

Année 2019

2019 TOU3 1013

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

Djaouad BERKACH

Le 11 mars 2019

Impact des troubles anxieux et dépressifs sur  
la consommation médicamenteuse antalgique  
des patients douloureux chroniques suivis par la  
consultation douleur du centre hospitalier de Rodez

Directeur de thèse : Dr Vincent GUION

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT

Présidente

Monsieur le Docteur Pierre-André DELPLA

Assesseur

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Assesseur

Monsieur le Docteur Vincent GUION

Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2018**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

## Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis  
Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
Professeur ARBUS Louis  
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
Professeur BOCCALON Henri  
Professeur BONEU Bernard  
Professeur CARATERO Claude  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur CONTÉ Jean  
Professeur COSTAGLIOLA Michel  
Professeur DABERNAT Henri  
Professeur FRAYSSE Bernard  
Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
Professeur JOFFRE Francis  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LARENG Louis  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTHES Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MANELFE Claude  
Professeur MASSIP Patrice  
Professeur MAZIERES Bernard  
Professeur MOSCOVICI Jacques  
Professeur MURAT  
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian  
Professeur SALVAYRE Robert  
Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
Professeur SIMON Jacques

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

**P.U. - P.H.**

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Neurologie**

Mme PAVY-LE TRAON Anne

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

## P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. STILLMUNKES André

## P.U. - P.H.

2ème classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**P.U. Médecine générale**

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. BOYER Pierre

**Professeur Associé en Pédiatrie**

Mme CLAUDET Isabelle

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr LATROUS Leila

À notre Présidente du Jury,

Madame le Professeur Marie-Eve Rougé-Bugat

Professeur de Médecine Générale à l'Université Paul Sabatier

Vous nous faites le très grand honneur de présider ce jury et de juger de notre travail.

Vous avez accepté de partager avec nous votre grande expérience de la médecine de premier recours et de prodiguer des conseils qui ont été d'un grand secours. Nous vous en sommes extrêmement reconnaissants.

Votre jugement porté sur ce travail lui apportera une grande valeur, et pour ce nous vous remercions.

À Monsieur le Docteur Pierre-André Delpla

Maître de Conférence de l'Université Paul Sabatier

Praticien Hospitalier

Vous avez, sans hésitation, accepté de faire partie de ce jury de thèse et nous en sommes sincèrement honoré.

Veillez trouver ici le témoignage de notre immense respect ainsi que de notre profonde reconnaissance à l'égard de la qualité de votre enseignement.

À Madame le Docteur Julie Dupouy

Maître de Conférence de l'Université Paul Sabatier

Nous vous sommes extrêmement reconnaissant de l'intérêt que vous portez à notre travail.

Vous avez accepté de prendre part au jury de cette thèse : soyez assurée de notre profonde gratitude et reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Vincent Guion,

Votre apport à ce travail a été extraordinaire. Sans votre rigueur et votre soutien répété il n'aurait pu aboutir.

Votre expertise dans la prise en charge du syndrome douloureux chronique ainsi que votre maîtrise de la méthode scientifique ont été aussi précieuses pour ce travail qu'elles le sont quotidiennement pour vos patients et confrères.

Veillez recevoir ici l'expression de nos remerciements les plus chaleureux ainsi que le témoignage de notre amitié indéfectible.

## Remerciements

À l'ensemble du DUMG pour leur soutien. Et particulièrement au Dr Brigitte Escourrou pour son écoute, son aide et sa gentillesse extraordinaires.

À l'ensemble de l'administration du 3ème cycle pour leur patience sans limite.

À ma mère, pour les valeurs que tu m'as transmises. Cette thèse t'es dédiée.

À ma sœur, camarade de toujours et qui, un jour, deviendra une femme volante.

À mon père, et à tous ces moments qu'il nous reste à passer ensemble.

À Clémentine, mon épouse. Si demain même le soleil ne se lève pas, je sais que, toi, tu seras là.

À Victor, et à toute sa famille. Depuis toutes ces années c'est à vos côtés et grâce à vous que je grandis. C'était pas acquis.

À Florence et Marie-Raphael sans qui rien de tout ça n'aurait été possible.

À Jean-Baptiste, Aurélien et Estela pour leur présences constantes et leur bienveillance.

À tous les membres de l'HeXagone. « Ils ont dit aussi (et la faute se profile) que 5 moines s'échappèrent. Faux ! On était 6. ».

À tous les locataires de la Bambouloc', Gildas, Loïk, Tim et Jérôme.

À tous les médecins et professionnels de santé qui m'ont appris à pratiquer cet art. En particulier à toute l'équipe des urgences de Rodez, aux Drs Eloy et Rozeray et aux Drs Guijarro et Smaïl.

À toute l'équipe de la MSP de Bar-sur-Aube et du cabinet de la place Luton.

À ceux qui viendront après nous : on vous suit.

« La prise en charge adéquate de la douleur demeure, après tout,  
l'obligation la plus importante, l'objectif principal  
et la plus grande réussite de chaque médecin. »

John Bonica

Pionnier de la lutte contre la douleur.  
Fondateur du premier centre multidisciplinaire  
de traitement de la douleur.

# Table des matières

Liste des sigles utilisés.....	1
Introduction.....	2
Le modèle biopsychosocial de la douleur et le syndrome douloureux chronique.....	2
Démographie et impact socio-économique.....	4
La douleur chronique en établissement de santé.....	5
La douleur chronique et la santé mentale.....	6
La douleur chronique et la consommation médicamenteuse.....	6
Matériel et Méthode.....	8
Outils cliniques.....	8
Population.....	11
Analyse statistique.....	11
Résultats.....	12
Discussion.....	16
Objectif principal et secondaire.....	16
Population étudiée.....	16
Forces et limites de l'étude.....	17
Perspectives.....	18
Conclusion.....	21
Références bibliographiques.....	22
Annexes.....	27

# Liste des sigles utilisés

AMA : American Medical Association

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

APS : American Pain Society

ASA : American Society of Anesthesiologists

DN4 : Douleur Neuropathique 4 questions

EI : Écart Interquartile

EN : Échelle Numérique

ET : Écart Type

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HR : Hazard Ratio

IASP : International Association for the Study of Pain

IC 95 %: Intervalle de confiance à 95 %

MQS : Medication Quantification Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Quantification de la Consommation Médicamenteuse

SDC : Structures de prise en charge de la Douleur Chronique

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

# Introduction

Les syndromes douloureux constituent en France le premier motif de consultation en médecine de ville, et la prise en charge de la douleur représente la première attente des associations de patients atteints de maladies chroniques (1,2). La forte prévalence du syndrome douloureux chronique et son importance aux yeux des patients ont motivé les instances sanitaires à en faire une priorité nationale qui s'est concrétisée par plusieurs « plans douleurs » successifs (3).

Le syndrome douloureux chronique constitue un enjeu médical car il est mal accommodé par une prise en charge mono-disciplinaire et centrée sur la lésion. C'est également un enjeu social et économique de premier ordre à cause de l'absentéisme professionnel et de la forte consommation de soins et de biens médicaux qu'il induit. C'est enfin, et peut-être surtout, un enjeu humain car il entraîne une souffrance psychique, sociale et existentielle qui fait que 20 % des patients douloureux chroniques songent au suicide (4).

## Le modèle biopsychosocial de la douleur et le syndrome douloureux chronique

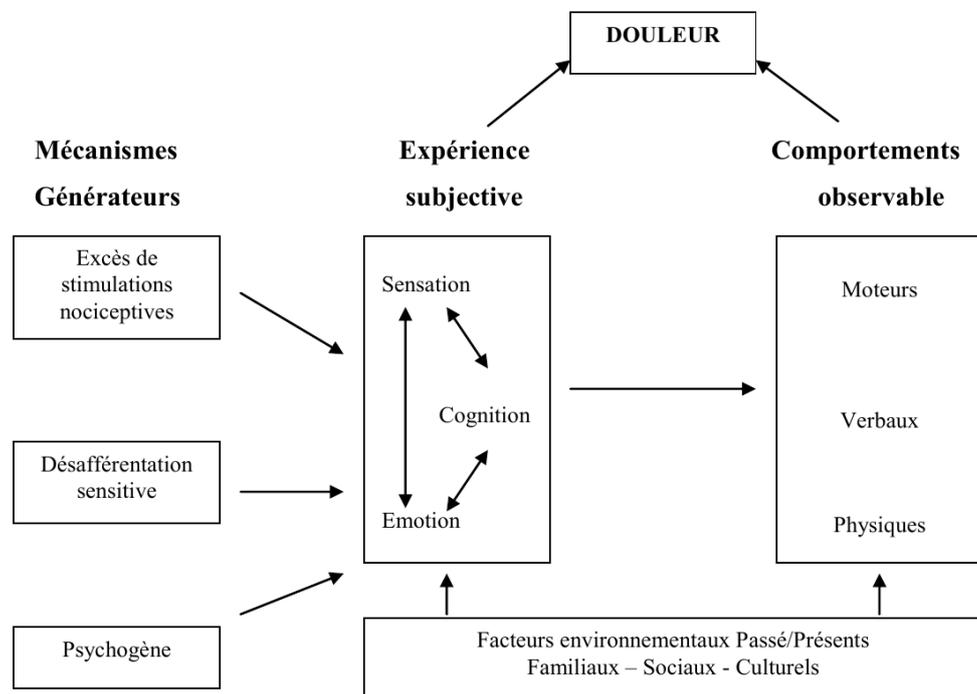
Longtemps, la prise en charge de la douleur a été significativement compromise par l'absence d'une définition qui constitue une base de travail satisfaisante pour tous les cliniciens. Consciente de cette faiblesse, l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) s'est attachée à classifier les syndromes douloureux afin de dresser une liste uniforme de termes qui fasse converger les différentes opinions et qui rende compte de la diversité des ressentis du phénomène douloureux.

