent pas de différence significative des seuils de douleur entre patients schizophrènes et témoins, mais ce résultat doit être analysé avec prudence car l'échantillon est faible (dix patients et dix témoins).

Suite à la revue de la littérature réalisée en 2014, Bonnot et al. [80] suggèrent que devant un faible nombre d'études et surtout devant les faibles échantillons étudiés, il serait intéressant de réaliser de nouvelles recherches en associant une analyse neurovégétative et comportementale afin de différencier une réelle analgésie d'un mode d'expression de la douleur différent chez les patients schizophrènes.

## **II.3. Anxiété**

### **II.3.1. Diagnostic**

Les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leurs sont apparentées. La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future.

Les troubles anxieux sont nombreux et variés, il en existe 12 types dans le DSM-5, parmi lesquels : les phobies spécifiques, l'anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie ou encore l'anxiété généralisée.



## II.3.2. Anxiété et douleur chronique

### II.3.2.1 L'anxiété facteur prédictif de douleur chronique

L'anxiété est souvent citée dans la littérature comme survenant dans la douleur aiguë. Cependant, elle joue également un rôle dans les douleurs chroniques. L'étude de Casten et al. [81] retrouve 45 % de troubles anxieux parmi une population de 363 douloureux chroniques en gériatrie, en s'appuyant sur les critères diagnostique du DSM-3R.

Radat et ses collaborateurs dans leur article sur les facteurs cognitifs et comportementaux dans la douleur [82] utilisent le modèle de stress de Lazarus et Folkman, proposé en 1984 (Figure 12).

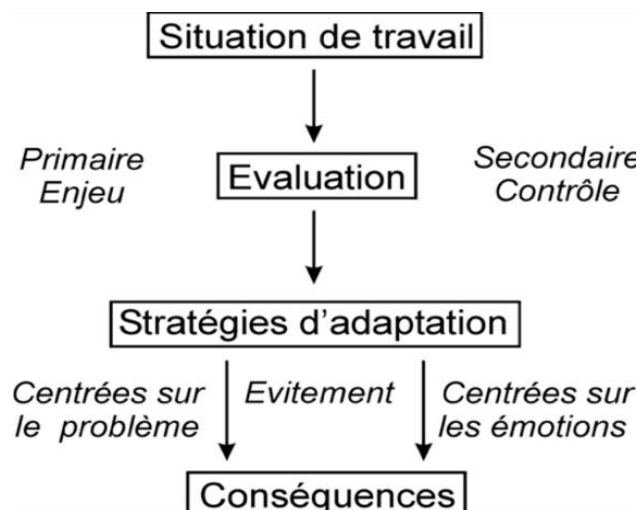


Figure 12 : Modèle de stress de Lazarus et Folkman

Selon ce modèle, face à un stress (comme la douleur) l'individu réaliserait une évaluation cognitive primaire qui lui permettrait de le classer dans une des trois catégories suivantes :

- La douleur peut présenter un risque de perte ou de préjudice déjà subi antérieurement ;
- La douleur peut être vécue comme une menace (« threat ») c'est-à-dire comme l'éventualité d'une perte, le sujet anticipant une catastrophe ;

- La douleur peut être vécue comme un défi (« challenge »), le sujet vit la situation comme une opportunité pour lui de s'améliorer, de prouver ce dont il est capable...

Ensuite, l'individu réaliserait une évaluation dite secondaire, portant sur ses ressources qui peuvent être personnelles, amicales, matérielles, organisationnelles pour gérer la situation.

La seconde étape correspond aux stratégies d'adaptation ou « coping ». C'est « l'ensemble des comportements et cognitions qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant, en vue de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » [83]. Deux grands types de stratégies d'adaptation ont été décrits :

- Les stratégies actives qui se concentrent sur la résolution du problème, c'est l'affrontement ;
- Les stratégies passives centrées sur les émotions. L'individu n'agit pas sur la douleur mais essaie de diminuer la tension émotionnelle qu'il ressent, c'est l'évitement.

Ces patients présentent, au-delà des symptômes anxieux et de leurs douleurs, des ruminations axées sur la signification et le devenir de leur douleur. Selon Franck Henry, psychologue spécialiste de la douleur, l'anxiété a un effet sur la perception de la douleur et elle influence les stratégies d'adaptation déployées face à cette dernière [84].

Dans le cadre de la douleur, peur et anxiété sont utilisés indifféremment, même si habituellement la peur se différencie de l'anxiété par le fait que l'objet de la menace est identifié.

La peur, en poussant à l'évitement, diminue la fonction. C'est ce qu'a mis en évidence l'étude de Pflingsten et al. [85] réalisée sur une population de 50 patients présentant des lombalgies chroniques. La baisse de performance physique est significativement corrélée à la peur de la douleur.

La peur dirige l'attention du patient sur sa douleur. Il s'agit de l'hyper vigilance à la douleur. Or, cette dernière pourrait être responsable de la sensibilisation centrale des voies descendantes modulant la douleur. L'étude de Herbert et al. [86] montre que l'hyper vigilance à la douleur chez des patients souffrant de gonarthrose est significativement liée à une douleur et un handicap plus importants suggérant une sensibilisation centrale. En effet, les patients anxieux et hyper vigilants ont une douleur clinique plus sévère mais aussi une plus grande sensibilité à la pression et sommation temporelle de la douleur à la chaleur.



Selon Vlaeyen [87], la peur, associée à une interprétation erronée de la douleur (catastrophisme) pourrait être responsable de sa chronicisation. Selon son modèle (Figure 13), la peur de la douleur influencerait l'attention, génèrerait de l'hypervigilance puis un comportement d'évitement excessif. Ainsi, elle augmenterait le sentiment d'infirmité, d'incapacité à maintenir les activités de la vie courante et ainsi favoriserait la douleur chronique. Ce modèle est particulièrement vrai dans les douleurs musculo-squelettiques avec le phénomène de désadaptation à l'effort.

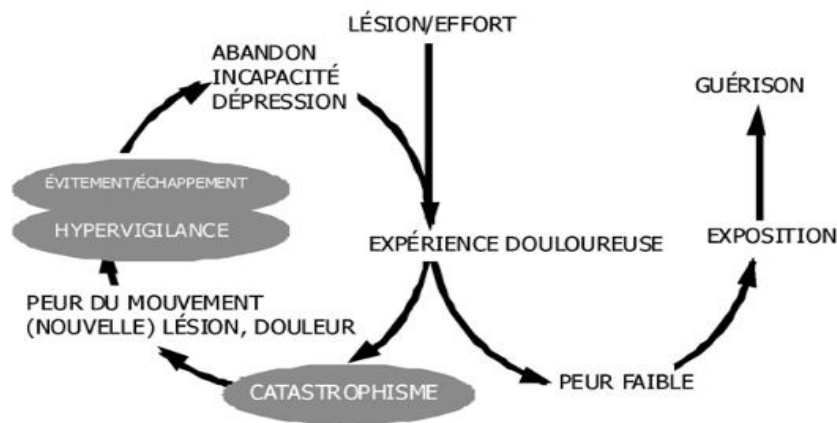


Figure 13 : Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur de Vlaeyen

L'hypothèse de Vlaeyen semble confortée par les découvertes liées à l'utilisation de l'IRM cérébrale fonctionnelle. En effet, une étude menée sur 22 personnes en bonne santé auxquelles ont été faites des stimulations électriques douloureuses du nerf médian [88] montre que celles qui ont un niveau de « catastrophisme » plus important déclenchent, lors d'une faible stimulation douloureuse, une activation supérieure des régions liées à l'affect, à l'attention et aux aspects moteurs de la douleur (insula, cortex cingulaire antérieur, cortex préfrontal dorso-latéral). A l'inverse, lors d'une stimulation douloureuse plus forte, les régions corticales préfrontales impliquées dans la modulation de la douleur sont plus activées chez les patients ayant les scores de catastrophisme les moins élevés. Cette étude explique que le catastrophisme entraîne l'activation d'un réseau de vigilance cortical même lors d'une faible douleur et que celui-ci n'est pas modulé par le cortex préfrontal lors d'une forte douleur. Ces deux phénomènes sont donc en faveur d'une perception plus importante de la



douleur mais aussi d'une chronicisation chez les sujets à haut niveau de catastrophisme du fait de la moindre capacité de régulation par le cortex préfrontal.

Dans leur revue de la littérature [89], Bérubé et al. ont comparé les caractéristiques de patients ayant subi un grave traumatisme et qui ont développé ou non des douleurs chroniques. Il apparaît que les facteurs prédictifs de développer une douleur chronique sont un niveau d'anxiété élevé et un niveau important de « catastrophisme ».

Cependant, ce modèle n'est pas applicable à tous les types de douleurs chroniques, comme par exemple la fibromyalgie. En effet, dans cette pathologie, la peur serait moindre de même que les conduites d'évitement [83].

A l'opposé, Hasenbring et al. [90] ont montré que certains patients adoptent des attitudes de défis telles qu'ils vont maintenir un niveau de performance élevé sans tenir compte de la douleur et ainsi favoriser sa persistance.

### **II.3.2.2 Douleur chronique favorisant la survenue de troubles anxieux**

L'anxiété entraîne un abaissement du seuil douloureux du fait d'une augmentation de la vigilance et de l'anticipation. A l'inverse, la douleur est un signal d'alerte d'une atteinte du corps, elle est donc naturellement anxiogène [91].

D'après l'étude de Kroenke et al. [92] qui porte sur des patients consultant pour douleur dans des centres de soins, les troubles anxieux sont croissants en fonction du nombre de plaintes douloureuses, allant de : 1 % des cas en l'absence de douleur à 48 % des cas à partir de neuf localisations douloureuses.

Carleton et al. [93] ont étudié, en 2009, l'anxiété chez les douloureux chroniques à l'aide d'une échelle ciblant spécifiquement l'anxiété induite par la douleur. Ils ont comparé un groupe de 418 patients atteints de troubles anxieux (anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs, anxiété sociale ou phobie spécifique) ou de troubles de l'humeur, à un groupe de 282 patients atteints de douleurs chroniques et à un groupe de 102 participants indemnes des troubles précédents. Cette étude a mis en évidence que le groupe de douloureux chroniques exprime une anxiété liée à la douleur supérieure à celle du groupe des troubles anxieux ainsi qu'à celle du groupe contrôle. Cette étude témoigne donc d'une forme d'anxiété qui apparaît en cas de douleur chronique et est indépendante de tout trouble anxieux pré-existant.



## II.4. Dépression

### II.4.1. Prévalence

La dépression est le trouble psychiatrique le plus répandu. En France, sa prévalence sur un an est de 5 à 15 %. Sur une vie entière, 1 sujet sur 5 à 1 sujet sur 10 serait confronté à un épisode dépressif majeur. Une étude française en médecine générale révèle que sur 100 patients déprimés, 50 seraient reconnus comme ayant un trouble d'ordre psychologique, 25 comme déprimés, et seulement la moitié de ces derniers recevraient un traitement antidépresseur approprié [94]. Les conséquences sont majeures dans la mesure où 15 % des sujets dépressifs décèdent par suicide, selon les chiffres du DSM IV-TR [94]. De plus, le risque de handicap social et professionnel chez ces patients est élevé puisque les épisodes dépressifs majeurs évoluent, dans de nombreux cas, vers une invalidité. Les progrès à faire en termes de diagnostic et de thérapeutique sont donc énormes.

Les difficultés de repérage pour le médecin généraliste sont liées au fait que les tableaux cliniques peuvent être trompeurs. En effet, nombre de syndromes dépressifs sont masqués par des plaintes somatiques, des douleurs vagues, mais aussi des douleurs articulaires, de membres ou des maux de dos, qui peuvent tous être les symptômes d'une dépression comme en témoigne l'étude de Trivedi [95]. Chaque expression de symptômes est différente en fonction de celui qui l'exprime. Le patient déprimé n'en a souvent pas conscience ou est réticent à évoquer des problèmes d'ordre psychologique. Ainsi, il est parfois délicat d'évoquer le problème psychiatrique et par la même l'intérêt d'un traitement psychotrope et/ou d'une psychothérapie. Réciproquement, la perception de l'observateur est dépendante de présupposés et de ses propres attentes. On ne trouve que ce que l'on cherche. Au cours de la relation médecin-malade, il peut être difficile pour le médecin généraliste de différencier un « mal être » d'une réelle dépression et ainsi il peut être hésitant à prescrire un antidépresseur qui est un traitement long et non dénué d'effets secondaires [96].

### II.4.2. Diagnostic

Selon le DSM V [72], l'épisode dépressif majeur est caractérisé par :

- A) La présence d'au moins cinq des symptômes suivants pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement



antérieur au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- 1) Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (sentiment de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (pleurs)
  - 2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours
  - 3) Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
  - 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
  - 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
  - 6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
  - 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)
  - 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
  - 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider
- B) Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
- C) L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale
- D) La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.
- E) Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque



### **II.4.3. Douleur chronique et dépression**

#### **II.4.3.1 La douleur chronique comme précurseur de la dépression**

Dépression et douleur chronique sont très souvent associées. La relation de causalité semble évidente. Comment ne pas devenir dépressif lorsque nous souffrons quotidiennement pendant des mois, lorsque nous sommes piégés dans un corps meurtri qui limite toutes nos actions jour après jour ?

Comme le montre l'étude française d'Attal et al. [70] menée sur une population de 3816 personnes en 2011, les patients présentant des douleurs chroniques de type neuropathique ont des scores plus bas aux échelles de qualité de vie, de qualité du sommeil, et plus élevés aux échelles d'anxiété et de dépression. En effet, les douloureux chroniques obtiennent un score de dépression 21 % plus haut en moyenne que les non douloureux à l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Selon une étude américaine de 1999 [97], les patients dont la dépression est constatée après l'apparition de la douleur chronique ont des troubles affectifs significativement différents de ceux qui souffrent d'un épisode dépressif majeur isolé. Cette étude est donc en faveur de la survenue de troubles dépressifs comme une conséquence du stress induit par les douleurs chroniques. Les chiffres sont variables en fonction des études, mais l'association est toujours retrouvée.

Selon Aigner et Bach [98], 22 % des douloureux chroniques remplissent les critères du DSM IV pour un épisode dépressif, il n'y a pas de différence significative entre les douleurs d'origine somatique (excès de nociception ou neuropathique) et psychogène.

Certaines études mettent en évidence un nombre croissant d'épisodes dépressifs en fonction de la durée de la douleur. C'est le cas de l'étude d'Averill et al. [99] menée en 1996 qui a examiné les facteurs associés à la dépression sur un échantillon représentatif de 254 douloureux chroniques. Chez ces patients, plus la durée de la douleur est importante plus la dépression est prévalente.

#### **II.4.3.2 La dépression, facteur favorisant la survenue des douleurs chroniques**

A l'inverse, dans les douleurs chroniques psychogènes, il semble que la dépression soit la cause des douleurs.



L'étude de Leino réalisée sur 607 ouvriers interrogés tous les cinq ans sur une période de 15 ans [100] montre que les ouvriers présentant des symptômes de détresse et de dépression lors des deux premiers entretiens sont plus à risque de développer des douleurs musculo-squelettiques.

Dans la méta-analyse de Simon et ses collaborateurs [101] qui utilisent les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en soins de premier recours dans 14 pays, 69% des patients dépressifs consultent uniquement pour des plaintes somatiques. Les statistiques mettent également en évidence que ces présentations purement somatiques de dépression sont plus fréquentes lorsque les patients ne sont pas suivis de façon régulière par un médecin généraliste. La moitié de ces patients déprimés rapporte plusieurs localisations douloureuses inexplicables et 11 % d'entre eux nient tout symptôme psychologique.

Kroenke et al. [92] ont étudié les patients se plaignant de douleurs dans 1000 centres de soins. Ils révèlent que 2 % d'entre eux ne se plaignant d'aucune ou d'une seule localisation douloureuse souffrent de troubles de l'humeur. A l'inverse, les patients rapportant neuf localisations douloureuses ou plus présentent un trouble de l'humeur dans 60 % des cas.

#### **II.4.3.3 L'hypothèse du spectre continu**

Certains voient plutôt la douleur chronique comme un équivalent dépressif. On parle ici du syndrome douloureux chronique psychogène. Les patients qui en souffrent auraient un certain nombre de traits caractéristiques décrits dans l'étude de Blumer et al. [102]. Chez ces patients, la chronicisation serait également liée à la multiplication des examens complémentaires coûteux sans résultat et à la non-reconnaissance de la douleur en tant que maladie. Ce modèle est en faveur du spectre continu. Le fait que les antidépresseurs soient efficaces chez les douloureux chroniques pourrait conforter cette hypothèse mais aussi celle de la dépression comme facteur causal des douleurs chroniques.

D'un point de vue neurobiologique, la réponse à la douleur est médiée par la sérotonine et la noradrénaline. En effet, la régulation endogène de la douleur se fait par les endorphines qui stimulent les neurones de la substance périaqueducale qui, à leur tour, activent des neurones de la moelle rostrale contenant pour certains de la sérotonine qui, une fois libérée, inhibe les transmissions nociceptives au niveau médullaire [103]. La voie descendante noradrénergique inhibe l'influx nociceptif via l'action des récepteurs alpha2



adrénergiques, inhibiteurs présynaptiques du neurone afférent et post-synaptiques du neurone de la corne dorsale de la moelle épinière [104]. Ce système de médiation de la douleur utilise donc les mêmes neurotransmetteurs que ceux qui sont diminués dans la dépression. Une dysrégulation de ces médiateurs chimiques peut expliquer l'une ou l'autre de ces pathologies et donc un continuum entre douleur chronique et dépression.

#### **II.4.3.4 Une influence néfaste réciproque**

Selon la revue de la littérature de Bair et al. [105], les prévalences de la douleur dans les cohortes de dépressifs et celles de dépressifs dans les cohortes de douloureux chroniques sont plus élevées que lorsque ces conditions sont examinées séparément. Il semble que la présence de douleurs affecte de façon négative le diagnostic d'un épisode dépressif et son traitement.

Les douleurs les plus pénibles sont liées à des épisodes dépressifs majeurs de durée plus longue comme le montre l'étude Européenne de Ohayon et al. menée sur 18980 sujets interrogés par téléphone [106]. En effet, parmi les sujets diagnostiqués dépressifs, ceux présentant une douleur chronique ont été plus longs à guérir de leur dépression : 19 mois contre 13,3 pour les sujets indemnes de douleur.

Les patients douloureux chroniques déprimés sont donc plus à risque. En effet, selon la revue de la littérature de Fishbain [107] portant sur 18 études, les idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides sont plus fréquemment retrouvés chez les douloureux chroniques. Une étude portant sur 200 personnes douloureuses dans un centre de rééducation individualisant les patients avec ou non des idées suicidaires menée par Fisher et al. [108] dévoile des niveaux de douleur plus élevés chez les suicidaires. Une autre étude [31] démontre que 16 % des douloureux chroniques migraineux, lombalgiques ou fibromyalgiques présentent des idées suicidaires. Une étude épidémiologique canadienne menée par Ratcliffe et al. [109] met en évidence également que chez les patients présentant des troubles mentaux névrotiques, la présence d'une douleur chronique est associée à la fois à plus d'idéations suicidaires mais aussi à plus de tentatives de suicide. L'analyse après ajustement montre que parmi les différentes douleurs chroniques, les migraines sont celles qui ont le lien le plus fort avec les idéations et les passages à l'acte suicidaires.



## II.5. Troubles et traits de la personnalité

### II.5.1. Les troubles de la personnalité

#### II.5.1.1 L'approche catégorielle

L'approche catégorielle de la personnalité est intéressante d'un point de vue diagnostique car elle classe les troubles dans des entités clairement définies. Ainsi, le DSM-5 définit dix troubles de la personnalité, classés en trois clusters (Tableau 3). Ils représentent 10 % de la population générale. Tous les troubles de la personnalité apparaissent à la fin de l'adolescence mais ne peuvent être diagnostiqués qu'à partir de 18 ans. Ils se caractérisent par des comportements durables et stables dans le temps indépendamment des situations auxquelles sont confrontés les sujets [110].

