

UNIVERSITÉ TOULOUSE III-PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014-TOU3-1090

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE
QUALIFICATION MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 02 octobre 2014
PAR

Célia DOUMERC

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE LA
DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LES PATIENTS
PSYCHIATRIQUES :

ENQUÊTE DE PRATIQUE EN MIDI PYRÉNÉES

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Nicolas SAFFON

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Madame le Professeur Fatemeh NOURHASHEMI
Monsieur le Professeur Jean-Christophe SOL
Monsieur le Docteur Nicolas SAFFON
Madame le Docteur Cécile LESTRADE

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
			M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Geriatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LUBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépat-Gastro-Entérologie
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOUB.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale

 Dr. POUTRAIN J.Ch
 Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr. NIEZBORALA M.

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Réconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DEUSLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. FORTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAÏRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLEO F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et Cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECAMER S.	Pédiatrie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RADOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N.	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS AU JURY

À notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Professeur des Universités,
Coordonnateur du DUMG et du DES de Médecine Générale de Toulouse,
Expert auprès la Cour d'Appel de Toulouse,
Conseiller National de l'Ordre des Médecins,
Médecin Généraliste,

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail,
de votre engagement dans la formation des internes de médecine générale et de votre soutien
dans mon projet professionnel.

À notre Jury,

Madame le Professeur Fatemeh NOURHASHEMI

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Gériatrie

Vous avez accepté d'être membre de notre jury et nous en sommes très honorés.
Nous vous remercions de prendre du temps pour juger ce travail.
Soyez assurée de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe SOL

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Neurochirurgie

Vous avez accepté d'être membre du jury de cette thèse et nous vous en sommes très
reconnaissants.
Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

Monsieur le Docteur Nicolas SAFFON
Praticien Hospitalier
Médecine Palliative et d'accompagnement
Chef de service

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté chaleureusement la direction de cette thèse.
Merci, il y a 5 ans, une nuit de garde aux urgences, de m'avoir parlé de votre parcours et de m'avoir ouvert la voie de la médecine palliative.
Je suis chanceuse de pouvoir faire partie de votre équipe.
J'espère que ce travail sera à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée car vos conseils, votre accueil et votre gentillesse ont été précieux dans mon parcours de jeune médecin.

Madame le Docteur Cécile LESTRADE
Praticien Hospitalier
Psychiatrie et Médecine de la Douleur.

Nous sommes heureux de vous compter parmi les membres de notre jury.
Je vous remercie de vos conseils précieux sur ce travail, de vos encouragements et de votre écoute.
L'apprentissage à vos côtés a été très enrichissant et m'a permis de mieux comprendre la douleur en psychiatrie.
Soyez assurée de notre sincère amitié.

Nous remercions les médecins généralistes maîtres de stage et les internes de médecine générale qui ont gentiment accepté de répondre à notre questionnaire.

A Mr P. et Mme R., rencontrés au cours de mes stages en soins primaires qui nous ont inspiré ce travail.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A **mes parents**, pour leur écoute, leur soutien infaillible et leurs encouragements tout au long de ces neuf années. Je ne vous remercierai jamais assez de votre présence et de m'avoir transmis l'amour de ce beau métier.

Heureusement que vous êtes là pour combler mes lacunes dermato-cardiologiques !

Vos conseils pendant ce travail (et pour le reste) ont été précieux comme toujours.

A l'amphi 3 marseillais des gagnants et au serpent Esculape venu en personne me saluer dans notre jardin la veille du concours

A **mon frère Robin**, à ton amour et soutien (scientifique) pendant ce travail. Merci de supporter nos conversations médico-médicales à table depuis si longtemps. J'ai hâte que tu me montres ton Paris et que je puisse un jour peut être venir à ta soutenance de thèse !

Que ton avenir professionnel et personnel soit radieux.

A **mes grands-parents chéris** : Manou , Mamie, Papi. Merci d'être là depuis tout ce temps et de m'avoir accompagnée avec bienveillance depuis 26 ans. J'espère vous avoir rendu fiers.

A **Simone**,

A **Papidou et Laurent** partis trop tôt qui auraient probablement aimé être là aujourd'hui.

A **Gawelita, Steph et Méla** : à nos 12 ans d'amitié depuis Lacordaire.

À tous ces beaux souvenirs construits avec vous

Vous êtes irremplaçables et je resterai votre Doc'Céliou Ad Vitam Eternam.

A **Emi**. Merci de m'avoir fait témoin privilégiée de ton bonheur avec Julien.

Tant d'émotions et de fous rires et depuis si longtemps ! Les dures soirées de travail de P1 et les folles soirées déguisées qui ont suivi sont encore bien présentes dans ma tête.

A **Pierre** jeune médecin généraliste, futur ministre de la santé.

Je repense à notre Terminale, des rêves de médecine plein la tête. Mission accomplie cher poète.

A ce premier Lourdes avec Toi et le SEI qui fut important pour notre vocation.

A **Côme**, avec qui j'ai grandi. À tous ces jolis moments immortalisés en noir et blanc.

Ne t'inquiète pas, c'est toujours prévu qu'on change le monde, mais avant que tu deviennes professeur de médecine, je vais continuer à ouvrir ton esprit de parisien cartésien.

A **celles et ceux qui m'ont si chaleureusement accueillie quand je suis arrivée à Toulouse**

En particulier Élise, Nathalie, Gigi, Claire et Romain .Merci pour tout. A toutes nos soirées gastronomiques, musicales et nos souvenirs d'externat et d'internat.

A Hélène, Amandine et Stéphanie qui sont parties soigner aux quatre coins de France.

Jai Ho spécial à Marie « Gaga », Merci d'être toi et d'avoir partagé avec moi ta folie aveyronnaise.

A **ces expériences et rencontres professionnelles enrichissantes**

A ces stages toulousains pendant l'externat que j'ai adoré, à savoir le service de nutrition, de réa, de gériatrie et d'oncohémato pédiatrique.

A ces tours gratuits d'hélico avec le SMUR 31 au-dessus des Pyrénées.

A **mes maîtres de stage généralistes extraordinaires**.

Merci de m'avoir guidé dans mes premiers pas de médecin généraliste

Au Dr Michel Guilley pour sa gentillesse et ces échanges formidables autour de la médecine palliative et l'hypnose. Je suis chanceuse d'avoir été une de vos dernières internes.

Au Dr Hubert Forgues, pour ces visites rurales montagnardes épiques et pour tous vos patients compliqués, douloureux, psychiatriques,et hypnotisables...

Au Dr Isabelle Fray et Dr Catherine Dessus : Merci de m'avoir appris à ne plus avoir peur des bébés et de leurs parents. J'ai beaucoup appris à vos côtés tant sur le plan du savoir être que faire.

Au Docteur Francis Bonenfant que je remercie d'avoir été un tuteur attentif et soutenant et d'avoir lu avec patience et enthousiasme mes travaux pédagogiques de médecine générale.

A Armelle Touyarot, pour ses conseils « hypnotiques » efficaces, orientés solution.

A ces stages d'internat où j'ai tant appris

A « Maman » Nadine Dubroca, Sylvie Badenco et Brice Castel de la célèbre cerise sur le gâteau gériatrique Lourdaise.

A la formidable équipe paramédicale avec qui j'ai passé mes premières nuits de garde à donner de l'eau bénite « neuroleptique et anxiolytique »

Choupinette a bien grandi depuis le premier semestre et c'est grâce à vous.

A Christian Gov et aux excellents urgentistes et réanimateurs de Lourdes. À votre professionnalisme et votre sens de la fête.

A Florence et Amandine, pour ces jeudis de réflexion palliative lourdaise.

A l'équipe médicale et paramédicale des Urgences d'Albi, leurs gardes remplies et leurs épaules luxées très suggestibles.

Aux membres de l'équipe mobile et de l'Unité de soins palliatifs Résonance :

Tant de « belles rencontres » ça me questionne !

Merci aux IDE et AS pour leur soutien et accompagnement aussi bien des patients, de leurs familles que des petits médecins en devenir.

Parce que le Water poney c'est la vie. À tous nos fous rires et gourmandises quotidiennes.

Au « Pr » Antoine Boden .Merci d'avoir partagé ton bureau, ton sens de l'humour et tes street-crédibles-chemises à carreaux sans qui le service ne tournerai pas.

A Emilie Gilbert-Fontan. Merci pour ta douceur, pour tes conseils de grande qualité et de me rappeler au quotidien de croire plus en moi.

A Sandrine Junqua. Merci pour ta patience, ton soutien, ton sens clinique et nos semaines « d'urgences » palliatives.

A Valérie Mauriès. Merci pour ta gentillesse, ton professionnalisme et ton amour du chocolat.

A Nathalie Cantagrel. et son équipe de choc du Centre d'Extorsion des Témoignages Difficiles.

A mes co-internes mythiques ;-)

Aux Lourdais du premier semestre avec qui je me suis bien marrée. Merci de m'avoir laissé être votre « Dame Célia », Présidente.

A mes chers Albigeois « Call me maybe-Baby I'm yours » pour cet été 2012 de folie qui m'a fait perdre un organe, sans regrets.

Aux « Petits filous superhéros » du troisième semestre, rois et reines de Lourdes pour m'avoir fait vivre de nouveau la montagne enneigée à la fenêtre, les diners régressifs et les soirées endiablées.

Aux « Palliatologues » Natacha et Vincent et aux internes du DESC (Ethique, Morphine, Vins et Fromages)

A Marie et Adèle, sans qui cette thèse n'existerait pas. Merci pour cette belle amitié et vive nos collaborations professionnelles futures. Vous êtes des modèles pour moi.

A tous ces patients que j'ai eu la chance de rencontrer, qui m'inspirent chaque jour et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

A ces beaux voyages entre l'Inde et le Tibet qui me donnent envie de repartir encore et encore.

A tous ceux que je vais rencontrer après ce jour et à qui j'aurai tant de choses à raconter...

*La vie est brève,
L'art est long,
L'occasion fugitive,
L'expérience incertaine,
Le jugement difficile*

Hippocrate

La cloche du temple se tait. Mais le son continue à sortir des fleurs.

Bashô (proverbe japonais)

*Tayata,
OM Bekandze Bekandze,
Maha Bekandze,
Radza Samudgate Soha,*

Mantra du Bouddha de la médecine

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	3
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	3
INTRODUCTION	5
CONTEXTE DU TRAVAIL DE THÈSE	7
I-Douleur chronique et psychisme	7
II-Pourquoi s'intéresser à la douleur en santé mentale ?	10
A-Idées reçues et neurophysiologie de la perception douloureuse	10
B-Un sujet d'actualité	12
C-Une situation exemplaire en médecine générale	13
MATÉRIEL ET MÉTHODES	14
I-Type d'étude	14
II-Populations	14
III-Procédure utilisée	14
IV-Contenu des questionnaires	15
A-Questionnaires des Médecins généralistes	15
B-Questionnaire des Internes	16
V-Analyse statistique	16
RÉSULTATS	17
I-Description des deux échantillons	17
A-Caractéristiques sociodémographiques	17
B-Formations et Intérêt pour le thème de ce travail	20
II-Description des patients douloureux chroniques en médecine générale ambulatoire	23
III-Description des patients présentant un trouble psychiatrique en médecine générale ambulatoire	25
IV-Problématiques des patients psychiatriques douloureux chroniques	27
A-Expression de la douleur chronique	28
B-Évaluation clinique	31
C- Les échelles d'évaluation	32
D-Utilisation des thérapeutiques médicamenteuses	35
E-Techniques non médicamenteuses	38
F-Difficultés de prescription	40
G-Besoins pour mieux gérer la douleur des patients psychiatriques	41
H-Regards des MSU et IMG sur leurs pratiques respectives	42

DISCUSSION	44
I-Caractéristiques des médecins répondants et de leurs patients	44
A-Médecins généralistes et internes	44
B-Patients	45
II-Prise en charge du patient psychiatrique douloureux chronique : objectif principal de l'étude	46
A-Expression et perception douloureuse	46
B-Évaluation diagnostique	49
C-Prescription médicamenteuse	51
D-Techniques non médicamenteuses	54
III-Besoins pour prendre en charge la douleur en santé mentale : objectif secondaire de l'étude	56
A-Formation	56
B-Collaborer autour du patient psychiatrique douloureux chronique	58
IV-Forces et faiblesses de notre travail	60
A-Forces et perspectives	60
B-Faiblesses de notre travail	60
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	70
Annexe 1 : Questionnaire adressé aux MSU par voie postale	70
Annexe 2 : Questionnaire adressé aux internes	76
Annexe 3 : Échelle GED-DI	81
Annexe 4 : Questionnaire POMI	82
Dépistage du risque addictif avant traitement antalgique en 5 questions	82
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des principaux traitements neuro-psychiatriques avec indication dans la douleur chronique	83

ABRÉVIATIONS

- ANAES : Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation des produits en santé
- CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
- DN4 : Douleur Neuropathique en 4 Questions
- EN : Échelle Numérique
- EVA : Échelle Visuelle Analogique
- EVS : Échelle Verbale Simple
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IASP: International Association for the Study of Pain
- IMG: Interne en Médecine générale
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- MSU : Maitre de Stage Universitaire

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

- Figure 1 : Âge des MSU
 - Figure 2 : Lieu d'exercice des MSU
 - Figure 3 : Types d'exercice des MSU
 - Figure 4 : Faculté de médecine d'origine des IMG
 - Figure 5 : Description des douleurs chroniques prises en charge par les MSU
 - Figure 6 : Fréquence d'utilisation des échelles d'autoévaluation par les MSU
 - Figure 7 : Fréquence d'utilisation des échelles d'autoévaluation par les IMG
 - Figure 8 : Situations cliniques de patients psychiatriques douloureux chroniques rencontrés en consultation binôme
-

- Tableau 1 : Intérêt pour les spécialités algologie et psychiatrie
- Tableau 2 : Type de formations réalisées par les MSU
- Tableau 3 : Types de formations réalisées par les IMG
- Tableau 4 : Types de douleurs chroniques rencontrées par les IMG selon les stages d'internat
- Tableau 5 : Nombre de patients pris en charge par les MSU et IMG selon les pathologies psychiatriques
- Tableau 6 : Types des patients psychiatriques pris en charge par les IMG selon les stages d'internat
- Tableau 7 : Différencier douleur somatique et morale lors de l'évaluation d'une douleur chronique
- Tableau 8 : La prescription médicamenteuse chez le patient douloureux chronique
- Tableau 9 : Techniques non médicamenteuses : Réseau et pratique personnelle des MSU -
- Tableau 10 : Techniques non médicamenteuses : Réseau et pratique personnelle des IMG -
- Tableau 11 : Besoins des MSU et IMG pour mieux prendre en charge les patients psychiatriques douloureux chroniques

INTRODUCTION

En tant qu'acteur de premier recours, le médecin généraliste est confronté au quotidien à une diversité de situations cliniques dont le motif est la douleur, et il est le premier professionnel de santé à être consulté dans 65% des cas (1).

Prendre en charge cette douleur est une composante essentielle de son métier répondant à plusieurs impératifs professionnels, mais également éthique, car la douleur touche à la dignité de l'homme.

La définition la plus fréquemment retrouvée dans la littérature est celle proposée en 1979 par l'IASP (International Association for the Study of Pain) (2).

« La douleur est une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage ».

Cette définition met en évidence la subjectivité de cette expérience complexe qui touche autant les fonctions physiques que psychiques et sociales.

Elle doit être questionnée selon différentes modalités dont l'intensité mais aussi la durée d'évolution : douleur aiguë « alarme » ou chronique « maladie ».

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) définit la douleur chronique comme *« une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient. »* (3).

Sa prévalence est élevée, notamment en France.

Ainsi en 2006 l'étude de Bouhassira et al. (4) retrouvait une prévalence de 31.7 % de douleurs chroniques quotidiennes évoluant depuis plus de 3 mois dont 19,9% ont des douleurs d'intensité supérieure ou égale à 4/10. Elles présentaient des caractéristiques neuropathiques dans 6,9% des cas.

L'objectif de ce travail de thèse s'inscrit directement dans une véritable culture politique « antidouleur » instaurée depuis quinze ans et justifiée par cette forte prévalence.

Sa prise en charge est devenue un enjeu de santé publique visible au travers de trois plans gouvernementaux. Le dernier datant de 2006/2010 s'était particulièrement intéressé à l'amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes dites « vulnérables ».

En 2011, le Haut conseil de la Santé Publique saisi par la Direction Générale de l'Offre de Soins a évalué ce dernier et émet des propositions (5) pour l'élaboration du quatrième plan. Il propose spécifiquement de prêter « une attention forte à la prise en charge des populations « dyscommunicantes » notamment des malades atteints de pathologie psychiatrique.

Le patient psychiatrique, fragile, présente un risque majoré de décès par rapport à la population générale (1,2 Millions de morts par an). Il existe une surreprésentation de pathologies cardiovasculaires, respiratoires, endocriniennes, infectieuses (VIH) et néoplasiques expliquées par de nombreux facteurs comportementaux (mauvaises habitudes alimentaires, conduites à risque, moins d'exercice physique...) et iatrogéniques (syndrome métabolique, dépendance et interactions...) (6).

Or, 25% de la population mondiale, soit 450 millions de personnes sont atteintes de troubles mentaux, qui se situent donc au deuxième rang derrière les maladies cardiovasculaires (7).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé (8) comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* ».

Santé mentale, physique et sociale sont « *des aspects fondamentaux de la vie, intimement liés et étroitement interdépendants* ».

Quelques études ont mis en évidence une prévalence élevée des troubles psychiatriques en médecine générale.

Parmi elles, l'étude de Norton J et al. (9) en 2008 retrouve parmi 1151 patients français une fréquence de 34,1% de troubles psychiatriques (dont 16,5% de dépression, 13,5% de trouble panique et autres troubles anxieux, 11,8% de troubles somatoformes et 10,9% d'abus ou de dépendance à l'alcool).

Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude européenne ESEMED (10) (38,4% dont 24,1 % de troubles dépressifs et 22,1% de troubles anxieux).

Les autres troubles mentaux ont une prévalence plus faible : 1 à 3,7 % pour le trouble bipolaire (11), 0,5 à 1,5% pour la schizophrénie (12).

La volonté de ne plus stigmatiser certaines maladies mentales et la désinstitutionalisation des malades psychiatriques font que souvent le médecin généraliste est en première ligne en cas de problèmes psychiatriques ou psychologiques (13).

Son rôle est donc primordial dans la prise en charge de ces patients dont la souffrance psychique invalidante nécessite un abord, une écoute et une compréhension spécifiques.

Dans ce contexte, la problématique de notre travail est la suivante :

Quand un patient souffrant d'un trouble psychiatrique a mal, quelle attitude pratique le médecin généraliste doit avoir en consultation pour reconnaître sa douleur, l'évaluer et l'analyser afin de mettre en œuvre sa prise en charge, droit fondamental pour tout individu depuis la loi du 4 mars 2002, rappelons-le.

CONTEXTE DU TRAVAIL DE THÈSE

I-Douleur chronique et psychisme

La douleur chronique est un phénomène complexe, polymorphe bouleversant le sujet dans sa globalité : c'est une expérience subjective pluridimensionnelle à la fois émotionnelle cognitive, sensori-discriminative et comportementale, et par la même, douleur et psychisme s'interpénètrent de manière subtile.

Elle doit répondre aux caractéristiques suivantes (14) :

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

Dans la plupart des douleurs chroniques, la douleur organique « symptôme » devenue « syndrome » s'associe systématiquement même de manière partielle à des facteurs psychologiques qui, quels qu'ils soient, déclenchent, aggravent, maintiennent ou diminuent celle-ci. Les patients peuvent ainsi se retrouver en difficulté d'adaptation.

La dichotomie somatique/psychologique ne peut concerner que le mécanisme étiologique de la douleur chronique. Celle-ci est toujours un phénomène neuropsychologique modulée par les apprentissages antérieurs, les anticipations, les motivations et les capacités d'adaptation des patients.

Classiquement quatre types de mécanismes générateurs de la douleur sont définis (15) :

- Par excès de nociception : douleurs liées à une activation excessive périphérique de stimulations nociceptives par un processus pathologique (inflammatoire, traumatique, infectieux, dégénératif...),
- Neurogène : douleurs succédant à une atteinte nerveuse périphérique ou centrale,
- Dysfonctionnelle : douleurs ne reposant sur aucun de ces deux mécanismes et résultant de l'intrication de facteurs somatiques précis et psychosociaux (céphalées de tension, fibromyalgies, glossodynies...),
- Psychogène : symptôme psychiatrique à part entière et/ou douleur reposant sur des facteurs psychologiques prévalents. Divers cadres nosologiques peuvent être identifiés comme la conversion hystérique et l'hypocondrie.

Il faut également différencier de ces types douloureux la douleur morale, souffrance et symptôme psychique d'une dépression ou d'un deuil sévère et non pas versant psychologique d'une douleur somatique (16).

Différentes études ont montré les interrelations étroites entre les comorbidités douleur chronique et trouble psychiatrique quel que soit le mécanisme générateur.

Par exemple en 2005, Von Korff et al (17) retrouvaient une prévalence de 35% de troubles psychiatriques chez 5692 patients américains adultes souffrant de douleur chronique lombaire.

❖ La dépression

Il est démontré d'une part que la prévalence de douleurs chroniques est plus élevée chez les patients dépressifs et d'autre part, que la prévalence de la dépression est plus élevée chez ceux souffrant de douleurs chroniques.

Ainsi l'étude de Corruble et Guelfi (18) mettait en évidence près de 92% de douleurs multiples chez 76% de patients dépressifs ; celle de Munoz et al (19) retrouvait chez 1000 patients dépressifs d'Amérique latine suivis en ambulatoire 63,2% de douleurs musculaires, 59,1% de cervicalgies, 59% de céphalées, 48% de lombalgies, 42% de douleurs articulaires, 39,6% de douleurs thoraciques et 28,1% de douleurs abdominales.