La définition proposée par l'IASP en 1979 et adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1986 décrit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (5). Cette description témoigne opportunément de la nature subjective de la douleur. Ainsi, qu'une lésion tissulaire existe ou non ne modifie pas la réalité de son vécu. Les douleurs sans lésion organique décelable tirent de là toute leur légitimité et toute leur crédibilité.

Quel que soit son facteur déclenchant, la douleur se vit comme un phénomène multidimensionnel dont la description ne peut se limiter à son intensité (Figure 1). On identifie ainsi quatre grandes composantes de la douleur (6):

- La composante sensitivo-discriminative qui correspond à l'analyse de la nature, de la localisation, de l'intensité et de la durée du stimulus douloureux ;
- La composante affective et émotionnelle qui donne son sentiment désagréable à l'expérience douloureuse et peut retentir sur l'humeur.
- La composante cognitive qui désigne les processus d'attention, d'interprétation, d'anticipation et de remémoration qui influencent la perception de la douleur.
- La composante comportementale qui englobe les manifestations verbales et non verbales observables chez le sujet douloureux.

Figure 1. Schéma illustrant le modèle pluridimensionnel de la douleur (7)



Le modèle biopsychosocial de la douleur postule que l'ensemble des composantes sus-citées sont elles-mêmes sous l'influence de facteurs environnementaux, familiaux, professionnels, sociaux et culturels (8). Il soutient que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux participent simultanément au maintien de la santé et bien que leur importance relative puisse varier, aucun n'est considéré *a priori* comme prépondérant.

Le modèle biopsychosocial permet donc de transcender le modèle biomédical tout en garantissant aux facteurs biologiques toute la part qui leur est due. Il connaît de grandes réussites dans le champ de la douleur puisque pour les lombalgies par exemple, les facteurs psychosociaux se sont avérés de meilleurs prédicteurs du risque de passage à la chronicité que les facteurs biologiques ou biomécaniques (9). Ce cas de figure illustre le bénéfice d'une approche qui évalue le patient dans sa globalité et propose des stratégies thérapeutiques qui prennent en compte ses déterminants psychosociaux.

La définition de la douleur chronique représente un défi encore plus grand et le consensus reste à atteindre. Certains auteurs se basent préférentiellement sur la durée de la manifestation et une douleur est classiquement considérée comme chronique lorsqu'elle évolue depuis plus de 3 mois (6). D'autres préfèrent mettre en avant sa dimension syndromique : l'*American Society of Anesthesiologists* (ASA) définit la douleur chronique comme une « douleur persistante ou épisodique d'une durée ou d'une intensité qui affecte de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient » (10).

La douleur chronique s'entend donc comme une douleur qui persiste au-delà du délai habituel de cicatrisation tissulaire et qui va perdre sa fonction protectrice de signal d'alarme pour devenir une manifestation inappropriée et préjudiciable (Tableau 1).

Tableau 1. Comparaison entre la douleur aiguë et la douleur chronique.(7)

	Douleur aiguë : « symptôme »	Douleur chronique « maladie »
Mécanisme	Unifactoriel	Plurifactoriel
Réponse somato-végétative	Réactionnelle	Habitude en entretien
Comportement	Réactionnel	Renforcé
Composante affective	Anxiété	Dépression
Modèle théorique	Biomédical	Biopsychosocial
Finalité biologique	Utile Protectrice Signal d'alarme	Inutile Destructrice Maladie en soi

Le concept de syndrome douloureux chronique érige la douleur chronique en entité nosologique à part entière. En 2008 la Haute Autorité de Santé (HAS) synthétisait les descriptions de l'ASA et de l'*American Medical Association* (AMA), pour proposer sa propre définition (10,11) :

- douleur persistante ou récurrente ;
- qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- avec une réponse insuffisante au traitement ;
- et/ou une 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.

Le syndrome douloureux chronique peut être accompagné :

- de manifestations psychopathologiques ;
- d'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 ;
- d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

### Démographie et impact socio-économique

Dans la revue systématique de la littérature menée par Ospina et *al.* les estimations de prévalence de la douleur chronique variaient significativement dans les études qui utilisaient la définition de la douleur chronique de l'IASP (12). L'intervalle des valeurs allait de 10,5 % à 55,2 % pour une moyenne pondérée à 35,5 %. Dans les études utilisant les critères de l'*American College of Rheumatology*, la variation était plus étroite avec un intervalle de 10,1 % à 13 % et une moyenne pondérée à 11,8 %. L'enquête européenne conduite par Breivik *et al.* en 2006 et reprise par la *Pain Alliance Europe* retrouvait une douleur chronique d'intensité modérée à sévère chez 19 % des Européens adultes (13,14). L'absence de consensus concernant la définition du syndrome douloureux chronique à retenir mais également des techniques variables d'échantillonnage étaient donc responsables des grandes fluctuations dans les résultats.

En France, l'enquête *Study of the Prevalence of Neuropathic Pain* (STOPNEP) de 2004 montrait que 31,7 % des personnes interrogées exprimaient une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois (15). Dans le rapport de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé de 2011, la prévalence de la douleur chronique sévère, était évaluée à 11 % chez l'adulte (16).

À l'échelle individuelle et collective, les douleurs chroniques sont à l'origine de coûts de santé directs et indirects très importants (17). En 2003 l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) d'Île-de-France rapportait qu'un patient souffrant de douleur chronique a recours chaque année en moyenne à 10 consultations chez un médecin généraliste et 4 consultations chez un spécialiste (18). Dans cette étude, les arrêts de travail étaient 5 fois plus fréquents parmi les patients interrogés que dans la population générale et 45% de ces patients avaient bénéficié d'arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépassait 4 mois par an.

Il est difficile d'évaluer l'impact économique de la douleur chronique et les données sont peu nombreuses (17). L'étude ECONEP de 2006 parvenait toutefois à chiffrer le coût total moyen par an et par patient à 7 000€ pour les hospitalisations en hôpital privé et 14 500 € en hôpital public auxquels s'ajoutaient 580 € en traitement médicamenteux plus 3 630 € en traitements non médicamenteux à l'hôpital privé et 5 150 € en hôpital public, et enfin, 950 € d'exams complémentaires (19). Si l'on s'intéresse à des pathologies précises en France, on retrouve que la migraine et les céphalées chroniques sont responsables respectivement de 1 et 2 milliards de dépenses par an (20); les lombalgies chroniques coûtent 6 000 euros par patient et par an (21); et les fibromyalgies 6 000 euros par patient et par an (22).

### La douleur chronique en établissement de santé

La prise en charge de la douleur n'est pas seulement un critère de qualité d'un système de santé ou un enjeu de santé publique : c'est un problème de société. En pratique de ville, les cliniciens sont soumis à des contraintes de temps, de connaissances et de moyens qui compromettent le suivi optimal de tous les patients (23,24). De ce fait, lorsque la communauté médicale a pris la mesure des progrès à réaliser, l'algologie a évolué vers une sous-spécialité médicale distincte dotée de ses propres programmes de recherche et de formation (3). Les pouvoirs publics ont également cherché à jouer leur rôle afin d'élever le système de santé au niveau des besoins de la population. En France, cela s'est traduit par les « plans douleurs » qui ont notamment permis la création des structures dédiées au sein des

établissements de santé (3). Ces Structures de prise en charge de la Douleur Chronique (SDC) sont distinguées selon 2 niveaux de labellisation : les Consultations Douleur qui assurent un rôle de proximité et les Centres d'Étude et de Traitement de la Douleur (CETD) qui assument davantage de fonctions d'expertise et ont accès à des lits d'hospitalisation ainsi qu'à un plateau technique plus pointu (11). Les patients admis en SDC font l'objet d'une évaluation initiale qui permet de définir les caractéristiques de la douleur ainsi que son retentissement. Il est recommandé de suivre une grille d'entretien semi-structuré qui comprend classiquement : une mesure subjective de l'intensité de la douleur, un schéma des zones douloureuses, une liste de mots descriptifs de la douleur, une évaluation de la composante anxio-dépressive, une recherche du retentissement professionnel et économique ainsi que la liste des traitements antérieurs, médicamenteux ou non (11). Cela dans le but d'obtenir une évaluation globale du patient qui prenne en considération les facteurs biomédicaux mais également sociaux et psychologiques.

### La douleur chronique et la santé mentale

Dans le contexte du syndrome douloureux chronique on peut observer chez le patient un large éventail de troubles mentaux concomitants. Il est ainsi bien établi que les patients se plaignant de douleurs chroniques présentent des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression que la population générale (25). Dans une moindre mesure, on note également une prévalence plus importante des conduites addictives, des troubles de la personnalité et des troubles psychotiques.

La dépression est la comorbidité la plus fréquente chez les patients atteints de douleurs chroniques et cette association devient de plus en plus forte à mesure que la gravité de l'une ou de l'autre condition augmente (26). De plus, la prévalence de la douleur dans une population de patients souffrant de dépression et la prévalence de la dépression dans une population de patients souffrant de douleurs chroniques sont plus élevées que les taux de prévalence de ces deux conditions examinées séparément (27). La revue de la littérature menée par Bair *et al.* en 2003 montrait que la prévalence de la dépression majeure peut aller de 18 % dans la population des patients douloureux au sens large à 52 % chez ceux pris en charge en SDC et jusqu'à 85 % dans les services s'occupant des douleurs faciales (27). La prévalence vie-entière de la dépression chez les patients douloureux chronique est également significativement plus élevée que dans la population générale : 12% vs 32,4 % (27). Et ces patients sont 2 à 3 fois plus à risques de se suicider que la population générale (28).