Tableau 3 : Les trois clusters ou groupes de personnalité du DSM-5

	Caractéristiques cliniques	Personnalités associées
Groupe A	Sujets bizarres et/ou excentriques	Schizoïde
		Schizotypique
		Paranoïaque
Groupe B	Sujets théâtraux, émotifs et capricieux	Borderline
		Histrionique
		Narcissique
		Antisociale
Groupe C	Sujets anxieux et craintifs	Dépendante
		Obsessionnelle-compulsive
		Évitante



### II.5.1.1.1. Le cluster A

Le cluster A réunit les personnalités qualifiées de bizarres ou d'excentriques :

- *La personnalité paranoïaque* : plus fréquente chez les hommes, elle repose sur quatre traits fondamentaux : l'hypertrophie du moi, la méfiance, la fausseté du jugement et l'inadaptation sociale ;
- *La personnalité schizotypique* : repose sur des croyances bizarres ou pensées magiques influençant le comportement, des idées de référence, des perceptions inhabituelles, notamment des illusions corporelles, une idéation persécutoire ou méfiante, des pensées et langage bizarres, une vie affective pauvre ou inadéquate, un comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier ;
- *La personnalité schizoïde* : touche plus souvent les hommes et se caractérise par un mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans ses rapports avec autrui. Le sujet schizoïde est solitaire, introverti, n'a que peu de centres d'intérêts et évite tout contact social. Il est tourné vers les activités intellectuelles abstraites et solitaires. Il est indifférent aux critiques d'autrui et son contact peut sembler froid et distant.

### II.5.1.1.2. Le cluster B

Le cluster B rassemble les personnalités présentant des troubles caractériels marqués par une extraversion.

- *La personnalité histrionique* : sans prédominance de sexe, est caractérisée par un histrionisme, une volonté constante d'attirer l'attention, de plaire ou de séduire. Il existe une théâtralité et une hyper expressivité. La suggestibilité est souvent forte, comme l'avidité et la dépendance affective. Les relations interpersonnelles sont facilitées mais restent superficielles.
- *La personnalité narcissique* : est caractérisée par un mode général de grandiosité, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie. Le sujet narcissique a le sentiment d'être important, indispensable, il est souvent animé par des fantasmes de succès et de puissance.
- *La personnalité antisociale* : touche plus fréquemment les hommes et surtout les consommateurs d'alcool et de drogues, les prisonniers. Elle se caractérise par





un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence par des troubles des conduites et se poursuit à l'âge adulte. Sa présentation est souvent trompeuse, véritable caméléon, son attitude de séduction cache un contact factice et manipulateur. L'impulsivité et l'intolérance à la frustration entraînent des passages à l'acte multiples. Ces sujets présentent un manque d'empathie, une superficialité des échanges, et utilisent systématiquement autrui pour servir leurs intérêts personnels. Ils n'éprouvent pas de culpabilité et n'anticipent pas les conséquences de leurs actes.

- *La personnalité borderline* (DSM-5) ou *émotionnellement labile* (CIM-10) : Le tableau clinique est riche et polymorphe, la diversité et la labilité des symptômes peuvent faire évoquer le diagnostic. Elle est caractérisée par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée. Les sujets projettent d'importantes attentes affectives mais la proximité avec autrui peut rapidement devenir menaçante et conduire à un rejet brutal. Ils présentent une peur importante de l'abandon, les conduisant à éviter le plus possible les séparations (menaces suicidaires ou automutilations). Ce trouble de personnalité est marqué par un sentiment d'insécurité diffus, une hyperesthésie affective et une faible estime de soi.

### II.5.1.1.3. Le cluster C

Le cluster C regroupe les personnalités pathologiques qui se caractérisent par des comportements réservés, craintifs et anxieux :

- *La personnalité dépendante* : est caractérisée par un besoin envahissant et excessif d'être pris en charge aboutissant à un comportement adhésif, soumis et à une peur de la séparation. Elle recherche l'approbation des autres dans ses prises de décision. L'estime de soi est souvent médiocre.
- *La personnalité évitante* : Les critères majeurs du diagnostic de cette personnalité sont le manque de confiance en soi et le sentiment d'infériorité qui sont à l'origine d'un évitement social, lui-même source de souffrance. Le sujet évitant apparaît comme timide, effacé, inhibé, hypersensible au jugement, à la critique et au rejet d'autrui.



- *La personnalité obsessionnelle-compulsive* (DSM-5) ou *anankastique* (CIM-10) : est plus fréquente chez les hommes. Les sujets sont excessivement investis dans le travail et les activités intellectuelles au détriment de la vie affective. La volonté de contrôle et de maîtrise se retrouve dans le perfectionnisme et la réticence à déléguer la moindre tâche. Ils présentent des difficultés d'adaptation au changement d'où un besoin de planification pour diminuer l'anxiété. La prise de décisions et les réalisations concrètes peuvent être difficiles et retardées. Les sujets obsessionnels sont préoccupés par un besoin d'ordre excessif dans le domaine matériel et moral. Ils sont obstinés, persévérants, se montrent fidèles à leurs engagements et respectent scrupuleusement les règles et les valeurs morales. Ils ont un grand sens du devoir et des obligations.

### II.5.1.2 L'approche dimensionnelle

L'approche dimensionnelle, quant à elle, consiste à classer la personnalité des sujets selon des dimensions pour chacune desquelles il existe un continuum entre le normal et le pathologique permettant de mettre en avant des traits de personnalité.

Plusieurs modèles ont été décrits mais les trois principaux sont les suivants :

- **Le modèle à trois dimensions d'Eysenck** [111]. Il décrit la personnalité selon trois traits : l'*extraversion*, le *névrosisme* (instabilité émotionnelle) et le *psychotisme* (sujets froids, personnels et hostiles) ;
- **Le modèle à cinq dimensions de Costa et McCrae** ou **modèle du Big Five** [112] avec l'*ouverture à l'expérience*, qui est la recherche de nouvelles expériences, l'ouverture à la culture ; la *conscienciosité* qui comprend la motivation, l'organisation et la persévérance ; l'*extraversion* qui reflète les émotions positives, la tendance à rechercher la compagnie des autres ; l'*agréabilité* ou caractère agréable qui correspond à la coopérativité ; et le *neuroticisme* ou émotionnalité qui est le contraire de la stabilité émotionnelle. Nous avons utilisé ce modèle du Big Five (modèle OCEAN) dans notre travail.
- **Le modèle biopsychosocial à sept dimensions de Cloninger** [113]. Il s'agit d'un modèle qui cherche à mettre en évidence des relations entre les mécanismes biologiques et les traits de personnalité. A l'origine, ce modèle pensé par Cloninger comprenait trois dimensions correspondant chacune à un



système de neurotransmetteur : la *recherche de nouveauté*, associée à un faible taux de base de dopamine ; l'*évitement du danger*, liée à une production importante de sérotonine et enfin la *dépendance à la récompense*, corrélée à un faible taux de noradrénaline [114]. Par la suite, Cloninger et ses collaborateurs ont ajouté quatre dimensions [113] : la *persistance* qui, associée aux trois précédentes, constitue les dimensions du tempérament correspondant aux traits hérités et génétiques ; l'*autodétermination* (maturité individuelle), la *coopération* (maturité sociale) et la *transcendance* (maturité spirituelle) qui constituent les trois dimensions du caractère, acquis lors de nos apprentissages.

En fonction de l'importance de chaque dimension, il est possible de faire des corrélations avec les troubles de la personnalité.

### **II.5.1.3 Trouble de la personnalité et douleur chronique**

Les troubles de la personnalité sont eux aussi très souvent présents chez les douloureux chroniques. Dans l'étude de Large menée en 1986 [115] sur un échantillon de 50 patients douloureux chroniques, ils sont retrouvés chez 40 % d'entre eux parmi lesquels 14% répondent aux critères (du DSM III) de la personnalité histrionique, 12 % ont une personnalité dépendante, 7 % présentent les caractéristiques d'une personnalité borderline, enfin les autres troubles correspondent à des troubles de la personnalité mixte.

Une étude plus vaste a été menée par Fishbain et al. auprès de 283 patients consultants en centre de la douleur [116]. Ils retrouvent un total de 58,4 % de patients présentant des troubles de la personnalité selon le DSM III. Les troubles les plus fréquemment retrouvés sont les personnalités compulsives (25 %), dépendantes (17 %), les personnalités passives-agressives (15 %) et histrioniques (12 %).

Conrad et al. ont étudié 207 douloureux chroniques et les ont comparés à 105 patients sans douleur [117]. Ils les ont soumis au Temperament and Character Inventory (TCI). Suite à cette évaluation, 41 % des douloureux chroniques se sont révélés avoir au moins un trouble de la personnalité. Les principaux traits retrouvés étaient une faible autodétermination, une faible dépendance à la récompense, une recherche de nouveauté élevée et un évitement du danger élevé par rapport au groupe témoin.

Une étude cas-témoins de 1988 menée par Valdés et al. [118], portant sur 41 femmes présentant des douleurs chroniques psychogènes montre que ces dernières sont



significativement plus « névrotiques et soupçonneuses ». Elles ont aussi, selon cette étude, plus tendance à la « dissimulation » ce qui suggère une tendance à utiliser les mécanismes de défense de déni. En revanche, elles sont moins agressives physiquement que les sujets sains.

Les personnes borderline présentent une élévation du seuil douloureux lors de douleurs aiguës en condition de stress par rapport à des conditions non stressantes. Notamment, d'après Olié [119], les automutilations seraient indolores chez 50 à 60 % d'entre eux.

Ludäscher et al. [120] ont comparé les seuils de détection d'un signal électrique et les seuils de la douleur entre un groupe de patientes borderline et un groupe témoin. Les patientes borderline ont le même seuil de détection du signal électrique que le groupe témoin en revanche leur seuil de détection de la douleur est significativement plus élevé. A l'inverse, en termes de douleur chronique, les personnalités borderline seraient surreprésentées comme dans l'étude de Sansone et al. [121] en soins primaires qui conclut à une prévalence de sujets borderline entre 29 et 47 %.

Nous n'avons pas trouvé d'études concernant la douleur associée aux autres troubles de la personnalité.

Une étude cas-témoins conduite par Decety et al. en 2013 [122] a analysé les images d'IRM cérébrales fonctionnelles chez des prisonniers lorsqu'ils regardaient des photos d'individus physiquement blessés ou des faciès douloureux. Les 80 hommes psychopathes incarcérés présentaient significativement moins d'activation dans le cortex préfrontal ventromédial, latéral, le cortex orbitofrontal et la substance grise périaqueducule par rapport aux prisonniers sans trouble de la personnalité psychopathique. En revanche, ils avaient une plus grande activation de l'insula. Par conséquent, la perception de la douleur d'autrui chez des patients ayant une personnalité antisociale et ayant eu une condamnation pour violence semble perturbée. Les rôles exacts de ces structures cérébrales ne sont pas clairement élucidés mais nous savons que le cortex ventromédial joue un rôle dans la prise de décisions et les capacités d'anticipation ; et que le cortex orbitofrontal est utile dans l'anticipation des réponses émotionnelles (positives ou négatives) [123]. L'insula est impliquée dans la perception de la douleur discrimination et composante émotionnelle (celle qui disparaît dans l'asymbolie à la douleur). Les sujets psychopathes pourraient percevoir la douleur d'autrui (hyperactivation de l'insula) mais en faire un traitement différent pour ce qui est de ses conséquences (hypoactivation des cortex ventromédial et orbitofrontal).



## II.5.2. Alexithymie

Étymologiquement, l'alexithymie est l'absence de mot pour exprimer ses émotions. Il s'agit d'un concept américain décrit par Sifneos en 1973 comme étant l'incapacité de certains sujets à identifier et à décrire leurs sentiments ou leurs émotions avec des mots [124].

Ce concept a été approfondi en 1997 par Taylor, Bagby et Parker [125] qui le définissent comme un concept multidimensionnel s'organisant autour de quatre principaux axes :

- La difficulté à identifier et à distinguer ses états émotionnels ;
- La difficulté à verbaliser les états émotionnels d'autrui ;
- Une vie imaginaire réduite ;
- Un modèle de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs.

Ce dernier axe est assez proche de la pensée opératoire. C'est un type de fonctionnement mental décrit par Marty et De M'Uzan [126] caractérisé par une absence de liberté fantasmatique, une pauvreté de la rêverie diurne et nocturne, l'absence de toute décharge émotionnelle dans le discours.

Sur le plan épidémiologique, l'alexithymie concernerait 17 à 23 % de la population, d'après les études utilisant la Toronto Alexithymia Scale (TAS) ; elle serait indépendante de l'âge (chez l'adulte), du sexe et du niveau-économique [127].

Ces deux concepts (pensée opératoire et alexithymie) décrivent un type de pensée qui est souvent associé aux pathologies psychosomatiques. En effet, l'alexithymie se traduit souvent par un syndrome algique. Elle est notamment retrouvée chez 30 à 66 % des patients souffrant de douleurs vertébrales chroniques selon l'étude de Rohmer et al. [128].

L'étude d'Huber et al. [129] réalisée chez 68 femmes fibromyalgiques retrouve 13 alexithymiques d'après la TAS 20. Ils montrent que la difficulté à identifier les émotions est associée à une faible tolérance de douleur induite par le froid, à une évaluation affective élevée de la douleur et à des scores élevés d'anxiété-trait (selon l'échelle d'anxiété STAI Y-B).



Comme nous venons de le développer dans cette partie, plusieurs articles de la littérature témoignent de troubles psychiatriques en lien avec les douleurs chroniques. Les plus frappant en pratique clinique, de par leur prévalence, sont bien sur la dépression et l'anxiété. Cependant, l'étude de l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie ou encore l'étude de la relation entre alexithymie, troubles de la personnalité et douleur chronique semblent particulièrement intéressantes. C'est ce que nous nous sommes attachés à mettre en évidence au cours de cette étude que nous allons développer dans la deuxième partie.



## Deuxième partie : Etude des facteurs psychopathologiques chez le patient douloureux chronique consultant en médecine générale

---



## I. Introduction

---

Les consultations pour douleur chronique sont fréquentes en médecine générale. Elles sont longues, complexes et représentent un véritable enjeu en termes de santé publique, de par le nombre d'arrêts de travail ou encore d'invalidités qui en découlent et donc de par leur coût pour la société [31], [130]. Les connaissances sur la douleur chronique ont évolué. Nous savons aujourd'hui qu'elle est faite de plusieurs composantes : sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale. On sait aussi qu'il existe de nombreux autres facteurs qui influencent notre perception de la douleur comme la culture, les expériences antérieures ou encore le contexte dans lequel elle survient.

Mieux connaître tous ces facteurs pourrait nous permettre de mieux prendre en charge nos patients douloureux chroniques.

Selon l'étude d'Attal et ses collaborateurs portant sur 3165 douloureux chroniques souffrant de douleurs neuropathiques [70], la douleur chronique est responsable d'une **altération de la qualité de vie**, les scores de qualité de vie mentale et physique, à l'auto-questionnaire SF-12, étant altérés. L'étude Européenne de Breivik [31] témoigne également d'une forte altération de la qualité de vie personnelle et professionnelle des douloureux chroniques puisque 61 % des participants s'estiment incapables de travailler en dehors de chez eux, 19 % ont perdu leur emploi et 13 % ont dû changer de travail à cause de leur douleur.

Nous avons retrouvé de nombreux articles attribuant aux douleurs chroniques la **survenue de dépressions** comme de l'étude de Gallagher et al. [97] qui met en évidence que les troubles affectifs au sein des familles de patients douloureux chroniques dépressifs sont significativement moins fréquents que ceux retrouvés dans les familles de dépressifs indemnes de douleur. L'étiologie des dépressions chez les douloureux chroniques ne peut donc pas être attribuée à une hérédité affective, c'est la douleur chronique qui est responsable de l'apparition des symptômes dépressifs.

Par ailleurs, la dépression est elle-même responsable de la **chronicisation des douleurs**. Leino [100] le démontre dans son étude après avoir suivi pendant 15 ans 607 employés d'usines américaines. En effet, les ouvriers présentant des symptômes de dépression ont développé plus de troubles musculo-squelettiques. Ces deux pathologies sont donc liées.





De plus, la présence de l'une est un **facteur péjoratif** pour l'évolution de l'autre. Les études montrent une durée de guérison plus longue [106], un taux d'idées suicidaires et de suicide plus important [107], [108] et [109] chez les dépressifs ayant des douleurs chroniques.

Il existe également une association importante entre anxiété et douleur chronique. Par exemple, une étude menée sur une population de patients arthrosiques [86] démontre que **l'anxiété** entraîne une hypervigilance de chacun de leurs mouvements et **favorise la perception douloureuse chronique**.

A l'inverse, la douleur chronique favorise la survenue de troubles anxieux. C'est ce que suggère l'étude de Carleton et ses collaborateurs portant sur trois groupes de patients : des sujets anxio-dépressifs, des douloureux chroniques et des sujets indemnes des deux pathologies précédentes [93]. En effet, il existe une anxiété liée à la douleur dans le groupe des douloureux chroniques qui est légèrement plus fréquente que chez les anxio-dépressifs et bien plus fréquente que dans le groupe des sujets sains. Les résultats suggèrent que **l'anxiété liée à la douleur** pourrait être une construction indépendante des autres peurs fondamentales.

Les **troubles de la personnalité** sont associés à la chronicisation de la douleur avec une prévalence autour de 40 % selon les études. Pour Conrad, la prévalence des troubles de la personnalité atteint 41 % des douloureux chroniques [117]. L'étude de Rohmer suggère qu'un pourcentage important de patients souffrant de douleurs rachidiennes chroniques (entre 30 et 66 %) est alexithymique [128].

A travers ces études, nous voyons bien que les facteurs psychopathologiques sont souvent présents chez les patients douloureux chroniques. Pourtant, dans notre activité de médecine générale, ils sont souvent méconnus, mésestimés et insuffisamment repérés. Notre étude a donc pour but d'évaluer ces facteurs au sein d'une population de sujets douloureux chroniques consultant en médecine générale en vue de mieux les repérer et d'améliorer ainsi leur prise en charge. Nous faisons l'hypothèse qu'il existe chez ces patients un grand nombre de symptômes anxieux ou dépressifs non diagnostiqués par le médecin généraliste, des traits ou dimensions de personnalité péjoratifs (névrosisme, alexithymie...) ainsi qu'une mauvaise qualité de vie mentale et physique.



## II. Objectifs de l'étude

---

### II.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer les caractéristiques psychopathologiques des patients douloureux chroniques consultant en médecine générale.

### II.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Comparer les caractéristiques psychopathologiques en fonction des différents types de douleur ;
- Rechercher des relations entre les différents facteurs psychopathologiques et l'intensité et la durée de la douleur chez les patients douloureux chroniques ;
- Identifier les facteurs psychopathologiques reliés de façon prépondérante à la perception douloureuse chez les sujets douloureux chroniques.



## III. Matériel et méthode

---

### III.1. Population de l'échantillon

La population cible de cette étude est constituée de patients consultant en **médecine générale**, présentant des **douleurs depuis plus de trois mois**. Tous les types de douleurs sont concernés à l'exception des douleurs d'origine cancéreuse. La douleur cancéreuse est une douleur spécifique qui a des étiologies le plus souvent multiples : à la fois par excès de nociception (par envahissement de tissus le plus souvent osseux), neuropathique (de par la maladie elle-même ou ses traitements) et enfin psychogène puisque la maladie cancéreuse représente dans l'imaginaire collectif la mort et une longue souffrance [131]. Il semble donc difficile chez ces patients de distinguer l'étiologie de la douleur, c'est la raison pour laquelle nous ne les avons pas inclus dans notre étude.

#### III.1.1. Critères d'inclusion

Les participants inclus dans cette étude devaient consulter leur médecin généraliste au cours de la période de recrutement, au titre de la douleur ou non. Les patients devaient présenter des douleurs non cancéreuses évoluant depuis plus de trois mois, être majeurs et avoir donné leur consentement oral pour participer à l'étude.

#### III.1.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu les personnes présentant les critères suivants :

- Personne ne sachant ni lire ni écrire ;
- Personne étant sous mesure de protection (curatelle, tutelle) ;
- Personne souffrant d'un trouble mental ou d'un déficit cognitif empêchant la bonne compréhension et le remplissage correct des auto-questionnaires ;
- Personne aveugle ou déficiente visuelle sévère pour les mêmes raisons.

### **III.1.3. Recrutement**

Le recrutement des sujets a eu lieu entre le 14 juin et le 10 septembre 2016, dans plusieurs cabinets de médecine générale du Limousin. Les questionnaires ont été distribués aux médecins généralistes avec une lettre explicative (Annexe 1.1.). Ils devaient remplir la première page du questionnaire et le remettre ensuite à leur patient.

Le centre de prise en charge de la douleur du CHU de Limoges a également été contacté via Monsieur Henry, psychologue spécialiste de la douleur. Ce dernier a accepté d'inclure les patients qui venaient en consultation pour la première fois à la demande du médecin traitant.