Plusieurs hypothèses sont évoquées pour tenter d'expliquer cette association :

-La dépression précéderait le développement de la douleur

Oyahon et al (20) montraient que sur un échantillon de 3243 américains, 49% avaient des douleurs chroniques et 6,3% avaient un épisode dépressif majeur.

Parmi les patients déprimés 66% rapportaient des douleurs chroniques et dans 57% des cas, la douleur précédait l'épisode dépressif majeur. De plus l'intensité de la douleur semblait corrélée à l'intensité de la dépression ($r=0,25$ $p<0,001$).

Le même auteur relevait dans une étude germanique (21), que les patients déprimés ont trois fois plus de risque de ressentir des douleurs neuropathiques ($OR=3,2$ {2-5} $p<0,001$) et les patients anxieux presque six fois plus de risque d'éprouver des douleurs neuropathiques ($OR 5,8$ {3,4-10,0}).

De même Currie et Wang (22) soulignaient que l'incidence de la douleur chronique lombaire chez les individus dépressifs était presque trois fois plus élevée que chez les individus non dépressifs.

-La dépression survient après la douleur

En 2011, Knaster et al (23) ont démontré en Finlande que plus de 50% des patients douloureux chroniques avaient une comorbidité psychiatrique élevée comme la dépression (37%), l'anxiété (25%) et troubles d'utilisation de substance (12%).

-L'hypothèse de la cicatrice

Lorsque des épisodes de dépression ont précédé l'apparition de la douleur chronique, cela prédisposerait le patient à d'autres épisodes dépressifs (24).

De plus le symptôme douleur s'intègre au sein de la nosologie de la dépression. Plus de 50% des patients souffrant d'un épisode dépressif majeur ont des symptômes somatiques douloureux comme les douleurs musculo-squelettiques (lombalgies), viscérales (abdominales) et céphalées (25).

D'autre part les signes dépressifs que l'on retrouve principalement dans le syndrome douloureux chronique sont : la tristesse, la fatigabilité, les troubles de l'attention, du caractère et l'insomnie (26).

Le trouble dépressif fait le lit de la douleur chronique et réciproquement en particulier sur ses composantes émotionnelles, comportementales, cognitives et affectives (16).

Il est établi que les patients dépressifs avec douleurs ont un statut fonctionnel, une productivité au travail et une qualité de vie faible. Ils utilisent aussi plus les services de santé. De même les symptômes dépressifs chez les patients douloureux chroniques ont un pronostic plus défavorable avec douleurs plus intenses et durables (27).

❖ Troubles anxieux

De même l'influence anxiété-douleur semble bidirectionnelle.

La douleur est un symptôme d'anxiété retrouvé par exemple dans l'attaque de panique (paresthésies et douleur et gêne thoracique)

Réciproquement l'anxiété est un symptôme de douleur qui peut favoriser sa chronicité (28)

L'anxiété relative à la santé accroît la composante physique cognitive et comportementale du patient face à la douleur en particulier l'accroissement de la perception, les sensations somatiques, les demandes de réconfort et l'attention portée aux symptômes.

Des études situent la prévalence de l'anxiété dans la douleur chronique de 15 à 40% (29).

❖ Troubles somatoformes

Ici aussi la douleur est un symptôme clé (30) s'intégrant différemment en fonction des types et des classifications psychiatriques comme le DSM IV :

-par exemple dans le Trouble somatisation, elle est un symptôme parmi d'autres (quatre symptômes douloureux, deux symptômes gastro-intestinaux, un symptôme sexuel et un syndrome pseudoneurologiques).

-dans le Trouble douloureux, la douleur est intense et présente dans une ou plusieurs localisations anatomiques, associée à des facteurs psychologiques et/ou une affection médicale générale.

❖ Autres troubles psychiatriques

En 2014, une méta-analyse scandinave (31) concernant 171 352 patients bipolaires a mis en évidence une prévalence de 28,9% de douleur, dont 23,7% de douleurs chroniques.

Enfin les comorbidités d'abus ou de dépendance concernent entre 3,2 et 18,9% des patients douloureux chroniques (32).

La technologie ne permet pas d'y voir plus clair car en Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), les mêmes régions neuronales sont stimulées en cas d'expérience psychique ou physique douloureuse.

Les aires cérébrales concernées sont le cortex somatosensoriel, l'insula, le cortex cingulaire antérieur, le gyrus frontal inférieur, la substance périaqueducale et le thalamus (33).

De ce fait, le diagnostic, et par la même, la prise en charge de la douleur chronique semblent insuffisants en médecine générale.

En effet, en consultation dans les centres d'études et de traitement de la douleur (CETD), nombreux sont les patients verbalisant des opinions négatives sur la prise en charge de leur douleur chronique par le médecin traitant.

La souffrance ressentie quotidienne est amplifiée par les phrases « *Vous n'avez rien* » et « *je ne peux plus rien faire pour vous* » qui tentent à faire croire à des douleurs « *simulées, imaginaires, non authentiques* » phrases insupportables à entendre et vécues comme une trahison et tout au moins comme une rupture dans la relation médecin-malade de qualité.

Et pourtant la douleur du patient n'est jamais telle que se le représente son médecin : celui qui l'éprouve devrait toujours en être l'expert.

Le médecin généraliste dispose-t-il alors de suffisamment d'outils adaptés pour repérer les signes caractéristiques d'une maladie psychiatrique préexistante ou en devenir chez les patients douloureux chroniques ?

II-Pourquoi s'intéresser à la douleur en santé mentale ?

A-Idées reçues et neurophysiologie de la perception douloureuse

La douleur en santé mentale a été longtemps ignorée du fait de nombreuses idées reçues selon lesquelles les patients psychiatriques ne souffraient pas et étaient insensibles à la douleur, notamment les patients schizophrènes.

De nombreuses études utilisant différents types de stimulation douloureuse ont été menées dans cette population, suggérant ce phénomène d'insensibilité apparente.

Ainsi, l'étude de Marchand (34) met en évidence que parmi 79 cas de pathologies chirurgicales aiguës (appendicite, fracture du fémur, perforation d'ulcère gastroduodénal) 37% des patients schizophrènes eux n'ont présenté aucune plainte douloureuse.

De façon similaire, des autopsies menées sur des patients schizophrènes morts prématurément (autour de 40 ans) et sans plainte douloureuse retrouvaient des lésions avérées d'infarctus du myocarde, d'angine de poitrine et de pathologies abdominales. Cela a été aussi montré dans la douleur post-opératoire, celle des cancers et des arthrites (35).

Pour expliquer cette supposée « analgésie » plusieurs hypothèses neurobiologiques et psychopathologiques ont été émises (36) :

- Rôle des symptômes déficitaires sur l'émoussement de l'affect par baisse de l'activation du cortex cingulaire antérieur impliqué dans la composante affective avec non adoption d'un comportement de référence approprié lors de l'expérience douloureuse,
- Influence des symptômes positifs (délires, hallucinations) sur l'indifférence à la douleur,
- Fonctionnement cognitif déficitaire avec troubles attentionnels conséquents empêchant le maintien sur une stimulation nociceptive,
- déficit des systèmes excitateurs endogènes de modulation de la douleur et absence de sensibilisation à la douleur plutôt supra-spinale que spinale,
- hypofonctionnement des récepteurs glutamatergiques NMDA impliqués dans la sensibilisation centrale à la douleur,
- altération du taux d'opioïdes endogènes,
- composante génétique (notamment gènes dopaminergiques) avec constat d'une réponse diminuée à la douleur chez les patients avec histoire familiale de schizophrénie,
- Enfin le stress psychologique et physiologique de la douleur pourrait entraîner une altération de la réactivité comportementale des patients à celle-ci, expliquée par leur mode d'expression différent, en raison de troubles de la communication et de l'adaptation sociale, de l'altération de la perception du corps, du cours de la pensée et de la gestion, de l'expression et reconnaissance des émotions.

Plusieurs facteurs confondants sur la perception de la douleur par le schizophrène sont retrouvés comme l'influence des antipsychotiques, la prévalence du diabète et les troubles d'utilisation de substance.

Sur le plan neurophysiologique, la douleur chez les patients dépressifs graves a été explorée expérimentalement en mesurant son seuil à différents stimuli. (électriques, mécaniques, thermiques et ischémiques).

Les seuils et la perception produisent des résultats contradictoires (élévation des seuils et de la tolérance ou l'inverse). Des hypothèses ont été formulées concernant l'influence de la sérotonine et de la noradrénaline intervenant autant dans les mécanismes de la dépression que de l'inhibition de la douleur par les systèmes inhibiteurs descendants, qui, eux toutefois, ont été nettement moins étudiés. Des questions se posent encore quant à leur non fonctionnalité (37).

Potvin s'est intéressé au travers d'une revue de la littérature semi quantitative (38) aux différents facteurs confondants expliquant l'hétérogénéité des résultats (patients ambulatoires ou hospitalisés, prise d'antidépresseurs, latéralité de la stimulation, âge et genre).

À ce jour il existe une discordance entre les données expérimentales, suggérant une hypoalgésie chez les patients dépressifs majeurs et les données cliniques, principalement lors d'une douleur aiguë.

B-Un sujet d'actualité

La médecine moderne favorise depuis longtemps le clivage psyché-soma de par l'enseignement réalisé, organe par organe, fonction physiologique par fonction ; l'avantage en est de simplifier le message pour un apprentissage facilité mais, l'inconvénient est celui d'occulter les zones frontières complexes en particulier les situations de douleur chronique (39).

Il y a un paradoxe entre les progrès évidents réalisés dans le domaine de la neurophysiologie pour mettre en évidence les rapports entre les troubles psychiques et le phénomène douloureux et la difficulté actuelle à prendre en charge correctement ces deux composantes en pratique clinique quotidienne.

De même le monde professionnel de la psychiatrie a longtemps considéré la prise en charge des maladies comme du ressort exclusif des médecins somaticiens.

Une authentique prise de conscience de ces difficultés est pourtant en train d'émerger. Ainsi dans le nouveau programme de l'examen national classant (ECN) à partir de 2016 a créé l'item 135 dédié à la douleur en santé mentale afin que les étudiants en médecine du deuxième cycle puissent (40) :

- **Repérer, prévenir, et traiter les manifestations douloureuses chez le patient psychiatrique et la personne atteinte de troubles envahissants du développement.**
- **Connaitre les bases en psychopathologie de la douleur aiguë et chronique, et les dimensions psychologiques en lien avec la plainte douloureuse.**

Depuis une quinzaine d'années, le Dr Djéa Saravane milite au sein de son association l'ANP3SM (Association Nationale pour la promotion des soins somatiques en psychiatrie) pour le développement des connaissances scientifiques et le partage conjoint des expériences dans ce domaine, entre les différents professionnels de santé de ces deux mondes rassemblés ensemble au sein d'un congrès annuel, avec des sessions dédiées à la prise en charge de la douleur.

En 2005, une enquête nationale (41) adressée à 811 chefs de service de psychiatrie ainsi qu'à 203 chefs de service de pharmacie des centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés (CHS) s'était intéressée à la prise en charge des troubles somatiques, la formation en matière de douleur, les pratiques d'évaluation et de traitement de celle-ci. Ils étaient 69% à estimer que la prise en charge des troubles somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques n'était pas satisfaisante, 62% s'estimaient mal formés, 54% pensaient que la douleur ne s'évalue et ne se traite pas de la même façon. 70% des répondants, n'avaient pas connaissance au sein de leur établissement de l'existence d'un comité de lutte contre la douleur (CLUD), témoin d'une démarche de réflexion pluridisciplinaire à la fois institutionnelle et individuelle, pratique exigible prioritaire pour la certification des établissements.

Ainsi, si la pathologie mentale ne doit pas masquer ou devenir un alibi à un diagnostic tardif d'une pathologie organique, la prise en charge de la douleur dans ce cadre est un véritable défi pour l'ensemble des soignants, afin que les patients psychiatriques douloureux chroniques, victimes de la « *double peine* », puissent être simplement reconnus par la société comme des êtres « *souffrants* » (42).

C-Une situation exemplaire en médecine générale

Être interne en stage en soins primaires m'a fait toucher du doigt l'importance à la fois quantitative et qualitative de la psychiatrie en médecine générale, deux disciplines cliniques qui ne sont pas focalisées sur un organe ou une fonction, mais sur une personne dont la relation soignant/soigné est le cœur de métier.

L'origine de mon intérêt pour le sujet vient ainsi de plusieurs situations cliniques vécues avec mes maîtres de stage généralistes universitaires (MSU) au cours de mes deux stages en soins primaires.

Être confronté à un patient psychiatrique douloureux chronique, considéré comme « difficile » m'a permis d'être au plus près de cette relation si particulière du MSU avec son interne.

Face à « la complexité » de la douleur en santé mentale, travailler et réfléchir ensemble à une meilleure prise en charge permettent une amélioration et une progression permanentes. Le compagnonnage et le rôle pédagogique du médecin « sénior » face à son élève sont essentiels dans cette rencontre humaine triangulaire empreinte de confiance et d'estime. Par l'attention et l'écoute portées à l'autre chacun peut se remettre en cause quotidiennement en fonction de sa sensibilité personnelle et professionnelle et de son expérience théorique et pratique.

Il nous semblait intéressant d'étudier de ce fait les pratiques propres aux MSU et aux internes en médecine générale (IMG) face à cette problématique, et d'évaluer leurs attentes respectives dans ce cadre.

Les objectifs de cette thèse sont donc les suivants :

L'objectif principal est :

-Décrire la pratique diagnostique et thérapeutique ambulatoire des maîtres de stages généralistes et des internes de médecine générale de la région Midi Pyrénées face à leurs patients souffrant à la fois de pathologie psychiatrique et de douleur chronique et les comparer avec les données de la littérature.

Les objectifs secondaires sont :

-Relever leurs difficultés et leurs besoins pour proposer une amélioration des pratiques dans ce contexte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I-Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée par auto-questionnaire., menée du 27 janvier au 27 mai 2014.

II-Populations

Ce questionnaire a été adressé à deux populations distinctes :

- Médecins généralistes maîtres de stage universitaire exerçant en libéral en Midi-Pyrénées depuis au moins 3 ans
- Internes de troisième cycle de médecine générale de la faculté de médecine de Toulouse et ayant effectué au moins le stage en ambulatoire chez le praticien de niveau 1.

III-Procédure utilisée

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale aux MSU (Praticien niveau 1, Gynéco Pédiatrie ambulatoire et SAS-PAS) d'après la liste des postes offerts aux choix des IMG du semestre d'hiver 2013-2014, accessible sur le site internet¹ de la Plateforme d'appui aux professionnels de santé de l'agence régionale de santé Midi-Pyrénées. Les adresses postales ont pu être récupérées sur cette liste. Une enveloppe de retour préaffranchie a été fournie lors de l'envoi. Cette étude s'est effectuée sans relance postale.

Les questionnaires adressés aux IMG ont été édités grâce à GOOGLE DOCUMENTS® et envoyés par voie électronique. La liste des internes répondant aux critères d'inclusion a été obtenue grâce au tableau des semestres validés par les internes, accessible sur le site internet de l'association des internes de médecine générale de Midi Pyrénées (AIMG-MP)². Leurs adresses emails ont été accessibles par la scolarité du 3ème cycle de la faculté de médecine de Rangueil.

Une relance informatisée au bout de 2 mois a pu être faite grâce à la présidente de l'AIMG-MP aux internes adhérents à l'association.

¹ <http://www.midipyrenees.paps.sante.fr>

² <http://www.aimg-mp.com/>

IV-Contenu des questionnaires

A-Questionnaires des Médecins généralistes

Le questionnaire papier envoyé (**Annexe 1**) comprend 4 parties soit un total de 35 questions. Il a été élaboré pour être rempli en 15 minutes.

- La première partie comprend 10 questions relatives aux **caractéristiques sociodémographiques** des médecins généralistes MSU
L'offre de soins dans la région Midi Pyrénées étant très différente nous avons séparé les zones d'exercice en utilisant la définition telle que la définit l'INSEE.
Il a été considéré qu'exercer :
 - en urbain**, définit une commune qui compte plus de 2 000 habitants mais qui représente un pôle urbain ayant une grande offre de soins et des grandes infrastructures hospitalières.
 - en semi-rural**, l'ensemble des communes, de plus de 2 000 habitants avec un exercice à orientation rurale (offre de soins et aux infrastructures hospitalières moyennes).
 - en rural**, les communes de moins de 2 000 habitants, qui n'appartiennent ni à l'espace urbain ni semi-rural.

Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription adressé chaque année par la Caisse Primaire d'Assurance maladie à chaque MG libéral leur a permis de définir le nombre de patients âgés de plus de 16 ans qui les avaient déclarés « Médecin traitant ».

- La deuxième partie comprend 3 questions relatives aux **patients adultes douloureux chroniques en soins primaires** : nombre de patients, leurs types de douleur, réseau du MSU en douleur chronique.
Les différents types de douleurs chroniques (par excès de nociception et neuropathiques) ont été définis selon les mécanismes neurophysiologiques de la douleur et en fonction du type de pathologie (liée à une néoplasie ou non).

- La troisième partie du questionnaire comprend 4 questions relatives aux **patients adultes souffrant de pathologie psychiatrique en soins primaires** : nombre de patients en fonction du type de pathologie, correspondants du MSU en santé mentale.

Les 5 catégories de pathologies psychiatriques utilisées dans l'étude ont été définies et simplifiées en utilisant la classification internationale des maladies (CIM 10) (43).

La proportion de patients selon le type de pathologies psychiatriques a été corrélée approximativement à la prévalence des troubles psychiatriques en population générale. Un avis consultatif a été pris auprès de deux psychiatres du CHU de Toulouse pour la définir.

- La quatrième partie comprend 18 questions relatives aux **patients adultes souffrant à fois de douleur chronique et de pathologie psychiatrique en soins primaires** : nombre, expression de la douleur, déroulé d'une consultation, prescription médicamenteuse et non médicamenteuse, difficultés, besoins, regard du MSU sur les IMG et situations cliniques vécues.

B-Questionnaire des Internes

Le questionnaire informatisé édité par GOOGLE DOCUMENTS® (**Annexe 2**) comprend 4 parties soit un total de 36 questions.

- En première partie : 16 questions relatives aux **caractéristiques sociodémographiques des internes de médecine générale ayant effectué leur stage chez le praticien niveau 1**.
- En deuxième partie : 1 question relative aux **patients douloureux chroniques rencontrés au cours de l'internat** selon les différents stages telle que le définit la maquette de l'internat de médecine générale (44).
- En troisième partie : 2 questions relatives aux **patients présentant des troubles psychiatriques** rencontrés au cours de l'internat.
- La quatrième partie : 17 questions relatives aux **patients adultes souffrant à fois de douleur chronique et de pathologie psychiatrique en soins primaires** similaires sur 15 questions à celles concernant les MSU afin de pouvoir comparer les résultats.

V-Analyse statistique

Les données concernant les questionnaires envoyés aux médecins généralistes ont été saisies dans un tableau EXCEL par un seul investigateur soit directement (pour les MSU) soit récupérées à partir des données rassemblées par GOOGLE DOCUMENTS® (pour les IMG).

Nous n'avons utilisé dans notre étude que des variables quantitatives présentant une distribution normale. Elles ont été données avec leur moyenne et déviation standard. Les variables qualitatives ont été données, quant à elles, en valeur absolue et en pourcentage pour chacune d'entre elles. Ces pourcentages ont été présentés avec une décimale et arrondissement au chiffre au-dessus si la deuxième décimale était supérieure à 5.

Les commentaires libres ont été classés en fonction des questions par idées thématiques générales.

Les données ont été anonymisées puis analysées à l'aide du logiciel STATA 11 (StataCorp, College Station, TX).

RÉSULTATS

I-Description des deux échantillons

A-Caractéristiques sociodémographiques

1) Médecins généralistes

Sur 258 questionnaires envoyés, 127 réponses ont été reçues dont 4 au-delà de la durée d'inclusion et de ce fait non prises en compte.

Le taux de réponses exploitables est de **47,7%**.

Les 123 répondants se répartissent en 44 femmes (**35,8%**) et 79 hommes (**64,2%**), diplômés depuis en moyenne **25 ans** [16-32] et sont médecins « traitants » en moyenne de **991 patients** [700-1200] (n=107).

Il s'avère que 87 (**70,7%**) sont des MSU Praticien niveau 1, 18 (**14,7%**) des MSU gynéco-pédiatrie libéral et 83 (**67,5%**) des MSU SAS-PAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) (avec la possibilité d'avoir des internes de semestre différent) Leur âge et leur lieu d'exercice sont précisés par les figures 1 et 2.