De plus 50 % à 80 % des patients souffrant de dépression se plaignent en premier lieu d'un syndrome douloureux (29).

Le mécanisme exact de l'interaction entre la douleur et la dépression n'est pas complètement élucidé mais trois théories dominent le champ des possibles. La première suppose que la dépression est causée par la douleur corporelle. La deuxième suggère que la douleur est une manifestation somatique de la dépression. Enfin, la troisième conçoit que non seulement la dépression et la douleur affectent les mêmes domaines cliniques, mais qu'elles partagent également des facteurs génétiques et des facteurs physiopathologiques environnementaux propices à leurs développements (30).

Outre la dépression, l'anxiété est la comorbidité psychiatrique la plus fréquente chez les patients douloureux chroniques (30). Sur des cohortes de patients souffrant de syndromes allant des lombalgies chroniques aux douleurs pelviennes d'origine cancéreuse, au moins 50 % des patients présentaient des symptômes d'anxiété et 19 % un authentique trouble anxieux tel que le trouble panique ou le trouble anxieux généralisé (30). L'anxiété agit sur les patients douloureux en diminuant les seuils de perception et de tolérance de la douleur pour ainsi augmenter l'intensité de la perception et le vécu de la souffrance.

Lors de l'évaluation initiale d'une douleur chronique, l'HAS recommande la recherche systématique des manifestations psychopathologiques induites ou associées et particulièrement celle des troubles anxieux et dépressifs (11). L'utilisation d'outils validés est encouragée sans qu'aucun d'entre eux ne soit spécifiquement préconisé.

### La douleur chronique et la consommation médicamenteuse

L'objectif de la prise en charge en SDC est d'améliorer l'état fonctionnel physique, psychologique, social et professionnel du patient douloureux chronique tout en maintenant le recours à des médicaments antalgiques à un niveau acceptable (11,31). Lors de l'évaluation initiale et tout au long du suivi du patient, il est recommandé de porter une attention particulière à l'éventuelle iatrogénie médicamenteuse et de constamment rechercher la réduction de la consommation antalgique (31). Malgré cela, les patients douloureux chroniques se trouvent fréquemment en situation de polymédication, « rationnelle » ou non (32). Et cette polymédication est soupçonnée de constituer le principal mécanisme de l'augmentation des dépenses de santé dans cette population (33). Cet aspect de la prise en charge paraît d'autant plus crucial si l'on prend en considération que les médicaments antalgiques sont susceptibles d'engendrer des effets indésirables allant

de l'addiction jusqu'à la mort. Dans son enquête sur les décès toxiques par antalgique, le Centre d'évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance enregistrait 84 décès directement imputables aux médicaments antalgiques en 2016 (34). La molécule de loin la plus impliquée était le tramadol.

De nombreuses études se sont intéressées au rôle que jouent les troubles anxieux et dépressifs dans la prise en charge de la douleur chronique. La plupart d'entre elles parviennent à la conclusion que les patients douloureux chroniques souffrant de dépression et d'anxiété ont une réponse au traitement globalement plus faible que ceux qui ne présentent pas ces comorbidités (27). Quelques unes d'entre elles ne retrouvent pas de tels résultats (35,36). Certains travaux ont mis en lumière la responsabilité de la souffrance psychique des patients douloureux chroniques dans leur recours plus fréquent aux professionnels de santé ou dans l'augmentation du coût global de leur traitement (37,38). Cependant peu d'études se sont intéressées spécifiquement au retentissement sur la consommation médicamenteuse antalgique et le cas échéant se focalisaient exclusivement sur une seule classe pharmacologique (généralement les opioïdes) (39,40).

L'objet du présent travail est l'étude de l'association entre les symptômes anxieux et dépressifs exprimés par les patients douloureux chroniques sur leur consommation médicamenteuse antalgique. Notre hypothèse était que les patients présentant des troubles anxieux ou dépressif avérés sont plus à risque de polymédication au moment de leur prise en charge mais également plus à risque de voir cette polymédication persister tout au long du suivi de leur syndrome douloureux.

L'objectif principal de cette étude était de rechercher une association entre la présence d'un trouble anxieux ou dépressif avéré et une plus grande consommation médicamenteuse antalgique. L'objectif secondaire était de déterminer si la présence d'un trouble anxieux ou dépressif avéré initial était associé à une moins bonne évolution de la consommation médicamenteuse antalgique.

# Matériel et Méthode

Nous avons mené une étude rétrospective sur un groupe de patients douloureux chroniques suivis par la consultation douleur du centre hospitalier Jacques Puel de Rodez (Aveyron). Les données cliniques étaient extraites des dossiers médicaux et numérisées de façon anonyme grâce à un questionnaire Google Form puis exportées dans un tableur LibreOffice Calc 6.1.0.1. Conformément aux recommandations de l'*Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials* concernant les domaines à explorer et les mesures à effectuer dans les études portant sur la douleur chronique (41,42), nous avons recueilli : l'âge, le sexe, la durée d'évolution du syndrome douloureux, l'intensité de la douleur (évaluée sur une Échelle Numérique (EN)), le caractère neuropathique de la douleur (évalué par le questionnaire de Douleur Neuropathique en 4 questions (DN4)), la présence de troubles anxieux et dépressifs (cf. *infra*), les antécédents connus de syndrome dépressif et anxieux, l'existence d'une complication sociale (définie par un arrêt de travail d'une durée > 6 mois, la mise en invalidité ou le licenciement pour inaptitude) ainsi que la consommation médicamenteuse antalgique (cf. *infra*).

## Outils cliniques

### HADS

Afin de dépister la présence de symptômes anxieux et dépressifs chez les patients étudiés, nous avons exploité les scores de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) qu'ils avaient renseignés lors de leur première consultation. Cette échelle proposée en 1983 a été validée en français et régulièrement réévaluée (43–45). Elle a été sélectionnée par les SDC de la région Midi-Pyrénées pour figurer dans les dossiers de demande de consultation, notamment car elle est spécifiquement conçue pour dépister la symptomatologie anxieuse et dépressive tout en écartant les symptômes somatiques susceptibles de fausser l'évaluation chez les patients vus en milieu non-psychiatrique (donc susceptibles de présenter des pathologies organiques). Elle prend la forme d'un auto-questionnaire à compléter en fonction de son état tel que ressenti au cours de la semaine écoulée (une reproduction de ce questionnaire est disponible en annexe 1).

Les items de la HADS sont répartis en deux sous-échelles :

- 7 items pour évaluer la dépression : 1 pour la dysphorie, 1 pour le ralentissement et 5 pour la dimension anhédonique ;
- 7 items pour évaluer l'anxiété qui sont issus du *Present State Examination* (46) et de la *Clinical Anxiety Scale* (47).

Pour chaque item, quatre modalités de réponse codées de 0 à 3 sont proposées. Les items de dépression (n° 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) et d'anxiété (n° 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) sont alternés. De plus, une alternance dans l'ordre des cotations (de 0 à 3 ou de 3 à 0) a été prévue pour éviter l'éventuel biais lié à leur répétition. Le score global est obtenu en faisant la somme des réponses aux 14 items. Deux sous-scores correspondant aux deux sous-échelles peuvent également être calculés. Plus les scores sont élevés, plus la symptomatologie est sévère.

Selon la publication originelle, les seuils pour les deux sous-scores permettant d'identifier les cas présentant des symptômes dépressifs ou anxieux, sont les suivants :

- de 0 à 7 : absence de trouble anxieux et de trouble dépressif ;
- de 8 à 10 : troubles anxieux ou dépressifs suspectés ;
- de 11 à 21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés.

### Le score de QCM

La consommation médicamenteuse doit bénéficier d'une attention particulière lors de la prise en charge clinique de la douleur afin d'espérer minimiser les interactions médicamenteuses et les effets indésirables. C'est également une mesure essentielle dans la recherche sur la douleur pour pouvoir comparer les résultats au sein des études et les études entre elles. Malheureusement cette donnée est difficile à quantifier car les patients souffrant de douleurs chroniques présentent une intrication de pathologies telles que les troubles anxio-dépressifs, l'incapacité physique, etc. Pour cette raison, ils se trouvent fréquemment en situation de polymédication et reçoivent ainsi différentes molécules, de classes pharmacologiques diverses, à des doses variables. Il n'existe aucun moyen simple ou intuitif de comparer directement une prescription médicamenteuse à une autre. Même au sein d'une même classe, deux médicaments avec un mécanisme d'action similaire peuvent avoir une pharmacocinétique/dynamique différente et peuvent rarement être comparés milligramme à milligramme.

Le score de Quantification de la Consommation Médicamenteuse (QCM) permet de rendre compte de la complexité de cette consommation et de son évolution. Cet outil, conçu par Steedman *et al.* pour répondre aux défis de la prise en charge pharmacologique de la douleur chronique, a été publié pour la première fois en 1992 sous le nom de *Medication Quantification Scale* (MQS) et périodiquement remanié jusqu'à sa version actuelle (MQS III) (48–52). Il synthétise les différents aspects d'une consommation médicamenteuse et calcule une valeur numérique unique représentative du profil pharmacologique du patient. Ce score peut être utilisé à la fois par les cliniciens et par les chercheurs pour suivre les niveaux de douleur tout au long du traitement d'un patient douloureux chronique ou d'une étude sur ce sujet.