Une lettre d'explication a été remise aux patients qui le souhaitent leur expliquant rapidement le sujet et l'objectif de l'étude. Il leur a été également expliqué que les résultats obtenus seraient traités de façon anonyme (Annexe 1.2.).

## **III.2. Recueil des informations**

### **III.2.1. Anonymat**

Les cahiers distribués aux patients ont été anonymisés en mentionnant uniquement les trois premières lettres de leur nom et les deux premières lettres de leur prénom afin que les médecins généralistes puissent, en cas de défaut de remplissage, les reconnaître pour nous permettre de les recontacter.

Ensuite, lors de l'enregistrement des réponses dans la base de données un numéro a été attribué à chaque cahier dans l'ordre chronologique de leur enregistrement, pour garantir l'anonymat de chaque participant à cette étude.

### **III.2.2. Recueil des données**

La passation des auto-questionnaires nécessite une vingtaine de minutes. Il a été laissé la liberté aux patients de remplir les questionnaires en salle d'attente ou de les emporter chez eux. Les praticiens ont ainsi reçu des lettres affranchies à remettre aux patients pour le retour des questionnaires.



Concernant les patients qui ont été recrutés directement lors de visites à domicile, il leur a été proposé de compléter seuls les auto-questionnaires et de les déposer, à l'occasion, au cabinet de leur médecin généraliste.

Enfin, certains patients, moins à l'aise, ont pu remplir le questionnaire directement avec leur médecin traitant. Dans ce cas, le cahier était immédiatement récupéré par l'examineur.

### **III.2.3. Les variables étudiées**

Le cahier d'information (Annexe 2) contient les éléments suivants :

#### **III.2.3.1 Données médicales (Annexe 2.1.)**

Ces informations correspondent à la première page du cahier. C'est la page que devait remplir le médecin généraliste. Elle comprend :

- Les antécédents psychiatriques ;
- Les antécédents somatiques ;
- Les traitements contre la douleur ;
- Les autres traitements ;
- Le type de douleur ;
- Le motif de la consultation : était-ce pour la douleur ? ;
- La localisation de la douleur.

#### **III.2.3.2 Données sociodémographiques (Annexe 2.2.)**

Ces informations, regroupées sur la deuxième page du cahier, sont renseignées par le patient seul et comprennent :

- Le sexe ;
- Le niveau d'études ;
- La profession actuelle ;
- La situation familiale ;



- L'intensité de la douleur à coter sur une échelle visuelle analogique.

### **III.2.3.3 Auto-questionnaire d'évaluation de la qualité de vie SF-12 (Annexe 2.3.)**

L'échelle SF-12 est une échelle d'état de santé et de qualité de vie. Elle est la version raccourcie d'un questionnaire à 36 items appelé Medical Outcome Study Short Form (MOS-SF-36), lui-même issu de la Medical Outcome Study comprenant 149 items [132].

L'étude de choix et de validation des items a été effectuée auprès de 2743 personnes en France [133].

Cette échelle permet d'obtenir deux scores :

- Un score traduisant la qualité de vie mentale : regroupant des questions qui portent sur le retentissement de la douleur sur l'humeur, le niveau sthénique et la vie sociale ;
- Un score relatif à la qualité de vie physique portant sur l'impact des douleurs sur les capacités physiques du patient en termes d'activités de la vie quotidienne, de travail.

Ces deux scores ont été construits de telle façon que la moyenne en population générale soit de 50. Le score de qualité de vie mentale et sociale est compris entre 5,89058 et 71,96825. Le score de qualité de vie physique est compris entre 9,94738 et 70,02246.

Il faut donc convertir chaque réponse en valeur standardisée pour les deux sous scores, puis il faut additionner les 12 valeurs ainsi obtenues. Pour le score de qualité de vie mentale et sociale, il faut ajouter 60,75781. Pour le score de qualité de vie physique, il faut également additionner les 12 valeurs puis ajouter 56,57706 (Tableau 4).



Tableau 4 : Mode de calcul des scores pour la SF-12

Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée		Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée	
		Score physique	Score mental et social			Score physique	Score mental et social
1	1	0	0	6	1	-0,33682	-6,29724
	2	-1,31872	-0,06064		2	-0,94342	-8,26066
	3	-3,02396	0,03482		3	-0,18043	-5,63286
	4	-5,56461	-0,16891		4	-0,11038	-3,13896
	5	-8,37399	-1,71175		5	0	0
2a	1	-7,23216	3,93115	7a	1	0	0
	2	-3,45555	1,86840		2	0,66514	-1,94949
	3	0	0		3	1,36689	-4,09842
2b	1	-6,24397	2,68282		4	2,37241	-6,31121
	2	-2,73557	1,43103		5	2,90426	-7,92717
	3	0	0		6	3,46638	-10,19085
3a	1	-4,61617	1,44060	7b	1	0	0
	2	0	0		2	-0,42251	-0,92057
3b	1	-5,51747	1,66968		3	-1,14387	-1,65178
	2	0	0		4	-1,61850	-3,29805
4a	1	3,04365	-6,82672		5	-2,02168	-4,88962
	2	0	0		6	-2,44706	-6,02409
4b	1	2,32091	-5,69921	7c	1	4,61446	-16,15395
	2	0	0		2	3,41593	-10,77911
5	1	0	0		3	2,34247	-8,09914
	2	-3,83130	0,90384		4	1,28044	-4,59055
	3	-6,50522	1,49384		5	0,41188	-1,95934
	4	-8,38063	1,76691		6	0	0
	5	-11,25544	1,48619				

### III.2.3.4 Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) (Annexe 2.4.)

L'échelle HAD permet de dépister l'anxiété état et les symptômes dépressifs [134]. On parle d'anxiété état pour décrire l'anxiété perçue par le patient sur le moment ou au cours des jours ou semaines précédentes. Elle est constituée de 14 questions à réponses multiples. Les questions paires recherchent des symptômes dépressifs et les questions impaires sont relatives à l'anxiété. Les réponses sont numérotées de 0 à 3 pour chaque question. Le score maximal pour l'anxiété et pour la dépression est de 21. Il suffit de faire la somme des réponses obtenues pour les deux sous scores (anxiété et dépression). Si le résultat est inférieur ou égal à 7, nous considérons qu'il n'y a pas de symptomatologie dépressive ni anxieuse. Entre 8 et 10 la symptomatologie est douteuse. A partir de 11, la symptomatologie est certaine.

### III.2.3.5 State Trait Inventory Anxiety (STAI) YB (Annexe 2.5.)

L'échelle STAI a été créé par Spielberger [135], elle présente deux sous échelles : l'échelle YA et l'échelle YB, indépendantes l'une de l'autre. La première recherche l'anxiété état et la seconde l'anxiété trait. Dans notre étude, nous n'avons utilisé que la forme YB, l'anxiété état étant déjà évaluée par l'HAD.



Cette échelle est constituée de 20 items pour lesquels le patient doit répondre en graduant son ressenti entre quatre niveaux, de : « presque jamais » à « presque toujours », en fonction de ce qu'il ressent en général.

Pour éviter les réponses « au hasard », certaines questions sont inversées, c'est-à-dire qu'elle n'exprime pas d'anxiété. Le « presque jamais » correspond alors à un score de 4.

Après avoir ajusté les questions inversées, il faut faire la somme des résultats obtenus à chaque question. Le résultat nous donne alors un niveau d'anxiété trait pour le patient (Tableau 5).

Tableau 5 : Signification des résultats obtenus à l'échelle STAI YB

Score total	Niveau d'anxiété
Inférieur ou égal à 35	Très faible
De 36 à 45	Faible
De 46 à 55	Moyen
De 56 à 65	Elevé
Supérieur ou égal à 65	Très élevé

### III.2.3.6 Inventaire de personnalité : Big Five Inventory (Annexe 2.6.)

Le Big Five évalue la personnalité selon cinq dimensions. C'est un auto-questionnaire constitué de 45 items [136] que le patient doit coter de 1 « désapprouve fortement » à 5 « approuve fortement » selon son niveau d'accord avec la phrase ou item.

Chaque dimension est évaluée par 8 à 10 items :

- **L'Ouverture à l'expérience** est définie par le fait d'apprécier l'art, l'esthétique, d'avoir des idées peu communes, une grande curiosité et une imagination importante. (items 5 ; 10 ; 15 ; 20 ; 25 ; 30 ; 35 ; 40 ; 41 et 44).





- La **Conscienciosité** ou autodiscipline, équivaut au respect des obligations, à l'organisation plutôt que la spontanéité, la prépondérance des comportements orientés vers des buts (items 3 ; 8 ; 13 ; 18 ; 23 ; 28 ; 33 ; 38 et 45).
- L'**Extraversion** est associée à l'énergie, aux émotions positives, à la tendance à chercher la stimulation et la compagnie des autres, au caractère fonceur (items 1 ; 6 ; 11 ; 16 ; 21 ; 26 ; 31 et 36).
- L'**Agréabilité**, ou caractère agréable, est définie comme une tendance à être compatissant et coopératif plutôt que soupçonneux et antagonique envers les autres (items 2 ; 7 ; 12 ; 17 ; 22 ; 27 ; 32 ; 37 ; 42 ; 45).
- Le **Névrosisme**, ou neuroticisme, décrit le contraire de la stabilité émotionnelle, à savoir la tendance à éprouver facilement des émotions désagréables comme la colère, l'inquiétude ou la dépression (items 4 ; 9 ; 14 ; 19 ; 24 ; 29 ; 34 ; 39).

### III.2.3.7 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Annexe 2.7.)

La TAS 20 [137] est l'échelle d'alexithymie la plus utilisée en recherche. C'est un auto-questionnaire constitué de 20 items, adapté d'une échelle Canadienne à 26 items, cotés selon l'échelle de Likert allant de 1 (désaccord complet) à 5 (accord complet). Elle a été mise au point en France par Loas et al. en 1995 [127]. Trois dimensions sont étudiées :

- La difficulté à identifier ses sentiments (7 items) ;
- La difficulté à verbaliser ses sentiments (5 items) ;
- Les pensées orientées vers l'extérieur (8 items).

Sa version française a été validée par plusieurs auteurs, notamment Loas et al. qui ont prouvé sa validité en comparant les résultats obtenus par 659 patients atteints de troubles du comportement alimentaire ou d'addictions à ceux de 769 témoins [137]. Ils ont également défini une valeur seuil : un score global supérieur à 56 caractérise un sujet alexithymique.

### III.3. Déroulement de l'étude

Au cours de cette étude, nous avons souhaité interroger des patients consultants en médecine générale. Pour ce faire, nous avons dans un premier temps ciblé les médecins



généralistes maitres de stage de la faculté de médecine de Limoges. Ainsi, le premier juin 2016, les 28 médecins généralistes limousins ont été contactés par courriel pour leur demander de distribuer les auto-questionnaires à leurs patients douloureux chroniques. L'objectif était d'obtenir environ 5 questionnaires par médecin généraliste. Très rapidement, devant plusieurs réponses négatives et critiques concernant la longueur du questionnaire, nous avons décidé d'élargir le secteur de recrutement. Les médecins généralistes de tout le Limousin ont donc été contactés par téléphone dans un premier temps. Puis s'ils acceptaient, le questionnaire leur était adressé par mail ou par courrier postal selon leur préférence. Ainsi, 23 médecins généralistes supplémentaires corréziens et un creusois ont été sollicités.

Au cours des 3 mois de recrutement, les médecins ayant accepté de participer ont été relancé à plusieurs reprises. Dans le cadre de quelques remplacements, nous avons également recruté plusieurs patients notamment dans la patientèle du docteur Maureille, médecin généraliste en Corrèze. Nous avons également contacté Monsieur Henry, psychologue au centre de la douleur, qui a recruté pour l'étude les patients qui lui étaient adressés pour la première fois par leur médecin généraliste.

#### **III.4. Analyses statistiques**

Dans un premier temps, une analyse descriptive de la population de notre échantillon a été réalisée puis dans un second temps, une analyse comparative des scores obtenus aux différentes échelles psychopathologiques en fonction du type de douleurs a été faite. Une étude des relations entre les scores à ces échelles et l'intensité ainsi que la durée de la douleur prépondérante a été effectuée pour l'ensemble de l'échantillon ( $n = 133$ ). Enfin, la recherche des facteurs psychopathologiques influençant la perception d'une douleur chronique a été recherchée par analyse multivariée via une régression linéaire multiple.

Les analyses descriptives ont permis de calculer, en fonction de chaque variable étudiée, la fréquence (proportion de cas dans la population étudiée), la moyenne (somme des valeurs de la variable divisée par le nombre de sujets) et la déviation standard (ou écart-type, paramètre de dispersion qui correspond à la répartition de la variable autour de sa moyenne).

Les comparaisons entre les moyennes obtenues et les moyennes de référence en population générale ou lors des études de validation ont été effectuées au moyen du test Z.



Après avoir testé la normalité et l'homogénéité des variances des distributions des scores aux échelles psychopathologiques, les analyses comparatives ont été réalisées en effectuant des ANOVA suivies de tests post hoc de Bonferroni pour comparer les variables quantitatives. Les relations entre les scores obtenus aux différentes échelles ont été analysées par le coefficient de corrélation rho de Pearson.

Enfin, une régression linéaire multiple a été effectuée pour rechercher les facteurs psychopathologiques prépondérants expliquant la perception de l'intensité douloureuse chez les patients douloureux chroniques.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé au moyen du logiciel SPSS 20.0 (IBM Corporate). Pour toutes les analyses, le seuil de significativité retenu est  $p < 0,05$ .



## IV. Résultats

---

### IV.1. Description de la population de l'échantillon

Nous avons recruté 148 patients douloureux chroniques parmi lesquels 15 n'ont pas été inclus (Tableau 6).

Tableau 6 : Motifs de non inclusion

Refus du patient	5
Incapacité mentale pour remplir le questionnaire (selon le médecin)	5
Déficiência visuelle sévère (selon le médecin)	1
Questionnaire non retourné par le patient	4

Au final, notre échantillon est constitué de 133 patients douloureux chroniques : 6 ont été inclus par le centre de la douleur du CHU de Limoges et 127 par les médecins généralistes du Limousin.

L'âge moyen de la population est de 62 ans avec un écart type de 14 ans. Le patient le plus jeune a 30 ans et le plus âgé 95 ans.

Le sexe féminin est prédominant dans notre échantillon avec 99 femmes pour 34 hommes, soit 74,4 % de femmes et 25,6 % d'hommes.

Le niveau d'études des participants est variable comme représenté dans la Figure 13, 38,3 % des sujets a un niveau brevet des collèges.



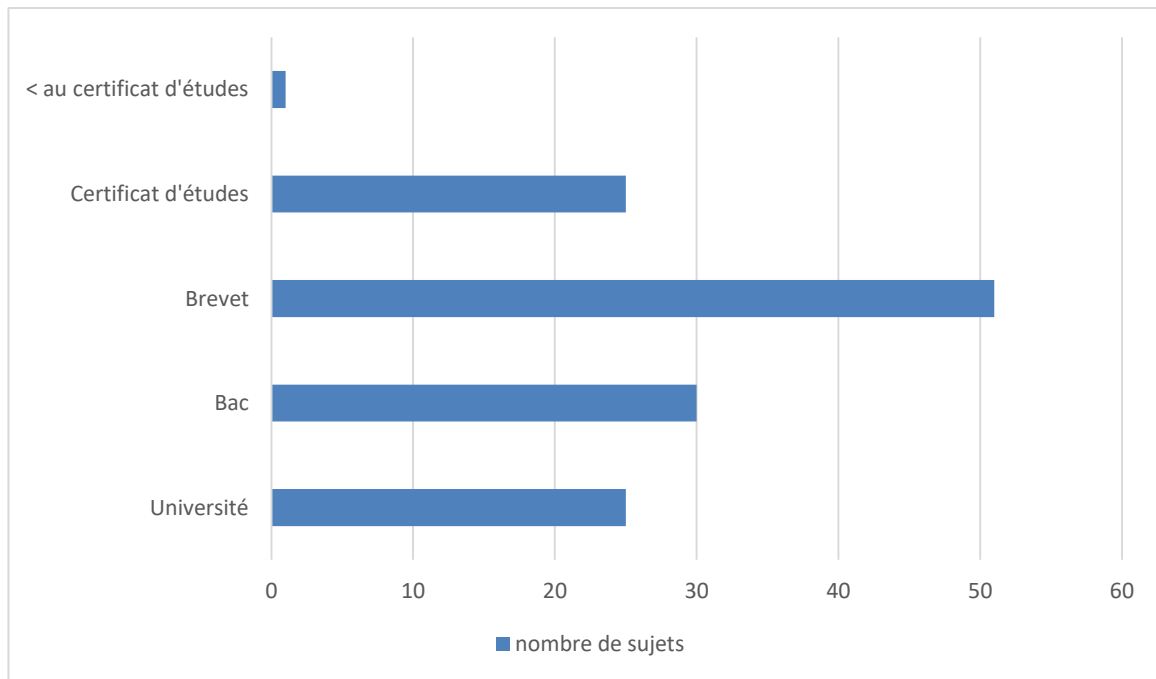


Figure 14 : Niveau d'études (effectifs en valeur absolue)

Dans notre échantillon, 53 patients sont retraités (39,8 % de l'effectif total), 30 sont employés, 19 sont fonctionnaires, un seul est cadre, il y a 7 professions libérales et 22 sujets sans emploi. A noter qu'il n'y a pas d'étudiant dans notre échantillon.

Concernant la situation familiale des participants, 74,4 % de nos patients sont mariés, 3 % sont célibataires. Il y a 10,5 % de personnes divorcées et 11,3 % de personnes veuves.

Dans notre échantillon, 46 sujets ont un antécédent psychiatrique (Figure 15). Il s'agit d'un épisode dépressif caractérisé pour 80,4 % d'entre eux, d'un trouble anxieux pour 13 %, d'un trouble de l'usage de l'alcool pour 4,3 % et d'un trouble bipolaire pour 2,2 %.