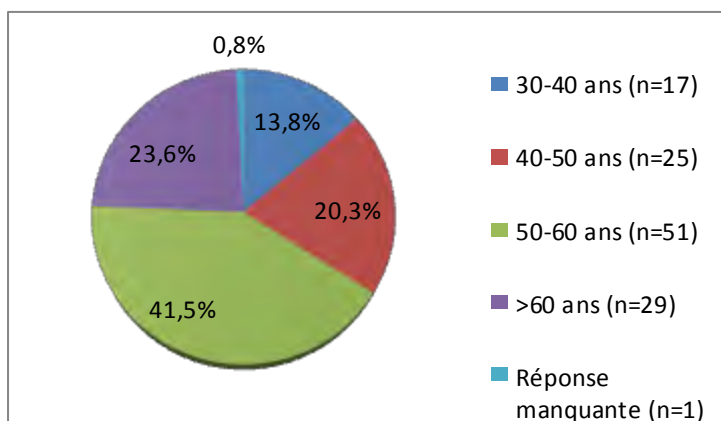


Figure 1 : Age des MSU (n=123)

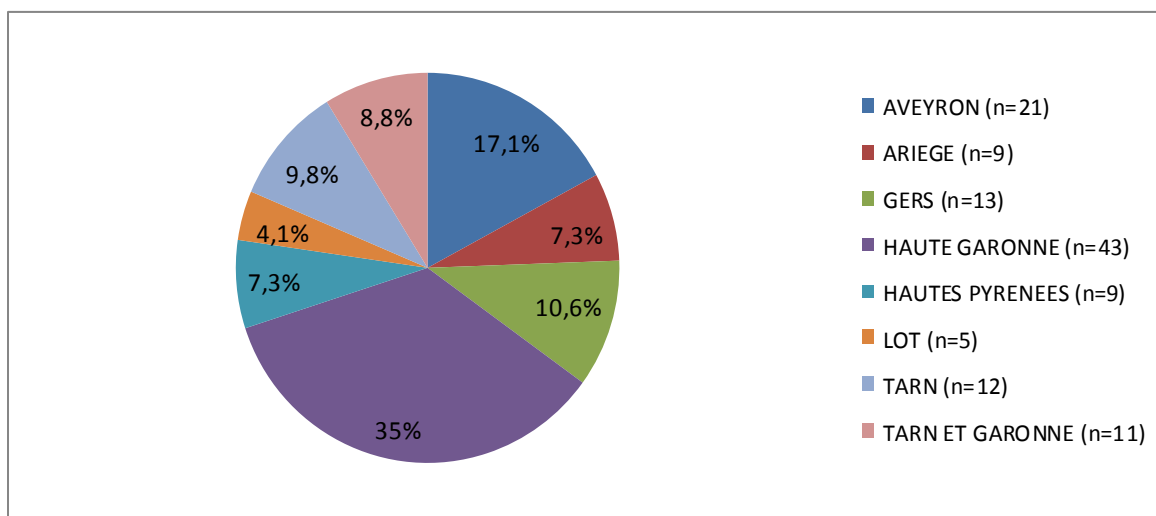


Figure 2 : Lieu d'exercice (n=123)

Plus d'un tiers des MSU exercent en Haute Garonne et un sixième en Aveyron ; Les autres départements sont répartis de manière relativement uniforme.

Les types d'exercice (zones d'exercice, environnement et type d'activité) sont décrits à la figure 3.

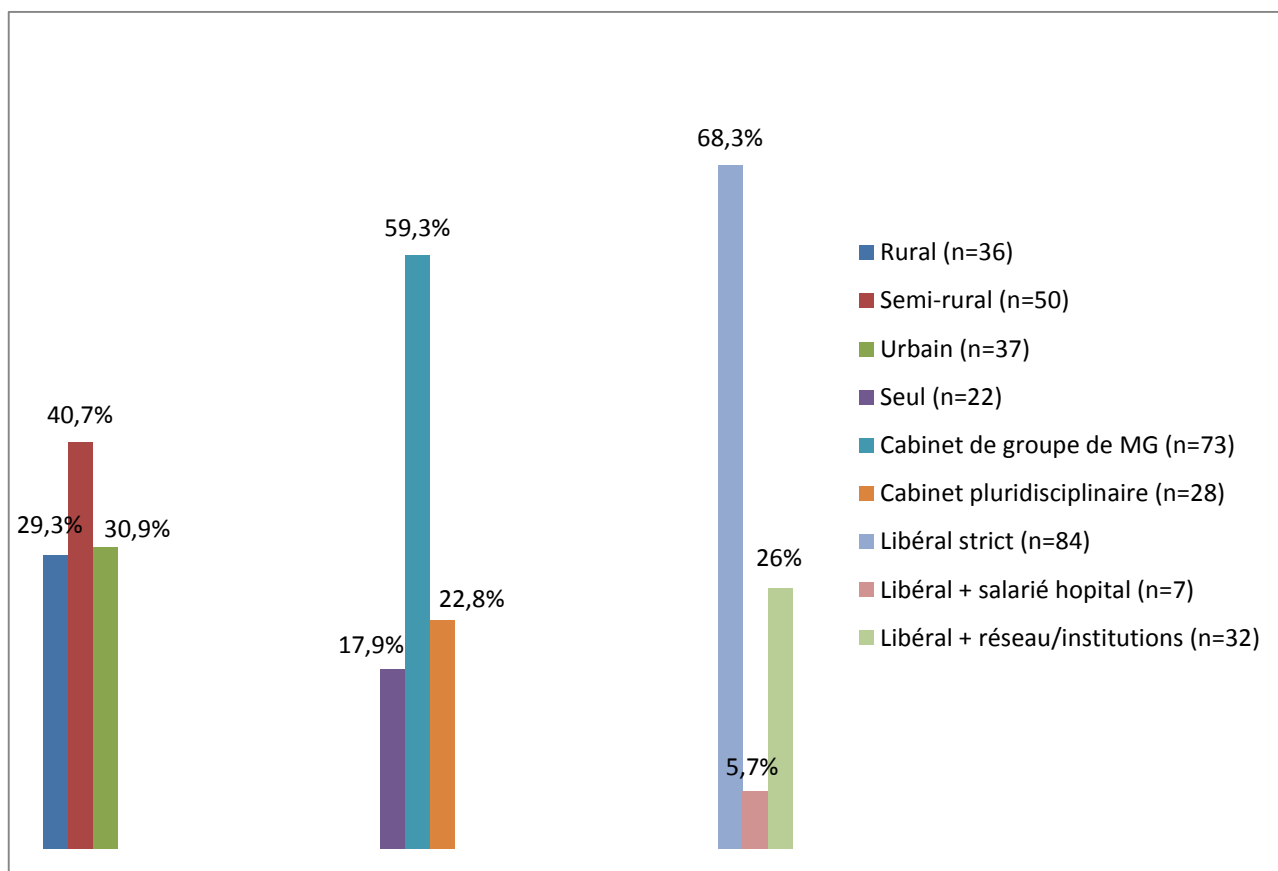


Figure 3 : Types d'exercice des MSU (n=123)

Dans notre échantillon, on observe une répartition assez uniforme des zones d'exercice avec une légère prépondérance pour les zones semi-rurales (**40,7%**). Un peu de **moins de 60%** des MSU travaillent en collaboration avec d'autres médecins généralistes et plus de deux-tiers ont une activité unique au cabinet (**68,3%**).

Parmi les activités hors cabinet médical citées par les MSU :

- 4 font partie d'un réseau de soins palliatifs,
- 3 travaillent dans une hospitalisation à domicile (HAD),
- 3 dans un service de soins de suite et réadaptation (SSR),
- 3 sont salariés d'un institut médico-éducatif,
- 4 travaillent en hôpital local, dont 2 médecins de soins palliatifs,
- 1 dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD),
- 2 sont médecins somaticiens en établissement psychiatrique
- 13 sont coordinateurs d'établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

2) Internes

Parmi 156 internes répondant aux critères d'inclusion, nous avons obtenu 66 réponses exploitables soit un pourcentage de **42,3%**.

Les répondants sont constitués de 51 femmes (**77,3%**) et 15 hommes (**22,7%**), de cinquième semestre [4,7-5,3] et d'âge moyen de **26,9 ans** [25,9-27,9].

Aucun n'a encore obtenu son doctorat d'exercice en médecine générale et **59,1%** (n=39) n'effectuent pas encore de remplacements.

Parmi les répondants IMG, **45,5%** sont en stage SAS-PAS, **48,5%** en stage hospitalier, **4,6%** en stage praticien niveau 1, et **1,5%** en stage gynéco-pédiatrie ambulatoire.

Les villes de formation en deuxième cycle de médecine sont décrites dans la figure 4

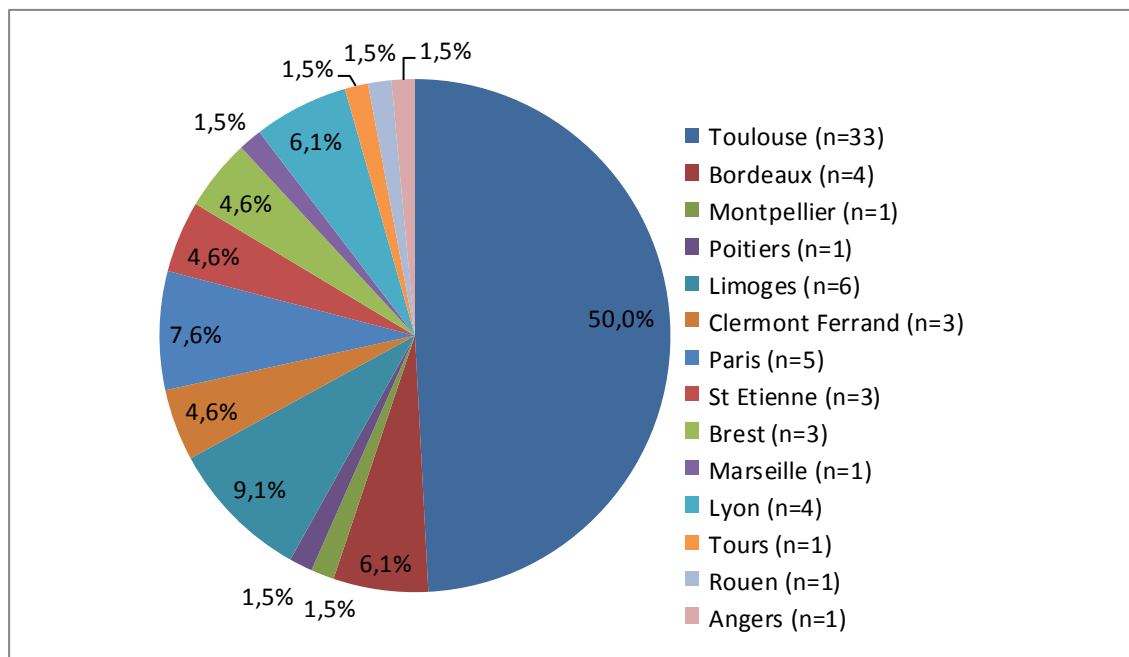


Figure 4 : Faculté de médecine d'origine des IMG (n=66)

La répartition est homogène entre les IMG toulousains et ceux provenant des autres facultés françaises.

B-Formations et Intérêt pour le thème de ce travail

1) Intérêt pour l'algologie et la psychiatrie

Parmi les internes répondants, **25,8%** ont effectué un stage de deuxième cycle dans un service de psychiatrie; Même pourcentage retrouvé pour les services d'algologie et/ou de soins palliatifs.

L'intérêt des MSU (n=123) et IMG (n=66) pour ces disciplines est décrit dans le tableau 1.

Discipline n(%)	ALGOLOGIE [MSU]	ALGOLOGIE [IMG]	PSYCHIATRIE [MSU]	PSYCHIATRIE [IMG]
Oui	67 (54,5%)	41 (62,1%)	65 (52,5%)	36 (54,6%)
Non	44 (35,8%)	18 (27,3%)	50 (41%)	25 (37,8%)
Ne sait pas ou ne se prononce pas	12 (9,7%)	7 (10,6%)	8 (6,5%)	5 (7,6%)

Tableau 1 : Intérêt pour les spécialités algologie et psychiatrie

2) Formations effectuées en algologie et psychiatrie

Les formations universitaires et non universitaires réalisées par les MSU et les IMG sont développées dans les tableaux 2 et 3.

Formations des MSU (n=123) n(%)	Formations universitaires	Formations non universitaires (plusieurs réponses possibles)
Algologie	12 (9,8%) *Capacité douleur *DIU soins palliatifs -	FMC 62 (50,4%)
		Autoformation : 54 (43,9%) <i>*Revue Médecine palliative (n=3)</i> <i>*Revue Prescrire (n=7)</i>
		Congrès 12 (14,8%)
		CLUD 2 (1,6%)
		Groupes de Pairs 7 (5,7%)
Psychiatrie/Psychologie médicale	10 (8,1%) <i>*DU psychosomatique (n=2)</i> <i>*DU psychologie médicale (n=2)</i> <i>*DU psychologie premier âge (n=1)</i> <i>*DU psychiatrie du sujet âgé (n=2)</i> <i>*DU psychiatrie et psychothérapies médiatisées (n=1),</i> <i>*Thérapies comportementales et cognitives (n=1)</i> <i>*DEUG psychologie (n=1)</i>	FMC 41 (33,3%)
		Autoformation 47 (38,2%) <i>*Revue Prescrire (n=5)</i>
		Congrès 8 (6,5%)
		Groupes de pairs ou Balint : 7 (5,7%)
Aucune	101(82,1%)	26 (21,1%)

Tableau 2 : Types de formations réalisées par les MSU

Formations des IMG (n=66) n(%)	Formations universitaires	Formations non universitaires (plusieurs réponses possibles)
Algologie	2 (3%)	FMC 12 (18,2%) Autoformation 29 (43,9%) Congrès 8 (12,1%)
Psychiatrie et/ou Psychologie médicale	1 (1,5%) <i>*DU d'alcoologie</i>	FMC 4 (6,1%) Autoformation 27 (40,9%) Congrès 2 (3%)
Aucune	60 (90,9%)	En algologie 11 (16,7%) En psychiatrie 1 (1,5%)
Réponses manquantes	3 (4,5%)	En algologie 19 (28,8%) En psychiatrie 28 (42,4 %)

Tableau 3 : Types de formations réalisées par les IMG

3) Autres diplômes et compétences acquises

Les compétences acquises par les MSU au cours de leur exercice citées sont :

- Médecine du sport (n=11)
- Homéopathie (n=10)
- Acupuncture (n=4),
- Capacité de gériatrie (n=7)
- Ostéopathie (n=3)
- Mésothérapie antalgique (n=4)
- Manipulation vertébrale (n=2)
- Médecine d'urgence (n=2)
- Autres (n=9)

Les compétences acquises par les IMG au cours de leur internat citées sont :

- DESC de gériatrie (n=3)
- DESC nutrition (n=1)
- Ostéopathie (n=1)
- DU traumatologie (n=4)
- DIU médecine tropicale et santé internationale (n=1)
- DU lié à la gynécologie (n=2)
- DU d'anglais (n=1)
- DU toxicologie (n=3)
- DU de médecine d'urgence et de montagne (n=1)

II-Description des patients douloureux chroniques en médecine générale ambulatoire

Parmi les MSU, 98,4% ont eu dans leur patientèle des patients douloureux chroniques en 2013 : **26,6** patients en moyenne [7-20].

Le taux de réponses manquantes à cette question est de **28,5%** (n=35).

Les douleurs chroniques prises en charge par les MSU sont présentées sur la figure 5 (plusieurs réponses possibles).

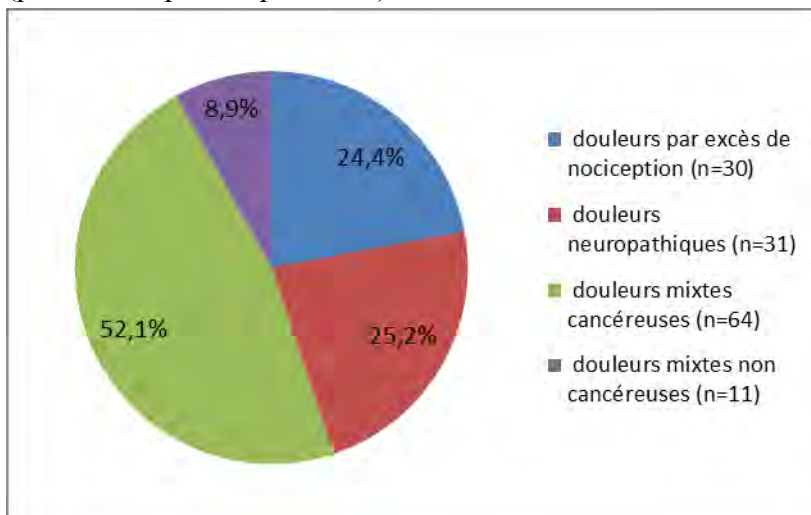


Figure 5. Description des douleurs chroniques prises en charge par les MSU (n=122)

Face à un patient douloureux chronique le MSU gère seul dans **48%** des cas ou collabore, soit avec les médecins spécialistes (**48%**), soit avec la consultation douleur chronique la plus proche de son lieu d'exercice (**65%**), celle du CHU de Toulouse (**13%**) ou un réseau de soins palliatifs (**1,6%**) (Plusieurs réponses possibles).

Tous les IMG ont rencontrés des patients douloureux chroniques au cours de leur internat. D'après le tableau 4, décrivant les types de douleurs chroniques prises en charge en fonction des stages d'internat, nous observons que les patients présentant des douleurs par excès de nociception sont rencontrés les plus souvent en stage aux Urgences (**72,7%**), puis en Médecine adulte-gériatrie (**65,1%**) et Praticien niveau 1 (**62,1%**).

Les patients avec douleurs neuropathiques sont rencontrés le plus souvent en stage praticien de niveau 1 (**62,1%**) comme les douleurs mixtes non cancéreuses (**59,1%**).

Les patients avec douleurs mixtes cancéreuses sont plutôt vus en stage de Médecine adulte-gériatrie. (**66,7%**).

Douleurs	Douleurs par excès de Nociception (n=66)	Douleurs Neurogènes (n=65)	Douleurs mixtes non cancéreuses (n=64)	Douleurs cancéreuses (n=64)
Stages n(%)				
MAG	43 (65,1%)	29 (43,9%)	35 (53%)	44 (66,7%)
URG	48 (72,7%)	15 (22,7%)	19 (28,8%)	9 (13,6%)
PRAT	41 (62,1%)	41 (62,1%)	39 (59,1%)	27 (40,9%)
GPA	4(6%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)
GPH	10 (15,2%)	2 (3%)	4 (6,1%)	5 (7,6%)
LH	14 (21,2%)	15 (22,7%)	11 (16,7%)	12 (18,2%)
SAP	11 (16,7%)	12 (18,2%)	12 (18,2%)	7 (10,6%)

Tableau 4. Types de douleurs chroniques rencontrées par les IMG selon les stages d'internat

MAG : stage médecine-adulte gériatrie

URG : stage aux urgences

PRAT : stage chez le praticien niveau 1

GPA : stage en gynéco-pédiatrie ambulatoire

GPH : stage gynéco-pédiatrie hospitalier

LH : stage libre hospitalier

SAP : stage SAS-PAS

III-Description des patients présentant un trouble psychiatrique en médecine générale ambulatoire

Au cours de l'année 2013, les MSU ont déclarés avoir rencontré en moyenne **9,5** patients avec un nouveau diagnostic de pathologie psychiatrique.

Le taux de réponses manquantes à cette question est de **28,5%** (n=35).

À la question : **Quel pourcentage de vos patients psychiatriques ont un suivi conjoint avec un professionnel de la santé mentale ?**

-Pour 37 MSU (**30,1%**), moins de 25% de leurs patients psychiatriques ont un suivi conjoint

-Pour 46 MSU (**37,4%**), entre 25 et 50%.

-Pour 27 MSU (**22%**), entre 50 et 75%

-Pour 11 MSU (**8,9%**), plus de 75%.

-2 MSU (**1,6%**) ne se prononcent pas sur cette question.

Ils collaborent en proximité pour ce suivi avec des psychiatres libéraux (**82,1%**), des psychologues (**66,7%**) des centres médico-psychologiques (**74,7%**), des établissements publics psychiatriques (**56,9%**) et des établissements privés psychiatriques (**42,3%**).

Le tableau 5 suivant présente le nombre de patients pris en charge par les MSU et les IMG en fonction des pathologies psychiatriques

Pathologies	Nombre de patients	MSU n(%)	IMG n(%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives MSU (n=123) IMG (n=66)	0-5	71 (57,7%)	13 (19,7%)
	5-10	34 (27,6%)	17 (25,8%)
	>10	18 (14,6%)	36 (54,6%)
Troubles délirants chroniques (schizophréniques et non schizophréniques) MSU (n=123) IMG (n=66)	0-2	66 (53,7%)	27(40,9 %)
	2-5	43 (35%)	28 (43,9%)
	>5	14 (11,3%)	10 (15,2%)
Troubles de l'humeur (troubles dépressifs) MSU (n=123) IMG (n=66)	0-5	4 (3,3%)	3 (4,6%)
	5-10	24 (19,5%)	11 (16,7%)
	>10	95 (77,2%)	52 (78,8%)
Troubles de l'humeur (troubles bipolaires) MSU (n=123) IMG (n=65)	0-5	64 (52,1%)	40 (60,1%)
	5-10	49 (39,8%)	17 (25,8%)
	>10	10 (8,1%)	8 (12,1%)
Troubles anxieux et/ou Troubles somatoformes MSU (n=123) IMG (n=64)	0-5	12 (9,8%)	21 (31,2 %)
	5-10	17 (13,8%)	15 (23,4%)
	>10	94 (76,4%)	30 (45,4 %)

Tableau 5. Nombre de patients pris en charge par les MSU et IMG selon les pathologies psychiatriques

Le tableau 6 décrit les patients psychiatriques pris en charge par les IMG en fonction de leurs stages d'internat (plusieurs réponses possibles).

Pathologies Stages n(%)	Troubles du comportement et liés à l'utilisation de substances psychoactives (n=66)	Troubles Délirants chroniques (n=66)	Troubles Dépressifs (n=66)	Troubles Bipolaires (n=65)	Troubles Anxieux et/ou Troubles Somatoformes (n=64)
MAG	37 (56,1%)	14 (21,2%)	38 (57,6%)	27 (24,2%)	27 (40,9%)
URG	46 (69,7%)	37 (56,1%)	30 (45,5%)	21 (31,8%)	35 (53%)
PRAT	47 (71,1%)	28 (42,4%)	59 (89,4%)	49 (74,2%)	53 (80,3%)
GPA	9 (13,6%)	3 (4,6%)	16 (24,2%)	4 (6,1%)	8 (12,1%)
GPH	1 (1,5%)	1 (1,5%)	6 (9%)	0	7 (10,6%)
LH	15 (22,7%)	6 (9,1%)	18 (27,3%)	12 (18,2%)	18 (27,3%)
SAP	18 (27,2%)	18 (27,3%)	23 (34,9%)	21 (31,8%)	18 (27,3%)

Tableau 6 : Types des patients psychiatriques pris en charge par les IMG selon les stages d'internat

Les patients avec troubles de l'humeur (dépressifs et bipolaires) ont été rencontrés majoritairement chez le praticien niveau 1 (**89,4 et 74,2%**), ainsi que les patients avec trouble anxieux (**80,3%**).