En pratique clinique, le profil de consommation médicamenteuse peut varier selon trois axes : posologie, nombre de médicaments et classes pharmacologiques. Le score de QCM consigne tous ces éléments en se basant sur une somme de principes conceptuellement simples :

- Chaque médicament antalgique reçoit un score basé à la fois sur sa classification pharmacologique et sur la dose quotidienne administrée au patient.
- Ce score est fonction d'un degré de « préjudice » (*detriment weight*) propre à chaque classe pharmacologique.
- Les scores de chaque médicament sont additionnés pour obtenir le score de QCM total pour ce patient.

Chaque molécule est assignée à une classe pharmacologique en fonction de son mécanisme supposé d'action. Il est à noter toutefois que les catégories des antalgiques opioïdes sont calquées sur celles définies par la *Drug Enforcement Administration* (le service de police fédérale chargé de la lutte contre le trafic de stupéfiants) et ne répondent donc pas à la logique définie précédemment.

Le préjudice correspond pour sa part au potentiel d'effets indésirables à court et long terme que le médicament est susceptible d'induire. Son « poids » peut varier de 1 à 6. Une valeur de 1 indique un risque relativement faible d'effets indésirables et une valeur de 6 un risque élevé. Pour obtenir un consensus sur ce degré de préjudice, les membres prescripteurs de l'*American Pain Society* (APS) ont été interrogés sur leur évaluation des effets indésirables de chaque classe de médicament antalgique.

Ces effets indésirables comprenaient, sans s'y limiter : une toxicité ou un dysfonctionnement organique ou systémique, des interactions médicamenteuses, un risque d'addiction, de dépendance physique ou psychologique, d'abus, d'insomnie, de tolérance, d'augmentation de la perception de la douleur (hyperalgésie) et des problèmes de mémoire ou de concentration. Chaque évaluateur attribuait un poids au potentiel d'effet indésirable de chaque classe en utilisant une échelle de Likert à 7 points. L'échelle allait de 0 à 6 ; 0 étant " aucun préjudice ", 3 : « préjudice modéré » et 6 « préjudice extrême ». (Les niveaux de préjudice des principales classes pharmacologiques rencontrées au cours de cette étude sont disponibles en annexe 2).

Pour obtenir le score de QCM d'un médicament donné, le degré du préjudice est multiplié par le niveau de posologie reçue par le patient. Ce niveau de posologie est évalué de 1 à 4. Un niveau de 1 indique une dose sous-thérapeutique d'au moins une dose par semaine mais inférieure à la dose quotidienne recommandée. Un niveau de 2 indique une faible posologie, c'est à dire une dose quotidienne dans la moitié inférieure de la fourchette posologique recommandée. Un niveau de 3 indique une posologie élevée, c'est à dire dans la moitié supérieure de cette fourchette posologique. Et un niveau de 4 indique une posologie suprathérapeutique, c'est à dire qui dépasse la dose quotidienne recommandée. (Un tableau récapitulatif est disponible en annexe 3). Nous avons pris pour référence la posologie indiquée par le résumé des caractéristiques du produit fourni par l'ANSM.

Le score de QCM à la date de la première consultation était calculé ; et si un (ou plusieurs) autre(s) contact(s) avai(en)t été établi(s) avec le patient, le score de QCM à la date du dernier contact était également renseigné. Dans ce but, un tableau avec une liste déroulante des degrés de préjudice des classes pharmacologiques les plus courantes a été spécifiquement créé à l'aide de LibreOffice Calc 6.1.0.1. (Un exemple de calcul de score de QCM est disponible en annexe 4).

## Population

Les patients inclus étaient tous ceux qui s'étaient présentés au moins une fois à la consultation douleur du centre hospitalier de Rodez au cours des 18 mois précédant le recueil en juillet 2018. Les patients qui n'avaient pas renseigné la HADS étaient exclus de l'étude. Les patients ont été divisés en 2 groupes :

- Le groupe dit HADS+ qui réunissait les patients avec un score de HADS suggérant un trouble anxieux ou dépressif avéré (anxiété > 10 ou dépression > 10)
- Le groupe dit HADS- qui réunissait les patients avec un score de HADS suggérant un trouble anxieux ou dépressif douteux ou absent (anxiété ≤ 10 ou dépression ≤ 10)

## Analyse statistique

Afin de tester notre hypothèse principale, les distributions des scores de QCM dans chacun des deux groupes HADS ont été comparées par un test des rangs de Wilcoxon. Les données de survie des patients pour lesquels nous disposions d'un suivi du score de QCM ont été analysées pour évaluer le risque d'une diminution ou stagnation du score de QCM vs augmentation du score de QCM. La comparaison du risque cumulatif a été estimée par la méthode de Kaplan-Meier. La méthode de régression de Cox a été appliquée pour calculer le rapport du risque (HR : *hazard ratio*) de voir son score de QCM diminuer ou stagner en cas d'appartenance au groupe HADS+ en prenant en compte les facteurs de confusion suivants :

- âge du patient
- sexe du patient
- ancienneté déclarée de la douleur
- intensité de la douleur à la première consultation (EN)
- score de QCM lors de la première consultation
- antécédent psychiatrique de dépression, d'anxiété, ou d'anxio-dépression
- douleur neuropathique (DN4)
- présence d'une complication sociale
- présence cumulée d'une complication sociale et d'une HADS positive

Le logiciel utilisé a été STATA® version 12 (StataCorp, College Station, TX, USA). Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

# Résultats

Les caractéristiques de la population d'étude sont décrites dans le Tableau 2. Nous avons étudié une population de 234 individus parmi lesquels 98 étaient classés dans le groupe HADS- et 136 dans le groupe HADS+. Dans notre échantillon, on dénombrait 145 femmes (61 %) et 89 hommes (39 %). L'âge médian de nos patients était de 52.1 ans et la durée médiane d'apparition du syndrome douloureux de 30 mois, soit 2.5 ans. On notait que les patients du groupe HADS+ bénéficiaient d'une durée de suivi significativement plus longue 13.2 mois vs 6.7 mois ( $p < 0.001$ ).

Le score de QCM était plus élevé dans le groupe HADS+ que dans le groupe HADS-. Le test des rangs de Wilcoxon a montré que cette différence était statistiquement significative ( $p = 0.0001$ ). Ces distributions sont représentées en figure 2.

Figure 2. Répartition des scores de QCM dans les groupes HADS- et HADS+

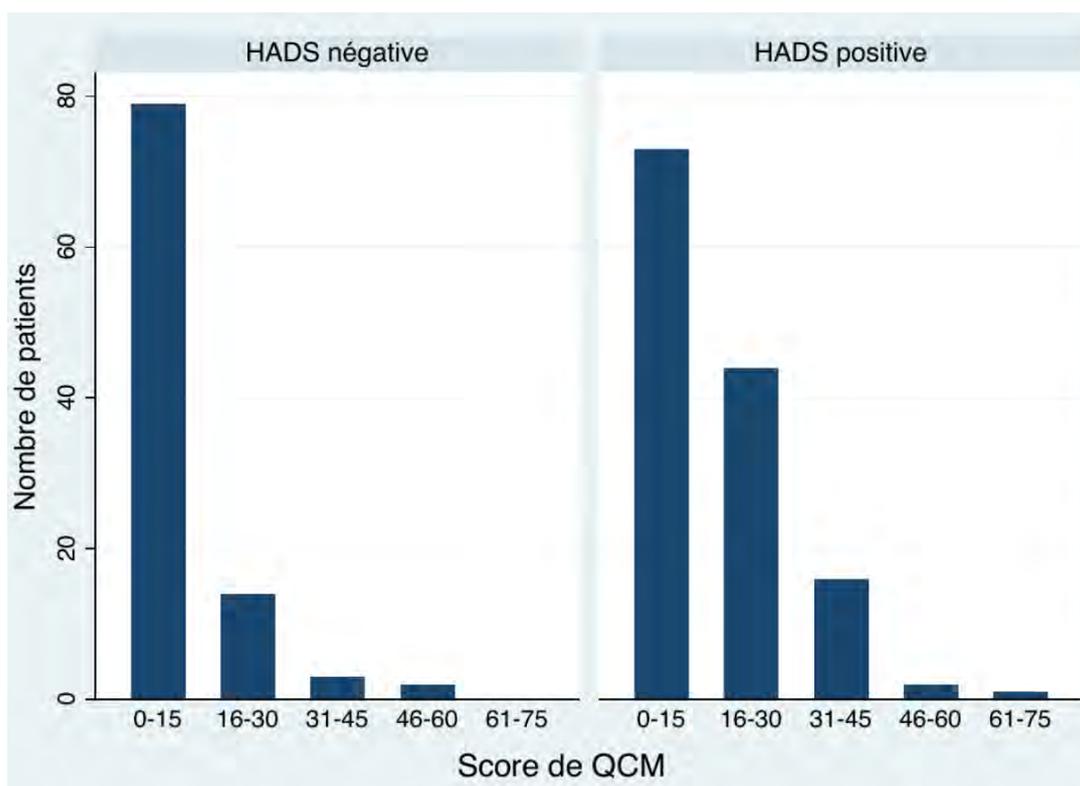


Tableau 2 Descriptif de la population (données statistiquement significatives en gras)