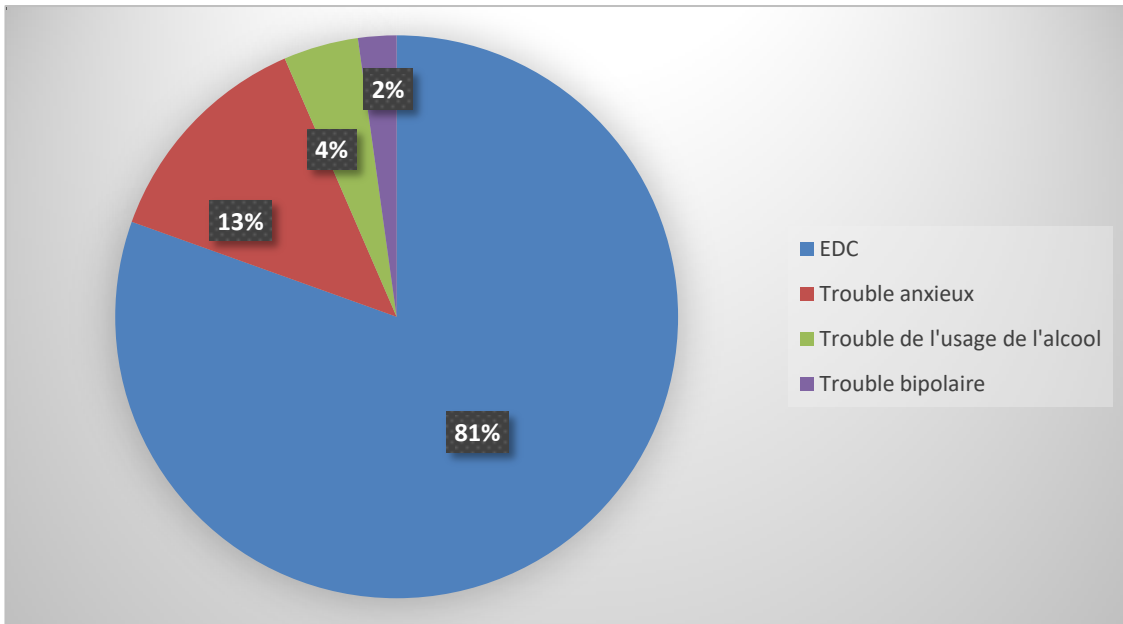


Figure 15 : Répartition des différents troubles psychiatriques

Concernant les antécédents somatiques, ils sont présents chez 111 patients sur 133. Ils sont nombreux et répartis de façon hétérogène (Figure 16) :

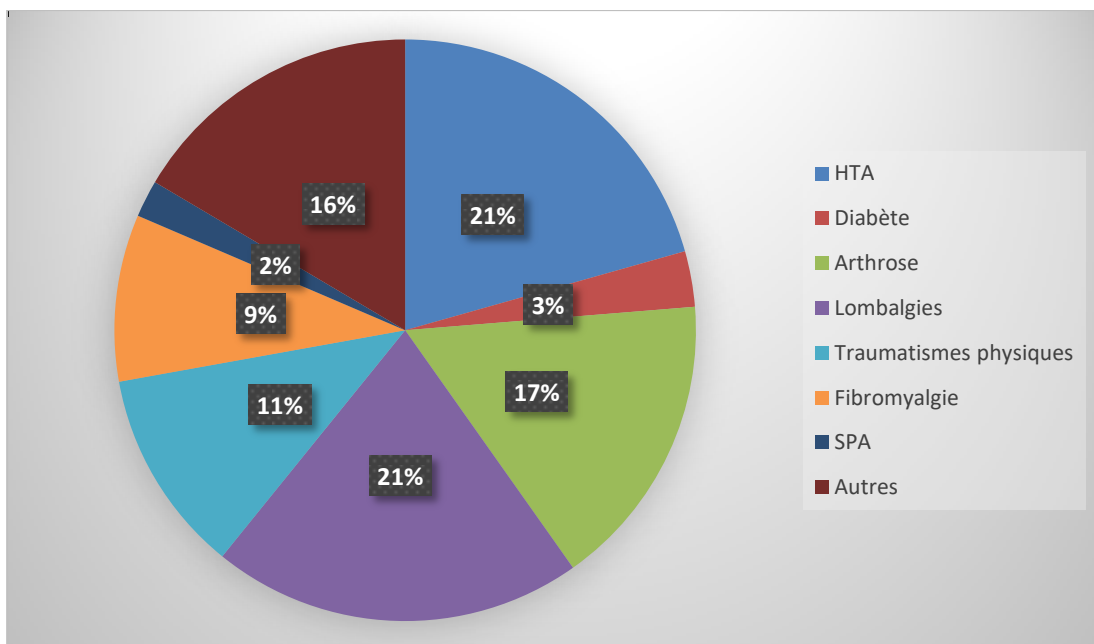


Figure 16 : Répartition des antécédents somatiques

Concernant les traitements (Figure 17), les sujets douloureux chroniques consomment souvent des antalgiques au long cours. 121 sujets prenaient un traitement antalgique. Il s'agit d'un traitement de palier 1 (Paracétamol) dans 58,7 % des cas, d'un antalgique de palier 2 dans 35,5 % voire même d'un palier 3 pour 11,6 % des patients. D'autres types de traitements pour la douleur ont été prescrits, notamment des antiépileptiques utilisés contre les douleurs neuropathiques, essentiellement la prégabaline et la gabapentine chez 39,7 % des patients. Un traitement antalgique anti-inflammatoire (AINS, corticoïdes) est retrouvé chez 33,1 % des sujets douloureux chroniques. Enfin, 7,4 % des sujets avaient un traitement non médicamenteux (kinésithérapie, acupuncture, ostéopathie...).

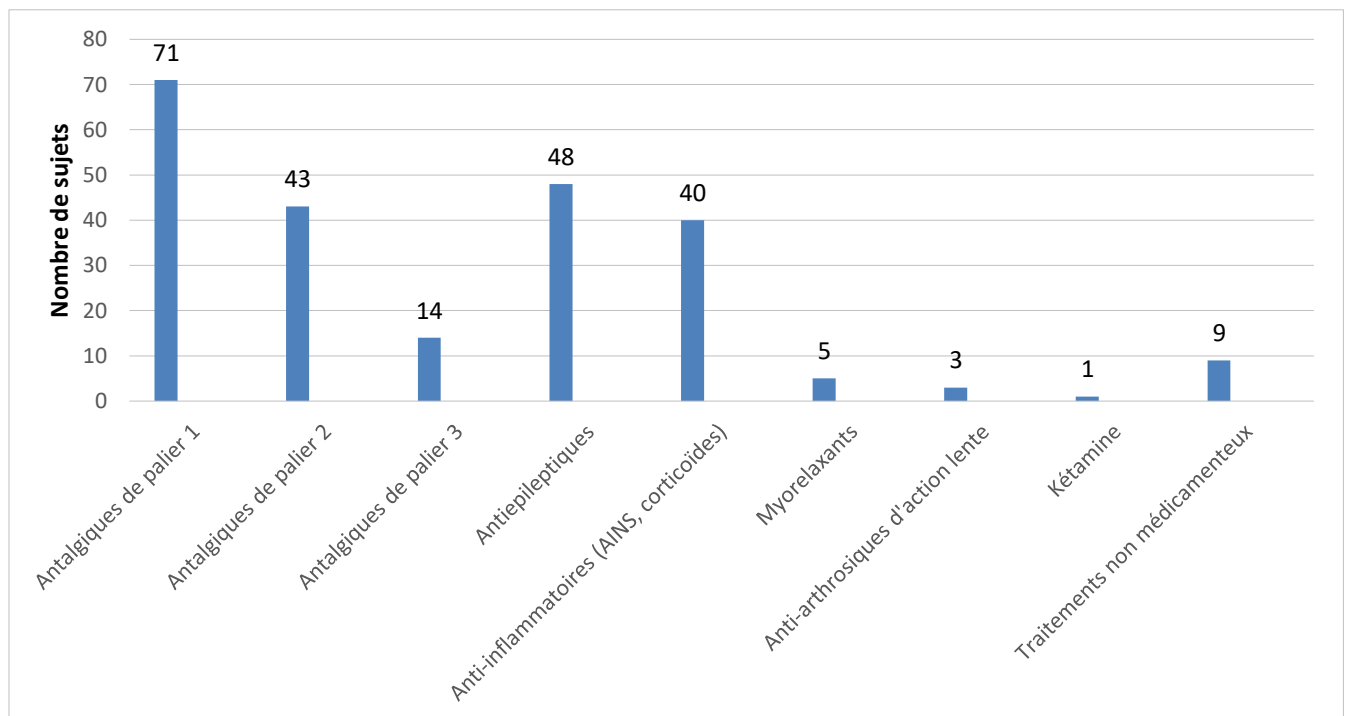


Figure 17 : Les traitements contre la douleur

D'autres traitements sont associés chez 82 % des sujets (Figure 18). Parmi eux, 24,9 % consommaient des antidépresseurs ; 19,3 % des anxiolytiques ; 13,8 % des hypnotiques ; 4,6 % des thymorégulateurs et seulement 2,8 % des neuroleptiques.



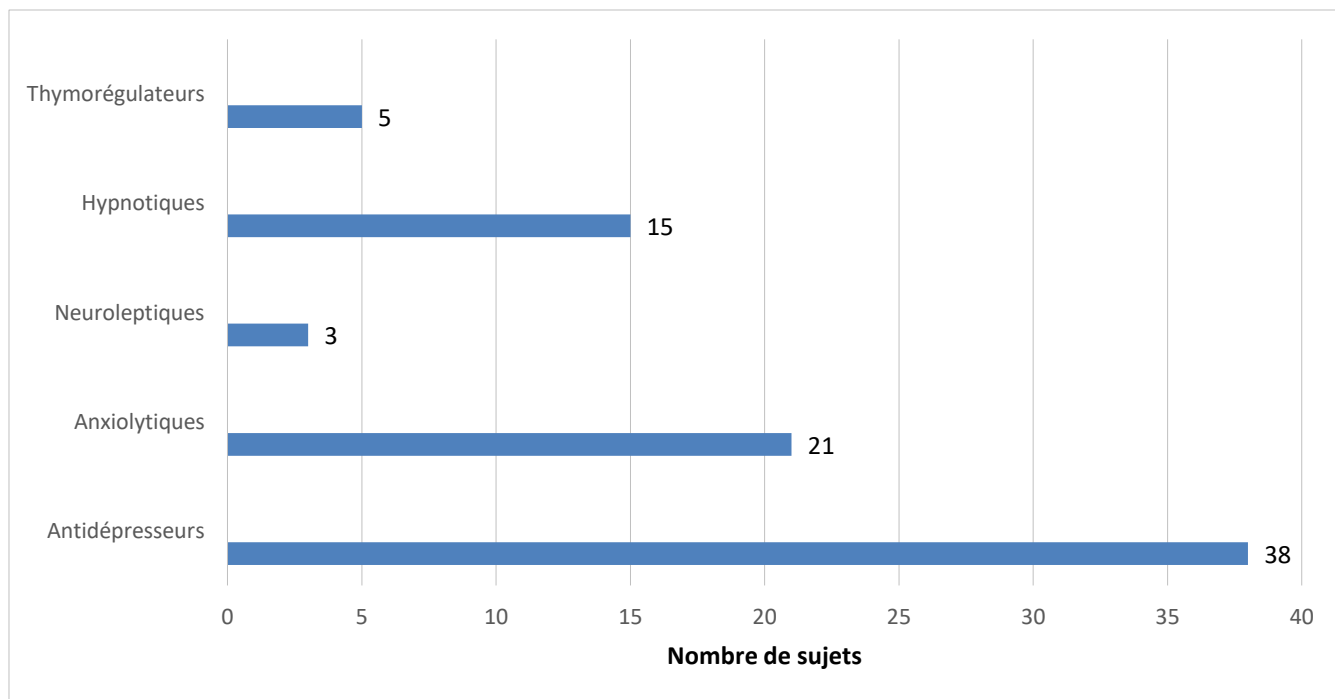


Figure 18 : Les traitements psychiatriques en nombre absolu

Le type de douleur le plus fréquent dans notre échantillon est les douleurs par excès de nociception retrouvées chez 101 patients soit 75,9 % de notre échantillon et les douleurs neuropathiques touchent 42,1 % des patients. Les deux types de douleur sont associés chez 24 patients.

Les localisations douloureuses sont, par ordre de fréquence, articulaires (32 %), rachidiennes (29 %), musculaires (23 %), puis viennent les céphalées (7 %) et les douleurs abdominales (5 %) (Figure 19). Certains patients présentaient plusieurs zones douloureuses : 2 zones douloureuses pour 42 sujets ; 3 zones avec douleur chronique pour 33 sujets ; 4 zones pour 9 sujets et jusqu'à 5 zones pour 4 sujets.





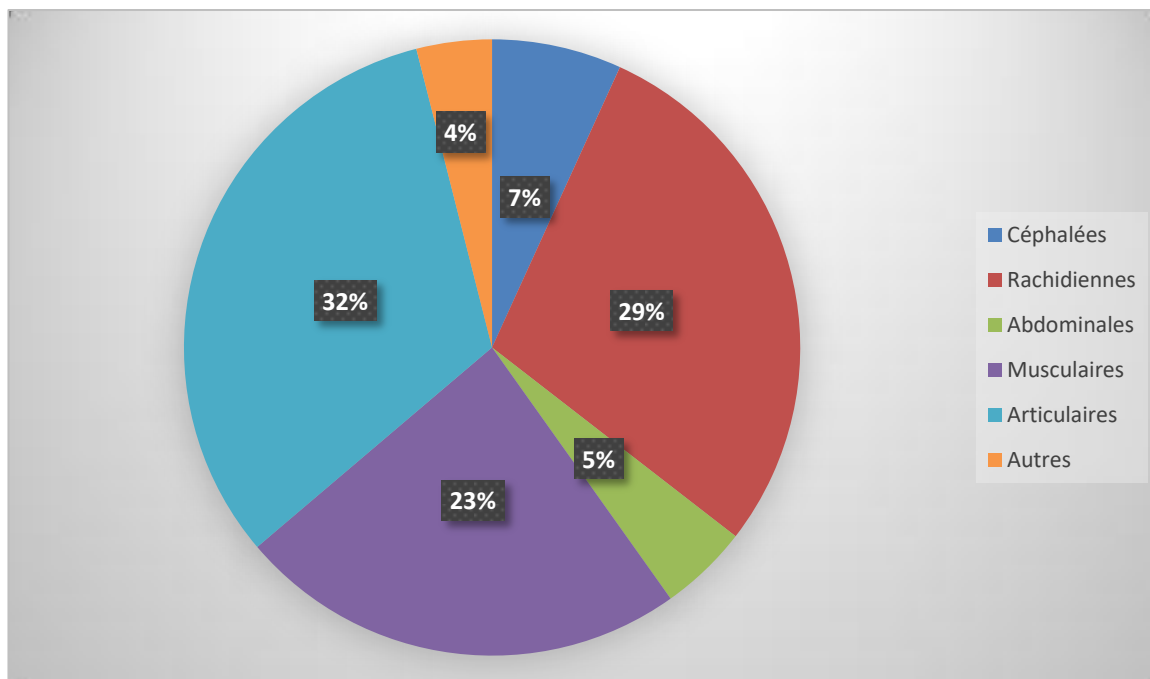


Figure 19 : Répartition des localisations de douleur

La durée moyenne de la douleur chronique prépondérante est de 55 mois allant de 3 mois à 33 ans.

L'intensité douloureuse est très variable dans notre échantillon avec une moyenne de 8,1/15 avec un écart type de 3,5 à l'échelle visuelle analogique, allant de 0 à 15/15.

## IV.2. Caractéristiques psychopathologiques de notre échantillon de patients douloureux chroniques

### IV.2.1. Les niveaux d'anxiété et de dépression

Le score moyen pour l'anxiété état est de 9,8 +/- 4,4 allant de 0 à 21, soit pour l'effectif total un score correspondant à un diagnostic douteux d'anxiété état. Le nombre de sujet ayant un score supérieur à 11 soit un diagnostic certain d'état d'anxiété est de 60 soit 45,1 % de notre effectif.

Le score moyen de dépression est de 8 +/- 4,8 allant de 0 à 19, équivalent aussi pour l'effectif total à un niveau renvoyant à un diagnostic douteux de dépression. Trente-neuf sujets sont diagnostiqués comme ayant un état dépressif de façon certaine (sous-score de

dépression supérieur ou égal à 11) soit 29,3 % de notre échantillon. A noter que 2 personnes n'ont pas répondu à l'échelle HAD.

#### IV.2.2. L'anxiété trait

Parmi les 133 cahiers d'observation remis, un seul auto-questionnaire de l'échelle STAI-YB était manquant. Le score moyen à l'échelle d'anxiété trait est de 46,1 +/- 12,4 avec des scores allant de 10 à 75, soit un niveau moyen d'anxiété-trait dans notre échantillon (score compris entre 46 et 55). Un niveau élevé à très élevé d'anxiété trait a été retrouvé chez 24 % des sujets (19,5 % ont un niveau élevé et 4,5 % un niveau très élevé).

#### IV.2.3. Dimensions de personnalité selon le modèle du Big Five

Ce questionnaire a été le moins bien complété avec 6 personnes qui n'y ont pas répondu. Les scores aux différentes dimensions sont les suivants :

- Ouverture : 3,2 +/- 0,8 ;
- Conscienciosité : 3,9 +/- 0,6 ;
- Extraversion : 3,1 +/- 0,8 ;
- Agréabilité : 4,1 +/- 0,6 ;
- Névrosisme: 3,1 +/- 0,8.

Si on compare nos scores à ceux de la population recrutée pour l'étude de validation de l'échelle [138], notre échantillon obtient des scores significativement plus faibles à la dimension **Ouverture**, mais significativement plus élevés aux dimensions **Conscienciosité** et **Agréabilité** (Tableau 7).



Tableau 7 : Comparaison des résultats obtenus à l'inventaire du BFI avec ceux de la population de référence de l'étude de validation

Dimensions du Big Five	Echantillon de l'étude de validation	Echantillon des sujets douloureux chroniques	p
Ouverture	3,5 (0,6)	3,2 (0,8)	<b>&lt; 0,001</b>
Conscience	3,4 (0,7)	3,9 (0,6)	<b>&lt;0,001</b>
Extraversion	3,2 (0,8)	3,1 (0,8)	0,17
Agréabilité	3,8 (0,6)	4,1 (0,6)	<b>&lt;0,001</b>
Névrosisme	3,0 (0,8)	3,1 (0,8)	0,17

#### IV.2.4. L'alexithymie

Seulement deux sujets n'ont pas complété correctement l'auto-questionnaire TAS 20. Le score moyen dans notre échantillon est de 56,4 +/- 11,5. Un score supérieur ou égal à 56 traduit une alexithymie selon Loas et ses collaborateurs [137]. Ainsi, 75 sujets douloureux chroniques sont alexithymiques soit 56,4 % de notre effectif. Dans une étude menée sur 183 sujets sains en population générale française [127], la prévalence de l'alexithymie est retrouvée à 23 %. Par conséquent, notre population de sujets douloureux chroniques présente 2,5 fois plus de sujets alexithymiques que la population générale.

#### IV.2.5. La qualité de vie

Pour l'échelle SF-12, il n'y avait aucune donnée manquante. Le score moyen de qualité de vie physique est de 35,1 +/- 10,1. Il est significativement plus bas qu'en population générale française [133]. Ainsi, la qualité de vie physique est plus altérée chez les sujets douloureux chroniques. Le score moyen de qualité de vie mentale et sociale est de 42,6 +/- 11,3. Il est également significativement plus bas que celui de la population générale française [133] (Tableau 8). La qualité de vie mentale et sociale est donc aussi plus altérée chez les douloureux chroniques.



Tableau 8 : Comparaison des scores de qualité de vie entre notre échantillon et la population générale française

	Echantillon	Population générale française	p
Qualité de vie physique	35,1 (10,1)	51,2 (7,4)	<b>&lt;0,001</b>
Qualité de vie mentale et sociale	42,6 (11,3)	48,4 (9,4)	<b>&lt;0,001</b>

### IV.3. Comparaison des caractéristiques psychopathologiques en fonction des différents types de douleur

Cette comparaison ne montre aucune différence significative (Tableau 9). Les caractéristiques psychopathologiques des patients souffrant de douleurs par excès de nociception, neuropathiques ou dysfonctionnelles ne sont pas différentes dans notre échantillon.

Il existe cependant une tendance à une anxiété état plus importante chez les patients souffrant de douleurs dysfonctionnelles par rapport aux autres types de douleurs (douleurs dysfonctionnelles versus neuropathiques ( $p = 0,06$ ) et versus douleurs par excès de nociception ( $p = 0,08$ )).



Tableau 9 : Comparaison des caractéristiques psychopathologiques en fonction du type de douleur chronique

Echelles psychopathologiques	Groupe 1 douleurs par excès de nociception (n = 89)	Groupe 2 douleurs neuropathiques (n = 25)	Groupe 3 douleurs dysfonctionnelles (n = 19)	p
HAD Anxiété	9,7 (4,5)	9,33 (4,7)	10,6 (3,6)	<sup>1</sup> p = 1,0 <sup>2</sup> p = 0,06 <sup>3</sup> p = 0,08
HAD Dépression	8,2 (5,1)	7,1 (4,2)	8,0 (3,8)	<sup>1</sup> p = 1,0 <sup>2</sup> p = 1,0 <sup>3</sup> p = 1,0
STAI-YB	46,0 (12,8)	45,9 (13,1)	47,1 (9,3)	<sup>1</sup> p = 1,0 <sup>2</sup> p = 1,0 <sup>3</sup> p = 1,0
BFI				
Ouverture	3,2 (0,7)	3,2 (0,8)	3,4 (0,9)	<sup>1</sup> p = 1,0 <sup>2</sup> p = 1,0 <sup>3</sup> p = 0,9
Conscienciosité	3,8 (0,6)	4,0 (0,7)	4,0 (0,5)	<sup>1</sup> p = 0,4 <sup>2</sup> p = 1,0 <sup>3</sup> p = 0,9
Extraversion	3,2 (0,8)	3,2 (1,0)	2,8 (0,7)	<sup>1</sup> p = 1,0 <sup>2</sup> p = 0,4 <sup>3</sup> p = 0,3
Agréabilité	4,1 (0,6)	4,3 (0,6)	4,2 (0,5)	<sup>1</sup> p = 0,3 <sup>2</sup> p = 1,0 <sup>3</sup> p = 1,0
Névrosisme	3,1 (0,8)	3,0 (0,8)	3,1 (0,8)	<sup>1</sup> p = 1,0 <sup>2</sup> p = 1,0 <sup>3</sup> p = 1,0
TAS-20	56,2 (11,5)	56,6 (10,7)	56,7 (12,8)	<sup>1</sup> p = 1,0 <sup>2</sup> p = 1,0 <sup>3</sup> p = 1,0
SF-12				
Qualité de vie physique	36,0 (10,5)	34,2 (8,1)	32,0 (10,3)	<sup>1</sup> p = 1,0 <sup>2</sup> p = 1,0 <sup>3</sup> p = 0,4
Qualité de vie mentale et sociale	42,7 (11,0)	42,8 (12,9)	42,1 (10,9)	<sup>1</sup> p = 1,0 <sup>2</sup> p = 1,0 <sup>3</sup> p = 1,0

<sup>1</sup>significativité entre groupe 1 et groupe 2

<sup>2</sup>significativité entre groupe 2 et groupe 3

<sup>3</sup>significativité entre groupe 1 et groupe 3



#### IV.4. Relations entre intensité, durée de la douleur et scores aux échelles psychopathologiques

Les différentes relations entre l'intensité et la durée de la douleur chronique et les différents scores aux échelles psychopathologiques sont représentées dans le Tableau 10 au moyen des coefficients de corrélation rho de Pearson.