Les patients avec troubles d'utilisation de substance ont été rencontrés majoritairement dans le stage de praticien niveau 1 (**71,2%**) aux urgences (**69,7%**) et de médecine adulte-gériatrie (**56,1%**).

Les patients avec troubles délirants chroniques ont été rencontrés majoritairement aux urgences (**56,1%**) et dans le stage chez le praticien niveau 1 (**42,4%**).

IV-Problématiques des patients psychiatriques douloureux chroniques

Dans leur patientèle, 18 MSU (**14,6%**) déclarent avoir zéro ou un patient psychiatrique douloureux chronique, 78 (**63,4%**) entre 1 et 5 et 25 (**20,3%**) plus de 5 patients.

Parmi les IMG, 31 (**47%**) ont rencontré ce type de patient au cours de leur internat, et 10 (**15,2%**) ne se prononcent pas sur cette question.

Parmi les situations cliniques décrites en commentaires libres nous retrouvons :

- Syndrome dépressif sévère ou délirant de patients atteints de pathologies néoplasiques (n=6)
- Troubles somatoformes (n=3)
- Douleurs chroniques non cancéreuses avec syndrome anxieux sévère (n=2)

A-Expression de la douleur chronique

À la question : **Trouvez-vous que les patients psychiatriques ont une expression de leur douleur différente de la population générale ?**

Les MSU (n=123) ont répondu :

- Oui : 75 (61%),
- Non : 17 (13,8%),
- Ne sait pas : 21(17,1%),
- Ne se prononce pas: 10 (8,1%).

Les IMG (n=66) ont répondu :

- Oui: 49 (74,2%),
- Non: 5 (7,6%),
- Ne sait pas: 9 (13,6%),
- Ne se prononce pas: 3 (4,6%).

Leurs réponses libres selon les types de pathologies psychiatriques sont les suivantes :

1) Patients avec trouble d'utilisation de substances

Parmi les MSU : 5 (4,1%) relèvent que ces patients ont une expression différente de la douleur chronique de celle la population générale, 8 (6,5%) pensent qu'il y a peu ou pas de différence et 31 (25,2%) ne s'expriment pas sur cette question.

Les autres commentaires libres sont :

- « Réactivation des conduites addictives, en demande d'une réponse médicamenteuse et augmentation de l'automédication (n=10) »,
- « Difficultés d'évaluation du niveau de la douleur, notamment par manque d'expérience » (n=2), de la fluctuation des douleurs chroniques selon l'imprégnation du toxique et les interactions entre traitements antalgiques et-psychotropes (n=3) »,
- « Souffrance physique majorée par tolérance aux antalgiques (n=2) ».

Pour les IMG les commentaires libres sont :

- « Décalage entre parole du patient et constat clinique du médecin, indifférence ou banalisation de la douleur (n=8) ou exagération (n=3) rendant l'évaluation complexe »,
- « Majoration de l'anxiété, de l'agressivité car patients plus démunis (personnellement et familialement) face à la douleur avec renforcement des conduites addictives) (n=5)
- « Augmentation de la tolérance avec surconsommation antalgiques de palier 2 ou 3 de l'OMS (n=3) ».

2) Patients avec troubles délirants chroniques schizophréniques ou non

Parmi les MSU, 5 (4,1%) affirment que les patients délirants chroniques ont une expression différente de la douleur chronique par rapport à la population générale, 6 (4,9%) qu'il n'y a pas de différence et 41 (31,3%) ne s'expriment pas sur cette question.

Les autres commentaires libres sont :

- «*Décompensation psychique reflet des douleurs sous-jacentes avec majoration production délirante, anxiété, stéréotypies, apparition de troubles de l'humeur, revendication, majoration des conduites addictives et parfois agitation (n=22) »*,
- «*Difficultés à formuler la plainte douloureuse avec repérage tardif et manque de cohérence la rendant difficile à cerner (n=12) »*.

Pour les IMG, les commentaires libres sont :

- «*Difficultés de l'interrogatoire avec parfois interprétation délirante, majoration anxieuse ou douleur difficile à caractériser avec peu de verbalisation (n=1) »*,
- «*Probablement oui mais situations peu vécues au cours de l'internat » (n=3) »*.

3) Patients avec troubles de l'humeur (troubles dépressifs)

Parmi les MSU, 18 (14,7%) affirment que les patients avec troubles dépressifs ont une expression différente de la douleur chronique par rapport à la population générale, 2 (1,6%) qu'il n'y a pas de différences et 43 (35%) ne s'expriment pas sur cette question.

Les autres commentaires libres sont :

- «*Augmentation de la souffrance exprimée avec résurgence dépressive et anxieuse dans un contexte de cercle vicieux entre la douleur chronique et la dépression » (n=24)*,
- «*Douleur morale exprimée sur le plan somatique sous la forme d'algies multiples, protéiformes, imprécises (n=7) »*.

Pour les IMG les commentaires libres sont :

- «*Fréquence des sentiments de fatalité, pessimisme, mal être global) (n=18) »*,
- «*Plaintes multiples, fluctuantes dans le temps et la localisation avec diminution du seuil de douleur et retentissement psychologique au premier plan (n=2) »*,
- «*Consultations fréquentes, automédication avec conséquence sur l'observance et le suivi (n=4) »*,
- «*Sous-évaluation et négligence parfois de la plainte par les soignants (n=2) »*.

4) Patients avec troubles de l'humeur (troubles bipolaires)

Parmi les MSU, 7 (5,7%) affirment que les patients avec troubles bipolaires ont une expression différente de la douleur chronique par rapport à la population générale, 7 (5,7%) qu'il n'y a pas de différence et 30 (24,4%) ne s'expriment pas sur cette question.

Les autres commentaires libres sont :

- «*Plainte différente en fonction de la phase : en phase maniaque moins de douleur exprimée, indifférence (n=12)*»,
- «*Comportement du patient revendicatif, démonstratif avec tentative de manipulation du soignant (demande d'examen complémentaires et/ou de traitements) (n=5)*».

Pour les IMG, les commentaires libres sont :

- «*Labilité de la douleur en fonction de la labilité de l'humeur (n=2)*»,
- «*Plaintes somatiques multifocales difficiles à interpréter (n=1)*»,
- «*Mise en échec des soignants (n=2)*».

5) Patients avec troubles anxieux et/ou troubles somatoformes

Parmi les MSU, 15 (12,2%) affirment que les patients avec troubles anxieux et troubles somatoforme ont une expression différente de la douleur chronique par rapport à la population générale, 2 (1,6%) qu'il n'y a pas de différence et 45 (36,6%) ne s'expriment pas sur cette question.

Les autres commentaires libres sont :

- «*Intrication forte douleur-anxiété avec majoration trouble anxieux préexistant (n=15)*»
- «*Majoration du ressenti douloureux du trouble organique (n=10)*»
- «*Douleurs fréquentes, labiles, persistantes, atypiques avec demande d'examen complémentaires (n=8)* »
- «*Patients parfois négligés car difficulté d'être dans une écoute empathique (n=4)* »

Pour les IMG, les commentaires libres sont :

- «*Tableau douloureux diffus avec exagération du ressenti douloureux (n=13)* »,
- «*Nécessité de rassurer et d'expliquer pour évaluer correctement (n=5)* ».

B-Évaluation clinique

Le tableau 7 donne les réponses de la question : **Faire la part entre douleur somatique et morale lors de l'évaluation clinique est pour vous ?** (plusieurs réponses possibles)

n(%)	MSU (n=121)	IMG (n=66)
Facile avec l'interrogatoire	2 (1,3%)	0
Facile avec l'examen clinique	9 (7,3%)	1 (1,5%)
Cela dépend de la pathologie psychiatrique	45 (36,6%)	21 (31,8%)
Souvent difficile	75 (61%)	50 (75,8%)
Tout le temps difficile	19 (15,5%)	10 (15,2%)
Ne sait pas	2 (1,6%)	0
Ne se prononce pas	2 (1,6%)	0

Tableau 7 : Différencier douleur somatique et morale lors de l'évaluation d'une douleur chronique

À la question : **Trouvez-vous qu'il est pertinent d'examiner à chaque consultation un patient psychiatrique à la recherche d'une étiologie somatique ?**

-43 MSU (35%) et 23 IMG (34,9%) ne trouvent pas cela pertinent.

Le taux de réponses manquantes est de 5,7% pour les MSU (n=7) et de 7,6% pour les IMG (n=5).

C-Les échelles d'évaluation

1) Évaluation du type de douleur

Parmi les répondants ,70 MSU (**57%**) et 33 IMG (**50%**) déclarent utiliser des échelles pour évaluer le type de douleur chronique.

Parmi les réponses données par les MSU :

- Échelle DN4 : 12 (**9,8%**),
- Échelle Numérique (EN) : 14 (**11,4%**),
- Échelle Visuelle Analogique (EVA) : 37 (**30,1%**),
- Échelle Verbale Simple (EVS) : 3 (**2,4%**),
- Échelle Comportementale pour Personnes Âgées (ECPA) : 3 (**2,4%**),
- Échelle de la douleur pour les personnes âgées non communicantes (DOLOPLUS) : 6 (**4,9%**),
- Échelle de la douleur aiguë pour les personnes âgées non communicantes (ALGOPLUS) : 4 (**3,3%**).

Parmi les réponses données par les IMG :

- Échelle DN4 : 15 (**22,7%**),
- Échelle ALGOPLUS : 1 (**0,8%**),
- Échelle des visages : 1 (**0,8%**).

2) Évaluation de l'intensité

Parmi les MSU, 76 (**61,8%**) utilisent des échelles d'autoévaluation pour évaluer l'intensité de la douleur chronique. Cela est retrouvé chez 45 (**68,2%**) IMG.

Le taux de réponses manquantes est de 4% (n=5) pour les MSU et 1,5% (n=1) pour les IMG.

Parmi les réponses données par les MSU :

- Échelle EVA : 48 (**39%**),
- Échelle EN : 14 (**11,4%**),
- Échelle EVS : 3 (**2,4%**),
- Autres échelles (couleurs, dessin, cubes, jetons) : 5 (**4,1%**).

Parmi les réponses données par les IMG :

- l'échelle EVA : 26 (**39,4%**),
- l'échelle EN : 24 (**36,4%**),
- l'échelle EVS : 3 (**4,5%**).

Les fréquences d'utilisation des échelles d'évaluation par nos deux populations sont décrites par les figures 6 et 7.

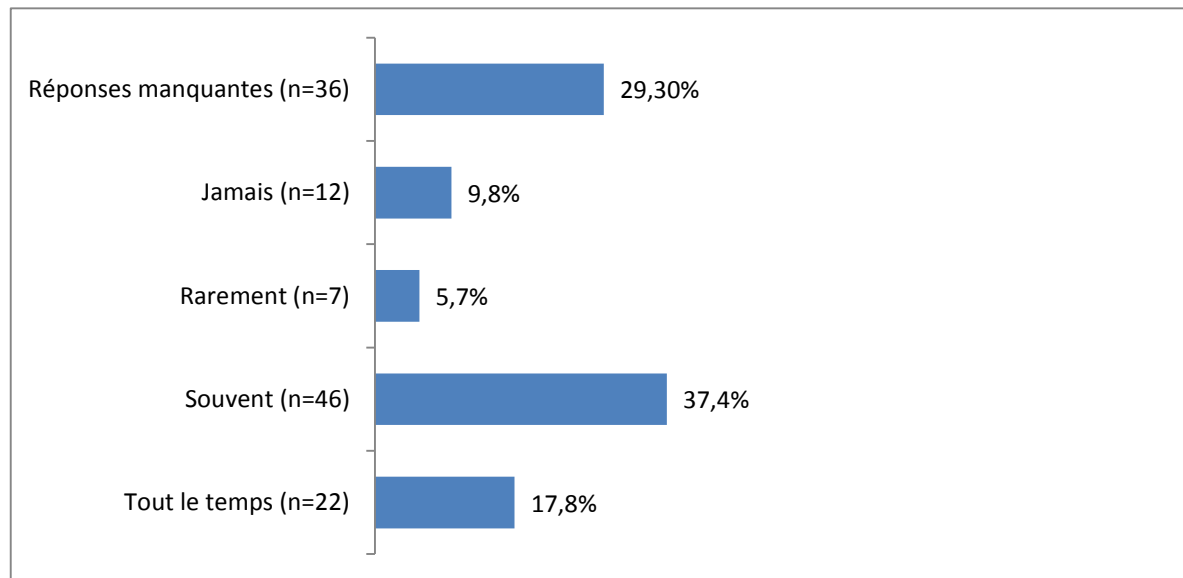


Figure 6. Fréquence d'utilisation des échelles d'autoévaluation par les MSU (n=123)

On observe que plus de la moitié des MSU utilisent de façon régulière des échelles d'autoévaluation pour évaluer l'intensité douloureuse.

Près d'un tiers ne répondent pas à cette question.

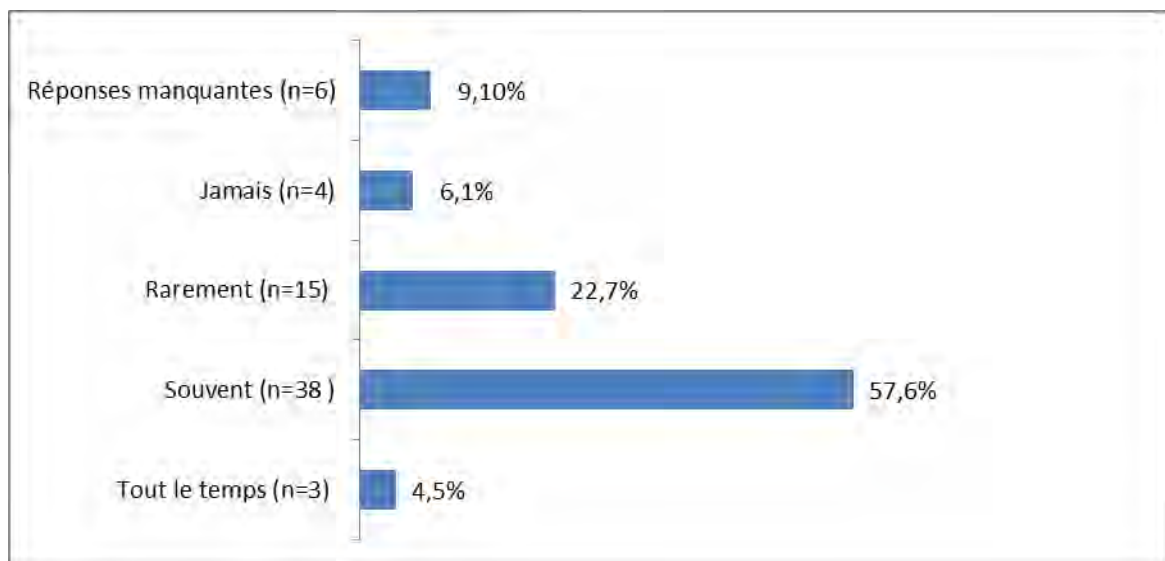


Figure 7. Fréquence d'utilisation des échelles d'autoévaluation par les IMG (n=66)

On observe que près de 2/3 des internes utilisent les échelles d'autoévaluation pour évaluer l'intensité douloureuse.

3) Échelles d'hétéro-évaluation

Parmi les deux populations 26 MSU (21,1%) et 5 IMG (7,6%) en ont déjà utilisé en médecine générale ambulatoire.

Parmi les IMG, 34 (51,2%) en ont déjà utilisé pendant leurs stages hospitaliers.

Le taux de réponses manquantes chez les MSU est de 8,1% (n=10).

Parmi les réponses données par les MSU on retrouve :

- Échelle DOLOPLUS : 5 (4,1%),
- Échelle ALGOPLUS : 4 (3,2%),
- Échelle ECPA : 2 (1,6%),
- Échelle DN4 : 3 (2,4%),
- Échelle EN : 1 (0,8%),
- Échelle EVA : 3 (2,4%),
- Échelle des visages : 2 (1,6%).

Parmi les réponses données par les IMG on retrouve :

- Échelle DOLOPLUS : 24 (36,3%),
- Échelle ALGOPLUS : 27 (40,9%),
- Échelles pédiatriques (visages/EDIN/PEDIADOL) : 30 (45,4%).

4) Influence de la pathologie psychiatrique sur l'évaluation

À la question : **L'évaluation d'un patient douloureux chronique change elle si le patient souffre d'une pathologie psychiatrique associée ?**

77 MSU (62,7%) et 39 IMG (59,1%) ont une réponse positive.

Le taux de réponses manquantes pour cette question est de 8% (n=10) chez les MSU et 1,5% (n=1) chez les IMG.

Les principaux commentaires libres exprimés sont :

Pour les MSU :

- « Difficultés d'évaluation, selon l'humeur, le degré de compréhension et communication (n=3), peur d'une pathologie grave (n=1) »,
- « Cela dépend de la pathologie psychiatrique et la personnalité du patient (n=5) ou non (n=1) : la pathologie psychiatrique joue un rôle de filtre entre le médecin et la douleur chronique du patient »,
- « Pas d'échelles adaptées (n=2) ».

Pour les IMG :

-«Évaluation difficile car nécessite plus de temps et attention pour faire la différence entre douleur morale, émotion et douleur physique en fonction du patient et de la pathologie psychiatrique (n=11)»,

-«Évaluation identique car ce qui compte c'est le ressenti et le vécu de la douleur (n=1)»

-«Tendance à la banalisation et à moins écouter car patient psychiatrique (n=3),nécessité d'un bon contact (n=1) ».

D-Utilisation des thérapeutiques médicamenteuses

Les habitudes de prescription médicamenteuse chez le patient douloureux chronique sont détaillées dans le tableau 8 (plusieurs réponses possibles).

Traitements n(%)	MSU (n=123)	IMG (n=66)
Palier 1 selon l'OMS	115 (93,5%)	55 (83,3%)
Palier 2 selon l'OMS	115 (93,5%)	53 (80,3%)
Palier 3 selon l'OMS	83 (67,5%)	24 (36,4%)
Antiinflammatoires	81 (65,9%)	26 (39,4%)
Corticoïdes	63 (51,2%)	10 (15,2%)
Antidépresseurs	97 (79,7%)	25 (37,9%)
Antiépileptiques	77 (62,6%)	20 (30,3%)
Benzodiazépines	42 (34,2%)	5 (7,6%)

Tableau 8. La prescription médicamenteuse chez le patient douloureux chronique

Quelle est l'influence de la pathologie psychiatrique sur la prescription médicamenteuse ?

1) Patients avec troubles d'utilisation de substance

Concernant leur prescription médicamenteuse chez les patients avec troubles d'utilisation de substance et douloureux chroniques les MSU et les IMG expriment les réponses suivantes :

Pour les MSU :

- « *Peur de créer des addictions supplémentaires par surconsommation médicamenteuse (n=13) »,*
- « *Risques d'interactions médicamenteuses (notamment antagonisme et augmentation de l'effet sédatif (n=8) »,*
- « *Thérapeutiques évitées : opioïdes faibles et forts et benzodiazépines (n=7) ».*

Pour les IMG :

Leur prescription est différente pour 90,9% d'entre eux notamment par « peur du risque de dépendance et de mésusage (n=39) » et « une utilisation précautionneuse des opiacés faibles et forts (n=25) et des benzodiazépines (n=11) ».

2) Patients avec troubles délirants chroniques schizophréniques ou non

Chez les patients souffrant de troubles délirants et douloureux chroniques les MSU et IMG font les commentaires suivants :

Pour les MSU :

- « *Peur du mésusage lié à la polymédication : peu ou pas d'opioïdes faibles ou forts (n=4), peu d'antidépresseurs (n=1), de corticoïdes (n=1), utilisation neuroleptique plus fréquente (n=1) »,*
- « *Risques d'interactions médicamenteuses (n=13) notamment aggravation des troubles délirants et somnolence ».*

Pour les IMG :

La prescription médicamenteuse est différente pour 37 (**30,3%**) d'entre eux notamment par « *peur des interactions médicamenteuses (constipation liée en particulier à la polymédication, aggravation du trouble délirant) (n=10), de l'erreur et du risque de tentative de suicide (n=1) ».*

Les thérapeutiques évitées sont « *les corticoïdes et les opioïdes faibles ou forts (n=2). Quelques internes prennent conseil auprès « des médecins psychiatres (n=3) ».*

9 IMG (**13,2%**) déclarent ne pas savoir si leur prescription change.

3) Patients avec troubles de l'humeur (troubles dépressifs)

Chez les patients dépressifs et douloureux chroniques, les MSU et les IMG font les commentaires suivants :

Pour les MSU :

- « Utilisation plus fréquente de la classe des antidépresseurs avec reprise ou majoration à adapter en fonction de la clinique (n=13) et parfois ajout d'anxiolytiques (n=1) »
- « Crainte des interactions médicamenteuses et de la surconsommation avec prescription prudente adapté aux traitements déjà en place en évitant l'escalade thérapeutique (n=8) »

Pour les IMG :

La prescription médicamenteuse est différente pour 24 (**36,4%**) d'entre eux avec « une place faite aux thérapeutiques par antidépresseurs et anxiolytiques (n=8) » ainsi « qu'aux thérapies non médicamenteuses (n=2).comme la relaxation ». Ils ont peur « du mésusage avec passage à l'acte suicidaire. (n=3) » et estiment « qu'il est important de faire le point sur le moral avec réévaluation régulière des patients (n=2) ».

-16 (**24,2%**) des IMG ne savent pas si leur prescription change.

4) Patients avec troubles de l'humeur (troubles bipolaires)

Pour les patients bipolaires et douloureux chroniques les MSU et les IMG font les commentaires suivants :

Pour les MSU :

- « Moindre utilisation des corticoïdes et des opioïdes faibles devant le risque addictif (n=2) »,
- « Méfiance vis-à-vis des interactions médicamenteuses avec les traitements régulateurs de l'humeur (n=11) ».