Population d'étude (n=234)			HADS négative (n=98)	HADS positive (n=136)	p
Age (années)	Médiane (EI)	52.1 (20.5)	51.4 (20.7)	52.3 (18.6)	0.986
Sexe					0.243
	Masculin	89 (38.0%)	33 (33.7%)	56 (41.2%)	
	Féminin	145 (62.0%)	65 (66.3%)	80 (58.8%)	
Durée d'évolution de la douleur (mois)	Médiane (EI)	30 (77)	24 (60)	36 (83)	0.192
	Moyenne (ET)	90.2 (283.2)	106.4 (424.2)	78.7 (100.3)	
Antécédent psychiatrique					0.051
	Aucun	184 (80.0%)	85 (88.5%)	99 (73.9%)	
	Anxiété	3 (1.3%)	1 (1.0%)	2 (1.5%)	
	Anxio-dépression	6 (2.6%)	1 (1.0%)	5 (3.7%)	
	Dépression	37 (16.1%)	9 (9.4%)	28 (20.9%)	
Intensité de la douleur à la première consultation	Médiane du score d'échelle numérique (IQR)	5 (3.5)	5 (3)	5 (4)	0.247
<b>Score QCM à la première consultation</b>	<b>Médiane (EI)</b>	<b>11.2 (15.7)</b>	<b>8.4 (10.2)</b>	<b>13.9 (18.2)</b>	<b>&lt;0.001</b>
Douleur neuropathique		149 (70.3%)	59 (64.1%)	90 (75.0%)	0.086
Complication sociale		112 (52.1%)	43 (46.2%)	69 (56.6%)	0.133
<b>Durée du suivi, en mois</b>	<b>Médiane (EI)</b>	<b>8.18 (22.0)</b>	<b>6.7 (11.3)</b>	<b>13.2 (30.8)</b>	<b>&lt;0.001</b>

L'estimation de Kaplan-Meier a montré que les patients du groupe HADS- avaient plus de chance de présenter une amélioration ou stagnation du score de QCM que les patients du groupe HADS+, et ce quelle que soit la durée de suivi. La courbe d'estimation de Kaplan-Meier est présentée en figure 3.

Notre modèle de régression de Cox a permis d'inclure 92 patients, parmi lesquels 52 ont présenté une amélioration ou une stagnation du score de QCM. Les résultats du modèle de Cox sont présentés dans le tableau 3. Le *hazard ratio* d'une HADS positive était de 0.30 (Intervalle de Confiance à 95% : 0.10 – 0.91 ; p=0.033).

Figure 3. Estimation de Kaplan-Meier du risque d'une « amélioration ou stagnation » du score de QCM

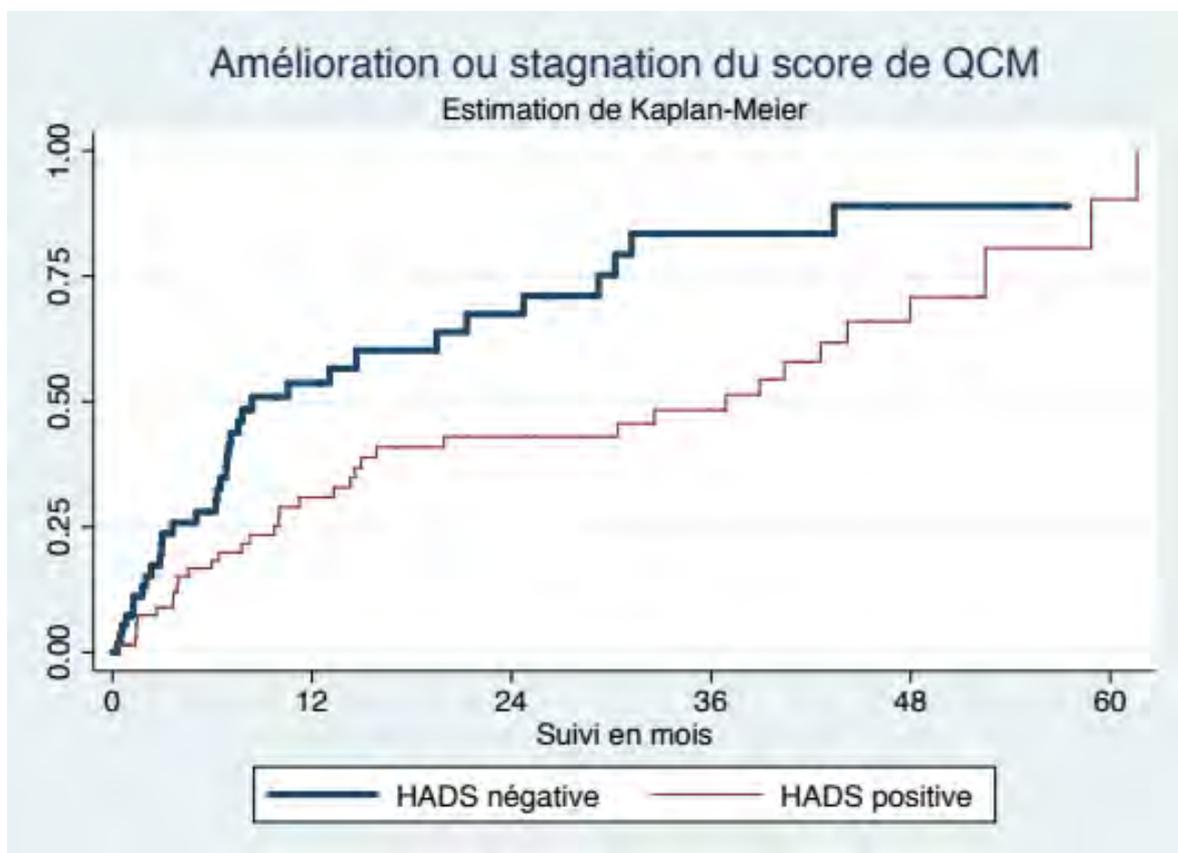


Tableau 3 : Résultats du modèle de Cox décrivant la diminution ou l'absence d'augmentation

Variable	HR	p	IC 95 %	
<b>Age (années)</b>	<b>1.04</b>	<b>0.004</b>	<b>1.01</b>	<b>1.08</b>
Evolution de la douleur (mois)	1.00	0.077	1.00	1.00
Intensité de la douleur		0.091		
	EN=0 Référence			
	EN= [1-4] 10.07	0.043	1.08	94.21
	EN= [5-7] 14.88	0.022	1.47	151.17
	EN ≥ 8 23.30	0.013	1.92	282.44
Score de QCM		0.751		
	0-15 Référence			
	16-30 0.79	0.548	0.37	1.69
	31-45 1.06	0.918	0.33	3.42
	46-60 2.25	0.282	0.51	9.88
	61-75 1.04	0.982	0.05	22.00
Sexe				
	Masculin Référence			
	Féminin 1.26	0.515	0.63	2.49
Antécédent psychiatrique		0.146		
	Aucun Référence			
	<i>Anxiété Omis pour colinéarité</i>			
	Anxio-dépression 0.71	0.703	0.12	4.15
	Dépression 2.49	0.066	0.94	6.62
Douleur neuropathique	0.86	0.684	0.40	1.81
Variable	HR	p	IC 95 %	
<b>HADS</b>				
	<b>négative Référence</b>			
	<b>positive 0.30</b>	<b>0.033</b>	<b>0.10</b>	<b>0.91</b>
Complication sociale	0.76	0.575	0.29	1.99
Complication psychique et sociale	3.02	0.103	0.80	11.40

# Discussion

## Objectif principal et secondaire

Les résultats de notre étude suggèrent que la présence d'une symptomatologie anxio-dépressive avérée est significativement associée à une plus grande consommation médicamenteuse antalgique ainsi qu'à une moindre amélioration de cette consommation chez les patients douloureux chroniques pris en charge en SDC.

Dans notre échantillon, les patients présentant une symptomatologie anxio-dépressive avérée avaient près de 3 fois moins de chances d'améliorer ou de stabiliser leur consommation médicamenteuse antalgique que ceux qui ne présentaient pas cette symptomatologie. Leur durée de suivi par la consultation douleur était significativement plus importante.

Ces données sont en concordance avec les données de la littérature qui suggèrent que la présence d'un syndrome anxio-dépressif est globalement associée à de moins bons résultats cliniques chez les patients douloureux chroniques (27). L'efficacité des traitements antalgiques et antidépresseurs est dégradée par la potentialisation mutuelle des symptômes douloureux et dépressifs, alors qu'elle est conservée lorsque ces pathologies se manifestent séparément (27,53).

Nos données rejoignent plus précisément, l'étude de Lalic *et al.* qui retrouvaient que les patients souffrant de dépression avaient 1,6 fois plus de risque de se voir prescrire des antalgiques opioïdes de façon persistante (> 12 mois) (39). La récente étude de Smith *et al.* démontrait également que l'augmentation de l'intensité des symptômes dépressifs tels qu'évalués par le Questionnaire sur la Santé du Patient (*Patient Health Questionnaire* : PHQ-2) était associée à une probabilité accrue de se voir prescrire un traitement opiacé. Ils ont également rapporté la consommation d'un plus grand nombre d'équivalents morphine par année (40).

## Population étudiée

Dans notre échantillon, il existait une sur-représentation féminine : 61 % vs 39 %. Cette inégalité était également retrouvée par la HAS dans son enquête transversale sur la population se présentant pour la première fois en SDC (68,2% de femmes pour 31,8% d'hommes) et plus largement dans la majorité des études sur la douleur chronique (13,54).

Bien qu'en situation expérimentale les femmes présentent effectivement une plus grande sensibilité à certains types de douleur (55,56), les facteurs bio-hormonaux sont considérés comme moins responsables de cet écart que les facteurs psychologiques et sociaux (57). Les modèles actuels supposent que les rôles de genres ont un impact déterminant sur la plainte douloureuse. Par exemple, les sujets masculins rapportent significativement moins de douleur quand l'expérimentateur est de genre féminin, se conformant ainsi au modèle attendu de l'homme stoïque (58,59). En contexte clinique les hommes se déclarent pourtant plus handicapés par la douleur chronique dans leurs activités professionnelles, et présentent de plus hauts niveaux d'anxiété et de dépression que les femmes (55,56,60). *A contrario*, les normes de genres féminines font passer la douleur pour un élément quasi-incontournable de la vie courante et rendent ainsi son expression plus acceptable (60). Cela a pour conséquence que les femmes rapportent plus volontiers leur douleur que les hommes, font état d'une douleur plus intense, ont plus souvent recours au système de santé et *in fine* font preuve d'une meilleure adaptation à la douleur chronique (55,56,60). De façon intéressante, les hommes et les femmes qui rapportent des douleurs d'intensité identique, présentent le même niveau d'utilisation du système de soins (61).