Cette étude nous a permis de mettre en évidence que **l'intensité de la douleur** est corrélée au :

- Niveau d'**anxiété état**, rho = 0,30 (p = 0,001) ;
- Niveau de **dépression**, rho = 0,42 (p<0,001) ;
- Score d'**anxiété trait**, rho = 0,28 (p = 0,001) ;
- Score de **Névrosisme**, rho = 0,30 (p = 0,001) ;
- Niveau d'**alexithymie**, rho = 0,29 (p = 0,001).

Elle est négativement corrélée au :

- Score d'**agréabilité**, rho = -0,24 (p = 0,001) ;
- Niveau de **qualité de vie physique**, rho = -0,54 (p<0,001) ;
- Niveau de **qualité de vie mentale**, rho = -0,30 (p<0,001).

Concernant **la durée de la douleur**, elle est significativement corrélée au niveau de **dépression**, rho = 0,18 (p = 0,04) et corrélée de façon négative à la **qualité de vie physique**, rho = -0,19 (p = 0,03).



Tableau 10 : Corrélations entre facteurs psychopathologiques et intensité de la douleur

Echelles psychopathologiques	Intensité perçue de la douleur chronique prépondérante		Durée de la douleur chronique prépondérante	
	Coefficient rho de Pearson	p	Coefficient rho de Pearson	p
HAD anxiété	0,30	<b>0,001</b>	0,01	0,88
HAD Dépression	0,42	<b>&lt;0,001</b>	0,18	<b>0,04</b>
STAI-YB	0,28	<b>0,001</b>	0,06	0,47
BFI				
Ouverture	- 0,07	0,44	- 0,09	0,31
Conscienciosité	- 0,10	0,27	- 0,14	0,13
Extraversion	- 0,15	0,09	- 0,14	0,13
Agréabilité	- 0,24	<b>0,008</b>	- 0,06	0,53
Névrosisme	0,30	<b>0,001</b>	0,11	0,22
TAS-20	0,29	<b>0,001</b>	0,04	0,64
SF-12				
Qualité de vie physique	- 0,54	<b>&lt;0,001</b>	- 0,19	<b>0,03</b>
Qualité de vie mentale et sociale	- 0,30	<b>&lt;0,001</b>	- 0,09	0,35



#### IV.5. Régressions linéaires multiples

Une régression linéaire multiple a été effectuée en prenant les différents scores aux échelles psychopathologiques comme facteurs prédictifs de l'intensité douloureuse perçue par les patients douloureux chroniques (Tableau 11). Dans ce modèle de régression utilisant la méthode Entrée, seul le score **qualité de vie physique** prédit significativement le **score de l'intensité douloureuse perçue** ( $p < 0,001$ ). L'analyse des carrés des corrélations semi-partielles ou  $sr^2$  (qui informent sur la part de variance attribuable à chaque domaine retrouvé comme prédicteur) indique que ce score prédit à lui seul 12,2 % de la variance de l'intensité douloureuse perçue.





Tableau 11 : Facteurs prédictifs de l'intensité douloureuse perçue (selon la méthode Entrée)

Variable dépendante	Variable explicative	B	$\beta$	sr <sup>2</sup>	p
Intensité perçue de la douleur chronique prépondérante	HAD Anxiété	0,08	0,09	0,003	0,46
	HAD Dépression	0,11	0,15	0,006	0,30
	STAI-YB	- 0,02	- 0,09	0,002	0,54
	Ouverture	- 0,09	- 0,02	0,000	0,82
	Conscienciosité	0,61	0,10	0,006	0,29
	Extraversion	0,06	0,02	0,000	0,87
	Agréabilité	- 0,87	- 0,14	0,016	0,10
	Névrosisme	0,31	0,07	0,002	0,56
	TAS-20	0,01	0,04	0,000	0,70
	Qualité de vie physique	- 0,15	- 0,41	0,122	<b>&lt;0,001</b>
Qualité de vie mentale	- 0,01	- 0,03	0,000	0,78	
R = 0,59 ; p<0,001 R <sup>2</sup> = 0,35					

B : coefficient de régression ;  $\beta$  : coefficient de régression standardisé ; sr<sup>2</sup> : corrélation semi-partielle au carré ; R : corrélation multiple ; R<sup>2</sup> : corrélation multiple au carré.

La recherche du modèle expliquant le mieux l'intensité douloureuse perçue a été effectué en réalisant un modèle de régression à partir de la méthode pas à pas ascendante. Dans ce modèle (Tableau 12), ce sont les scores **Qualité de vie physique** obtenus à l'échelle SF-12 et les scores **dépression** obtenus à l'HAD qui explique le mieux **l'intensité douloureuse perçue** par les sujets douloureux chroniques. Dans ce modèle, le score



Qualité de vie physique et le score dépression à l'HAD explique respectivement 13,3 % et 3,8 % de la variance de l'intensité douloureuse perçue.

Tableau 12 : Facteurs prédictifs de l'intensité douloureuse perçue (selon la méthode pas à pas ascendante)

	Variable explicative	B	$\beta$	$sr^2$	p
Intensité perçue de la douleur chronique prépondérante	Qualité de vie physique	- 0,15	- 0,42	0,133	<b>&lt;0,001</b>
	HAD Dépression	0,16	0,22	0,038	<b>0,011</b>
$R = 0,56 ; p < 0,01$ $R^2 = 0,32$					

B : coefficient de régression ;  $\beta$  : coefficient de régression standardisé ;  $sr^2$  : corrélation semi-partielle au carré ; R : corrélation multiple ;  $R^2$  : corrélation multiple au carré.



## V. Discussion des résultats

---

La douleur chronique, de par sa prévalence, ses conséquences (familiales, sociales et professionnelles) et le coût qu'elle représente, est un enjeu de santé publique [139]. Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge des patients douloureux chroniques. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, seulement 2 % des douloureux chroniques ont déjà rencontré un spécialiste de la douleur [31]. En dépit de cela, ces patients sont en demande de prise en charge puisqu'ils ont consulté entre 2 et 9 fois un médecin au cours des 6 derniers mois [31].

La douleur chronique est un syndrome complexe, de par ses différents types (par excès de nociception, neuropathique et dysfonctionnelles) [47], ses causes multiples et ses composantes (sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale) qui l'influencent de façon variable. Toutes ces spécificités en font une maladie difficile à cerner et donc à prendre en charge.

Nous nous sommes penchés sur les caractéristiques psychopathologiques de ces patients afin de rechercher des facteurs favorisant la survenue des douleurs chroniques, sur lesquels nous pourrions orienter notre prise en charge afin d'être plus efficaces dans leur soulagement.

### V.1. Discussion des résultats au regard de la littérature internationale

#### V.1.1. Analyse descriptive de l'échantillon

Notre population, constituée de 133 patients, est majoritairement féminine (74,4 %). Dans la littérature, nous retrouvons souvent une prédominance féminine mais moins marquée que dans notre étude. Dans l'étude d'Attal et al. qui recense les douloureux chroniques en France [70], les femmes présentant des douleurs chroniques avec caractéristiques neuropathiques représentent 64,2 % de leur population, alors que le pourcentage de femmes douloureuses chroniques sans distinction d'origine est de 58,3 %. De même, dans l'étude européenne de Breivik et ses collaborateurs [31], sur les 4839 participants douloureux chroniques, 56 % sont des femmes. Cependant, la répartition des sexes est variable suivant les études. En effet, dans l'étude d'Aigner et ses collaborateurs [98] les chiffres sont plus proches des nôtres avec 68 % de femmes dans leur échantillon de 90 patients douloureux chroniques. Ablin et al., quant à eux, retrouvent 89,9 % de femmes



dans leur étude portant sur 344 patients souffrants de fibromyalgie [140]. A l'inverse, l'étude de Fishbain réalisée dans le centre de la douleur de l'Université de Médecine de Miami [116] inclue plus d'hommes que de femmes avec 55 % de sujets de sexe masculin.

L'étude de Bouhassira [141] réalisée en population générale française sur un échantillon représentatif de 30155 personnes retrouve une prévalence de douleurs chroniques supérieure chez les femmes : 35 % contre 31,7 % les deux sexes confondus.

Pour ce qui est de l'âge moyen de notre échantillon (62 ans) il est plus élevé que dans les travaux que nous avons recensés. En effet, il est d'environ 50 ans aussi bien dans les études européennes [31] que françaises [30], [29] et [70], voire inférieur (40 ans) dans l'étude d'Averill et al. [99]. Ceci peut être lié au fait que la population limousine est la plus vieille de France et l'une des plus âgées d'Europe, selon les chiffres de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) [142]. L'enquête décennale nationale santé de l'INSEE réalisée en 2003 [143] retrouve, parmi un échantillon représentatif de 25713 personnes, 30 % de douleurs chroniques chez les plus de 80 ans, 12 % chez les 65-84 ans, 6 % chez les 25-64 ans et 4 % chez les 15-24 ans.

Le niveau d'études de nos participants est variable. Cependant, la majorité d'entre eux (62 %) a un niveau inférieur ou égal au brevet des collèges. Ce chiffre est concordant avec l'étude de Bouhassira et al. [30] qui retrouve un niveau de formation inférieur dans le groupe des douloureux chroniques par rapport au groupe des sujets sans douleur.

Quarante-six de nos participants ont au moins un antécédent psychiatrique, soit 35 % de l'échantillon, ce qui est faible en comparaison aux chiffres de la littérature. L'étude de Fishbain portant sur 283 patients douloureux chroniques [116] met en évidence un trouble psychiatrique de l'axe I du DSM III (dépression, bipolarité, trouble anxieux, addiction à l'alcool ou aux drogues) chez 35,9 % des hommes et 33,9 % des femmes et un trouble psychiatrique de l'axe II (troubles de la personnalité) chez 62,3 % des hommes et 55,1 % des femmes. Nous n'avons pas retrouvé d'étude en population générale comptabilisant la fréquence des antécédents psychiatriques.



Les traitements médicamenteux prescrits aux patients de notre échantillon étaient principalement des antalgiques de palier 1 (58,7 % des sujets), 2 (35,5 % des participants), voire 3 (11,6 % des patients). Ces chiffres sont plus élevés que dans la littérature. En effet, l'étude d'Attal et al. [70] retrouve seulement 26,6 % de consommateurs d'antalgiques de palier 1, 27,1 % de palier 2 et 2,1 % de palier 3. De même, dans l'étude européenne de Breivik [31], les consommations d'antalgiques par paliers croissants représentent 43 %, 13 % et 5 % des participants.

Par ailleurs, les traitements contre les douleurs neuropathiques (gabapentine, prégabaline...) ont été prescrits chez 39,7 % de nos patients alors que seulement 18,8 % de nos patients ont déclaré souffrir de douleurs de type neuropathique, ces traitements pouvant être des antiépileptiques ou des antidépresseurs tricycliques. Ils peuvent donc avoir été prescrits à visée thymique par le médecin généraliste suspectant une implication psychopathologique. Ce chiffre est plus élevé que dans la littérature. En effet, ces prescriptions concernent 5,3 % des sujets dans l'étude d'Attal [70] et seulement 2 % dans les travaux de Breivik [31]. Dans les autres études, nous retrouvons essentiellement une insuffisance de prescription des antiépileptiques dans les populations de douloureux chroniques de type neuropathique. C'est le cas dans l'étude de McDermott et al. portant sur 602 patients souffrant de douleurs chroniques de type neuropathique [144] où seulement 51 % des patients avaient un antiépileptique prescrit. Le travail de Gore et al. [145] révèle également une sous-utilisation de ces traitements ainsi que des posologies faibles chez les patients qui en consomment. L'article de Harden et Cohen [146] apporte 4 raisons à ces erreurs de gestion de la douleur neuropathique : des erreurs de diagnostic dans le type et les mécanismes de la douleur, une gestion insuffisante des comorbidités, une mauvaise compréhension et sélection des traitements et l'utilisation d'outils de mesure inappropriés.

Enfin, les traitements antidépresseurs ont été prescrits chez 24,9 % de nos patients contre 3 % [31] et 2,6 % [70] dans les études que nous avons répertoriées. Nous n'avons pas trouvé de sources fiables chiffrant la consommation des antidépresseurs en France.

A l'inverse, nos patients ont moins eu recours aux thérapeutiques non médicamenteuses. Ils sont 7,4 % à avoir déclaré pratiquer de la kinésithérapie, de l'ostéopathie, de l'acupuncture ou encore de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS). Dans les études que nous avons recensées, ces techniques ont été utilisées chez



29,6 % des sujets dans l'étude française d'Attal [70] et 69 % des participants dans l'étude européenne de Breivik [31]. Cependant ces chiffres sont variables d'un pays à l'autre, par exemple, les thérapeutiques non médicamenteuses sont utilisées par 91 % des douloureux chroniques en Finlande.

Au total, nous notons que nos patients ont bénéficié de traitements médicamenteux plus nombreux et plus lourds que les patients recensés dans les autres études ; en revanche, ils ont beaucoup moins utilisé les thérapies antalgiques non médicamenteuses. Nous supputons que ces différences sont essentiellement d'origine culturelle. En effet, la Finlande pratique depuis 2003 une politique de prescription médicamenteuse raisonnée avec notamment l'encouragement de la médecine factuelle, un ticket modérateur élevé et la mise en place en 2003 d'un plan de formation pour les professionnels de santé qui diffuse des informations de pharmacothérapie indépendantes des laboratoires pharmaceutiques [147].

### **V.1.2. Analyse des facteurs psychopathologiques de l'échantillon**

Comme nous le supposions, nous avons retrouvé un taux élevé de patients douloureux chroniques présentant des troubles anxieux et dépressifs, des traits de personnalité spécifiques (Conscienciosité, Agréabilité) et une altération de la qualité de vie.

#### **V.1.2.1 Anxiété et dépression**

Nous avons retrouvé, dans notre échantillon, 45,1 % de sujets présentant un diagnostic d'anxiété état à l'échelle HAD et 24 % de participants ayant une anxiété trait élevée à très élevée, à l'échelle STAI YB. Ces chiffres sont comparables à certains chiffres retrouvés dans la littérature, l'étude de Casten et al. retrouve 45 % de troubles anxieux parmi une population de 363 douloureux chroniques en gériatrie [81]. D'autres études retrouvent une prévalence des troubles anxieux inférieure, autour de 15 à 20 % [148], [149], mais il faut noter que ces deux dernières études s'intéressent uniquement aux douleurs lombaires.

Notre échantillon confirme donc l'association entre douleur chronique et troubles anxieux. Alors que seulement 13 % des patients ont un diagnostic de troubles anxieux dans leurs antécédents, ils sont 45,1 % à avoir un diagnostic de certitude d'anxiété état à l'HAD. D'où un vraisemblable sous-diagnostic par les médecins traitants de ces états associés aux douleurs chroniques.



Pour l'anxiété trait, les chiffres sont moins importants. L'anxiété trait est une disposition individuelle stable et elle devrait être préexistante à l'apparition des douleurs chroniques. Notre résultat de 24 % de sujets présentant une anxiété trait élevée à très élevée est en faveur d'un facteur prédisposant à la chronicisation des douleurs comme le suggère Vlaeyen [87] et Herbert [86] avec la théorie de l'hypervigilance qui entraîne une sensibilisation centrale à la douleur et ainsi la mise en route d'un cercle vicieux anxiété-hypervigilance-évitement-douleur. De même, Radat avec le modèle de stress de Lazarus et Folkmann [82] et Pflingsten [85] avec son étude confirment que la peur anticipation et les conduites d'évitement diminuent les capacités physiques du sujet. Selon la revue de la littérature de Bérubé et al. [150], l'anxiété est également un facteur prédictif de la chronicisation des douleurs chez des patients ayant subi un traumatisme majeur. Nous n'avons pas recherché spécifiquement ce paramètre dans notre étude mais 8 patients nous ont signalé spontanément dans la rubrique « antécédents » avoir été victime d'un accident grave.

Le pourcentage plus important d'anxiété état par rapport à l'anxiété trait suggère, quant à lui, que nombre de patients ont développé une anxiété après l'apparition de la douleur. Par conséquent, ces dernières sont peut-être en lien. Cette théorie rejoint les résultats de l'étude de Kroenke [92] qui prouvent que les douleurs physiques augmentent la prévalence des troubles anxieux. De même, les travaux de Carleton [93] sont en faveur d'une anxiété spécifique liée et déclenchée par la douleur qui évolue pour son propre compte.

Les types d'anxiété, trait et état, ne sont pas différenciés dans les études sociodémographiques. La prévalence générale de l'anxiété a été évaluée par l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2003 [151] et est estimée à 13 % de la population générale française, ce qui est bien inférieur aux chiffres que nous avons mis en évidence chez les douloureux chroniques.

Nous avons mis en évidence au sein de notre population un taux de dépressifs atteignant 29,3 %. C'est moins que ce que nous espérons démontrer. En effet, certaines études retrouvent jusqu'à 56,2 % de troubles dépressifs [116], mais les chiffres restent variables en fonction des études et nos résultats sont concordants avec la moyenne des statistiques retrouvées dans la littérature (Tableau 13). Ils sont cependant plus important qu'en population générale française puisque l'enquête de la DREES de 2003 [151] relève 11 % de dépressifs.



Tableau 13 : Principaux résultats des études recherchant la dépression chez les douloureux chroniques

Références bibliographiques	Populations	Outils	Résultats
Attal et al. (12/2011) [70]	3899	HAD	21 % de dépression
Lemogne et al. (06/2004) [91]	22	DSM-4	52,6 % de dépression
Aigner et al. (09/1999) [98]	90	DSM-4	22 % de dépression
Large et al. (05/1986) [115]	50	DSM-3	dépression 8 %, dysthymie 28 %
Fishbain et al. (12/1985) [116]	283	DSM-3	56,2 % de dépression

#### V.1.2.2 Traits de personnalité

Notre étude a mis en évidence des différences significatives en termes de personnalité entre les douloureux chroniques et la population générale de référence utilisée dans la validation du test BFI. En effet, les patients de notre étude ont obtenu des scores plus faibles à la dimension Ouverture, mais significativement plus élevés aux dimensions Conscienciosité et Agréabilité.

Ces résultats ne sont pas tout à fait concordants avec ceux de la littérature. En effet, si le score de l'Agréabilité est également retrouvé élevé par certains auteurs chez les douloureux chroniques, celui de la Conscienciosité n'est pas retrouvé plus élevé. Le score de la dimension Ouverture, que nous avons retrouvé plus faible dans notre échantillon (en comparaison à celui de la population générale de référence) est plus important dans l'étude de Bucourt et al. [152]. Enfin, d'autres traits de personnalité qui sont retrouvés de façon identique dans notre échantillon et la population de référence sont retrouvés dans les travaux suivants [152], [153], [154] et [155] (Tableau 14).

L'étude de Bucourt et al. [152] met en évidence des différences significatives en termes de traits de personnalité, selon le modèle OCEAN, entre des patientes souffrant de fibromyalgie et les autres pathologies rhumatologiques douloureuses (polyarthrite





rhumatoïde, spondylarthrite et syndrome de Sjögren). En effet, les fibromyalgiques ont des traits plus marqués d'agréabilité ( $p < 0,05$ ), de névrosisme ( $p < 0,05$ ) et d'ouverture ( $p < 0,01$ ).

Dans leur étude portant sur 874 patients douloureux chroniques, Torres et al. [153] ont distingués 4 groupes : des fibromyalgiques, des patients associant fibromyalgie et douleur par excès de nociception, des douloureux chroniques par excès de nociception et des patients non douloureux épileptiques. Ils ont alors mis en évidence que les 3 groupes de patients douloureux ont des traits marqués de névrosisme et une faible extraversion par rapport aux patients sans douleur.