Pour les IMG :

La prescription médicamenteuse est différente pour 16 (**24%**) d'entre eux avec une précaution notamment par rapport aux « interactions Anti-inflammatoires non stéroïdiens Lithium (n=3) » et « la peur des corticoïdes (n=2) »

-11 (**17,2%**) déclarent ne pas savoir si leur prescription change.

5) Patients avec troubles anxieux et/ou troubles somatoformes

Pour les patients anxieux et/ou souffrant de troubles somatoformes les MSU et les IMG font les commentaires suivants :

Pour les MSU :

-« *Utilisation préférentielle des traitements anxiolytiques avec majoration si besoin (n=6) en évitant la surconsommation (n=3) »*

-« *Techniques non médicamenteuses et soutien psychologique indiqué (n=2) »*

Pour les IMG :

La prescription médicamenteuse est différente pour 27 (**40,9%**) d'entre eux avec « *un recours plus rapide aux anxiolytiques et antidépresseurs (n=10) »*, en privilégiant « *les benzodiazépines à demi-vie courte (n=1) »* et « *le traitement de fond de la pathologie psychiatrique (médicamenteux ou non) (n=2) »*.

E-Techniques non médicamenteuses

Les tableaux 9 et 10 décrivent les techniques non médicamenteuses auxquelles ont recours les MSU et les IMG pour leurs patients douloureux chroniques et psychiatriques douloureux chroniques.

MSU (n=123) n (%)	Patients Douloureux chroniques adressés	Patients psychiatriques douloureux chroniques adressés	Pratique personnelle chez patients douloureux chroniques	Pratique personnelle chez patients psychiatriques douloureux chroniques
Kinésithérapie/ Ostéopathie	112 (91,1%)	105 (85,4%)	4 (3,3%)	4 (3,3%)
Sophrologie/Hypnose	72 (58,6%)	57 (46,3%)	5 (4,1%)	3 (2,4%)
Acupuncture	86 (69,9%)	58 (47,2%)	1 (0,8%)	2 (1,7%)
Homéopathie	32 (26,1%)	24 (19,5%)	6 (4,9%)	4 (3,3%)
Thermalisme	69 (56,1%)	35 (28,5%)	2 (1,6%)	2 (1,6%)
Psychothérapie	87 (70,7%)	77 (62,8%)	7 (5,7%)	4 (3,3%)

Tableau 9 : Techniques non médicamenteuses : Réseau et pratique personnelle des MSU

En dehors du recours médicamenteux, on observe que les techniques prépondérantes sont les techniques manuelles type kinésithérapie/ostéopathie (**91,1%** et **85,40%**, suivent les techniques psychothérapiques (**70,7%** et **62,8% des MSU**) et l'acupuncture (**69,9%** et **47,2%**) que le patient souffre d'un trouble psychiatrique ou non.

Les autres techniques évoquées sont : Infiltrations par neurologue ou rhumatologue, mésothérapie et utilisation de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS).

À noter que moins de 5% des médecins pratiquent personnellement ces techniques sur leurs patients douloureux chroniques psychiatriques douloureux chroniques.

IMG (n=66) n (%)	Patients Douloureux chroniques adressés	Patients psychiatriques douloureux chroniques adressés	Pratique personnelle chez patients douloureux chroniques	Pratique personnelle chez patients psychiatriques douloureux chroniques
Kinésithérapie/ Ostéopathie	55 (83,3%)	38 (57,6%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)
Sophrologie/Hypnose	22 (33,3%)	16 (24,2%)	2 (3%)	1 (1,5%)
Acupuncture	16 (24,2%)	4 (6%)	0	0
Homéopathie	7 (10,6%)	2 (3%)	2 (3%)	2(1,5%)
Thermalisme	20 (30,3%)	8 (12,1%)	0	0
Psychothérapie	43 (65,2%)	30 (45,5%)	5 (7,6%)	4 (6%)
Réponses manquantes	2 (3%)	17 (25,8%)	16 (24,2%)	16 (24,2%)

Tableau 10 : Techniques non médicamenteuses : Réseau et pratique personnelle des IMG

Les techniques non médicamenteuses auxquels les IMG ont recours pour leurs patients douloureux chroniques et psychiatriques douloureux chroniques sont les techniques manuelles type kinésithérapie et ostéopathie (**83,3%** et **57,6%** des IMG), suivent la psychothérapie (**65,2%** et **45,5%** des IMG) et les techniques de type sophrologie ou hypnose (**33,3%** et **24,2%** des IMG).

Une autre technique est évoquée : consultation de posturologie.

F-Difficultés de prescription

Prescrire chez un patient psychiatrique douloureux chronique est souvent difficile pour 76 MSU (**61,8%**) et 49 IMG (**74,2%**).

Cela est rarement difficile pour 29 MSU (**23,6%**) et 20 IMG (**16,7%**).

Cela est tout le temps difficile pour 7 MSU (**5,7%**) et 5 IMG (**7,6%**).

Cela n'est jamais difficile pour 5 MSU (**3,3%**).

Pour les MSU les trois difficultés les plus fréquemment citées sont :

- la peur de l'iattrogénie médicamenteuse pour 91 MSU (**74%**),
- la peur de la dépendance des patients aux antalgiques notamment aux opiacés pour 76 MSU (**61,8%**),
- le manque de temps au cours des consultations pour 62 MSU (**50,41%**).

Pour les IMG on retrouve :

- la peur de l'iattrogénie médicamenteuse pour 43 d'entre eux (**65,2%**),
- la peur de la dépendance des patients aux antalgiques notamment aux opiacés pour 43 d'entre eux (**65,2%**),
- le manque d'expérience pratique pour 37 d'entre eux (**56,1%**).

Le taux de réponses manquantes à cette question est de **11,4%** chez les MSU (n=14) et de **6%** chez les IMG (n=4).

G-Besoins pour mieux gérer la douleur des patients psychiatriques

Le tableau 11 donne les réponses de la question : **Quels sont vos besoins pour prendre en charge des patients psychiatriques douloureux chroniques ?**

(plusieurs réponses possibles)

Besoins n(%)	MSU (n=123)	IMG (n=66)
Meilleure formation initiale	19 (15,5%)	19 (28,8%)
Formation continue dédiée	51 (41,5%)	50 (75,8%)
Une meilleure communication entre algologues et médecins généralistes	42 (34,2%)	26 (39,4%)
Une meilleure communication entre psychiatres et médecins généralistes	77 (62,6%)	36 (54,6%)
Aucun besoin	3 (2,4%)	6 (9%)
Réponses manquantes	7 (5,7%)	3 (4,5%)

Tableau 11: Besoins des MSU et IMG pour mieux prendre en charge les patients psychiatriques douloureux chroniques

Parmi les IMG, 50 (75,8%) d'entre eux sont en demande d'une formation médicale continue sur ce thème comparé à 51 MSU (41,4%).

Ils sont aussi majoritairement en demande d'une meilleure communication entre les psychiatres et les médecins généralistes (77 MSU (62,6%) et 36 IMG (54,6%))

Le taux de réponses manquantes est de 5,7 % (n=7) chez les MSU et 4,5% chez les IMG. (n=3).

H-Regards des MSU et IMG sur leurs pratiques respectives

À la question : **Que pensez-vous des compétences de vos internes en algologie ?** les réponses les plus fréquentes des MSU sont :

- « Bonnes (n=33) à très bonnes (n=3) »,
- « Meilleures que les médecins généralistes au même âge (n=6),
- à améliorer(n=7), notamment connaissances dans les coanalgésiques, opiacés, tableau d'équi-analgésie, alternatives non médicamenteuses » ,
- « Nécessité d'appliquer les connaissances théoriques en pratique quotidienne (n=11), et de plus individualiser la prise en charge (n=4) »,
- « Correctes (n=12) »,
- « Moyennes (n=7) ».

À la question : **Que pensez-vous des compétences de vos internes en psychiatrie,** les réponses les plus fréquentes des MSU sont :

- « Insuffisante (n=18), par peu de formation initiale spécifique (n=4), nécessité d'améliorer le savoir être (n=4), manque de connaissances théoriques (n=2) comme les MSU au même âge »,
- « Moyennes (n=18) »,
- « Manque de pratique (n=15) »,
- « Bonnes (n=11) » ,
- « -Difficile à apprécier (n=8) ».

-57 MSU (**46%**) ont déjà été amenés avec un de leurs IMG à gérer une situation de douleur chronique chez un patient présentant une pathologie psychiatrique.

-39 IMG (**59,1%**) ont déjà été confrontés avec un de leurs MSU à gérer une situation de douleur chronique chez un patient présentant une pathologie psychiatrique.

Le taux de réponses manquantes pour cette question est de **4%** (n=5) pour les MSU et **3%** (n=2) pour les IMG.

La figure 8 indique les situations cliniques de patients psychiatriques douloureux chroniques pris en charge par le binôme MSU-IMG .

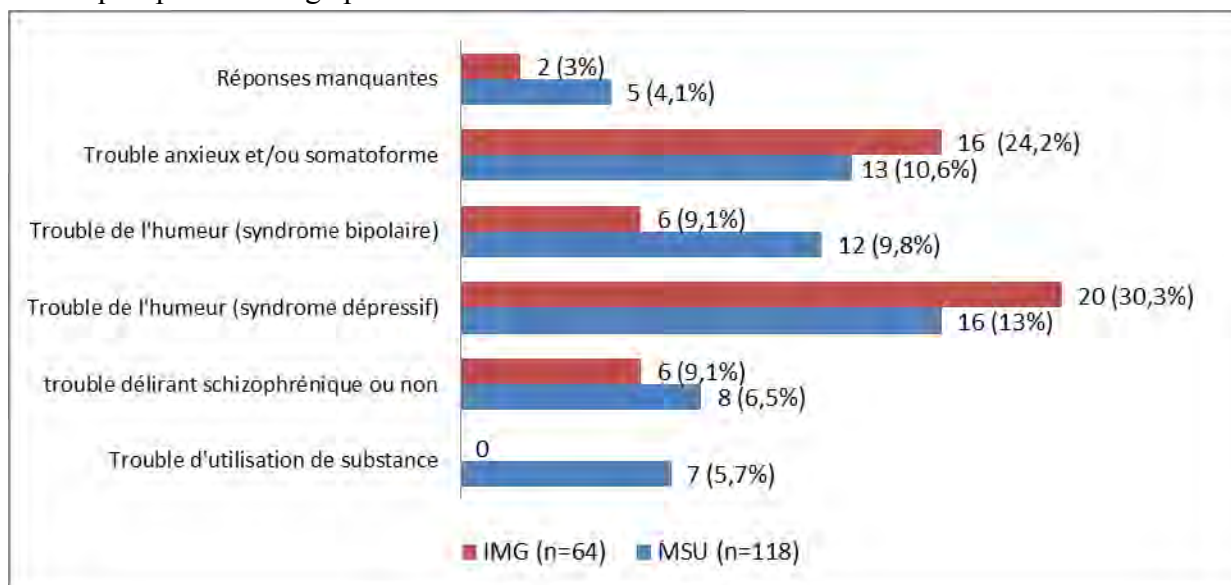


Figure 8 : Situations cliniques de patients psychiatriques douloureux chroniques rencontrés en consultation binôme en n(%)

À la question : **Est-ce qu'une situation de douleur chronique chez un patient présentant un trouble psychiatrique a déjà fait l'objet d'un travail pédagogique pour le DES de médecine générale ?**

Le thème de la douleur en santé mentale a fait l'objet de 9 cas présentés en ateliers d'échange de pratique, 6 récits cliniques de situations authentiques complexes et 4 présentations à leur MSU ou à l'hôpital par les IMG ayant répondu à ce questionnaire.

DISCUSSION

I-Caractéristiques des médecins répondants et de leurs patients

A-Médecins généralistes et internes

Au travers de cette étude nous nous sommes intéressés à deux populations distinctes de médecins généralistes : les maîtres de stage universitaires et les internes en médecine générale.

Chez les MSU, on remarque que presque deux tiers des répondants sont des hommes, âgés de plus de 50 ans. Ceci correspond aux statistiques (45) du Conseil National de l'ordre des médecins en 2013 où les hommes représentent 66% des 3236 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Midi-Pyrénées, avec un âge moyen de 53 ans.

Les générations plus jeunes, de moins de 40 ans, représentent 13,9% de nos effectifs MSU proche de leur prévalence actuelle (10,6%) dans la région.

Concernant le lieu d'exercice, les deux départements les plus retrouvés parmi les répondants sont la Haute Garonne (35%) et l'Aveyron (17,1%) expliqués par la plus forte proportion de MSU exerçant dans ces deux départements.

Notre échantillon est assez homogène vis-à-vis des zones d'exercices avec une certaine prépondérance pour les zones semi-rurales (40,7%) sans qu'elles aient été définies initialement dans le questionnaire adressé. Près de deux tiers des MSU ont un exercice libéral exclusif. Cela semble logique puisqu'ils accueillent en stage des internes dans l'optique de leur faire découvrir la médecine générale ambulatoire.

Dans notre étude, 77,3% des IMG répondants sont des femmes, ce qui ne nous surprend pas au vu de la féminisation de la profession. Il y a autant d'IMG ayant effectué leur deuxième cycle à Toulouse qu'issus d'autres facultés.

Cela nous a permis d'obtenir des réponses de futurs médecins ayant eu une source de formation initiale différente tant en algologie qu'en psychiatrie ce qui a pu influencer leurs pratiques vis-à-vis des patients psychiatriques douloureux.

Il est intéressant d'observer que même si plus d'un tiers de nos deux populations déclarent n'avoir aucun intérêt pour ces disciplines, ils ont tout de même été nombreux à répondre à notre étude (47,7% des MSU et 42,3% des IMG).

B-Patients

1) Patients douloureux chroniques ambulatoires

Les patients douloureux chroniques sont fréquemment rencontrés dans les cabinets de médecine générale, en moyenne 26,6 patients. Dans notre échantillon, seulement 1,6% des MSU affirment ne pas en avoir dans leur patientèle. On peut supposer que cette déclaration d'absence de patient est liée à une mauvaise appréciation de la définition de la chronicité de la douleur ; rappelons que la douleur est dite chronique au-delà de 3 mois.

Tous les IMG en ont rencontré au cours de leur internat.

Lorsqu'on regarde les différents types de douleurs chroniques prises en charges par les MSU, on constate que sont celles qui sont le moins rencontrées en soins primaires sont les douleurs mixtes non cancéreuses (8,9%) contrairement au constat des IMG (59,1%).

A l'inverse les douleurs les plus rencontrées par les MSU en ambulatoire sont les douleurs mixtes cancéreuses, plus fréquemment en stage hospitalier de médecine interne-gériatrie pour les IMG.

Les patients avec douleurs chroniques par excès de nociception sont pris en charges le plus souvent aux urgences par les IMG (72,7%). Ce pourcentage fort peut être expliqué par une mauvaise compréhension de la question qui a pu être comprise comme « douleur » sans durée d'évolution tant aiguë que chronique.

Par ailleurs 62,1% d'entre eux ont observé des patients avec des douleurs neuropathiques dans le cabinet de leur MSU. Cela montre que ce type de douleur est de mieux en mieux diagnostiqué en ambulatoire. Ce qui est important lorsqu'on sait que ces douleurs affectent jusqu'à 8% de la population générale, dont un quart de douloureux chroniques(4).

Les faibles pourcentages rapportés lors du stage SAS-PAS peuvent être expliqués par le fait que tous les internes n'ont pas effectués de stage en autonomie supervisée et que le questionnaire avait été envoyé au milieu du semestre.

2) Patients psychiatriques ambulatoires

D'après notre étude, les patients psychiatriques les plus rencontrés sont les patients avec troubles de l'humeur dépressifs et les patients présentant un trouble anxieux et/ou un trouble somatoforme, notamment pour les IMG en stage ambulatoire (respectivement 89,4% et 80,3%).

Cela est en cohérence avec la prévalence française de ces troubles en médecine générale

En effet, dans la population générale, la prévalence des troubles anxieux graves sur 12 mois est d'environ 15% et de 21% sur la vie entière (46).

En ce qui concerne la dépression, les prévalences varient entre 5 et 12% selon les sources mais on estime que 8 millions de français ont souffert ou souffriront de dépression au cours de leur vie (47).

Il est étonnant d'observer que les IMG (54,6%) déclarent avoir rencontré plus de patients avec troubles liés à l'utilisation de substances que les MSU (14,6%). On peut supposer que les IMG peu à l'aise avec la pathologie addictive, se souviennent plus facilement de ces

patients, d'autant qu'ils sont rencontrés en situation de crise aux urgences pour 69,7% d'entre eux et dans des proportions similaires en ambulatoire (71,1%).

Quant aux patients bipolaires, ils sont rencontrés majoritairement en soins primaires mais en faibles proportions (moins de 5 pour la moitié des MSU et IMG)

Ce trouble sévère dont le diagnostic est difficile et tardif touche 1 à 2% de la population générale (48).

Enfin la prévalence des patients schizophrènes pris en charge dans notre étude est faible (moins de 2 pour 53,7% des MSU et 40,9% des IMG).

Cela montre à quel point le médecin généraliste est aux avant-postes de la prise en charge de ces patients psychiatriques, qu'il assure seul ou en collaboration avec les différents types de professionnels existants.

II-Prise en charge du patient psychiatrique douloureux chronique : objectif principal de l'étude

A-Expression et perception douloureuse

Dans notre étude 63,4% des MSU ont entre 1 et 5 patients psychiatriques souffrant de douleurs chroniques dans leur patientèle et 47 % des IMG en ont rencontrés en consultation pendant leur internat.

Entendre la douleur de l'autre est parfois difficile, car ce n'est pas seulement évaluer son intensité mais aussi ses causes, ses mécanismes supposés, sa place dans l'histoire et la culture de celui qui en souffre.

Si la douleur, ressenti universel, est perçue par tous les individus sur un plan neurophysiologique, comment se manifeste cette réactivité personnelle confrontée à celle-ci lorsqu'on souffre d'une pathologie psychiatrique ?

Nous nous sommes demandé ce que nos répondants pensaient de l'expression de la douleur chez ces patients en fonction de leurs pathologies psychiatriques.

Ainsi la majorité d'entre eux pensent que l'expression de la douleur chez eux est différente de celle la population générale (MSU 61 % et IMG 74,2%) mais cette question les a mis en difficulté, 25,2 % des MSU et 18,2 % des IMG ont déclarés ne pas savoir ou ne se sont pas prononcés.

Les commentaires libres recueillis ne sont qu'une première approche partielle de leurs ressentis, en tant que médecins généralistes en formation d'un côté et plus expérimentés de l'autre et ne peuvent être généralisables.

❖ Premièrement les IMG remarquent qu'il existe un décalage entre la parole du patient présentant une association trouble addictif-douleur chronique et l'examen du médecin. Certains évoquent leur comportement, banalisant ou exagérant la douleur et renforçant leurs conduites addictives notamment vis-à-vis des antalgiques opiacés, opinion que partagent les MSU.

Ces patients, en particulier ceux bénéficiant d'un traitement substitutif aux opiacés souffrent encore trop souvent de représentations négatives de la part des soignants : personnalité difficile, intolérance à la frustration, agressivité, et en particulier absence de ressenti douloureux à cause du traitement.

Pourtant il est démontré que la prise chronique d'opioïdes entraîne chez certains d'entre eux une neuro-adaptation erronée avec hyperalgésie induite. De même leur tolérance à la douleur peut être réduite (49).

De plus il semble que la perception de la douleur soit différente selon les types de substances psychoactives consommées. Ainsi la prise de cannabinoïdes modifie l'interprétation des douleurs, l'alcool en augmente la tolérance, et les amphétamines auraient un effet anti hyperalgésique de même que les anesthésiques comme la kétamine.

❖ Chez le patient délirant chronique schizophrène leur second constat est que la plainte douloureuse chronique est également difficile à caractériser, par manque de cohérence de la pensée ou de verbalisation. Ils soulignent que la majoration des signes psychiatriques spécifiques (positifs ou déficitaires) reflète des douleurs sous-jacentes.

Les impressions cliniques exprimées sont proches des dernières recherches (36) (37) qui soulignent que le seuil de douleur des patients schizophrènes est inférieur à celui des sujets sains.

Partant de l'idée qu'il existe une forte composante émotionnelle dans la douleur chronique, les différences de perception chez les patients schizophrènes seraient liées à un déficit d'expression et de reconnaissance de leur douleur et de celle des autres. Ceci ne semble pas avoir de lien avec les capacités d'empathie suggérant qu'ils ont un processus de gestion spécifique de la douleur.

Une augmentation des signes productifs attribuerait de façon inadaptée le message nociceptif. De plus les déficits cognitifs influenceraient le lien entre les différentes expériences douloureuses, empêchant l'adoption d'un comportement adapté devant une nouvelle stimulation douloureuse. Enfin la prévalence des troubles de l'humeur associés et la prise de toxiques influenceraient cette perception.

❖ Chez les patients dépressifs, les MSU mettent au premier plan le cercle vicieux existant entre douleur et dépression : la souffrance globale sera majorée par l'existence de douleurs chroniques. Celles-ci se manifesteront plus volontiers sous forme d'algies multiples et imprécises. Les IMG soulignent la pluralité des douleurs chroniques chez le dépressif, dont le seuil de la douleur semble diminué avec un retentissement psychologique majeur.

Il est établi qu'il existe un lien très étroit entre dépression et douleur chronique expliqué biologiquement par les mécanismes de neurotransmission liés à la noradrénaline et à la sérotonine et activation commune de structures du système nerveux (cortex cingulaire antérieur, amygdale, tronc cérébral). L'expression est variable en fonction de l'intensité du trouble dépressif, elle semble majorée lors des dépressions d'intensité moyenne ou faible (38).

Le seuil de douleur est a contrario plus élevé lors des dépressions majeures. Cette expression varie aussi en fonction des modifications cognitives et affectives de la dépression, pouvant conduire à une hypervigilance aux symptômes et à une interprétation négative de ceux-ci. Les attentes négatives de ces patients vis-à-vis de leur prise en charge

diagnostique et thérapeutique viendraient influencer la perception et l'efficacité des traitements analgésiques (50).