L'âge médian de nos patients était de 52.1 ans ce qui se rapproche des enquêtes européennes (50.7 ans) et de la HAS (53 ans) (13,54). Il s'agit d'un âge relativement jeune alors qu'il est désormais établi que la prévalence de la douleur chronique augmente de façon constante avec l'âge, notamment du fait de la plus grande prévalence de la dépression dans cette population, du risque accru de déficit fonctionnel lié à la douleur et du placement en institution qui peut s'en suivre (15,62). Cela s'explique en partie par les particularités de la douleur chez les personnes âgées qui est souvent vécue comme une expérience répétitive voire un état permanent avec lequel il faut bien composer. Les personnes âgées ont ainsi tendance à intérioriser le phénomène douloureux et font souvent preuve d'une acceptation qui confine au renoncement (63). Ce fatalisme allié à la crainte d'une sollicitation excessive du corps médical aboutit à une sous-déclaration de la plainte douloureuse et à un sous-diagnostic. La polypathologie mais également la polymédication associée à la crainte des interactions médicamenteuses font que même en présence d'un syndrome douloureux chronique bien identifié, patients et prescripteurs éprouvent un sentiment d'impuissance et d'inélictable. Les premiers « plans douleurs » n'avaient pas pris la mesure de ces spécificités et en partie pour cette raison, les médecins généralistes étaient près de 50 % à déclarer éprouver des difficultés à soulager les douleurs chroniques des personnes âgées (63).

La durée médiane d'apparition du syndrome douloureux dans notre échantillon était de 30 mois, soit 2,5 ans, ce qui est comparable aux 3 ans d'évolution observés dans une étude portant sur les parcours des patients douloureux chroniques avant leur prise en charge par le CETD de l'hôpital Saint-Antoine (64). A l'échelle nationale, la HAS observait dans son enquête de 2009 que 53% des patients se présentant en SDC souffraient depuis plus de 2 ans (54). Ce temps d'évolution de la douleur chronique est inférieur à celui d'autres pays européens (7 ans) et nord-américains (10,7 ans au Canada et 13,6 ans aux États-Unis d'Amérique) et pourrait représenter un motif de satisfaction (13,65,66). Cependant cette période d'errance diagnostique et thérapeutique est source d'insatisfaction pour les patients et favorise l'apparition des conséquences physiques, psychiques, sociales et économiques de la douleur chronique (64).

### Forces et limites de l'étude

L'étude de l'effet de la symptomatologie anxio-dépressive sur la consommation médicamenteuse antalgique chez les patients douloureux chronique représentait une approche nouvelle. Dans la littérature, d'autres critères de jugement tels que les scores fonctionnels ou la reprise de l'activité professionnelle, sont habituellement préférés. La polymédication antalgique semble toutefois gagner en attention ces dernières années, notamment du fait de « la crise des opioïdes » qui sévit en Amérique du Nord et qui serait responsable d'une augmentation du nombre de décès accidentels de 4 250 % entre 1979 et 2015 (67). Toutefois, lorsque cet aspect est abordé, c'est souvent dans le seul but d'étudier cette consommation d'opioïdes. Il semble pourtant que chez les patients douloureux chronique, la majorité des préjudices d'origine médicamenteuse n'est pas imputable à cette classe pharmacologique (32).

L'utilisation du score de QCM dans notre travail nous a permis de mesurer l'intégralité de la consommation médicamenteuse antalgique et pas simplement l'emploi d'une classe spécifique. Cet outil a déjà prouvé sa fiabilité et sa sensibilité aux modifications thérapeutiques cliniquement significatives. Plusieurs études ont ainsi démontré l'association entre la diminution du score de QCM et la diminution du syndrome douloureux tel qu'évalué par les EN de la douleur et l'HADS (68-70). Il constituait donc l'instrument de choix pour documenter objectivement le recours aux médicaments antalgiques dans leur ensemble ainsi que leur évolution au cours du temps.

L'inclusion de l'ensemble des patients ayant été pris en charge par la consultation douleur pour lesquels nous disposions d'une HADS a permis de limiter le biais de recrutement. La taille importante de l'échantillon nous a permis d'obtenir suffisamment de données pour confirmer notre hypothèse de façon statistiquement significative.

Le caractère rétrospectif de notre étude ne nous permet cependant de conclure qu'à une simple association statistique entre les troubles anxio-dépressifs et la consommation médicamenteuse antalgique. Nous ne pouvons pas nous prononcer sur le rapport de causalité.

La quantité de données manquantes a constitué l'une des principales faiblesses de notre étude, limitant la taille de l'échantillon disponible pour le modèle et donc la puissance de l'étude pour l'objectif secondaire. Les principales données manquantes concernaient la consommation médicamenteuse antalgique. S'il n'était pas formulé de proposition de prise en charge au sein de la structure à l'issue de la première consultation, il était rare de disposer de la mise à jour de cette information. De plus, la validité des données rétrospectives était impossible à vérifier. Le mode de prise de certains principes actifs ou leurs posologies ont parfois fait défaut sans qu'il ait été possible d'y remédier.

Lors du calcul du score de QCM, il a parfois été difficile d'attribuer un niveau de posologies à certaines molécules. Soit parce que les valeurs usuelles de posologies ne permettaient pas de définir clairement ce niveau, comme pour l'amitriptyline (LAROXYL) dont la posologie usuelle pour le traitement de la dépression varie de 75 à 150 mg par jour alors que la posologie pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques varie de 50 à 150 mg par jour. Soit parce que leur indication antalgique se trouvait hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), comme pour le clonazépam (Rivotril®) qui est uniquement indiquée dans le traitement de l'épilepsie mais qui continue à être prescrit dans le traitement de la douleur. Par conséquent, il est arrivé que le choix des niveaux de posologie ainsi que des doses infra et supra-thérapeutiques soit soumis à une part d'interprétation de la part de l'investigateur.

## Perspectives

Lorsqu'ils sont interrogés sur leur prise en charge de la douleur chronique 80 % des médecins généraliste disent ne pas avoir bénéficié d'enseignement sur le sujet au cours de leurs études et 60 % expriment fortement leurs besoins de formation (71,72). Dans son travail de thèse le Dr Bucur retrouvait que 39% des médecins généralistes interrogés ne se servaient que rarement des échelles validées pour l'évaluation du syndrome douloureux chronique (EN, HADS, *etc.*), et 19 % jamais (72). Et bien que les troubles anxio-dépressifs soient très répandus en médecine de premier recours, il arrive fréquemment qu'ils ne soient pas diagnostiqués, ni même recherchés chez les patients douloureux chroniques (11,23,31). Il est ainsi estimé qu'environ la moitié des patients qui souffrent de dépression majeure ne sont pas diagnostiqués par leur médecin traitant, augmentant ainsi leur risque de développer une dépression plus sévère et une plus grande résistance au traitement (29,60).

Par ailleurs, l'approche biopsychosociale peut s'avérer délicate à mettre en place du fait des difficultés à évaluer la dimension psychologique de la douleur chronique et à évoquer la présence de troubles anxio-dépressifs avec les patients. Ces derniers se montent fréquemment réticents à accepter le diagnostic de maladie mentale à cause de la stigmatisation associée à ce type de pathologie. Mais aussi, et peut-être surtout par peur de voir leurs symptômes physiques minimisés ou dénigrés (71,73). Gordon *et al.* ont ainsi recueilli le témoignage de nombreux cliniciens dont les patients s'agaçaient de leur propension à évaluer la douleur dans sa multidimensionnalité. Ces derniers craignant que le seul diagnostic de maladie mentale soit retenu pour expliquer leur syndrome douloureux qui s'en trouverait alors déconsidéré. Même lorsque la maladie mentale évoluait au premier plan des manifestations, les médecins généralistes évoquaient une vraie difficulté à la faire accepter au patient qui ne se sentait pas écouté dans sa plainte douloureuse (73). Pour certains praticiens, cette étape constitue une épreuve à part entière pouvant toutefois être facilitée par la connaissance du patient et les compétences et formations complémentaires dans le domaine de la douleur chronique (70).

A cela il faut ajouter le fait que les médecins généralistes n'auraient pas encore intégré le recours aux SDC dans leurs pratiques courantes (11,63,71,72). Dans son enquête de 2005, l'URML d'Île-de-France montrait que moins de 10 % des patients avaient été dirigés vers une SDC par leur médecin traitant (74). Les autres professionnels de santé sollicités n'étaient généralement que les rhumatologues et kinésithérapeutes. Les connaissances concernant les

SDC fluctuent parmi les médecins généralistes, et les médecins de la douleur ne sont pas considérés comme des spécialistes à part entière, donc des correspondants habituels (71).

De façon plus inquiétante, le faible recours aux SDC serait lié à la persistance d'une croyance d'inutilité et d'inefficacité parmi les médecins généralistes. Ils reprochent notamment aux SDC un manque de lien, un manque d'écoute de leurs demandes et des délais d'obtention d'une consultation trop long (63,71). Les médecins généralistes sont nombreux à douter de la capacité des SDC à apporter une réelle plus-value en terme de traitement (63,71,72). Par conséquent, les patients sont fréquemment adressés à la SDC seulement en dernier recours, alors que l'accumulation potentiellement délétère des médicaments s'est déjà produite (63).