Koh et al. [154] se sont également intéressés aux traits de personnalité chez les douloureux chroniques. Ils ont étudié une population de 66 patients souffrant de douleurs prostatiques ou pelviennes chroniques. Leurs résultats sont les suivants : un niveau de Névrosisme élevé est associé à une moins bonne réponse aux traitements et à des niveaux plus élevés de dépression et de somatisation.

L'analyse de la littérature de Soriano-Pastor et al. [155] démontre que les patients douloureux chroniques ayant des caractéristiques neuropathiques qui ont un trait marqué de Névrosisme, une faible Ouverture et une faible Extraversion sont plus vulnérables en termes de douleurs chroniques.

Ces différences peuvent tenir au fait que nous avons comparé nos résultats aux chiffres obtenus lors de la validation du BFI que nous avons utilisé dans notre étude. Or, cette validation a été réalisée sur une population qui n'est pas forcément comparable à la nôtre (échantillon d'étudiants, 69 % de femmes, âge moyen 20,2 ans...). Ainsi, une différence en termes de variables sociodémographiques entre les groupes peut entraîner des biais de confusion et favoriser les différences significatives en termes de moyennes. Néanmoins, avec l'échelle BFI, il n'existe pas de données en population générale française et c'est pour cela que nous avons comparé nos scores avec ceux de la population ayant servi à la validation de cette échelle.



Tableau 14 : Principaux résultats des études évaluant les traits de la personnalité chez les douloureux chroniques

Références bibliographiques	Populations	Outils	Résultats	
			Trait(s) de personnalité prédominant(s)	Conséquences
Bucourt et al. 2016 [152]	163	BFI	Névrosisme Agréabilité Ouverture	Douleur plus intense Aucune Aucune
Torres et al. 2013 [153]	874	BFI	Névrosisme	Plus d'anxiété et de dépression Douleur plus intense Problématique psychosociale
Koh et al. 2014 [154]	66	BFI	Névrosisme	Moins bonne réponse au traitement Plus de dépression Plus de somatisation



### V.1.2.3 Alexithymie

L'alexithymie a été largement diagnostiquée dans notre échantillon puisqu'elle représente 56,4 % de notre effectif. Ce chiffre est concordant avec les données de la littérature. Selon Rohmer [128], un trait alexithymique serait présent chez 30 à 66 % des patients souffrant de douleurs rachidiennes. A l'inverse, l'étude de Huber [129] portant sur 68 femmes fibromyalgiques retrouve, par le biais de la TAS 20, une proportion d'alexithymiques de 19 % seulement, ce qui est moins qu'en population générale [127] où elle est retrouvée chez 23 % des individus. Nos résultats semblent logiques, en effet, l'alexithymie a été définie comme un mode de pensée associé aux troubles psychosomatiques. Il semble concordant qu'elle soit fréquemment retrouvée chez les douloureux chroniques, pathologie dans laquelle la composante affectivo-émotionnelle est reconnue comme pouvant influencer la perception douloureuse.

### V.1.2.4 Qualité de vie

Dans notre étude, nous nous sommes attachés à rechercher la perception par les douloureux chroniques de leur qualité de vie. Pour ce faire, nous leur avons fait passer l'échelle SF-12. Cette échelle a été la mieux remplie de l'auto-questionnaire (avec 100 % de remplissage), peut-être du fait de sa position (première échelle à compléter du cahier de passation) mais peut-être aussi parce que le retentissement de la douleur sur la qualité de vie est ce qui préoccupe le plus les patients.

Les résultats sont caractéristiques, il existe une baisse majeure de la qualité de vie physique, représentant une différence de 16 points sur 51 par rapport à la population générale française ( $p < 0,001$ ), ainsi qu'une baisse de la qualité de vie mentale et sociale. Nos patients ont obtenu 6 points de moins environ que la population de référence ( $p < 0,001$ ).

Ces résultats sont concordants avec les chiffres retrouvés dans la littérature. L'étude de Ben Salah menée chez des patients douloureux dialysés [68] retrouve également une baisse de la qualité de vie physique en premier lieu (échelle SF-36), avec des limitations concernant les activités physiques. L'étude de Khenioui portant sur un échantillon de blessés médullaires [69] montre également une limitation des activités imputable à la douleur chez 17 des 22 patients inclus. L'étude d'Attal et al. qui utilise la SF-12 chez 1593 patients douloureux chroniques [70] met en évidence une altération des deux sous-scores qualité de vie physique et mentale, mais de façon moins importante concernant la qualité de vie physique. Nous supposons que cette différence est liée à la différence de répartition des



types de douleurs entre leur population (805 douleurs de type neuropathique versus 786 douleurs de type non neuropathique) et notre échantillon où le rapport est inversé : 25 douleurs de type neuropathique versus 118 autres douleurs. Nous avons comparé ces résultats à ceux de notre échantillon et à ceux de la population générale française (Tableau 15).

Tableau 15 : Comparaison des résultats de qualité de vie entre notre échantillon et celui de l'étude d'Attal et al.

Score SF-12	Echantillon	Attal et al.	Population de référence
Qualité de vie physique	35,1 (10,1)	41,4 (0,3)	51,2 (7,4)
Qualité de vie mentale et sociale	42,6 (11,3)	42,3 (0,4)	48,4 (9,4)

### V.1.3. Analyse des différences entre les types de douleur

Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les caractéristiques des patients souffrant de douleur par excès de nociception versus neuropathiques ou dysfonctionnelles.

Cependant, nous avons retrouvé une étude qui montre des différences significatives entre douleurs dysfonctionnelles et douleurs mixtes [153]. Les auteurs ont cherché à comparer la personnalité des patients qui souffrent essentiellement d'une fibromyalgie (douleur dysfonctionnelle) avec des patients présentant à la fois une fibromyalgie et d'autres pathologies rhumatologiques (mixtes), des patients souffrant de douleurs chroniques rhumatologiques (par excès de nociception) et des patients non douloureux mais atteints d'épilepsie résistante aux traitements. Ils ont mis en évidence des différences significatives en termes de traits de personnalité. Les patients souffrant de douleurs dysfonctionnelles ont une dimension Agréabilité plus élevée que les autres groupes. Les patients souffrant de douleurs mixtes ont des niveaux d'Agréabilité inférieurs à ceux présentant des douleurs dysfonctionnelles mais supérieurs à ceux qui n'ont pas de douleur. Nous supposons que ceci est lié au fait que les femmes sont surreprésentées dans les populations de patients



fibromyalgiques. En effet, la dimension Agréabilité est plus répandue dans la population féminine.

L'étude de Bucourt et al. [152] met en évidence des différences significatives en termes de traits de personnalité, selon le modèle OCEAN, entre des patientes souffrant de fibromyalgie et les autres pathologies rhumatologiques douloureuses (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite et syndrome de Sjögren). En effet, les fibromyalgiques ont des traits plus marqués d'Agréabilité ( $p < 0,05$ ), de Névrosisme ( $p < 0,05$ ) et d'Ouverture ( $p < 0,01$ ).

Attal et al. [70] mettent également en exergue dans leur étude une différence significative entre les scores de dépression et d'anxiété obtenus à l'échelle HAD et le type de douleur. En effet, les patients souffrant de douleurs de type neuropathique obtiennent des scores plus élevés au sous score d'anxiété (17,0 +/- 0,3 versus 14,1 +/- 0,3 ( $p < 0,01$ )) et au sous score de dépression (9,7 +/- 0,1 versus 8,2 +/- 0,1 ( $p < 0,01$ )) en comparaison aux douleurs chroniques non neuropathiques.

Cette absence de différence retrouvée dans notre travail tient probablement à un manque de puissance de notre étude car même si l'échantillon global est correct avec 133 participants, l'analyse par types de douleurs nous ramène à des groupes de 89 douloureux par excès de nociception, 25 patients souffrant de douleurs neuropathiques et 19 patients souffrant de douleurs dysfonctionnelles. Ce qui est assez faible pour mettre en évidence une différence significative, notamment entre le groupe avec douleurs dysfonctionnelles et les autres groupes.

Il est difficile de conclure sur ce sujet car les études sur la douleur chronique identifiant les 3 types de douleurs sont peu nombreuses. En effet, les douleurs dysfonctionnelles ne sont pas souvent recherchées dans les travaux sur la douleur ([31] et [70]) ou à l'inverse, elles motivent des études pour leur propre compte voire même des études par pathologies précises telles que les études d'Ablin [140], de Geoffroy [60], d'Huber [129] ou de Cathébras [59] s'intéressant uniquement aux douleurs de fibromyalgie.



#### V.1.4. Analyse des corrélations

Notre étude a mis en évidence des corrélations positives entre l'intensité de la douleur et un certain nombre de facteurs psychopathologiques tels que : l'anxiété trait et état, la dépression état, un fort niveau de Névrosisme et la présence d'alexithymie. D'autres facteurs sont corrélés de façon inverse à l'intensité de la douleur. Il s'agit de l'Agréabilité et de la qualité de vie physique et mentale.

Nous avons également retrouvé des corrélations significatives entre la durée de la douleur et la dépression ainsi que la qualité de vie physique.

Ces résultats sont concordants avec les données que nous avons retrouvées dans la littérature. Un retentissement sur la qualité de vie a été mis en évidence par Attal et al. [70]. En effet, ils retrouvent une corrélation inverse significative entre qualité de vie (aussi bien physique que mentale et sociale) et les douleurs de type neuropathique.

Des résultats similaires ont été démontrés par l'étude de Smith et al. au Royaume-Uni portant sur 6000 adultes identifiés par leur médecin généraliste comme souffrant de douleurs chroniques [156]. Dans ce travail, tous les domaines de l'échelle de qualité de vie utilisée (SF-36) sont plus bas chez les patients souffrant de douleurs chroniques neuropathiques que chez les douloureux sans caractéristique neuropathique.

L'étude d'Averill [99] retrouve une corrélation positive entre la durée de la douleur et la dépression ( $p = 0,014$ ).

Les études menées par Bucourt et al. [152] et Torres et ses collaborateurs [153] retrouvent également une corrélation positive entre Névrosisme et intensité de la douleur.

L'alexithymie et la douleur chronique ont été étudiées dans peu de travaux. Le travail d'Huber [129] sur des patients fibromyalgiques met en évidence une association entre douleur chronique et alexithymie mais il n'y a pas d'analyse de corrélation entre ces deux paramètres. L'étude de Di Tella portant sur 159 patients fibromyalgiques [157] met en évidence une plus grande intensité douloureuse chez les fibromyalgiques alexithymiques.



### **V.1.5. Analyse des régressions**

Les résultats que nous avons obtenu grâce aux analyses de régression linéaire multiple prouvent que la qualité de vie physique prédit significativement le score d'intensité douloureuse perçue ( $p < 0,001$ ). Quant à la recherche du facteur expliquant le mieux l'intensité douloureuse perçue, elle retrouve en premier lieu la qualité de vie ( $p < 0,001$ ) mais également le niveau de la symptomatologie dépressive ( $p = 0,011$ ).

Ces facteurs prépondérants ont été retrouvés dans la littérature. Le niveau aux échelles de symptomatologie dépressive est également un facteur prédisposant à une intensité douloureuse importante pour Torres et al. [153]. Dans notre recherche bibliographique, nous n'avons pas trouvé d'étude où l'influence de la qualité de vie est comparée à d'autres facteurs psychopathologiques.

En revanche, d'autres facteurs prédisposants sont cités, comme la dimension Névrosisme élevée et une faible Extraversion ou encore l'anxiété qui prédisent une intensité douloureuse élevée dans l'étude de Torres et al. [153]

## **V.2. Biais et Limites de l'étude**

### **V.2.1. Analyse des biais de l'étude**

#### **V.2.1.1 Relatifs aux échelles utilisées**

Notre étude est basée sur la passation d'auto-questionnaires. La longueur du cahier fourni aux patients est conséquente (environ 20 minutes) mais variable en fonction de la vitesse de lecture des sujets. Nous suspectons donc qu'il y ait eu un biais de fatigabilité pour certains. Notamment, le BFI qui est le plus long correspond à celui qui a été le moins bien rempli (6 patients ayant laissés des données manquantes). Néanmoins, il est intéressant de noter, alors que le premier motif de non-participation des médecins généralistes était la crainte que le questionnaire ne soit trop compliqué ou trop long à remplir pour leur patient, que le nombre de questionnaires mal remplis est très faible. Seuls 8 questionnaires sur les 133 recueillis sont incomplets. Les patients sollicités pour cette étude ont donc rempli les questionnaires avec sérieux et application. La plupart ont même été satisfaits que nous leur accordions de l'attention et qu'une étude sur leur pathologie soit réalisée.

Nous envisageons également qu'il y ait eu un biais de passation. En effet, les auto-questionnaires peuvent être une source de biais par mauvaise compréhension des questions



ou par manque d'objectivité des patients. Il existe également un biais de désirabilité sociale non négligeable notamment en ce qui concerne l'évaluation de leur personnalité. Ainsi, les participants peuvent ressentir le besoin de plaire aux autres en affichant des caractéristiques qui sont renforcées par la société, comme l'honnêteté, la sincérité et la bonté. Ainsi, quand ils remplissent le BFI, ils peuvent essayer d'impressionner de manière favorable le chercheur ou le thérapeute plutôt que de donner une image vraie d'eux-mêmes.

#### **V.2.1.2 Relatifs aux patients recrutés**

En ce qui concerne l'objectif principal, la taille de notre échantillon semble satisfaisante avec 133 participants et très peu d'exclus. Cependant, chaque type de douleur est représenté de façon hétérogène notamment faiblement pour les douleurs neuropathiques (25 sujets) et pour les douleurs dysfonctionnelles (19 sujets). Leur analyse distincte doit donc être interprétée avec prudence et nous avons probablement manqué de puissance pour pouvoir trouver des différences significatives entre les groupes. Néanmoins, ces analyses comparatives ne faisaient pas partie de notre objectif principal.

Il existe probablement un biais de recrutement même si nous avons élargi notre périmètre aux 3 départements du Limousin. Premièrement, le fait que chaque médecin ait recruté un petit nombre de patients implique qu'il y ait eu une sélection par les médecins généralistes au sein de leur patientèle. Ils ont probablement été « choisis » pour leurs capacités à répondre correctement aux questionnaires et certains cas, les plus sérieux peut être, ont pu ne pas être recrutés. De plus, tous les médecins qui ont participé à l'étude exercent en milieu rural ou semi rural. Notre population n'est donc pas représentative de la population générale. Enfin, l'âge de notre population est assez élevé. Ainsi, nos données ne peuvent être extrapolées à la population française des patients douloureux chroniques.

#### **V.2.2. Analyse des limites de l'étude**

La limite principale de notre étude est le faible effectif pour les analyses en sous-groupes. En effet, si les douleurs par excès de nociception sont suffisamment représentées (89 patients), ce n'est pas le cas pour les douleurs de type neuropathique et dysfonctionnelle (respectivement 25 et 19 patients).

Beaucoup de médecins ont été contactés mais nous avons obtenu peu de réponses, cette étude étant basée sur le volontariat des médecins et des patients il est difficile de





généraliser nos résultats à l'ensemble des douloureux chroniques consultant en médecine générale.

Un certain nombre de comparaisons avec des scores de population générale ou d'échantillons de validation sont difficiles à réaliser car notre population présente des différences sociodémographiques avec les populations de référence de ces échelles, comme par exemple l'étude de validation du BFI qui a été réalisée auprès de 2499 étudiants. Ainsi, notamment en termes d'évaluation de la personnalité, les conclusions sont à extrapoler avec prudence. La présence d'un groupe contrôle apparié par âge et par sexe aurait permis à nos comparaisons d'avoir plus de poids en limitant le biais de confusion induit par ces variables dans nos analyses.

Un certain nombre de paramètres n'a de plus pas été évalué dans notre étude comme les aspects culturels, les expériences antérieures douloureuses ou encore le contexte dans lequel les douleurs surviennent. Certaines études montrent des résultats chez les patients douloureux chroniques concernant leurs stratégies de coping. Nous avions initialement prévu ce type d'évaluation dans notre étude de même que l'évaluation de la résilience des participants, mais du fait de la longueur de la version initiale de notre cahier de passation, nous avons préféré retirer ces évaluations.

### **V.3. Perspectives d'avenir**

Il serait intéressant de reconduire une étude similaire sur un plus grand nombre de sujets (notamment avec un plus grand nombre de sujets touchés par des douleurs neuropathiques et dysfonctionnelles) afin de confirmer ces résultats, voire de mettre en évidence des différences entre ces types de douleurs que nous n'avons pas pu démontrer.

L'évaluation régulière, notamment de la perception douloureuse chez le douloureux chronique, doit faire réfléchir sur les facteurs psychopathologiques à rechercher par le médecin généraliste. Chez ces patients, la recherche de symptômes dépressifs et d'une altération de la qualité de vie sur le plan physique, qui sont les facteurs prédictifs d'une plus grande intensité douloureuse, devrait être plus systématique notamment devant une recrudescence de l'intensité de la douleur. Enfin, l'utilisation d'auto-questionnaires pourrait porter à la connaissance du médecin généraliste des troubles psychopathologiques et des



traits de personnalité corrélés à la douleur chronique (alexithymie, Névrosisme) et ainsi permettre éventuellement de mettre en place des approches psychologiques adaptées.

De plus, ces facteurs étant mal connus et la douleur chronique étant prévalente et difficile à gérer en médecine générale, l'organisation de formations médicales continues sur ce sujet pourrait être bénéfique de même que des campagnes de sensibilisation auprès des médecins généralistes.



# Conclusion

---

L'étude et la prise en charge de la douleur chronique est une problématique essentielle et fréquente en médecine générale. Notre étude avait pour but d'évaluer les caractéristiques psychopathologiques des patients douloureux chroniques consultant en médecine générale. Au terme de ce travail, nous pouvons dire que nous avons répondu à notre objectif.

En effet, nous avons mis en évidence, chez nos patients douloureux chroniques, des caractéristiques psychopathologiques plus fréquentes que dans la population générale. Nos participants ont des scores d'anxiété état et trait plus élevés que ceux de la population générale. Ils sont également plus nombreux à souffrir de symptômes dépressifs et de dépression. Leurs traits de personnalité sont marqués en moyenne par une plus grande *Conscienciosité* et *Agréabilité*, mais ils sont moins *Ouverts*. De plus, nombre de nos patients présentent une alexithymie trait dans au moins la moitié des cas. Enfin, ils ont témoigné d'une forte altération de leur qualité de vie aussi bien physique que mentale et sociale. Ce dernier résultat nous conforte dans l'idée que leur prise en charge est primordiale.

Notre étude a également mis en évidence que certains facteurs tels que l'anxiété (trait et état), la dépression état, le *Névrosisme* et l'alexithymie lorsque leur niveau est élevé ; ou au contraire l'*Agréabilité*, la qualité de vie physique et mentale lorsque leur niveau est bas, sont corrélés à une plus forte intensité de la douleur.

Cette même analyse a ensuite prouvé que la présence de symptômes dépressifs et une qualité de vie physique basse sont corrélées à une durée plus longue de la douleur.

Enfin, notre travail a permis de montrer que de bas niveaux de qualité de vie physique et de plus hauts niveaux de dépression sont les deux facteurs les plus prédictifs de la perception de l'intensité douloureuse.

La prise en compte de ces facteurs dans notre pratique quotidienne devrait nous permettre de mieux comprendre nos patients et de mieux les aborder afin de prendre en charge leurs douleurs de façon plus efficiente, sans oublier les aspects psychologiques liés à ce type de douleurs.