La métaanalyse de Bair et al.(27) met en évidence que les patients dépressifs présentent des plaintes douloureuses de plus forte intensité et de plus longue durée que les patients non dépressifs. En parallèle la présence de douleur chronique aggrave négativement le pronostic de la dépression avec augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire (51).

❖ Chez les patients bipolaires, l'expression de la douleur est difficile à caractériser pour nos répondants.

Pour certains MSU et IMG, la plainte est différente en fonction de la phase psychique, avec moins de douleur exprimée en phase maniaque. Ils expriment la difficulté à prendre en charge ces patients et à être mis en échec devant leurs revendications et demandes d'examen complémentaires incessantes.

Le polymorphisme de l'expression de la plainte des patients bipolaires est lié aux nombreuses comorbidités psychiatriques (60%) associés à cette pathologie sévère. En premier lieu elle est caractérisée par une alternance d'épisodes thymiques dépressifs dans 70% des cas. Elle est aussi associée à un fort risque de suicide, 15 fois plus que dans la population générale. Enfin ces patients présentent un risque de chronicité de douleur majoré en raison de déficits des fonctions exécutives et de mémoire (48).

Le médecin généraliste devrait être sensibilisé aux types de douleurs les plus fréquemment rencontrées chez ces patients. Ainsi ils ont presque trois fois plus de risque de souffrir de migraines au cours d'une année que les patients non bipolaires, ceci pouvant être expliqué par un dysfonctionnement sérotoninergique étiologique commun (52).

Les douleurs musculosquelettiques sont aussi très fréquentes, plus de dorsalgies et d'arthralgies que les sujets sains (53).

De par les fortes répercussions de cette maladie sur le plan social, familial et professionnel ces patients sont aussi plus sensibles à la douleur psychologique du rejet (54).

❖ En dernier lieu que pensent nos répondants de leurs patients anxieux et/ou souffrant de troubles somatoformes. ?

Les MSU et les IMG décrivent la forte intrication entre douleur chronique et anxiété qui consiste en une majoration des troubles anxieux préexistants avec augmentation du ressenti douloureux.

De même dans la littérature (55) on retrouve une forte association entre un niveau élevé d'anxiété, une augmentation de la perception de douleur et une diminution du seuil de tolérance. La comorbidité trouble anxieux-douleur chronique serait davantage liée aux processus psychologiques (éviter, tendance à se remémorer des événements passés, diminution du niveau d'activité, comportement plus centré sur la douleur) qu'à des différences au niveau des seuils d'activation des nocicepteurs.

B-Évaluation diagnostique

Le premier et principal facteur d'une bonne prise en charge est l'évaluation de la douleur qui doit se faire initialement et au cours de son évolution. Elle s'attache à apprécier l'intensité de la douleur ainsi que les contributions respectives de ses différentes composantes. Chez les patients psychiatriques douloureux chroniques, nos répondants font le constat d'une évaluation complexe, longue, mais nécessaire pour faire la part entre douleur somatique, douleur morale et émotions selon les pathologies psychiatriques et la personnalité des patients.

Savoir différencier une douleur somatique et morale lors de l'évaluation d'une douleur chronique est souvent difficile pour 61% des MSU et 75,8% des IMG.

Cela est tout le temps difficile pour près d'un sixième de ces deux populations (MSU 15,5% et IMG 15,2%) et dépendant de la pathologie psychiatrique pour un tiers d'entre eux (MSU 36,6% IMG 31,8%).

Il est intéressant de remarquer que face à ce constat plus d'un tiers des médecins généralistes (MSU 35% et IMG 34,9%) considèrent qu'il n'est pas indispensable d'examiner à chaque consultation les patients psychiatriques.

Pourtant l'examen clinique somatique rigoureux a, bien entendu, une place capitale pour faire la part des choses. Par exemple, la palpation aide à établir un schéma topographique plus précis des douleurs et donne l'occasion d'une observation attentive comportementale de ce que l'on peut voir, entendre, toucher et mesurer. L'examen attentif est indispensable médicalement, utile et rassurant pour les patients. Cette façon de procéder permet ainsi d'identifier des différences d'attitudes et de comportement (apathie ou agitation) chez des patients stabilisés sur le plan psychiatrique (56).

Dans notre étude, nous pouvons noter qu'à peine la moitié des MSU et des IMG utilisent les échelles d'évaluation pour définir le type de douleur chronique.

Il est étonnant d'observer que l'échelle DN4 (57) échelle de débrouillage pour dépister la composante neuropathique est peu citée parmi les généralistes alors qu'elle était la première réponse attendue. Nous remarquons qu'elle est toutefois plus utilisée par les IMG (22,7%) que par leurs aînés (9,8%).

Cette échelle de bonne sensibilité (83%) et spécificité (90%) contient 7 questions relatives aux discriminants cliniques de douleur neuropathique et 3 relatives à l'examen clinique. Un score supérieur à 4/10 suggérant une forte probabilité de douleur neuropathique.

Les MSU citent d'autres réponses pour définir le type de douleur, les plus fréquemment citées étant l'EN et l'EVA qui sont des en réalité des échelles d'intensité qui ne permettent pas de définir le type ou le mécanisme de la douleur chronique.

Le fait que cette question soit posée en premier a pu influencer les MSU qui n'ont retenu de la question que le terme « échelles d'autoévaluation ».

Ces mêmes échelles sont les plus fréquemment citées sur la question suivante portant sur l'intensité : l'échelle EVA (39% des MSU et 39,4% des IMG) et l'échelle EN (11,4% des MSU et 36,4% des IMG).

Nous constatons que l'EVA est la plus citée. On peut supposer qu'il y a confusion entre les deux échelles et que les médecins ont pu considérer utiliser au quotidien l'échelle EVA

alors qu'ils quantifient verbalement l'intensité douloureuse entre le zéro « absence de douleur » et le dix « douleur maximale imaginable » comme l'EN.

Les échelles d'autoévaluation pour évaluer l'intensité de la douleur chronique sont utilisées de façon régulière par les MSU et les IMG de notre étude (61,8 % des MSU et 68,2% des IMG) .55,2% des MSU et 62,1% des IMG les utilisent souvent ou tout le temps.

Cela reste encore insuffisant car elles sont à privilégier en première intention chez tous les patients douloureux chroniques communiquant.

Quant aux échelles d'hétéroévaluation, elles trouvent peu leur place au cabinet médical (MSU 21,1% et IMG 7,6%) par rapport à leur utilisation hospitalière ou dans les populations gériatriques. Les échelles DOLOPLUS et ALGOPLUS sont citées mais seule l'échelle DOLOPLUS est intéressante pour évaluer la douleur chronique, en particulier chez les personnes âgées.

Que savons-nous sur l'évaluation du patient psychiatrique douloureux ? (58) (59)

Nous pouvons imaginer à quel point elle est difficile pour plusieurs raisons. Tout d'abord ces patients expriment leur douleur selon un langage polymorphe verbal et non verbal et leurs perceptions, vécus subjectifs et schémas corporels varient en fonction de la pathologie psychiatrique, en particulier lorsque la réaction comportementale à la douleur est altérée.

Il est nécessaire de toujours garder à l'esprit qu'il n'y a pas de relation entre l'importance des lésions, l'intensité de la douleur et le retentissement.

À notre connaissance, il n'existe pas encore d'échelle dédiée à l'évaluation de la douleur chez le patient psychiatrique avec troubles de communication. En 2014, une échelle est actuellement en cours d'élaboration et aura probablement des similitudes avec l'échelle GED-DI (Grille d'Évaluation de la Douleur- Déficience Intellectuelle) .Cette dernière a été mise au point et validée pour mesurer la douleur chez la personne atteinte de handicap cognitif et plus ou moins moteur (**Annexe 3**) (60).

Néanmoins certaines notions peuvent être déjà retenues car elles sont utiles pour notre pratique en médecine générale ambulatoire.

Les échelles unidimensionnelles peuvent aider à identifier les patients nécessitant un traitement antalgique. Malgré sa faible sensibilité, l'EVS est la plus facilement utilisable en particulier chez les patients délirants et bipolaires qui sont limités dans la compréhension de l'EVA, surtout s'ils présentent des troubles d'attention ou des déficits cognitifs.

De plus elle a toute son utilité dans les dépressions légères et moyennes.

L'échelle des visages (61) habituellement utilisée en pédiatrie peut être adaptée aux adultes en difficultés de verbalisation et aider à la quantification de la douleur.

Toutefois nous pouvons nous poser la question de l'intérêt de ces échelles en pratique ambulatoire et de leurs limites dans la relation soignant-patient douloureux.

En 2002, l'étude IDÉE-DOULEUR (62) a montré que les patients n'obtenaient pas forcément un soulagement thérapeutique meilleur lorsque des échelles d'autoévaluation de la douleur chronique avaient été utilisées en ambulatoire.

Suivant ce constat, l'éthicien Aurélien Dutier précise (63) que le phénomène douloureux chronique ne peut jamais être complètement lisible et objectivable par celui qui le ressent. Il se trouve ainsi en difficulté pour transmettre cette expérience de souffrance dans sa totalité. Si, par l'utilisation des échelles, on fait l'économie de l'accompagnement humain qu'elles nécessitent, cela peut constituer des barrages et des écrans et réduire nos seuls facteurs de décision aux seules données objectives, oubliant que l'évaluation d'une douleur ne se limite pas seulement à son intensité et à la différenciation de ses mécanismes mais nécessite tout autant de prendre en compte l'histoire socioculturelle du patient, qui influence l'expression même de cette douleur.

De plus c'est souvent le retentissement de la douleur chronique elle-même qui amène le médecin généraliste à s'interroger sur l'envahissement et la chronicisation de cette douleur. Il s'agit du retentissement sur la vie familiale, sociale, professionnelle, les activités de loisir, le sommeil, la sexualité, et le ressenti psychique. L'ensemble de ces critères participent à la qualité de vie des individus, fortement perturbée en cas de douleur chronique.

Le médecin doit prêter attention aux pensées, comportements, croyances de ces patients psychiatriques concernant leur douleur, son mécanisme, les traitements possibles.

La communication verbale ou non verbale des patients douloureux chroniques enrichit en globalité cette analyse forcément subjective et interprétative.

C-Prescription médicamenteuse

Au travers de notre étude, nous pouvons dégager des tendances générales de prescription médicamenteuse des MSU et des IMG chez les patients douloureux chroniques.

Nous devons retenir que tous les médicaments peuvent être utilisés en santé mentale quelle que soit l'étiologie de la douleur chronique (64).

Les deux classes les plus prescrites sont les antalgiques de palier 1 et de palier 2 selon l'OMS (MSU (93,5% et 93,5%) et IMG (83,3% et 80,3%)).

Ce sont des antalgiques bien connus par les généralistes, efficaces principalement dans les douleurs chroniques par excès de nociception d'intensité faible à modérée.

Nous avons été surpris d'observer que 6,5% des MSU et 16,7% des IMG ne prescrivent pas systématiquement du Paracétamol à tous les patients, molécule peu coûteuse qui possède une action antalgique périphérique et centrale et dont le métabolisme hépatique et l'absence de liaison aux protéines plasmatiques donnent une sécurité d'emploi vis-à-vis des interactions médicamenteuses, en particulier avec les traitements psychotropes.

La peur de ces interactions médicamenteuses chez les patients psychiatriques douloureux chroniques est justement une des principales difficultés de prescriptions évoquées par nos répondants (MSU 74% et IMG 65,2%).

En santé mentale elle peut être justifiée avec les antalgiques de palier 2 comme le Tramadol, opioïde faible et inhibiteur de la recapture de la sérotonine et noradrénaline, utile en douleur chronique en particulier sur les douleurs neuropathiques, il n'en reste pas moins risqué de l'associer à certains psychotropes comme les inhibiteurs de la monoamine oxydase, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs de la recapture de

la sérotonine et de la noradrénaline. Le risque est l'apparition d'un syndrome sérotoninergique (65).

Comme le soulignent certains MSU et IMG, certains patients psychiatriques comme les patients bipolaires sont plus à risque car il existe un risque néphrotoxique lié aux interactions entre le Lithium et les antiinflammatoires.

Ces derniers ont des indications limitées dans les douleurs chroniques inflammatoires et sont peu prescrits en douleur chronique par nos répondants (MSU 65,9% et IMG 39,5%).

Nous pouvons l'expliquer facilement par les risques iatrogènes au long cours de cette classe médicamenteuse.

De plus il faut se méfier des antidépresseurs tricycliques avec risque de déclencher une phase maniaque chez un patient non équilibré ou ne prenant pas de thymorégulateur de l'humeur.

Quant aux corticoïdes, indiqués dans les douleurs inflammatoires comme co-antalgiques, de par leur effet psychodysléptique, une vigilance s'impose lorsqu'ils doivent être prescrits chez des patients en phase maniaque.

Les troubles neuropsychiatriques induits par les corticoïdes sont variables : de la simple imprégnation avec symptômes d'excitation mentale jusqu'aux troubles graves psychotiques aigus à prédominance thymique (hypomanie et manie précoces puis états mixtes ou dépressifs lors de prescriptions prolongées ou à l'arrêt) .Ils surviennent habituellement dans les 8 premières semaines de traitement et sont doses-dépendants.

Une étude récente de la littérature (66) a mis en évidence quelques facteurs de risques qui sont une dose supérieure à 40 mg/jour d'équivalent prednisone et les antécédents psychiatriques personnels sous corticoïdes.

Si l'intérêt du recours aux antalgiques de palier 3 est aujourd'hui reconnu dans le traitement des douleurs chroniques nociceptives d'origine cancéreuse, le rapport bénéfice/risque d'une telle prescription dans le traitement de douleurs chroniques non cancéreuses doit être évalué avec précision.

Ainsi son indication doit être rigoureusement discutée après diagnostic de sa cause somatique dans le cadre de douleurs intenses ou rebelles aux autres thérapeutiques et évaluation du contexte psychologique personnel, familial et socioprofessionnel (67).

Nous ne sommes pas surpris d'observer que la prescription d'un opioïde fort chez le patient psychiatrique douloureux soit une difficulté chez nos répondants et qu'ils soient moins prescrits quantitativement en douleur chronique en particulier par les IMG (MSU 67,5% et IMG 36,4%).

Nous pouvons supposer que cela est lié à la peur de la dépendance et du mésusage qu'ils évoquent (MSU 61,8% et IMG 65,2%) pour leurs patients psychiatriques avec trouble d'utilisation de substances, patients bipolaires, ainsi que délirants chroniques.

De même dans une étude d'opinion récente(68) auprès de 100 médecins généralistes, les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts étaient un frein de prescription pour 2% d'entre eux dans la douleur chronique cancéreuse et 30% dans la douleur chronique non cancéreuse. La présence d'une pathologie psychiatrique

était un facteur de risque pour 66% d'entre eux, surtout les troubles bipolaires (67%) et la schizophrénie (59%). Les autres facteurs cités étaient les antécédents personnels ou familiaux de toxicomanie et la prise concomitante de psychotropes (57%) notamment les benzodiazépines (4%).

Une revue de la littérature a mis en évidence des prévalences variables de dépendance aux antalgiques allant de 0 à 50% chez les patients douloureux chroniques non cancéreux et de 0 à 7,7% chez les patients chroniques cancéreux (69) mais les critères de dépendance et les comorbidités étaient très variables selon les études.

En 2008, Fishbain et al (70) ont montré dans une méta-analyse de 24 études (2507 patients douloureux chroniques) que le risque de dépendance est plutôt de l'ordre de 3,27% et 0,19% si patients sélectionnés (sans antécédent d'autres abus ou d'addictions).

À ce jour, plusieurs outils sont à la disposition des médecins afin de repérer le risque de survenue d'une dépendance aux opioïdes avant prescription et au cours du suivi (71).

Ils peuvent s'appuyer sur les recommandations de Limoges (72) actualisées en 2010 et sur l'hétéro-questionnaire POMI (prescription Opioid Misuse Index) (40) (73) (**Annexe 4**).

Les problèmes principaux d'addiction aux opioïdes, en particulier dans les douleurs chroniques non cancéreuses, sont principalement liés à l'utilisation de ces molécules dans les mauvaises indications (céphalées, douleurs lombaires, fibromyalgies...) et aux mauvaises posologies initiales entraînant une augmentation des doses au cours du temps.

Les autres thérapeutiques à utiliser avec précaution chez les patients à risque addictif sont la codéine et les benzodiazépines.

En 1999, dans une étude canadienne (74), 81 % des consommateurs réguliers de codéine interrogés utilisaient cette molécule pour des douleurs chroniques dont 41% des céphalées. De par leur utilisation prolongée 37% en étaient dépendants et attribuaient à leur prise des troubles psychiatriques, comme la dépression (23%) et l'anxiété (21%). Ils avaient aussi plus d'abus à d'autres substances (alcool 57%, cannabis 26%, hypnotiques 33% et héroïne 11%).

Quant aux benzodiazépines, notre travail met en évidence qu'elles sont peu prescrites (MSU 34,% et IMG 7,6%). Avec modération elles peuvent être utilisées dans les douleurs chroniques musculosquelettiques avec contracture grâce à leur effet myorelaxant.

De plus, elles peuvent se révéler intéressantes chez les patients anxio-dépressifs en particulier celles qui sont moins sédatives. En diminuant l'anxiété liée à la douleur, les patients améliorent ainsi leurs capacités d'adaptation (28).

Par ailleurs, on remarque que les antidépresseurs restent bien connus des MSU et prescrits fréquemment en douleur chronique chez les patients dépressifs et anxieux, contrairement aux internes qui les utilisent peu (MSU 79,7% et IMG 37,9%) probablement par manque d'expérience pratique comme plus de la moitié d'entre eux le soulignent.

Notre question ne faisant pas la distinction entre les différents types d'antidépresseurs, nous ne pouvons donc pas ainsi formuler d'hypothèse sur l'utilisation préférentielle des différentes classes en douleur chronique.

Ces derniers ont toute leur place chez les patients psychiatriques et sont recommandés à la fois dans des indications psychiatriques (70 à 85 % d'efficacité dans la dépression) et dans les douleurs neuropathiques périphériques ou centrales selon les molécules (16).

Nous savons que les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine ont démontré leur efficacité dans la douleur avec des posologies plus faibles que dans leurs indications psychiatriques.

Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine semblent quant à eux moins intéressants sur le plan antalgique chez les patients psychiatriques douloureux.

Les antiépileptiques de seconde génération dans leur indication douleur sont moins prescrits par nos répondants. Ils sont toutefois intéressants en double indication en particulier chez les patients souffrant d'un trouble anxieux généralisé.

De ce travail, il nous semblait pertinent de proposer aux médecins généralistes un tableau récapitulatif des principaux antidépresseurs et antiépileptiques pouvant être utilisés en soins primaires dans leur double indication. **(Annexe 5)** (75)(76)(64)(77)(78).

Dans notre étude nous n'avons pas proposé l'utilisation des antispasmodiques, des antimigraineux, des hypnotiques et autres myorelaxants.

Nous pouvons toutefois préciser que les triptans sont contre-indiqués avec certains antidépresseurs et que le baclofène est peu utilisable chez les patients avec troubles psychiatriques.

L'effet antalgique des neuroleptiques reste quant à lui encore discuté (79) mais ils sont intéressants pour traiter les effets indésirables des antalgiques comme la confusion et les nausées.

Pour finir, le médecin généraliste peut garder à l'esprit que chez le patient psychiatrique polymédiqué, la première cause de douleur est la iatrogénie en particulier avec les psychotropes qui peuvent directement entraîner des douleurs (80).

D-Techniques non médicamenteuses

Nous savons à l'heure actuelle que le traitement des patients douloureux chroniques repose sur un modèle plurimodal et pluri professionnel. L'objectif est d'aider le patient à retrouver une qualité de vie qui lui permette de mener des activités aussi normales que possible en gérant au quotidien la douleur physiquement comme psychiquement.

À l'heure de l'evidence based medicine, qu'en est-il de l'utilisation des techniques non médicamenteuses chez les patients douloureux chroniques souffrant de troubles psychiques ?

Dans notre étude, les MSU répondants sont peu formés à ces techniques (moins de 5%) mais adressent volontiers leurs patients douloureux chroniques et psychiatriques douloureux chroniques pour des techniques manuelles, de l'acupuncture et des psychothérapies structurées.

Parmi ces techniques, nous pouvons citer les thérapies comportementales et les cognitivo-comportementales qui ont fait l'objet d'une évaluation Cochrane (81) retrouvant un faible impact sur la douleur chronique et le handicap mais une amélioration significative de l'humeur de manière prolongée chez les patients.

Elle permettent aux patients de travailler sur les différentes composantes de la douleur chronique en identifiant leurs interactions afin de pouvoir faire évoluer leurs stratégies d'adaptation, croyances et comportements élaborés face à la douleur. Cela les aide à diminuer la dramatisation, l'inquiétude autour du corps, la perte de contrôle, l'espoir des solutions miracles (82).

Ces approches sont particulièrement utiles chez les patients avec troubles anxieux, troubles somatoformes, et troubles dépressifs associés à des douleurs chroniques.

Les techniques manuelles kinésithérapeutiques sont intéressantes dans toutes les douleurs chroniques quels que soient les troubles psychiques associés et apportent une aide dans les limitations articulaires, les contractures, les positions vicieuses. Elles permettent d'interrompre le cercle vicieux du déconditionnement et la peur du mouvement. L'application de stimulations thermiques et les massages trouvent leur place dans la prise en charge.

Les IMG sont aussi peu formés, sans doute du fait du peu de temps consacré à ces techniques dans les facultés de médecine. Ils ont recours pour leurs patients aux techniques manuelles et aux psychothérapies. Différemment des MSU, ils font appel pour plus volontiers leurs patients douloureux chroniques et psychiatriques douloureux chroniques à des techniques de relaxation et à l'hypnose ce que nous pouvons mettre en lien avec la prédominance de ces techniques dans le milieu hospitalier.