Les données de la littérature montrent que les patients douloureux chroniques qui présentent des troubles anxieux et dépressifs sont beaucoup moins susceptibles de recevoir un diagnostic précis de leurs symptômes psychiatriques, ont un accès limité à des thérapies adaptées et par conséquent sont plus à risque de voir leur consommation médicamenteuse antalgique augmenter pour un résultat clinique médiocre. Dans ce contexte, les résultats de notre étude plaident en faveur d'un dépistage précoce et systématique de la symptomatologie anxio-dépressive chez les patients douloureux chroniques. Ils suggèrent également que la mise en évidence d'une telle symptomatologie doit inciter le clinicien à adresser le patient à une SDC où il sera accueilli par une équipe pluriprofessionnelle qui pourra diriger l'action thérapeutique sur la douleur elle-même et non pas seulement sur sa cause.

Afin de mieux coordonner le parcours de soins et d'éviter l'errance diagnostique et thérapeutique plusieurs propositions peuvent être formulées :

- Le perfectionnement des formations initiales et continues des professionnels de santé avec notamment la promotion du modèle bio-psycho-social de la douleur ;
- La pérennisation et la consolidation des SDC ainsi que la facilitation de l'accès aux centres médico-psychologiques sur l'ensemble du territoire ;
- Le renforcement du lien ville-hôpital et la valorisation des réseaux de la douleur;
- La promotion de bonnes pratiques de prescriptions médicamenteuses ainsi que le développement des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses ;
- L'éducation des patients aux mécanismes de leurs pathologies et la correction des croyances erronées à l'égard des maladies mentales.

# Conclusion

La présente étude vient appuyer les recommandations concernant le dépistage des troubles anxieux et dépressifs chez les patients douloureux chroniques. Les données de la littérature abondent pour décrire l'association délétère entre les troubles anxio-dépressifs et le syndrome douloureux chronique mais peu d'entre elles couvrent le domaine particulier de la consommation médicamenteuse antalgique. Grâce à l'utilisation d'un outil spécifiquement prévu à cet effet, notre travail a permis de rendre compte de l'évolution préjudiciable de cette consommation chez les patients présentant une comorbidité anxio-dépressive.

Dans notre échantillon, la présence d'une symptomatologie anxio-dépressive avérée était significativement associée à une plus grande consommation médicamenteuse antalgique ainsi qu'à une moindre amélioration de cette consommation au cours du suivi. Les patients souffrant de troubles anxio-dépressifs avérés présentaient près de 3 fois moins de chances d'améliorer ou de stabiliser leur consommation médicamenteuse antalgique que ceux indemnes de cette symptomatologie.

Ces résultats plaident en faveur du repérage précoce des troubles anxieux et dépressifs chez les patients douloureux chroniques et de la reconnaissance du syndrome douloureux chronique en tant que maladie à part entière justifiant une prise en charge proactive et exhaustive.

"u 2 affouue"  
Professeur Marie ELISABETH BUGAT  
1, avenue Louis Bérliot  
31500 TOULOUSE  
N° ADEL : 31 1 11793 1  
N° RPPS : 10100079234

Toulouse, le 19/02/19

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de médecine Rangueil  
Elié SERRANO

# Références bibliographiques

1. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. Livre blanc de la douleur 2017. Med-Line; 2017. 280 p.
2. Oberle D. Attentes des patients porteurs de maladies chroniques : présentation de l'étude Delphi et de ses résultats. In: Séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Paris: Direction Générale de la Santé; 2004. p. 118.
3. Navez M. Historique de la prise en charge de la douleur en France. In: Livre blanc de la douleur 2017. Med-Line. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur; 2017. p. 21.
4. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* mai 2006;36(5):575-86.
5. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain.* 1979;6(3):247-52.
6. Perrot S. La douleur : définitions et concepts. In: Livre blanc de la douleur 2017. Med-Line. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur; 2017. p. 31-3.
7. Lazorthes Y. La douleur chronique ou « douleur maladie ». In: Les douleurs rebelles : Évaluation et stratégie thérapeutiques. Paris: Maloine; 1996. p. 11-26.
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 8 avr 1977;196(4286):129-36.
9. Linton SJ, Halldén K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain.* sept 1998;14(3):209-15.
10. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management, American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology.* avr 2010;112(4):810-33.
11. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Service des bonnes pratiques professionnelles; 2008.
12. Ospina M, Harstall C. Prevalence of Chronic Pain: An Overview. 1 janv 2002;
13. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 1 mai 2006;10(4):287-287.
14. Pain Alliance Europe. Survey on Chronic Pain 2017. 2017 juin p. 14. (Diagnosis, treatment and impact of pain).

15. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. juin 2008;136(3):380-7.
16. Danet S. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011.
17. Perrot S. Démographie et impact socio-économique de la douleur en France. In: Livre blanc de la douleur 2017. Med-Line. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur; 2017. p. 37-41.
18. URCAM. Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Ile-de-France. URCAM Ile- de-France; 2003.
19. Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. In: Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6e Congrès. Nantes; 2006.
20. Pradalier A, Auray J-P, El Hasnaoui A, Alzahouri K, Dartigues J-F, Duru G, et al. Economic impact of migraine and other episodic headaches in France: data from the GRIM2000 study. *PharmacoEconomics*. 2004;22(15):985-99.
21. Depont F, Hunsche E, Abouelfath A, Diatta T, Addra I, Grelaud A, et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam Clin Pharmacol*. févr 2010;24(1):101-8.
22. Knight T, Schaefer C, Chandran A, Zlateva G, Winkelmann A, Perrot S. Health-resource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany, and the United States. *Clin Outcomes Res CEOR*. 2013;5:171-80.
23. Vidal Jalton K. Les recommandations pour la pratique clinique à propos de l'évaluation et du suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire sont-elles adaptées à la pratique de la médecine générale ? [Thèse de doctorat]. [Toulouse]: Faculté de médecine Rangueil; 2001.
24. Huas D, Pouchain D, Gay B, Avouac B, Bouvenot G, French College Of Teachers In General Practice. Assessing chronic pain in general practice: are guidelines relevant? A cluster randomized controlled trial. *Eur J Gen Pract*. 2006;12(2):52-7.
25. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*. févr 1988;32(2):173-83.
26. Gambassi G. Pain and depression: the egg and the chicken story revisited. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49 Suppl 1:103-12.
27. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 10 nov 2003;163(20):2433-45.
28. Fishbain DA, Goldberg M, Rosomoff RS, Rosomoff H. Completed suicide in chronic pain. *Clin J Pain*. mars 1991;7(1):29-36.

29. Agüera L, Failde I, Cervilla JA, Díaz-Fernández P, Mico JA. Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care. *BMC Fam Pract.* 3 mars 2010;11:17.
30. Marazziti D, Mungai F, Vivarelli L, Presta S, Dell'Osso B. Pain and psychiatry: a critical analysis and pharmacological review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 6 nov 2006;2:31.
31. Turk DC, Okifuji A. Efficacy of multidisciplinary pain centres: An antidote to anecdotes. *Baillieres Clin Anaesthesiol.* 1998;12(1):103-19.
32. Giummarra MJ, Gibson SJ, Allen AR, Pichler AS, Arnold CA. Polypharmacy and chronic pain: harm exposure is not all about the opioids. *Pain Med Malden Mass.* mars 2015;16(3):472-9.
33. Taylor R, V Pergolizzi J, Puenpatom RA, Summers KH. Economic implications of potential drug-drug interactions in chronic pain patients. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* déc 2013;13(6):725-34.
34. Centre d'évaluation et d'Information sur la, Centre d'évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance. *Décès Toxiques par Antalgiques 2016.* 2016.
35. Dworkin RH, Richlin DM, Handlin DS, Brand L. Predicting treatment response in depressed and non-depressed chronic pain patients. *Pain.* mars 1986;24(3):343-53.
36. Kerns RD, Haythornthwaite JA. Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *J Consult Clin Psychol.* déc 1988;56(6):870-6.
37. Engel CC, von Korff M, Katon WJ. Back pain in primary care: predictors of high health-care costs. *Pain.* juin 1996;65(2-3):197-204.
38. Bao Y, Sturm R, Croghan TW. A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. *Psychiatr Serv Wash DC.* mai 2003;54(5):693-7.
39. Lalic S, Gisev N, Bell JS, Korhonen MJ, Ilomäki J. Predictors of persistent prescription opioid analgesic use among people without cancer in Australia. *Br J Clin Pharmacol.* juin 2018;84(6):1267-78.
40. Smith JA, Fuino RL, Pesis-Katz I, Cai X, Powers B, Frazer M, et al. Differences in opioid prescribing in low back pain patients with and without depression: a cross-sectional study of a national sample from the United States. *Pain Rep.* juill 2017;2(4):e606.
41. Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, Carr DB, et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain.* déc 2003;106(3):337-45.
42. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain.* janv 2005;113(1-2):9-19.

43. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* juin 1983;67(6):361-70.
44. Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd-Psychol.* févr 1985;143(2):175-89.
45. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *J Psychosom Res.* 1 févr 2002;52(2):69-77.
46. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University Press; 1974. 244 p.
47. Snaith RP, Baugh SJ, Clayden AD, Husain A, Sipple MA. The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* nov 1982;141:518-23.
48. Masters Steedman S, Middaugh SJ, Kee WG, Carson DS, Harden RN, Miller MC. Chronic-pain medications: equivalence levels and method of quantifying usage. *Clin J Pain.* sept 1992;8(3):204-14.
49. Kee WG, Steedman S, Middaugh SJ. Medication Quantification Scale (MQS): Update of detriment weights and medication additions. *Am J Pain Manage.* 1 janv 1998;8:83-8.
50. Weinland S, Harden R, Houle T, Remble T, Kee W, Colio S. Medication Quantification Scale - III (MQS): Revision of detriment weights by consensus of American Pain Society prescribing physicians (abstract). *J Pain.* 2003;4(9).
51. Harden RN, Weinland SR, Remble TA, Houle TT, Colio S, Steedman S, et al. Medication Quantification Scale Version III: Update in Medication Classes and Revised Detriment Weights by Survey of American Pain Society Physicians. *J Pain.* 1 juin 2005;6(6):364-71.
52. Gallizzi M, Gagnon C, Harden RN, Stanos S, Khan A. Medication Quantification Scale Version III: internal validation of detriment weights using a chronic pain population. *Pain Pract Off J World Inst Pain.* févr 2008;8(1):1-4.
53. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, Stang PE, Croghan TW, Kroenke K. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med.* févr 2004;66(1):17-22.
54. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. Saint Denis La Plaine: HAS; 2009.
55. Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA, Dion D, Dupuis G, Choinière M. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental pain perception - part 1: are there really differences between women and men? *Pain.* mars 2012;153(3):602-18.
56. Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA, Dion D, Dupuis G, Choinière M. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception - part 2: do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain.* mars 2012;153(3):619-35.

57. Chesterton LS, Barlas P, Foster NE, Baxter GD, Wright CC. Gender differences in pressure pain threshold in healthy humans. *Pain*. févr 2003;101(3):259-66.
58. Aslaksen PM, Myrbakk IN, Høifødt RS, Flaten MA. The effect of experimenter gender on autonomic and subjective responses to pain stimuli. *Pain*. juin 2007;129(3):260-8.
59. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. « Brave Men » and « Emotional Women »: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag*. 2018;2018:6358624.
60. Vadivelu N, Kai AM, Kodumudi G, Babayan K, Fontes M, Burg MM. Pain and Psychology-A Reciprocal Relationship. *Ochsner J*. 2017;17(2):173-80.
61. Von Korff M, Wagner EH, Dworkin SF, Saunders KW. Chronic pain and use of ambulatory health care. *Psychosom Med*. janv 1991;53(1):61-79.
62. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain Off J Am Pain Soc*. oct 2008;9(10):883-91.
63. David É, Maresca B, Fontaine A. La prise en charge de la douleur chronique ou liée aux soins chez les personnes âgées, par la médecine de ville, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2006 p. 79. Report No.: 63.
64. Cane H. Parcours de soins du patient douloureux chronique avant sa prise en charge en structure spécialisée. [Thèse de doctorat]. [Paris 6]: Faculté de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
65. Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster PK. Chronic pain in Canada--prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag*. 2002;7(4):179-84.
66. Young RA, Benold T, Whitham J, Burge S. Factors influencing work interference in patients with chronic low back pain: a Residency Research Network of Texas (RRNeT) study. *J Am Board Fam Med JABFM*. oct 2011;24(5):503-10.
67. Murray M, Stone A, Pearson V, Treisman G. Clinical solutions to chronic pain and the opiate epidemic. *Prev Med*. 10 oct 2018;
68. Mercadier E. Intérêt de la quantification de la consommation de médicaments dans la prise en charge globale du patient douloureux chronique [Thèse de doctorat]. [Nantes]: Faculté de médecine; 2007.
69. Semmar G. Quantification de la consommation médicamenteuse à travers le MQS score : présentation et exemple d'application. [Thèse de doctorat]. [Nantes]: Faculté de pharmacie; 2008.
70. Jacob E, Miaskowski C, Savedra M, Beyer JE, Treadwell M, Styles L. Quantification of analgesic use in children with sickle cell disease. *Clin J Pain*. janv 2007;23(1):8-14.

71. Sabon A. Quelles sont les attentes des médecins généralistes à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ? [Thèse de doctorat]. [Tours]: Faculté de médecine; 2012.
72. Bucur D. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes ? [Thèse de doctorat]. [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2013.
73. Gordon K, Rice H, Allcock N, Bell P, Dunbar M, Gilbert S, et al. Barriers to self-management of chronic pain in primary care: a qualitative focus group study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 2017;67(656):e209-17.
74. Doré M. La prise en charge de la personne âgée en médecine ambulatoire. In Paris: *La Revue de Gériatrie*; 2005. p. C-33-6.

# Annexes

## *Annexe 1 Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale*

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 du tout

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 ne 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 le 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 de télévision :

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

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total Anxiété = \_\_\_\_\_

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total Dépression = \_\_\_\_\_

*Annexe 2. Préjudices des classes pharmacologiques les plus courantes tels que définis dans le score de QCM III*

Classes médicamenteuses	Moyenne (écart- type)	Médiane	Préjudice retenu en 2003
Anesthésiques topiques / transdermiques, capsaïcine	1.1 (0.8)	1	1.1
Antidépresseurs - ISRS	1.7 (0.9)	2	1.7
Antidépresseurs - autres	1.9 (0.9)	2	1.9
Anticonvulsivants - GABAergique	1.9 (1.0)	2	1.9
Antihypertenseurs	2.0 (1.0)	2	2.0
Anxiolytique - divers	2.1 (1.2)	2	2.1
Myorelaxants non addictogènes	2.2 (1.1)	2	2.2
Paracétamol	2.2 (1.4)	2	2.2
Inhibiteurs de la cyclo-oxygénase-2	2.3 (1.1)	2	2.3
Antidépresseurs - tricycliques	2.3 (1.1)	2	2.3
Analgésique - divers (Tramadol)	2.3 (1.1)	2	2.3
Anticonvulsivants bloqueurs des canaux sodiques	2.8 (1.1)	3	2.8
Hypnotiques sédatifs	3.1 (1.3)	3	3.1
Opioïdes - Annexe II	3.4 (1.4)	3	3.4
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	3.4 (1.2)	3	3.4
Antipsychotiques	3.6 (1.2)	4	3.6
Opioïdes - Annexe IV	3.7 (1.3)	4	3.7
Opioïdes - annexe III	3.7 (1.2)	4	3.7
Myorelaxants - addictogènes	3.8 (1.3)	4	3.8
Benzodiazépines	3.9 (1.2)	4	3.9
Stéroïdes	4.4 (1.3)	5	4.4
Barbituriques	4.5 (1.2)	5	4.5

*Annexe 3. Niveaux posologiques tels que définis dans le score de QCM III*

SCORE

- 1 Dose sous-thérapeutique ou usage occasionnel (si besoin)
- 2 Dose dans la moitié inférieure de la fourchette posologique
- 3 Dose dans la moitié supérieure de la fourchette posologique
- 4 Dose suprathérapeutique

*Annexe 4. Exemple d'un tableau de calcul de score de QCM*

Nom : P. C.

Date : 15 juillet 2018

Score de QCM III						
Molécule	Posologie (mg/j)	Degré de préjudice	(x)	Niveau de dose	(=)	Score de QCM
Paracétamol	3000 mg/j	2,2	x	3	=	6,6
Tramadol	Si besoin	2,3	x	1	=	2,3
Prégabaline	200 mg/j	1,9	x	2	=	3,8
					Score total	12,7

AUTEUR : Djaouad Berkach

TITRE : Impact des troubles anxieux et dépressifs sur la consommation médicamenteuse antalgique des patients douloureux chroniques suivis par la consultation douleur du centre hospitalier de Rodez

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Vincent Guion

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 11 mars 2019 Faculté de Médecine Rangueil

---

Résumé :

L'objectif était de rechercher une corrélation entre la consommation d'antalgiques des patients de la consultation douleur du centre hospitalier de Rodez, et la présence d'un trouble anxieux ou dépressif. Nous avons mené une analyse rétrospective des données issues de 234 dossiers patients. Les troubles anxio-dépressifs ont été évalués par la *Hospital Anxiety and Depression Scale* et la consommation d'antalgiques par le score de quantification de la consommation médicamenteuse (QCM). Une symptomatologie anxio-dépressive avérée était significativement associée à un plus grand score de QCM initial, et une moindre diminution de ce score au cours du suivi, HR: 0.30 (IC95% : 0.10 – 0.91 ; p=0.033). Cette étude montre l'association entre un trouble anxieux ou dépressif et de moins bons résultats cliniques. Elle plaide pour le dépistage précoce et la prise en charge adaptée des troubles anxieux et dépressifs des patients douloureux chroniques.

---

Impact of anxiety and depressive disorders on pain medication use by chronic pain patients followed at Rodez hospital. The objective was to search for a correlation between the use of pain medication by chronic pain patients, and their levels of anxiety and depression. Data from the medical records of 234 patients followed at the chronic pain clinic in Rodez hospital were retrospectively analyzed. Anxiety and depression were assessed by the Hospital Anxiety and Depression Scale, and medication use was quantified by the Medication Quantification Scale (MQS). Anxiety and depressive symptoms were significantly correlated to a higher initial MQS and to a smaller decrease over follow-up, HR: 0.30 (IC95% : 0.10 – 0.91 ; p=0.033). This study shows the association between anxiety and/or depressive disorders and poorer clinical outcomes. It advocates for early detection and appropriate management of anxiety and depressive disorders in chronic pain patients.

---

**Mots-Clés** : douleur chronique, anxiété, dépression, quantification de la consommation médicamenteuse, polymédication

---

**Discipline administrative** : MÉDECINE GÉNÉRALE

---