## Références bibliographiques

---

- [1] DESCARTES R. L'Homme de René Descartes et la formation du fœtus. Paris : Girard, 1677, 511 p.
- [2] BERGSON H. Matière et mémoire. Paris : Alcan, 1896, 279 p.
- [3] DANZIGER N., WILLER J.C. L'insensibilité congénitale à la douleur. Revue Neurologique, 2009, 165, 2, p. 129-136
- [4] BEECHER H. K. The measurement of pain Prototype for the Quantitative Study of Subjective Responses. Pharmacological Reviews, 1957, 9, 1, p. 59-209
- [5] BONICA J. J. Role of the anesthesiologist in the management of intractable pain. The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 1955, 16, 6, p. 854-860
- [6] BONICA J.J. The management of pain. Philadelphia: Lea & Febiger, 1953, 2120 p.
- [7] CLAVERIE B., LE BARS D., ZAVIALOFF N., DANTZER R. Douleurs : sociétés, personne et expressions. Paris : Eshel, 1992, 230 p.
- [8] REY R. Histoire de la douleur. Paris : La Découverte, 1993, 414 p.
- [9] VÉSALE A. De humani corporis fabrica libri septem, Basileae (Basel): Ex officina Joannis Oporini, 1543, 402 p.
- [10] MELZACK R., WALL P. D. Pain mechanisms: A new theory. Survey of Anesthesiology, 1967, 11, 2, 89-90
- [11] CLARK W. C., CLARK S. B. Pain responses in Nepalese porters. Science, 1980, 209, 4454, p. 410-412
- [12] STERNBACH R. A., TURSKY B. Ethnic Differences Among Housewives in Psychophysical Anh Skin Potential Responses to Electric Shock. Psychophysiology, 1965, 1, 3, p. 241-246
- [13] MORLEY S., VLAEYEN J. W. S. Measurement of subjective responses. Pain, 2010, 150, 2, p. 211-212
- [14] Définition. In : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur Disponible sur : < <http://www.sfetd-douleur.org/definition> > (consulté le 25 octobre 2016)
- [15] BROCHET B. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë ou chronique. La Revue du praticien, 2005, 55, 19, 2181-2188
- [16] CARLTON S. M., COGGESHALL R. E. Nociceptive integration: Does it have a peripheral component? Pain Forum, 1998, 7, 2, p. 71-78
- [17] SCHAIBLE H.-G., GRUBB B. D. Afferent and spinal mechanisms of joint pain. Pain, 1993, 55, 1, p. 5-54



- [18] GUIRIMAND F., LE BARS D. Physiologie de la nociception. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 1996, 15, 7, p. 1048-1079
- [19] MACHELSKA H., STEIN C. Peripheral nociceptive integration. *Pain Forum*, 1998, 7, 2, p. 87-89
- [20] HARRISON S., GEPPETTI P. Substance P. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, 2001, 33, 6, p. 555-576
- [21] WILLIS W. D., WESTLUND K. N. Neuroanatomy of the pain system and of the pathways that modulate pain. *Journal of clinical neurophysiology: official publication of the American Electroencephalographic Society*, 1997, 14, 1, p. 2-31
- [22] LE BARS D., GUILBAUD G., CHITOUR D., BESSON J. M. Does systemic morphine increase descending inhibitory controls of dorsal horn neurones involved in nociception ? *Brain Research*, 1980, 202, 1, p. 223-228
- [23] HUGHES J., SMITH T. W., KOSTERLITZ H. W., FOTHERGILL L. A., MORGAN B. A., MORRIS H. R. Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity. *Nature*, 1975, 258, 5536, p. 577-580
- [24] GUILLEMIN R., VARGO T., ROSSIER J., MINICK S., LING N., RIVIER C., VALE W., BLOOM F. beta-Endorphin and adrenocorticotropin are selected concomitantly by the pituitary gland. *Science*, 1977, 197, 4311, p. 1367-1369.
- [25] PASTERNAK G. W. *The opiate receptors*. Clifton New Jersey: Humana Press, 1988. 499 p.
- [26] PEYRON R., LAURENT B., GARCIA-LARREA L. Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 2000, 30,5, p. 263-288
- [27] GOLDSTEIN A., TACHIBANA S., LOWNEY L. I., HUNKAPILLER M., HOOD L. Dynorphin-(1-13), an extraordinarily potent opioid peptide. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 1979, vol. 76, no 12, p. 6666-6670
- [28] CESSÉLIN F. Les endomorphines et les récepteurs des opioïdes. *Trait - d'Union*, 1987, 2, 4, p. 11-20
- [29] ESCHALIER A., MICK G., PERROT S., POULAIN P., SERRIE A., LANGLEY P., POMERANTZ D., GANRY H. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement*, 2013, 14, 1, p. 4-15



- [30] BOUHASSIRA D., LANTÉRI-MINET M., ATTAL N., LAURENT B., TOUBOUL C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 2008, 136, 3, p. 380-387
- [31] BREIVIK H., COLLETT B., VENTAFRIDDA V., COHEN R., GALLACHER D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 2006, 10, 4, p. 287-333
- [32] SERRIE A. « Prise en charge de la douleur chronique par la télémédecine : état des lieux et recommandations ». *Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement*, 2014, 15, 5, p. 232-238
- [33] Circulaire N°DHOS/E2/2002/206 du 30 avril 2002, relatives à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. Disponible sur : < <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir19206.pdf> > (consulté le 13 juillet 2016)
- [34] LETRILLIART L S. I., SCHUERS M D. D., BOULET P F. M., GUERIN MH M. A. Etude des Elements de la COnsultation en médecine GEnérale. *Exercer*. 2014, 114, p. 148-157
- [35] SIMON, L.S. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 2012, 26, 2, p. 197-198
- [36] Plan douleur 1998. Disponible sur : < [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/plan\\_douleur\\_1998.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/plan_douleur_1998.pdf) > (consulté le 14 juillet 2016).
- [37] Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Disponible sur : < [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme\\_lutte\\_douleur\\_2002-05.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf) > (consulté le 13 juillet 2016)
- [38] Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Disponible sur : < <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007-2011.pdf> > (consulté le 13 juillet 2016)
- [39] BOURDILLON F., CESSÉLIN F., CORNU H.-P., GUÉRIN G., LAURENT B., GALL J. L., LETOURMY A., PARÉ B., TOURNIAIRE B., TRAN B. Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006–2010. *Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 2011, 12, 3, p.129-139
- [40] Code de déontologie médicale. Disponible sur : < <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> > (consulté le 14 juillet 2016)



- [41] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. In : Légifrance. Disponible sur < <https://www.legifrance.gouv.fr/afichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> > (Consulté le 14 juillet 2016)
- [42] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. In : Légifrance. Disponible sur < <https://www.legifrance.gouv.fr/afichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240> > (Consulté le 14 juillet 2016)
- [43] QUENEAU P., Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Issy-les Moulineaux : Masson, 2004, 616 p.
- [44] BONICA J. J. History of pain concepts and pain therapy. The Mount Sinai journal of medicine, New York, 1991, 58, 3, p. 191-202
- [45] ANAES. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Disponible sur : < [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire) > (consulté le 14 juillet 2016)
- [46] Haute Autorité de Santé. In : HAS - Accueil. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr/portail/> > (consulté le 9 octobre 2015)
- [47] La douleur chronique. Disponible sur : < <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique> > (consulté le 29 octobre 2016)
- [48] DOURLENS C., DENOIS V.R. « Les groupes thérapeutiques dans la prise en charge de la douleur chronique ». Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement, 2015, 16, 6, p. 298-305
- [49] BEECHER H. K. Relationship of significance of wound to pain experienced. Journal of the American Medical Association, 1956, 161, 17, p. 1609-1613
- [50] GUY-COICHARD C., ROSTAING-RIGATTIERI S., DOUBRÈRE J.-F., BOUREAU, F. Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique. EMC - Anesthésie-Réanimation, 2005, 2, 1, p. 1-22
- [51] DANZIGER N. Bases neurologiques de l'affect douloureux. Revue Neurologique, 2006, 162, 3, p. 395-399.
- [52] PAYEN J. F., BRU O., BOSSON J. L., LAGRASTA A., NOVEL E., DESCHAUX I. et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Critical care medicine, 2001, 29, 12, p. 2258-2263
- [53] DENIZEAU L. Approche anthropologique de la douleur chronique. Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement, 2012, 13, 4, p. 169-174
- [54] LERICHE R. Chirurgie de la douleur. Paris : Masson, 1940, 559 p.



- [55] VERGNE-SALLE P., BEAULIEU P., COUTAUX A., SICHERE P., S. PERROT, BERTIN P. Aspects physiopathologiques de la douleur en rhumatologie. EMC - Appareil locomoteur, 2014, 9, 4, 1-8
- [56] DRAY A. Kinins and their receptors in hyperalgesia. Canadian journal of physiology and pharmacology, 1997, 75, 6, p. 704-712
- [57] LEWIS T. Experiments relating to cutaneous hyperalgesia and its spread through somatic fibres. Clinical Sciences (London), 1935, 2, p. 373-423
- [58] COUTAUX A., ADAM F., WILLER J.-C., LE BARS D. Hyperalgésie et allodynie : les mécanismes périphériques. Revue du rhumatisme, 2005, 72, 9, p. 770-783
- [59] CATHEBRAS P. La fibromyalgie : une affection psychosomatique ? Revue du rhumatisme, 2003, 70, n°4, p. 337-339
- [60] GEOFFROY P. A., AMAD A., GANGLOFF C., THOMAS P. Fibromyalgie et psychiatrie : 35 ans plus tard... Quoi de neuf ? La Presse Médicale, 2012, 41, 5, p. 455-465
- [61] WOLFE F., CLAUW D. J., FITZCHARLES M.-A., GOLDENBERG D. L., KATZ R. S., MEASE P. et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis care & research, 2010, 62, 5, p. 600-610
- [62] BALIKI M. N., PETRE B., TORBEY S., HERRMANN K. M., HUANG L., SCHNITZER T. J. et al. Corticostriatal functional connectivity predicts transition to chronic back pain. Nature neuroscience, 2012, 15, 8, p. 1117-1119
- [63] ROBINSON M. E., CRAGGS J. G., PRICE D. D., PERLSTEIN W. M., STAUD R. Gray matter volumes of pain-related brain areas are decreased in fibromyalgia syndrome. The Journal of Pain, 2011, 12, 4, p. 436-443
- [64] ATTAL N., MASSELIN-DUBOIS A., MARTINEZ V., JAYR C., ALBI A., FERMANIAN J. et al. Does cognitive functioning predict chronic pain? Results from a prospective surgical cohort. Brain, 2014, 137, p. 904-917
- [65] KROENKE K., MANGELSDORFF A. D. « Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome ». The American Journal of Medicine, 1989, 86, 3, p. 262-266
- [66] EY H., BERNARD P., BRISSET C. « L'hystérie de Conversion ». In : Manuel de psychiatrie (Sixième Édition revue et corrigée). Paris : Elsevier Masson, 1989, p. 319-336
- [67] ENGEL G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 1977, 196, 4286, p. 129-136





- [68] BEN SALAH F. Z., DZIRI C., MOKNI M. Douleurs ostéoarticulaires chez le dialysé chronique et médecine physique et de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 2012, 32, 1, p. 19-26
- [69] KHENIOUI H., CAHAGNE V., BRISSOT R. « Évaluation fonctionnelle de la douleur chronique chez le patient blessé médullaire ». *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 2006, 49, 3, p. 125-137
- [70] ATTAL N., LANTERI-MINET M., LAURENT B., FERMANIAN J., BOUHASSIRA D. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. *Pain*, 2011, 152, 12, p. 2836-2843
- [71] OLIVIER V. Troubles psychotiques : troubles schizophréniques et troubles délirants chroniques. *EMC-Psychiatrie*, 1998, 7-0225
- [72] DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier/Masson : Issy les Moulineaux, 2015, 1114 p.
- [73] AUTIE A., MONTREUIL M., MOULIER V., BRAHA S., WOJAKIEWICZ A., JANUEL D. Douleur et schizophrénie : mythe et réalité. *L'Encéphale*, 2009, 35, 4, p. 297-303.
- [74] HUSSAR A. E. Coronary Heart Disease in Chronic Schizophrenic Patients. *Circulation*, 1965, 31, 6, p. 919-929
- [75] BONNOT O., ANDERSON G. M., COHEN D., WILLER J. C., TORDJMAN S. Are patients with schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question. *The Clinical journal of pain*, 2009, 25, 3, p. 244-252
- [76] GIRARD M., PLANSANT B., BONNABAU H., MALAUZAT D. Experimental pain hypersensitivity in schizophrenic patients. *The Clinical journal of pain*, 2011, 27, 9, p. 790-795.
- [77] KURITZKY A., MAZEH D., LEVI A. Headache in schizophrenic patients: a controlled study. *Cephalalgia*, 1999, 19, 8, p. 725-727
- [78] KUDOH A., ISHIHARA H., MATSUKI A. Current perception thresholds and postoperative pain in schizophrenic patients. *Regional anesthesia and pain medicine*, 2000, 25, 5, p. 475-479
- [79] GUIEU R., SAMUÉLIAN J. C., COULOUVRAT H. « Objective evaluation of pain perception in patients with schizophrenia ». *The British Journal of Psychiatry*, 1994, 164, 2, p. 253-255
- [80] BONNOT O., XAVIER J., TORDJMAN S. Réactivité à la douleur dans les schizophrénies : un phénomène spécifique ou lié au fonctionnement psychique des patients ? ». *Annales Médico-psychologiques*, 2014, 172, 2, p. 123-127



- [81] CASTEN R. J., PARMELEE P. A., KLEBAN M. H., POWELL LAWTON M., KATZ I. R. The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain*, 1995, 61, 2, p. 271-276
- [82] RADAT F., KOLECK M. [Pain and depression: cognitive and behavioural mediators of a frequent association]. *L'Encephale*, 2011, 37, 3, p. 172-179
- [83] ELBEZE-RIMASSON D., GAY M.-C. Le fonctionnement émotionnel lors de la douleur chronique : état de la question. *Annales Médico-psychologiques*, 2012, 170, 3, p. 163-168
- [84] HENRY F. Dépression, troubles anxieux et douleur chronique : état des lieux ». *Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement*, 2012, 13, 2, p. 110-111
- [85] PFINGSTEN M., LEIBING E., HARTER W., KRÖNER-HERWIG B., HEMPEL D., KRONSHAGE U., HILDEBRANDT J. Fear-avoidance behavior and anticipation of pain in patients with chronic low back pain: a randomized controlled study. *Pain Medicine*, 2001, 2, 4, p. 259-266
- [86] HERBERT M. S., GOODIN B. R., PERO IV S. T., SCHMIDT J. K., SOTOLONGO A., BULLS H. W. et al. Pain hypervigilance is associated with greater clinical pain severity and enhanced experimental pain sensitivity among adults with symptomatic knee osteoarthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 2014, 48, 1, p. 50-60
- [87] VLAEYEN J. W. S., CROMBEZ G. La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du rhumatisme*, 2009, 76, 6, p. 511-516
- [88] SEMINOWICZ D. A., DAVIS K. D. Cortical responses to pain in healthy individuals depends on pain catastrophizing. *Pain*, 2006, 120, 3, p. 297-306
- [89] BERUBE M., CHOINIERE M., LAFLAMME Y. G., GELINAS C. Acute to chronic pain transition in extremity trauma: A narrative review for future preventive interventions (part 2). *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 2016, [Epub ahead of print].
- [90] HASENBRING M. I., PLAAS H., FISCHBEIN B., WILLBURGER R. The relationship between activity and pain in patients 6 months after lumbar disc surgery: do pain-related coping modes act as moderator variables ? *European Journal of Pain*, 2006, 10, 8, p. 701-709
- [91] LEMOGNE C., SMAGGHE P.-O., DJIAN M.-C., CAROLI F. La douleur chronique en psychiatrie : comorbidité et hypothèses. *Annales Médico-psychologiques*, 2004, 162, 5, p. 343-350
- [92] KROENKE K., SPITZER R. L., WILLIAMS J. B., LINZER M., HAHN S. R., DEGRUY F. V., BRODY D. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric



- disorders and functional impairment ». Archives of Family Medicine, 1994, 3, 9, p. 774-779
- [93] CARLETON R. N., ABRAMS M. P., ASMUNDSON G. J. G., ANTONY M. M., MCCABE R. E. Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. Journal of Anxiety Disorders, 2009, 23, 6, p. 791-798
- [94] ZEITTE C. Syndrome dépressif. EMC-Psychiatrie, 1998, 7-0080.
- [95] TRIVEDI M. H. The Link Between Depression and Physical Symptoms. The Primary Care Companion - Journal of Clinical Psychiatry, 2004, 6, suppl 1, p. 12-16
- [96] EISINGER P. Syndrome dépressif. EMC-Psychiatrie, 2008, 7-0080.
- [97] GALLAGHER R. M., VERMA S. Managing pain and comorbid depression: A public health challenge ». Seminars in clinical neuropsychiatry, 1999, 4, 3, p. 203-220.
- [98] AIGNER M., BACH M. Clinical utility of DSM-IV pain disorder. Comprehensive Psychiatry, 1999, 40, 5, p. 353-357
- [99] AVERILL P. M., NOVY D. M., NELSON D. V., BERRY L. A. Correlates of depression in chronic pain patients: a comprehensive examination. Pain, 1996, 65, 1, p. 93-100
- [100] LEINO P., MAGNI G. Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. Pain, 1993, 53, 1, p. 89-94
- [101] SIMON G. E., VONKORFF M., PICCINELLI M., FULLERTON C., ORMEL J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. New England Journal of Medicine, 1999, 341, 18, p. 1329-1335
- [102] BLUMER D., HEILBRONN M. Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder. The Journal of nervous and mental disease, 1982, 170, 7, p. 381-406
- [103] BASBAUM A. I., FIELDS H. L. Endogenous pain control mechanisms: review and hypothesis. Annals of neurology, 1978, 4, 5, p. 451-462
- [104] GAILLARD A. Douleur morale, douleur physique : mécanismes neurobiologiques et traitement ». Annales Médico-psychologiques, 2014, 172, 2, p. 104-107
- [105] BAIR M. J., ROBINSON R. L., KATON W., KROENKE K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Archives of internal medicine, 2003, 163, 20, p. 2433-2445
- [106] OHAYON M. M., SCHATZBERG A. F. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. Archives of general psychiatry, 2003, 60, 1, p. 39-47



- [107] FISHBAIN D. A. The association of chronic pain and suicide ». *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 1999, 4, 3, p. 221-227
- [108] FISHER B. J., HAYTHORNTHWAITTE J. A., HEINBERG L. J., CLARK M., REED J. Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain*, 2001, 89, 2-3, p. 199-206
- [109] RATCLIFFE G. E., ENNS M. W., BELIK S.-L., SAREEN J. Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective. *The Clinical journal of pain*, 2008, 24, 3, p. 204-210
- [110] IRIBARNEGARAY S. *Troubles de la personnalité*. EMC-Psychiatrie, 2016, 7-0180.
- [111] EYSENCK H. J. *Psychophysiology and Personality: Extraversion, Neuroticism and Psychoticism*. In : Gale A., EDWARDS J.A. Ed. *Physiological Correlates of Human Behaviour: Individual Differences and Psychopathology*. London: Academic Press, 1983. p. 13-30
- [112] COSTA P.T., McCRAE R.R. Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of personality disorders*, 1990, 4, 4, p. 362-371
- [113] CLONINGER, C.R., SVRAKIC, D.M., PRZYBECK, T.R. A psychological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 975-990
- [114] BRICAUD M., CALVET B., VIÉBAN F., PRADO-JEAN A., CLÉMENT J.-P. Etude PerCaDim : relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité. *L'Encéphale*, 2012, 38, 4, p. 288-295
- [115] LARGE R. G. DSM-III diagnoses in chronic pain. Confusion or clarity ?. *The Journal of nervous and mental disease*, 1986, 174, 5, p. 295-303
- [116] FISHBAIN D. A., GOLDBERG M., ROBERT MEAGHER B., STEELE R., ROSOMOFF H. Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*, 1986, 26, 2, p. 181-197
- [117] CONRAD R., SCHILLING G., BAUSCH C., NADSTAWEK J., WARTENBERG H. C., WEGENER I. et al. Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain*, 2007, 133, 1-3, p. 197-209
- [118] VALDES M., TRESERRA J., GARCIA L., DE PABLO J., DE FLORES T. Psychogenic pain and psychological variables: a psychometric study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 1988, 50, 1, p. 15-21
- [119] OLIE E. Douleur et personnalité borderline. *Annales Médico-psychologiques*, 2014, 172, 2, p. 119-122
- [120] LUDÄSCHER P., BOHUS M., LIEB K., PHILIPSEN A., JOCHIMS A., SCHMAHL C. Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients



- with borderline personality disorder ». *Psychiatry Research*, 2007, 149, 1-3, p. 291-296
- [121] SANSONE R. A., WHITECAR P., MEIER B. P., MURRY A. The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 2001, 23, 4, p. 193-197
- [122] DECETY J., SKELLY L. R., KIEHL K. A. Brain response to empathy-eliciting scenarios involving pain in incarcerated individuals with psychopathy. *JAMA Psychiatry*, 2013, 70, 6, p. 638-645
- [123] BECHARA A., DAMASIO A. R., DAMASIO H., ANDERSON S. W. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 1994, 50, 1-3, p. 7-15
- [124] BECACHE A. Malades psychosomatiques. In : BERGERET J. Ed. *Psychologie Pathologique* (11e édition). Paris : Elsevier/Masson, 2012. p. 215-221
- [125] TAYLOR G. J., BAGBY R. M., PARKER J. D. A. What's in the name "alexithymia"? A commentary on "Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy." *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2016, 68, p. 1006-1020
- [126] MARTY P., DE M'UZAN M. Operative thinking (pensée opératoire). *Psyche*, 1978, 32, 10, p. 974-984
- [127] LOAS G. L'alexithymie. *Annales Médico-psychologiques*, 2010, 168, 9, p. 712-715.
- [128] ROHMER J. G. Alexithymie et douleur rachidienne. *Journal de Radiologie*, 2005, 86, 10, p. 1376
- [129] HUBER A., SUMAN A. L., BIASI G., CARLI G. Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of psychosomatic research*, 2009, 66, 5, p. 425-433
- [130] SMITH D., WILKIE R., UTHMAN O., JORDAN J. L., MCBETH J. Chronic pain and mortality: a systematic review. *PloS One*, 2014, 9, 6, p. e99048
- [131] PUJOL J.-L., MÉREL J.-P., ARNAUD E. Le mot qui faisait trauma. Analyse qualitative des principales unités signifiantes après le diagnostic de cancer et leur regroupement thématique. *L'Évolution Psychiatrique*, 2014, 79, 4, p. 780-797
- [132] WARE J. E., SHERBOURNE C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 1992, 30, 6, p. 473-483
- [133] GANDEK, B., WARE, J. E., AARONSON, N. K., APOLONE, G., BJORNER, J. B., BRAZIER, J. E., Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12



- Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of clinical epidemiology*, 1998, 51, 11, p. 1171-1178
- [134] ZIGMOND A.S., SNAITH R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1983, 67, 361-370
- [135] SPIELBERGER C. D. State-Trait Anxiety Inventory. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. New York : John Wiley & Sons, 2010, 528 p.
- [136] PLAISANT O., COURTOIS R., RÉVEILLÈRE C., MENDELSON G. A., JOHN O. P. Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). *Analyse convergente avec le NEO-PI-R. Annales Médico-psychologiques*, 2010, 168, 2, p. 97-106
- [137] LOAS G., et al., Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 2001, 50, 5, p. 255-261
- [138] LIGNIER B., PETOT J.-M., PLAISANT O., ZEBDI R. Validation du Big Five Inventory français (BFI-Fr) dans un contexte d'hétéro-évaluation. *Annales Médico-psychologiques*, 2016, 174, 6, p. 436-441
- [139] KATZ J., ROSENBLOOM B. N., FASHLER S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2015, 60, 4, p. 160-167
- [140] ABLIN J. N., ZOHAR A. H., ZARAYA-BLUM R., BUSKILA D. Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. *PeerJ*, 2016, 4, e2421.
- [141] BOUHASSIRA D., LANTÉRI-MINET M., ATTAL N., LAURENT B., TOUBOUL C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain* 2008, 136, 3, p. 380-387
- [142] Le Limousin, une région d'Europe. Disponible sur : < [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/limousin/themes/focal/la\\_revue/rev22artcent.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/limousin/themes/focal/la_revue/rev22artcent.pdf) > (consulté le 8 novembre 2016)
- [143] L'état de santé en France en 2003 - Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Disponible sur : <<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-etat-de-sante-en-france-en-2003-sante-percue-morbidite-declaree-et-recours>> (consulté le 8 octobre 2016)

- [144] MCDERMOTT A. M., TOELLE T. R., ROWBOTHAM D. J., SCHAEFER C. P., DUKES E. M. The burden of neuropathic pain: results from a cross-sectional survey. *European Journal of Pain*, 2006, 10, 2, p. 127-135
- [145] GORE M., DUKES E., ROWBOTHAM D. J., TAI K.-S., LESLIE D. Clinical characteristics and pain management among patients with painful peripheral neuropathic disorders in general practice settings. *European Journal of Pain*, 2007, 11, 6, p. 652-664
- [146] HARDEN N., COHEN M. Unmet needs in the management of neuropathic pain. *Journal of pain and symptom management*, 2003, 25, 5, p. S12-17
- [147] Finlande, février 2012 ; études économiques de l'OCDE - OCDE - Organisation De Cooperation Et De Developpement Economiques - Grand format - Librairie des Sciences-Politiques Paris. Disponible sur : <<http://www.librairie-sciencespo.fr/livre/9789264129368-finlande-fevrier-2012-etudes-economiques-de-l-ocde-ocde/>> (consulté le 8 octobre 2016)
- [148] POLATIN P. B., KINNEY R. K., GATCHEL R. J., LILLO E., MAYER T. G. Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine--which goes first ? *Spine*, 1993, 18, 1, p. 66-71
- [149] MANCHIKANTI L., PAMPATI V., BEYER C., DAMRON K., BARNHILL R. C. Evaluation of psychological status in chronic low back pain: comparison with general population. *Pain Physician*, 2002, 5, 2, p. 149-155
- [150] BERUBE M., CHOINIERE M., LAFLAMME Y. G., GELINAS C. Acute to chronic pain transition in extremity trauma: A narrative review for future preventive interventions (part 1). *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 2016, 23, p. 47-59
- [151] Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Disponible sur : <<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/troubles-mentaux-et-representations-de-la-sante-mentale-premiers-resultats-de-l>> (consulté le 8 octobre 2016)
- [152] BUCOURT E., MARTAILLE V., MULLEMAN D., GOUPILLE P., JONCKER-VANNIER I., HUTTENBERGER B. et al. Comparison of the Big Five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Joint Bone Spine* [Epub ahead of print].
- [153] TORRES X., BAILLES E., VALDES M., GUTIERREZ F., PERI J.-M., ARIAS A., GOMEZ E., COLLADO A. Personality does not distinguish people with fibromyalgia



- but identifies subgroups of patients. *General hospital psychiatry*, 2013, 35, 6, p. 640-648
- [154] KOH J. S., KO H. J., WANG S.-M., CHO K. J., KIM J. C., LEE S.-J., PAE C.-U., SERRETTI A. The association of personality trait on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: an exploratory study. *Journal of psychosomatic research*, 2014, 76, 2, p. 127-133
- [155] SORIANO PASTOR J. F., MONSALVE DOLZ V., IBÁÑEZ GUERRA E., GÓMEZ CARRETERO P. [Personality and coping in neuropathic chronic pain: a predictable divorce]. *Psicothema*, 2010, 22, 4, p. 537-542
- [156] SMITH B. H., TORRANCE N., BENNETT M. I., LEE A. J. Health and quality of life associated with chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community. *The Clinical journal of pain*, 2007, 23, 2, p. 143-149
- [157] DI TELLA M., GHIGGIA A., TESIO V., ROMEO A., COLONNA F., FUSARO E. et al. Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *Journal of Affective Disorders*, 2016, 208, p. 87-93.





## Annexes

---

Annexe 1. Courriers explicatifs .....	144
Annexe 1.1. Lettre explicative adressée aux médecins généralistes .....	144
Annexe 1.2. Lettre explicative remise aux patients .....	145
Annexe 2. Cahier de recueil.....	146
Annexe 2.1. Données médicales .....	146
Annexe 2.2. Données sociodémographiques .....	147
Annexe 2.3. Echelle de qualité de vie SF-12 .....	148
Annexe 2.4. Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) .....	149
Annexe 2.5. STAI YB .....	151
Annexe 2.6. BFI .....	152
Annexe 2.7. TAS 20 .....	154



## Annexe 1. Courriers explicatifs

### Annexe 1.1. Lettre explicative adressée aux médecins généralistes

Limoges,  
Le 01 mai 2016,

Cher confrère, chère consœur,

Tout d'abord je vous remercie de prendre quelques minutes pour lire ce courrier. Je m'appelle Sylvie Claux, je suis interne en sixième semestre de Médecine générale.

Dans le cadre de mon travail de thèse, je m'intéresse aux patients consultant en médecine générale pour des douleurs chroniques. Je vous serais reconnaissante de proposer à vos patients de **plus de dix-huit ans**, qui consultent pour des **douleurs chroniques** non cancéreuses depuis plus de trois mois, mes **auto-questionnaires** ci-joints qu'ils peuvent remplir seuls. Je vous demande simplement de remplir vous-même la première page (avec les antécédents, traitements, le type de douleur...).

J'entends que vous puissiez trouver ce questionnaire un petit peu long mais j'ai moi-même eu l'occasion de le tester sur une semaine de remplacement en médecine générale et les patients se sont facilement prêtés au jeu.

En vous remerciant d'avance pour votre participation, veuillez agréer cher confrère, chère consœur, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Sylvie Claux



## Annexe 1.2. Lettre explicative remise aux patients

Limoges,

Le 01 mai 2016,

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale, j'ai demandé à votre médecin de vous remettre ce questionnaire car vous l'avez consulté pour des douleurs chroniques. En effet, j'effectue mon travail de thèse sur ce type de douleur afin de mieux les comprendre et donc de mieux les soigner je l'espère.

Je tiens à vous remercier sincèrement de prendre le temps de répondre à ces questions, je sais que cela peut paraître un peu long mais j'ai besoin de toutes ces informations pour que mon travail soit le plus pertinent possible.

Sylvie Claux



## Annexe 2. Cahier de recueil

### Annexe 2.1. Données médicales

#### Antécédents Psychiatriques :

---

---

#### Antécédents Somatiques :

---

---

---

#### Traitement(s) contre la douleur :

---

---

---

#### Autre(s) traitement(s) :

---

---

#### Type de douleur :

Neuropathique ?     Oui     Non

Par excès de nociception ?     Oui     Non

Motif consultation : pour la douleur ?     Oui     Non

**Localisation de la douleur :** *(Numéroter les douleurs présentes actuellement par importance et préciser la durée pour chaque)*

Ordre d'importance	Douleurs	Durée (en mois)
	Céphalée	
	Rachidienne	
	Abdominale	
	Musculaire	
	Articulaire	
	Autre : _____	



## Annexe 2.2. Données sociodémographiques

### Données socio démographiques :

Sexe :             Homme       Femme

### Niveau culturel :

Certificat d'étude             BEPC / CAP             BAC             Université

### Profession actuelle :

- Aucune
- Employé
- Cadre
- Fonctionnaire
- Retraité
- Profession libérale
- Etudiant

### Situation familiale:

- Marié / Concubinage
- Célibataire
- Divorcé / Séparé
- Veuf

### Intensité de la douleur :

Merci de faire un trait sur la ligne ci-dessous pour indiquer l'intensité de votre(vos) douleur(s) à l'heure actuelle.

Pas de douleur		Douleur maximale imaginable
-------------------	--	-----------------------------------



### Annexe 2.3. Echelle de qualité de vie SF-12

Dans l'ensemble pensez-vous que votre santé est :

1 Excellente    2 Très bonne    3 Bonne    4 Médiocre    5 Mauvaise

En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- Des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules)?

1 Oui, beaucoup limité    2 Oui, un peu limité    3 Non, pas du tout limité

- Monter plusieurs étages par l'escalier ?

1 Oui, beaucoup limité    2 Oui, un peu limité    3 Non, pas du tout limité

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1 Toujours    2 La plupart du temps    3 Souvent    4 Parfois    5 Jamais

- avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

1 Toujours    2 La plupart du temps    3 Souvent    4 Parfois    5 Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé)

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1 Toujours    2 La plupart du temps    3 Souvent    4 Parfois    5 Jamais

- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

1 Toujours    2 La plupart du temps    3 Souvent    4 Parfois    5 Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 Pas du tout    2 Un petit peu    3 Moyennement    4 Beaucoup    5 Enormément

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

1 Toujours    2 La plupart du temps    3 Souvent    4 Parfois    5 Jamais

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

1 Toujours    2 La plupart du temps    3 Souvent    4 Parfois    5 Jamais

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

1 Toujours    2 La plupart du temps    3 Souvent    4 Parfois    5 Jamais

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, vos familles, vos amis, vos connaissances ?

1 Toujours    2 La plupart du temps    3 Souvent    4 Parfois    5 Jamais



## Annexe 2.4. Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)

### 1. Je me sens tendu ou énervé.

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

### 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

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

### 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

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

### 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

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

### 5. Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

### 6. Je suis de bonne humeur.

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

### 7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

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

### 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.



**9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.**

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

**10. Je me m'intéresse plus à mon apparence.**

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

**11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.**

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

**12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.**

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

**13. J'éprouve des sensations soudaines de panique.**

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

**14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.**

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.





## Annexe 2.5. STAI YB

**Instructions :** Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous.

**Lisez chaque phrase, puis cochez, celui qui correspond le mieux à ce que VOUS RESSENTEZ GÉNÉRALEMENT.** Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur,				
22. Je me sens nerveux (se) et agité (e)				
23. Je me sens content(e) de moi				
24. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être				
25. J'ai un sentiment d'échec				
26. Je me sens reposé(e)				
27. J'ai tout mon sang-froid				
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
29. Je m'inquiète à propos de choses				
30. Je suis heureux(se)				
31. J'ai des pensées qui me perturbent				
32. Je manque de confiance en moi				
33. Je me sens sans inquiétude, en				
34. Je prends facilement des décisions				
35. Je me sens incompetent(e), pas à la				
36. Je suis satisfait(e)				
37. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent				
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
39. Je suis une personne posée, solide,				
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à soucis				

## Annexe 2.6. BFI

### Instructions:

Vous allez trouver un certain nombre de qualificatifs qui peuvent ou non s'appliquer à vous. Par exemple, acceptez-vous d'être quelqu'un qui aime passer du temps avec les autres? Ecrivez devant chaque affirmation le chiffre indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation :

1 désapprouve fortement	2 désapprouve un peu	3 n'approuve ni ne désapprouve	4 approuve un peu	5 approuve fortement
----------------------------	-------------------------	-----------------------------------	----------------------	-------------------------

### Je me vois comme quelqu'un qui ....

1. \_\_\_ est bavard
2. \_\_\_ a tendance à critiquer les autres
3. \_\_\_ travaille consciencieusement
4. \_\_\_ est déprimé, cafardeux
5. \_\_\_ est créatif, plein d'idées originales
6. \_\_\_ est réservé
7. \_\_\_ est serviable et n'est pas égoïste avec les autres
8. \_\_\_ peut être parfois négligent
9. \_\_\_ est "relaxé", détendu, gère bien les stress
10. \_\_\_ s'intéresse à de nombreux sujets
11. \_\_\_ est plein d'énergie
12. \_\_\_ commence facilement à se disputer avec les autres
13. \_\_\_ est fiable dans son travail
14. \_\_\_ peut être angoissé
15. \_\_\_ est ingénieux, une grosse tête
16. \_\_\_ communique beaucoup d'enthousiasme
17. \_\_\_ est indulgent de nature
18. \_\_\_ a tendance à être désorganisé
19. \_\_\_ se tourmente beaucoup
20. \_\_\_ a une grande imagination
21. \_\_\_ a tendance à être silencieux
22. \_\_\_ fait généralement confiance aux autres
23. \_\_\_ a tendance à être paresseux
24. \_\_\_ est quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé

25. \_\_\_ est inventif
26. \_\_\_ a une forte personnalité, s'exprime avec assurance
27. \_\_\_ est parfois dédaigneux, méprisant
28. \_\_\_ persévère jusqu'à ce que sa tâche soit finie
29. \_\_\_ peut être lunatique d'humeur changeante
30. \_\_\_ apprécie les activités artistiques et esthétiques
31. \_\_\_ est quelquefois timide, inhibé
32. \_\_\_ est prévenant et gentil avec presque tout le monde
33. \_\_\_ est efficace dans son travail
34. \_\_\_ reste calme dans les situations angoissantes
35. \_\_\_ préfère un travail simple et routinier
36. \_\_\_ est sociable, extraverti
37. \_\_\_ est parfois impoli avec les autres
38. \_\_\_ fait des projets et les poursuit
39. \_\_\_ est facilement anxieux
40. \_\_\_ aime réfléchir et jouer avec des idées
41. \_\_\_ est peu intéressé par tout ce qui est artistique
42. \_\_\_ aime coopérer avec les autres
43. \_\_\_ est facilement distrait
44. \_\_\_ a de bonnes connaissances en art, musique ou littérature
45. \_\_\_ cherche des histoires aux autres

**Vérifier que vous avez bien répondu à  
toutes les questions. Merci**



## Annexe 2.7. TAS 20

### Instructions :

Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix à, la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse à chaque question : **(1)** désaccord complet, **(2)** désaccord relatif, **(3)** ni d'accord ni désaccord, **(4)** accord relatif, **(5)** accord complet.

	1	2	3	4	5
1. Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.					
2. J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3. J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.					
4. J'arrive facilement à décrire mes sentiments.					
5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.					
6. Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.					
7. Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.					
8. Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9. J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.					
10. Etre conscient de ses émotions est essentiel.					
11. Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.					
12. On me dit de décrire davantage ce que je ressens.					
13. Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.					
14. Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.					
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.					
16. Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques.					
17. Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.					
18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.					
19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20. Rechercher le sens caché des films ou de pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.					

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



## FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES CHEZ LE PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE

---

**OBJECTIF** : La douleur chronique est un problème prévalent en soins de premiers recours auquel les médecins généralistes sont peu formés. Ces patients semblent présenter des caractéristiques psychopathologiques particulières qui impactent leur perception douloureuse, mais qui sont difficiles à cerner et à prendre en charge. Notre étude a donc pour but d'évaluer ces facteurs afin d'identifier des caractéristiques psychopathologiques spécifiques associées à la douleur chronique. **METHODE** : Nous avons fait passer à des patients consultant en médecine générale différents auto-questionnaires : une échelle de qualité de vie (SF-12), une échelle d'anxiété état et de dépression (HAD), une échelle d'anxiété trait (STAI YB), un inventaire de personnalité (Big Five Inventory) et une échelle d'alexithymie (TAS 20). **RESULTATS** : Notre étude, qui a inclus 133 patients, montre que les patients douloureux chroniques sont significativement plus anxieux (45,1 % d'anxiété état et 24 % d'anxiété trait) et plus dépressifs (29,3 %) que la population générale. Ils présentent des dimensions de personnalité d'Agréabilité et de Conscienciosité plus élevées mais d'Ouverture plus faible. Ils sont alexithymiques pour 56,4 % d'entre eux. Des corrélations significatives entre l'intensité de la douleur et l'anxiété (trait et état), la dépression, le niveau de Névrosisme, d'Agréabilité, d'alexithymie et la qualité de vie physique et mentale ont été retrouvées. Nous avons également montré que la présence de symptômes dépressifs et une qualité de vie physique basse sont corrélées à une durée plus longue de la douleur chronique. L'altération de la qualité de vie physique et le niveau de symptomatologie dépressive sont les scores qui prédisent le mieux une forte intensité douloureuse (variance respectives 12,2 % et 2,3 %). **CONCLUSION** : Notre étude indique qu'il existe des facteurs psychopathologiques spécifiques chez les douloureux chroniques qui doivent être pris en compte. Cette approche devrait nous permettre de mieux comprendre les patients douloureux chroniques et de les prendre en charge de façon plus efficiente dans nos consultations de médecine générale.

---

Mots-clés : douleur chronique, anxiété, dépression, personnalité, médecine générale

### Psychopathological factors in chronic pain

---

**OBJECTIVES** : Chronic pain is a prevalent problem in primary care to which general practitioners are untrained. These patients seem to have specific psychopathological characteristics that impacts their perception of pain, but are difficult to identify and take charge. Our study aims to evaluate these factors to identify specific psychopathological features associated with chronic pain. **METHOD** : We move to consultants patients in primary care various self-administrated questionnaires : a quality of life scale (SF-12), a state anxiety and depression scale (HAD), a trait anxiety scale (STAI YB), a personality inventory (Big Five Inventory) and an alexithymia scale (TAS 20). **RESULTS** : Our study included 133 patients, shows that chronic pain patients are significantly more anxious (45,1 % state anxiety and 24 % strait anxiety) ; more depressive (29,3 %) than the general population. They have personality dimensions of Agreeableness and Conscientiousness are higher but lower Openness. They are alexithymic for 56,4 % of them. Significant correlations between pain intensity and anxiety (trait and state), depression, level of Neuroticism, Agreeableness of, alexithymia and quality of physical and mental life were found. We have also shown that the presence of depressive symptoms and a low quality of physical life are correlated with a longer duration of chronic pain. The alteration of the physical quality of life and depressive symptomatology level are the scores that predicts a sharp pain intensity (variance respective 12,2 and 2,3 %). **CONCLUSION** : Our study indicates that there are specific psychopathological factors in chronic painful that must be taken into account. This approach should allow us to better understand chronic pain patients and support them more efficiently in our general consultations.

---

Keywords : chronic pain, anxiety, depression, personality, primary care