En santé mentale, l'hypnose reste cependant une contre-indication relative chez les patients délirants psychotiques.

Leurs patients psychiatriques douloureux sont moins adressés en acupuncture, homéopathie et thermalisme. L'acupuncture et l'homéopathie sont peu connues.

Nous pouvons relever toutefois que ces patients n'ont pourtant pas de contre-indications au thermalisme en raison de son innocuité, et dont ses effets anxiolytiques peuvent être indiqués chez les patients dépressifs, anxieux et souffrant de troubles somatoformes (83).

Enfin, à côté des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses, le médecin généraliste a un rôle évident de conseil en hygiène de vie et il se doit pour tout patient psychiatrique de l'aider à favoriser son équilibre alimentaire, la tempérance ou l'abstinence vis-à-vis des toxiques (alcool, tabac, café, drogues), de privilégier une bonne quantité et qualité de sommeil ainsi qu'une pratique régulière de l'exercice physique.

Au total, il convient de se pencher sur l'ensemble des approches existantes et de développer une attitude d'écoute active, de soutien et d'accompagnement inhérente à tout médecin afin d'établir une relation objective et constructive avec ces patients psychiatriques dits « difficiles ».

III-Besoins pour prendre en charge la douleur en santé mentale : objectif secondaire de l'étude

A-Formation

Si les MSU apparaissent, dans ce travail, de façon évidente, en demande de formation continue, la demande des IMG est bien supérieure. Ces derniers ont ainsi réalisé sur ce thème des travaux pédagogiques au cours de leur internat .

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données concernant la proportion de médecins généralistes et d'internes ayant des formations universitaires en algologie et en psychiatrie mais les répondants MSU et IMG de notre étude sont peu formés.

Cependant les IMG et les MSU citent des formations non universitaires (congrès, FMC, revues) dans des pourcentages bien supérieurs, ce qui confirme leur intérêt pour la thématique.

Nous constatons que la formation pratique en stage est, dans notre population de répondants IMG, clairement insuffisante aussi bien en algologie qu'en psychiatrie. Cela est affirmé par les MSU.

La question de l'amélioration de la formation initiale se pose donc.

Le module 6 « douleur, accompagnement, soins palliatifs », introduit en 2002 était une grande avancée en matière d'enseignement de la douleur au cours du deuxième cycle mais révélait certaines faiblesses sur la prise en charge de tous les patients douloureux, enfants mais aussi personnes vulnérables, personnes âgées et patients psychiatriques.

La réforme récente du programme de l'examen national classant et l'enseignement de la prise en charge de la douleur en santé mentale par l'item 135 permettra de sensibiliser à juste titre les étudiants en formation aux liens complexes entre douleur et psychisme, avant qu'ils ne puissent les mettre en pratique lors de leurs stages d'internat.

On peut supposer que leurs difficultés de prescription en tant qu'internes ne sont pas liées à la quantité et la qualité des cours fondamentaux, comme la pharmacologie des antalgiques et des psychotropes, mais au fait qu'ils semblent éloignés du temps de la pratique dans un programme d'apprentissage dense.

Cela est valable de même pour l'enseignement de la séméiologie psychiatrique, indispensable pour la pratique clinique diagnostique et évaluative mais limitée parfois à un enseignement purement théorique, en raison des effectifs croissants des étudiants bien supérieurs aux capacités des stages pratiques pouvant les accueillir.

Notre étude révèle qu'un quart des internes ont effectué un stage clinique en psychiatrie au cours de leur cursus. Ce taux est faible au regard des objectifs cliniques en psychiatrie des étudiants de deuxième cycle, à savoir notamment d'avoir mené un entretien avec un patient (hospitalisé ou ambulatoire) et de savoir reconnaître les composantes symptomatiques des principales pathologies psychiatriques.

Dans notre échantillon, 76,5% des IMG ayant fait un stage en psychiatrie n'avaient pas été formés à Toulouse. Le même pourcentage de 25% est retrouvé pour les stages cliniques de deuxième cycle en algologie (seuls trois IMG avaient réalisé un stage dans un CETD).

Lors du troisième cycle de médecine générale, les enseignements de ces deux disciplines sont disparates selon les facultés tant sur le plan du volume horaire, du contenu que des modalités pédagogiques (84).

Sur la région Midi- Pyrénées, elles sont enseignées suivant les objectifs du référentiel métier et compétences, permettant d'acquérir des compétences spécifiques théoriques et cliniques transversales tout en développant une démarche autoréflexive et éthique sur sa pratique.

Prenons pour exemple l'enseignement de l'algologie qui s'intègre au sein de la situation 12 (*Prise en charge à domicile d'un patient atteint d'une récurrence métastatique d'un cancer*), enseignement donnant des outils plus spécifiques à la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques oncologiques.

On pourrait considérer qu'il faudrait élargir cet enseignement au sein d'une nouvelle compétence à la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse en intégrant une réflexion plus approfondie sur sa prise en charge multidisciplinaire.

Pour la psychiatrie, cela correspond principalement à la situation 10 (*Homme alcoolique venant de perdre son travail*) et 15 (*Patient de 35 ans consultant pour un nouvel épisode de dépression*).

On pourrait se questionner sur l'intérêt d'intégrer à cet enseignement les pathologies psychiatriques dont la fréquence est plus faible (schizophrénie, troubles bipolaires) afin d'améliorer nos compétences de savoir être, face à des patients psychiatriques dont les symptômes en consultation n'annoncent pas forcément une séméiologie psychique de premier plan.

Actuellement des perspectives d'enseignement en psychiatrie sont offertes par le développement des nouvelles technologies notamment dans la simulation d'entretien psychiatriques et l'accessibilité à des fiches de synthèses en ligne (85)(84)

Durant l'internat de médecine générale, il est possible de consacrer un semestre aux problématiques de santé mentale, en particulier lors du stage dit « libre », cependant force est de constater que les IMG se retrouvent généralement en premier lieu affectés au suivi somatique de ces patients. Néanmoins il faut souligner que cette formation n'est pas limitée à l'internat, l'obligation récente du développement professionnel continu permet à tout médecin généraliste d'approfondir ses connaissances et la qualité des soins prodigués aux patients.

Outre les enseignements universitaires, comme la capacité douleur permettant d'approfondir le thème de la douleur chronique au sein de son approche psychologique et psychiatrique, il a été développé récemment un enseignement interuniversitaire spécifiquement dédié à la douleur en santé mentale³.

³

http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/affiche_DIU_Douleur_en_sante_mentale.pdf

B-Collaborer autour du patient psychiatrique douloureux chronique

1) Les psychiatres

D'après notre étude, un tiers seulement des MSU partagent le suivi de plus de la moitié de leurs patients souffrant de pathologie psychique avec un professionnel de la santé mentale. Le refus de consulter étant un frein à cette pratique.

Les psychiatres libéraux sont plus sollicités que leurs collègues psychologues (82,1% et 66,7%).

Cela est en accord avec l'étude ANADEP (86) qui mettait en évidence que le médecin généraliste est le premier interlocuteur à rencontrer le patient psychiatrique (54,6%) avant le psychiatre (30,6%) et le psychologue (18,4% seulement), sans doute lié à l'absence de remboursement par la sécurité sociale des consultations de ces derniers et par leur installation très groupée autour des grandes métropoles.

Nous pouvons citer en exemple le département de la Haute Garonne où exercent 77% des psychologues de Midi-Pyrénées.

Les délais parfois longs d'obtention d'une consultation peuvent être aussi une limite.

Malgré les commentaires de plusieurs MSU vis-à-vis des mauvaises relations qu'ils entretiennent avec les centres médico-psychologiques (CMP), 74,7% des MSU de notre étude travaillent en collaboration avec les 95 CMP adulte de la région Midi Pyrénées.

En France 6% des médecins généralistes y adressent des patients alors que les consultations sont remboursées par la sécurité sociale (87).

Dans la région Midi Pyrénées, 56 250 personnes relèvent d'une affection de longue durée au titre de la maladie mentale soit 2,3% de la population (9194 patients avec troubles de l'humeur dépressifs, 7300 patients avec troubles bipolaires et 6857 patients délirants schizophrènes). Ces patients sont pris en charge par les professionnels de la santé mentale tant au plan ambulatoire qu'hospitalier avec un nombre de lits d'accueils supérieurs à la moyenne nationale (6^{ème} rang national pour les patients psychiatriques adultes) (88).

Nous ne sommes pas surpris que plus de la moitié des MSU et IMG soient en demande d'une meilleure communication entre les psychiatres et les médecins généralistes (>50%).

Des recommandations ont été faites pour suggérer une amélioration des courriers afin de faciliter cette collaboration. (89) .

La question se pose en médecine générale de savoir quand et comment envoyer un patient douloureux chronique souffrant de troubles psychiques chez un professionnel de santé mentale (90).

Toujours, bien sûr, quand le patient le demande et que le soignant estime avoir besoin d'aide et parfois dès le début de la prise en charge.

Pour les autres cas, il est indispensable d'expliquer systématiquement cette collaboration afin d'éviter une disqualification de la plainte et ce quelle que soit la pathologie psychiatrique. On peut s'appuyer sur les arguments que toute douleur peut entraîner des souffrances psychologiques et réciproquement que la souffrance de par son caractère existentiel peut entraîner des douleurs du corps.

Ainsi le psychiatre peut donner un avis utile lorsque le trouble psychiatrique est sévère, récidivant ou résistant au traitement, lorsqu'il y a des difficultés diagnostiques et thérapeutiques (en particulier poser l'indication d'un psychotrope dans son indication douleur ou d'une psychothérapie structurée).

2) Les algologues

Face à un patient douloureux chronique, les MSU de notre échantillon collaborent à 65% avec les consultations des centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique proches de leur lieu d'exercice. Cela montre la bonne connaissance des généralistes vis-à-vis de ses structures, et notamment les dix-huit existantes en Midi-Pyrénées. Plus d'un tiers des médecins (MSU 34 % et IMG 39%) sont également en demande d'une meilleure communication avec les algologues. L'intérêt de réseaux douleurs tels qu'expérimentés dans d'autres régions est à réfléchir pour une amélioration coordonnée et plus ciblée de la prise en charge.

Ces consultations offrent un espace de temps et de réflexion pluriprofessionnelle à ces patients souffrant de troubles psychiques en quête parfois de solutions miracles.

De nombreux professionnels y sont formés aux techniques non médicamenteuses avec facilité de prise en charge financière dans la durée.

Dans notre travail, nous n'avons pas pu obtenir de précisions sur les raisons des médecins n'adressant pas à ces structures, autres que le délai d'attente d'obtention de rendez-vous.

3) Collaboration MSU-IMG

Les stages de formation en médecine ambulatoire sont l'occasion d'un partage réciproque de connaissances et de pratique pour une meilleure prise en charge, diagnostique et thérapeutique. Dans ce cadre, les MSU pensent que leurs internes ont de meilleures compétences en algologie qu'en psychiatrie, notamment sur le plan pratique (savoir être avec le patient psychiatrique, conduite de l'entretien psychiatrique...).

Nous n'avons pas demandé aux IMG leur appréciation sur les habiletés de leurs aînés dans ces deux disciplines. Le contact avec seulement deux praticiens en situation professionnelle ne permettant pas un recueil fiable de leurs impressions.

Les patients douloureux chroniques souffrant par ordre de fréquence de troubles de l'humeur dépressifs et de troubles anxieux et/ou somatoforme sont les situations les plus fréquemment rencontrées dans les consultations MSU-IMG ce qui constitue un modèle pour de futures perspectives pédagogiques.

IV-Forces et faiblesses de notre travail

A-Forces et perspectives

L'originalité de notre travail réside dans le fait qu'à notre connaissance, aucune étude n'a porté sur la prise en charge des patients psychiatriques douloureux chroniques en ambulatoire en général et en Midi-Pyrénées en particulier.

Il apporte un premier état des lieux partiel à instant donné sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces patients en médecine ambulatoire par des médecins d'expérience différente.

Nous avons été surpris par le bon taux de réponses à nos questionnaires, supérieur à celui retrouvé dans les études de même méthodologie.

Cette photographie régionale descriptive a pu être mise en relief par les données de la littérature.

Cela ouvre des perspectives pour approfondir nos connaissances dans ce thème.

D'autres travaux pourraient aider à améliorer la prise en charge des patients psychiatriques douloureux chroniques en élargissant ce questionnaire à un échantillon plus large de médecins généralistes.

Il pourrait être établi par exemple des fiches de synthèses sur les patients douloureux chroniques en fonction de leurs pathologies psychiatriques.

Une première fiche récapitulative des traitements psychotropes avec indication en douleur chronique a été tirée de ce travail.

De plus, des travaux de recherche qualitative pourraient explorer de façon plus précise les ressentis des médecins sur le terrain face à ces patients spécifiques.

B-Faiblesses de notre travail

La puissance de notre étude est faible en raison de plusieurs biais.

Tout d'abord, il existe un biais de sélection car nous avons choisi d'adresser notre questionnaire à deux populations précises : les MSU et les IMG.

Seuls les IMG ayant déjà effectué le stage chez le praticien avaient été sélectionnés afin qu'ils puissent donner des réponses face à des situations cliniques vécues en ambulatoire seuls et/ou supervisés par leurs MSU.

Nous avons estimé que les IMG de première année sortant de l'examen national classant n'avaient pas acquis assez d'expérience pratique pour discuter de situations cliniques vécues. De ce fait la taille de nos échantillons est réduite (258 MSU et 156 IMG) d'autant qu'ils proviennent d'une seule région.

L'utilisation d'un questionnaire et non pas des cas cliniques ciblés sur des patients psychiatriques douloureux chroniques est une limite à la qualité de notre travail.

De plus il s'agit d'une étude descriptive rétrospective basée sur le ressenti des médecins et sur la propre analyse de leur pratique. Ceci induit forcément un biais de mémorisation.

Il existe aussi un biais de classement lié au recueil des données réalisées par une seule personne.

Les questions liées la proportion des patients psychiatriques, douloureux chroniques et psychiatriques douloureux chroniques rencontrés, étaient difficiles à définir avec précision. Le taux de réponses manquantes à ces questions a de ce fait été important.

Le fait de ne pas avoir pu proposer les questionnaires aux généralistes par voie électronique a probablement été un frein au nombre de réponses en dépit de la présence d'une enveloppe réponse timbrée, de même que la durée d'inclusion courte (quatre mois).

Le questionnaire était long parfois fastidieux, et cela a probablement joué sur le taux de réponses à certaines questions en particulier celles de la quatrième partie du questionnaire, à commentaires libres qui nécessitaient une réflexion personnelle.

Une réponse à toutes les questions n'a pas été requise pour que ce questionnaire soit considéré comme exploitable.

Enfin, il a été demandé les initiales des médecins et internes répondants afin de faciliter le recueil de données avant anonymisation. Cela a peut être limité le nombre de réponses libres, lié à la peur du jugement de ne pas savoir ou de donner des mauvaises réponses, induisant par là un biais d'objectivité.

CONCLUSION

La douleur est un phénomène individuel complexe résultant de l'interaction de composantes sensorielles, comportementales, cognitives et émotionnelles.

Lorsque elle se chronicise, elle devient une maladie à part entière, elle associe alors d'autant plus les versants somatiques et psychiques de l'individu et si le psychisme est préalablement atteint comme chez le patient psychiatrique, il devient encore plus difficile de faire la part des choses.

Le médecin généraliste est le premier confronté à cette problématique, c'est lui qui pose le diagnostic et qui assure le suivi du patient.

Il nous a semblé intéressant de faire un état des lieux diagnostic et thérapeutique de la douleur chronique en ambulatoire chez les patients ayant une pathologie psychiatrique à la fois par une population de MSU et par des IMG en dernière année de formation de la région Midi-Pyrénées.

Malgré les limites méthodologiques de cette étude, qui ne peut représenter que l'instantané d'une situation, il se dégage des thématiques fortes et des similitudes avec les données de la littérature.

Nous retrouvons en particulier trois types de difficultés. La première est d'ordre diagnostique : la majorité des médecins des deux groupes considèrent que l'expression de la douleur chronique chez les patients psychiatriques est différente de celle de la population générale ; ils ont du mal à cerner ces malades dont l'abord est parfois difficile et à reconnaître la douleur sous-jacente à des ressentis ou expressions très variables.

Ensuite l'évaluation de la douleur se révèle complexe. Elle est difficile à quantifier chez ces patients qui ne mettent parfois pas de mots sur leurs maux. Les médecins utilisent pourtant peu en pratique les échelles d'évaluation uni ou pluridimensionnelles dont il reste à prouver l'intérêt dans ces populations.

Il existe peu d'outils pour démêler ce qui appartient à la pathologie psychique devant être traité comme tel et ce qui relève de la douleur somatique permettant de la qualifier.

Enfin, tous les médecins ont peur de la iatrogénie et de la dépendance de ces patients aux antalgiques opiacés. Pourtant tous les médicaments sont utilisables en santé mentale. Il serait utile de mieux maîtriser les psychotropes qui ont une double indication dans la douleur (principalement neuropathique) et les troubles psychiques. C'est dans cette optique que nous avons proposé un tableau récapitulatif de ces thérapeutiques.

Notre étude, même limitée, fait ce constat d'un embarras aussi bien dans la population des IMG peu expérimentés que des MSU chevronnés face à ces patients psychiatriques douloureux. L'amélioration de cette situation passe sans doute par une reconnaissance plus approfondie de cette difficulté avec la réalisation d'études de plus grande envergure et avec la nécessité d'avoir de meilleurs outils de formation, ce que devrait proposer le futur plan anti-douleur.

Elle passe également par l'ouverture aux techniques non médicamenteuses, peu connues des médecins qui peuvent être une alternative intéressante à la prise en charge globale de la douleur chronique en accompagnant le traitement pharmacologique sans pour autant s'y substituer. Enfin elle demande un accès plus rapide aux structures spécialisées de la douleur et une collaboration facilitée avec les professionnels de santé mentale. Ainsi la prise en charge du patient douloureux chronique porteur d'une affection psychique, serait une illustration d'alliance thérapeutique de qualité du praticien avec son malade, reconnu et soutenu dans les différentes composantes de sa pathologie.

Toulouse le 18.09.14

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan

J.P. VINEL

Professeur-Stéphane OUSTRIC
31000 TOULOUSE
05 61 00 00 00

BIBLIOGRAPHIE

- (1) **Serrie A, Brochet B, Domecq S.** Les français et la douleur: Enquête auprès du grand public sur la perception de la prise en charge de la douleur en France. *Douleurs*. 2006;7(2):85–92.
- (2) **www.iasp-pain.org.** 1976 [Internet]
- (3) **ANAES.** Évaluation et suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire. 1998.
Disponible sur : <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
- (4) **Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N et al.** Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136:380–87.
- (5) **Bourdillon F, Cesselin F, Cornu HP et al.** Évaluation du plan d’amélioration de la douleur 2006-2010. *Douleurs*. 2011;12:129–39.
- (6) **OMS.** Plan d’action globale pour la santé mentale: 2013-2020.
Disponible sur : <http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>
- (7) **OMS.** La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001
Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>
- (8) **OMS.** Investir dans la santé mentale [Internet]. 2004.
Disponible sur: www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf
- (9) **Norton J, De Roquefeuil G, David M et al.** Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le “patient health questionnaire”: adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L’Encéphale*. 2009;35:560–9.
- (10) **Kovess-Masféty V, Alonso V, Brugha T.** ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv*. 2007;58:213–20.
- (11) **Rouillon F, Gasquet I, Garay R-P, Lancrenon S.** Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : enquête Bipolact Impact *Ann Méd-Psychol*. 2009;(167):611–5.
- (12) **Rouillon F.** Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd-Psychol*. 2008 Février;166 (1):63–70.
- (13) **Gallais J-L, Alby J-M.** Psychiatrie, souffrance et médecine générale. *Encycl Méd Chir Psychiatr*. 2002;37(956):A – 20.
- (14) **Haute autorité de santé.** Recommandations professionnelles Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l’évaluer et orienter le patient Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf

- (15) **Moulin J-F, Boureau F.** Syndromes douloureux chroniques: complexité et pluridisciplinarité. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Institut Upsa de la douleur; p. 15–34.
- (16) **Serra E.** La dépression dans la douleur: aspects cliniques et implications thérapeutiques. *Douleurs*. 2014 ; 15:98-105
- (17) **Von korff M., Crane P, Lane M et al.** Chronic spinal pain and physical–mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*. 2005; (113):331–39.
- (18) **Corruble E, Guelfi J.** Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology*. 2000 ;(33):307–9.
- (19) **Munoz RA, McBride ME, Brnabic AJM et al.** Major depressive disorders in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms and quality of life. *J Affect Disord*. 2005; 86(1):93–8.
- (20) **Ohayon M, Schatzberg A.** Chronic pain and major depressive disorder in the general populations. *J Psychiatr Res*. 2010; (44):454–61.
- (21) **Ohayon M, Stingl J.** Prevalence and morbidity of chronic pain in the German general population. *J Psychiatr Res*. 2012; (46):444–50.
- (22) **Currie S, Wang JL.** More data on major depression as an antecedent risk factor for first onset of chronic pain. *Psychol Med*. 35:1275-82.
- (23) **Knaster P, Karlsson H, Estlander A-M, Kalso E.** Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Jan; 34(1):46–52.
- (24) **Fishbain D, Cutler R, Rosomoff H, Rosomoff R.** Chronic pain associated depression: antecedent or consequence of chronic pain. *Clin J Pain*. 13(2):161–37.
- (25) **Garcia-Cebrian A, Gandhi P, Demyttenaere K et al.** The association of depression and painful physical symptoms: a review of the European Literature. *Eur Psychiatry*. 21:379–88.
- (26) **Boureau F.** Pratique du traitement de la douleur. Paris: Doin; 1988.
- (27) **Bair M, Robinson R, Katon W, Kroenke K. et al.** Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med*. 2003; 163:2433–45.
- (28) **Serra E.** Douleur et anxiété: une association sous-estimée. *Ann Psychiatr*. 1999;14:240–5.
- (29) **O'Reilly A.** La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique. *J Thérapie Comport Cogn*. 2011;21:126-131.
- (30) **Cailliez P, Hardy P.** Troubles somatoformes et douleur. Santé mentale et douleur: composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. Springer; 2013.
- (31) **Stubbs B, Eggermont L, Mitchell A et al.** The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 Jul;114.

- (32) **Fishbain D, Rosomoff H, Rosomoff R.** Drug abuse, dependence, and addiction in chronic pain patients. *Clin J Pain.* 1992;8:77–85.
- (33). **Gaillard A.** Douleur morale, Douleur physique: mécanismes neurobiologiques et traitement. *Ann Méd-Psychol.* 2014;(172):104–7.
- (34) **Marchand W, Sarota B, Marble H.** Occurrence of painless acute surgical disorders in psychotic patients. *N Engl J Med.* 1959;260(12):580–5.
- (35) **Potvin S.** Douleur et schizophrénie: quand l'esprit ignore les appels grandissants de la moelle. Santé mentale et douleur: composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. Springer;2013.
- (36) **Wojakiewicz A, Januel D, Braha S et al.** Alteration of pain recognition in schizophrenia. *Eur J Pain.* 2013;17:1385–92.
- (37).**Goffaux P, Léonard G, Lévesque M.** Perception de la douleur en santé mentale. Santé mentale et douleur: composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. Springer. 2013.
- (38) **Potvin S.** La douleur dans la dépression majeure: de l'évidence clinique au paradoxe expérimental. Santé mentale et douleur: composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. Springer. 2013.
- (39) **Derzelle M.** Le déni de la complexité en douleur chronique: la part psychique maltraitée. *Ann Méd-Psychol.* 2014;172:136–8.
- (40) **Serra E.** Item 135: Douleur en Santé mentale. *Rev Prat.* 2013 Oct; 63.
- (41) **Serra E, Saravane D, De Beauchamp I et al.** La douleur en santé mentale: première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. *Doul Analg.* 2007;(2):1–6.
- (42) **Serra E.** De la douleur en santé mentale comme illustration de l'éthique. *Douleurs.* 2008;(298):9.
- (43) **Organisation mondiale de la santé.** Classification internationale des maladies et des problèmes connexes (CIM10) ou International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- (44) **Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.** Bulletin officiel N° 20: régime des études médicales en vue du premier et du deuxième cycle .2013. Disponible sur : <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/>
- (45) **Le Breton-Lerouvillois G.** La démographie médicale en région Midi-Pyrénées Situation en 2013 Ordre national des médecins; Disponible sur http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf
- (46) **Haute autorité de santé.** Affections psychiatriques de longue durée : Guide affection longue durée Troubles anxieux graves. 2007. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

- (47) **Haute autorité de santé.** Recommandation de bonne pratique: Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_-version_validee_par_le_college_-_mai_2014.pdf
- (48) **Haute autorité de santé.** Trouble bipolaire: recadrage et prise en charge de premier recours. 2014. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201406/troubles_bipolaires_rep_erae_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
- (49) **Hay J, White J, Bochner F. et al.** Hyperalgesia in opioid managed chronic pain and opioid dependant patient. *J Pain*. 2009; (10):316–22.
- (50) **Sullivan M, Rodgers W, Kirsh I.** Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*. 2001; 91:147–54.
- (51) **Ratcliffe G, Enns M, Belik S, Sareen J.** Chronic Pain Conditions in Suicidal Ideations and Suicide Attempts: An epidemiologic perspective. *Clin J Pain*. 24:204–10.
- (52) **Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J.** Headaches syndromes and psychiatric disorders: association and familial transmissions. *J Psychiatr Res*. 1993; 27(2):197–210.
- (53) **Goldstein B-I, Houck P-R, Karp J-F.** Factors associated with pain interference in an epidemiologic sample of adults with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2009; 117(3):151–6.
- (54) **Ehnavall A, Mitchell P, Hadzi-Pavlovic D et al.** Pain and rejection sensitivity in bipolar depression. *Bipolar Disord*. 2011; 13(1):59–66.
- (55) **Sharp T, Harvey A.** Chronic pain and posttraumatic stress disorders: mutual maintenance. *Clin Psychol Rev*. 2001;21:857–17.
- (56) **Saravane D, Serrie A.** Moyens d'évaluation de la douleur en santé mentale. Santé mentale et douleur: composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale.
- (57) **Antalvite.** Echelle DN4 Disponible sur <http://www.antalvite.fr/pdf/DN4.pdf>
- (58) **Saravane D, Peultier F.** Les difficultés de l'évaluation de la douleur en santé mentale. *Soins Psychiatr*. 2010; 68:20–2.
- (59) **Okifuji A, Turk D.** Assessment of patients with chronic pain with or without comorbid mental health problems. *Mental health and pain*. Springer; 2014. p. 227–59.
- (60) **Saravane D.** Intervention au congrès de l'ANP3SM. 2014; Paris.
- (61) **Antalvite.** Echelle des visages Disponible sur : [http://www.antalvite.fr/pdf/ECHELLE des visages.pdf](http://www.antalvite.fr/pdf/ECHELLE_des_visages.pdf)
- (62) **Bouvenot G, Huas D, Avouac B et al.** Échelles d'évaluation de la douleur: leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement des patients ambulatoires souffrant de douleurs chroniques de l'appareil locomoteur. *Rev Prat Med Gén* 16:1299–303.

- (63) **Dutier A.** Éléments de réflexion éthique sur l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur. *Médecine Palliat.* 2013;(12):90–4.
- (64) **Saravane D.** Prise en charge et perspectives thérapeutiques. Santé mentale et douleur: composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. Springer. 2013.
- (65) **Reich M, Lefebvre-Kuntz D.** Antidépresseurs sérotoninergiques et antalgiques opiacés: une association parfois douloureuse. À propos d'un cas clinique. *L'Encéphale.* (36 S):119–23.
- (66) **Ricoux A, Guitteny-Collas M, Sauvaget A et al.** Troubles psychiatriques induits par la corticothérapie orale: mise au point sur nature, incidence, facteurs de risque et traitement. *Rev Médecine Interne.* 2013;(34):293–302.
- (67) **AFSSAPS.** Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses.
- (68) **Serra E, Marchand F, Mimassi N, Ganry H.** Point de vue des médecins généralistes sur les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts. *Ann Méd-Psychol.* 2014; 172 :323–9.
- (69) **Hojsted J, Sjorgren P.** Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. *Eur J Pain.* 2007;11: 490–518.
- (70) **Fishbain D, Cole B, Lewis J, Rosomoff H, Rosomoff R.** What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develops abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. *Pain Med.* 2008 Jun ; 9(4):444–59.
- (71) **Serra E.** Les outils de repérage d'un risque d'addiction chez les patients traités par opioïdes. *Douleur Analgésie.* 2012;25:65–71.
- (72) **Vergne-salle P, Laroche F, Bera-Louville A et al.** Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature e recommandation pour la pratique clinique : Recommandations de Limoges. *Douleurs.* 2012.
- (73) **Knisely J, Wunsch M, Cropsey K, Campbell E.** Prescription Opioid Misuse Index: a brief questionnaire to assess misuse. *J Subst Abuse Treat.* 2008 Dec; 35(4):380–6.
- (74) **Sproule B, Busto U, Sumer G et al.** Characteristics of Dependent and Nondependent Regular Users of Codeine. *J Clin Psychopharmacol.* 1999;19:369–72.
- (75) **Beaulieu P.** Les anticonvulsivants analgésiques. Guide pharmacologique et thérapeutique. Maloine; 2013.
- (76) **Beaulieu P.** Les antidépresseurs analgésiques. La douleur: Guide pharmacologique et thérapeutique. Maloine; 2013.
- (77) **Attal N, Cruccu G, Baron R et al.** EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol.* 2011;17:1113–23.
- (78) **Algret C, Pimont M, Beaulieu P.** Treatment and therapeutic perspectives. Mental health and pain. Springer;2014.

- (79) **Seidel S, Aigner M, Ossege M et al.** Antipsychotics for acute and chronic pain in adults. *J Pain Symptom Manage.* 39:768–78.
- (80) **Antalvite.** Sélection de médicaments susceptibles de provoquer des douleurs
Disponible sur :
<http://www.antalvite.fr/pdf/Lesmedicamentssusceptiblesdeprovoquerdesdouleurs.pdf>
- (81) **Eccleston C, Williams A, Morley S.** Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*: 2009.
- (82) **Marre-Voreux AS.** La prise en charge non médicamenteuse de la douleur [Thèse d'exercice spécialité médecine générale]. Toulouse III; 2012.
- (83) **Dubois O.** Intérêt de l'hydrothérapie en psychiatrie. *L'Encéphale.* 2011; Hors-série 3:6–8.
- (84) **Fovet T et al.** État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr.* 319AD ; 90.
- (85) **Association Enseignement Sémiologie Psychiatrique.** Documents pédagogiques d'enseignement de la psychiatrie Disponible sur : <http://www.asso-aesp.fr/>
- (86) **Chan Chee C, Beck F, Sapinho D., Guilbert Ph.** La dépression en France. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p.
Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>
- (87) **Bohn I, Aubert J-P, Guegan M et al.** Patients psychiatriques ambulatoires, quelle coordination des soins? *Rev Prat Médecine Générale.* 2007;21(770/771):511–4.
- (88) **Agence régionale de santé Midi-Pyrénées.** Schéma régional d'organisation des soins: Offre de soins hospitaliers psychiatrie adulte. 2012.
- (89) **Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie.** Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. 2010.
- (90) **Serra E.** Quand, comment adresser vers le psychiatre ou le psychologue? *Douleurs.* 2000;1(1):20–4.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux MSU par voie postale

Prise en charge de la douleur chronique en ambulatoire chez le patient adulte souffrant de pathologie psychiatrique : Enquête de pratique auprès des généralistes Maîtres de stage et des internes en médecine générale en Midi Pyrénées

Interne en médecine générale et réalisant un DESC de Douleur-Soins Palliatifs, je m'intéresse dans le cadre de ma thèse à la prise en charge en soins primaires de la douleur chronique chez les patients souffrant de pathologie psychiatrique. Selon une étude de l'OMS, 25 % de nos patients en consultation souffriraient de pathologie psychiatrique. Le médecin généraliste est ainsi en première ligne pour le diagnostic et l'évaluation de ces troubles chez cette population vulnérable, dont la morbidité est plus élevée que la population générale. La déstigmatisation de la psychiatrie depuis quelques années vise à améliorer la santé somatique de ces patients, notamment en termes de douleur. Qu'en est-il de notre pratique face à ce défi complexe en consultation ? Quelles sont les facteurs influençant notre prise en charge, nos difficultés et nos besoins ? Comment décodons-nous cette douleur parfois exprimée de façon particulière ?

Merci d'avance de votre intérêt pour ce questionnaire anonymisé lors de l'analyse des résultats), à retourner avec l'enveloppe ci jointe ou par email.

Les pathologies psychiatriques étudiées dans cette thèse sont issues de la classification internationale des maladies 10 (OMS)

Les internes en Médecine générale de Midi Pyrénées ayant réalisé le stage chez le praticien de niveau 1 sont aussi interrogés dans le cadre de cette thèse.

1) VOTRE PARCOURS DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

1) SEXE : ☐ Femme ☐ Homme

2) INITIALES (NOM PRÉNOM) :

3) AGE :

☐ Entre 30 et 40 ans ☐ Entre 40 et 50 ans ☐ Entre 50 et 60 ans ☐ Plus de 60 ans

4) ANNÉE D'OBTENTION DE LA THÈSE :

5) LIEU ET DÉPARTEMENT D'EXERCICE :

6) TYPE D'EXERCICE :

☐ RURAL ☐ SEMI-RURAL ☐ URBAIN

☐ Installé(e) seul(e) ☐ Cabinet de groupe de MG ☐ Cabinet de Groupe pluridisciplinaire

☐ En libéral strict ☐ En libéral + activité salarié hospitalière ☐ En libéral + activité en réseau et/ou institutions

Précisez :

7) DE COMBIEN DE PATIENTS ÊTES VOUS LE MÉDECIN TRAITANT ?:

8) VOUS RECEVEZ DES INTERNES EN STAGE (plusieurs choix possibles) :

☐ Praticien niveau 1 ☐ Gynéco Pédiatrie ambulatoire ☐ SAS-PAS

9) Diriez-vous qu'en tant que médecin généraliste, vous avez un intérêt spécifique pour le domaine de :

-l'Algologie ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

-Psychiatrie et/ou psychologie médicale : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait pas

10) Avez-vous bénéficié de Formations Universitaire (DESC, Capacité, DU, DIU...) dans le domaine de l'algologie ou de la psychiatrie et/ou psychologie médicale :

☐ Oui (Précisez) :

☐ Non

11) Formations Non Universitaires dans les 3 dernières années dans le domaine de l'algologie :

☐ Congrès

☐ Formation médicale continue entre pairs

☐ Autoformation (Livres, Revues, Internet...)

☐ Autre

(Précisez) :

10) Formations Non Universitaires dans les 3 dernières années dans le domaine de la psychiatrie et/ou psychologie médicale ?

☐ Congrès

☐ Formation médicale continue entre pairs

☐ Autoformation (Livres, Revues, Internet...)

☐ Autre

(Précisez) :

11) Avez-vous des orientations particulières ? (Ostéopathie, homéopathie...) :

II) DOULEUR CHRONIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

1) Avez-vous dans votre patientèle actuellement que vous voyez en consultation plusieurs fois par an :

Patients Dououreux chroniques (Douleurs entre 3 et 6 mois d'évolution)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Entourez svp :- Majoritairement des douleurs par excès de nociception :

- Majoritairement des douleurs neurogènes

- Plutôt des douleurs mixtes non cancéreuses

- Majoritairement des douleurs mixtes cancéreuses

2) Nombre de patients ayant présenté des douleurs chroniques cette année :

3) Avec qui collaborez-vous dans votre secteur de proximité pour vos patients douloureux chroniques afin de vous aider dans votre prise en charge ?

(Plusieurs réponses possibles)

☐ La plupart du temps je me débrouille seul

☐ Avec les spécialistes de la pathologie d'organe entraînant ces douleurs chroniques

☐ Avec la consultation douleur de la ville la plus proche. (Précisez) :

☐ Avec la consultation douleur du CHU Rangueil

III) PSYCHIATRIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

1) Avez-vous dans votre patientèle actuellement que vous voyez en consultation plusieurs fois par an (cochez) :

☐ Patients ayant des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (alcool, opiacés, cannabis, cocaïne, hypnotiques...)

Proportion approximative : ☐ Entre 0 et 5 ☐ Entre 5 et 10 ☐ plus de 10

☐ Patients délirants chroniques schizophréniques ou

Proportion approximative : ☐ Entre 0 et 2 ☐ Entre 2 et 5 ☐ Plus de 5

☐ Patients présentant des troubles de l'humeur (troubles dépressifs)

Proportion approximative : ☐ Entre 0 et 5 ☐ Entre 5 et 10 ☐ Plus de 10

☐ Patients présentant des troubles de l'humeur (troubles bipolaires)

Proportion approximative : ☐ Entre 0 et 5 ☐ Entre 5 et 10 ☐ Plus de 10

☐ Patients présentant un trouble anxieux ou lié à un facteur de stress ou trouble somatoforme

Proportion approximative : ☐ Entre 0 et 5 ☐ Entre 5 et 10 ☐ Plus de 10

2) Nombre de patients ayant présenté une nouvelle pathologie psychiatrique cette année :

3) Vos patients ont-ils un suivi psychiatrique spécialisé associé à votre prise en charge :

☐ Moins de 25% ☐ Entre 25 et 50 % ☐ Entre 50 et 75% ☐ Plus de 75 %

4) Avec qui collaborez-vous dans votre secteur de proximité pour vos patients psychiatriques pour vous aider dans votre prise en charge ?

☐ Un ou plusieurs psychiatres libéraux :

☐ Un ou plusieurs psychologues libéraux :

☐ Un centre médicopsychologique :

☐ Un établissement public à caractère psychiatrique:

☐ Un établissement privé à caractère psychiatrique :

☐ Autres :

IV) PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES DOULOUREUX CHRONIQUES

1) Nombre de patients psychiatriques ayant présenté des douleurs chroniques cette année ?

☐ <1 ☐ Entre 1 et 5 ☐ Plus de 5

2) Trouvez-vous que les patients psychiatriques ont une expression de leur douleur différente de la population générale ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sait pas

☐ Ne se prononce pas

Par pathologie (commentaires libres) :

- ☐ Troubles délirants chroniques schizophréniques ou non :
- ☐ Troubles de l'humeur (troubles dépressifs) :
- ☐ Troubles de l'humeur (troubles bipolaires) :
- ☐ Troubles anxieux et/ou somatoformes :
- ☐ Troubles liés à des conduites addictives :

2) Faire la part entre la douleur somatique et la douleur morale chez un patient psychiatrique est pour vous ?

- ☐ Facile avec l'interrogatoire
- ☐ Facile avec l'interrogatoire et l'examen clinique
- ☐ Cela dépend de la pathologie psychiatrique
- ☐ Souvent difficile
- ☐ Tout le temps difficile
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Ne se prononce pas

3) Utilisez-vous des échelles d'évaluation de la douleur pour évaluer le type de Douleur chronique présentée par vos patients en général ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui lesquelles :

4) Utilisez-vous des échelles d'autoévaluation de la douleur pour évaluer l'intensité de la Douleur présentée par vos patients en général :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui lesquelles :

À quelle fréquence ? : ☐ Tout le temps ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

5) Avez-vous déjà utilisé des échelles d'hétéroévaluation au cabinet ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquelles :

6) Utilisez-vous des échelles d'évaluation de la douleur pour évaluer le type de Douleur chronique présentée par vos patients psychiatriques ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui lesquelles :

7) Utilisez-vous des échelles d'autoévaluation de la douleur pour évaluer l'intensité de la Douleur présentée par vos patients psychiatriques :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui lesquelles :

8) L'évaluation d'une douleur chronique sera-t-elle différente si mon patient présente un trouble psychiatrique ?

- ☐ Oui ☐ Non

Commentaires libres :

9) Utilisez-vous pour soulager les douleurs chroniques de vos patients psychiatriques en général :

- ☐ Antalgiques de palier 1 (paracétamol)
- ☐ Antalgique de palier 2
- ☐ Antalgiques de palier 3
- ☐ AINS
- ☐ Corticoïdes
- ☐ Antidépresseurs
- ☐ Antiépileptiques
- ☐ Benzodiazépines

Si NON lesquels et pourquoi :

10) Votre prescription médicamenteuse change-t-elle si le patient présente ? :

- ☐ Des troubles délirants chroniques schizophréniques ou non :
- ☐ Des troubles de l'humeur (trouble dépressif):
- ☐ Des troubles de l'humeur (trouble bipolaire):
- ☐ Des troubles anxieux et/ou somatoforme :
- ☐ Des troubles liés à des conduites addictives :

11) Avez-vous déjà adressé à des spécialistes des patients douloureux chroniques :

- ☐ Pour de la kinésithérapie ou de l'ostéopathie
- ☐ Pour de la relaxation : sophrologie, hypnose
- ☐ Pour de l'acupuncture
- ☐ Pour de l'homéopathie
- ☐ Pour du thermalisme
- ☐ Pour une psychothérapie
- ☐ Autre :

12) Avez-vous déjà adressé à des spécialistes des patients psychiatriques présentant une douleur chronique :

- ☐ Pour de la kinésithérapie ou de l'ostéopathie
- ☐ Pour de la relaxation : sophrologie, hypnose
- ☐ Pour de l'acupuncture
- ☐ Pour de l'homéopathie
- ☐ Pour du thermalisme
- ☐ Pour une psychothérapie
- ☐ Autre :

13) Avez-vous déjà pratiqué une de ces disciplines sur un de vos patients psychiatriques douloureux ? (Précisez) :

14) Concernant votre prescription chez le patient psychiatrique douloureux :

Elle vous pose des difficultés : ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent ☐ Tout le temps

Car a) Vous avez peur de la iatrogénie médicamenteuse

b) Vous avez déjà été confronté à des effets indésirables graves

c) Vous avez peur de la dépendance de vos patients aux antalgiques notamment aux opiacés

d) Vous pensez manquer de connaissances théoriques

e) Vous pensez manquer d'expérience pratique

f) Vous pensez manquer de temps au cours de vos consultations

g) Vous n'êtes pas à l'aise avec les patients psychiatriques qu'ils soient douloureux ou non

h) Autres :

Merci de classer ces propositions par ordre d'importance pour vous

15) Quels sont vos besoins pour mieux gérer la douleur de vos patients psychiatriques :

- ☐ Une meilleure formation initiale
- ☐ De la formation continue dédiée à ce thème
- ☐ Une meilleure communication de la part des algologues
- ☐ Une meilleure communication de la part des psychiatres
- ☐ Autres :

16) Que pensez-vous des compétences de vos internes :

- En algologie
- En psychiatrie

17) Avez-vous déjà été confronté avec un de vos internes à gérer une situation de douleur chronique avec un patient psychiatrique ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Pour quelle pathologie psychiatrique citée précédemment ?

Commentaires libres :

-

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux internes

I) VOTRE PARCOURS D'INTERNE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

1) SEXE : ☐ Femme ☐ Homme

2) AGE :

3) SEMESTRE ACTUEL :

4) FACULTÉ D'ORIGINE :

5) LIEU et DÉPARTEMENT DE STAGE :

6) THÈSE SOUTENUE ? : ☐ OUI ☐ NON

7) EFFECTUEZ-VOUS DES REMPLACEMENTS ? : ☐ OUI ☐ NON

8) Diriez-vous qu'en tant qu'interne en médecine générale, vous avez un intérêt spécifique pour le domaine de :

-l'Algologie ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne se prononce pas

-Psychiatrie et/ou psychologie médicale: ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne se prononce pas

9) Votre Formation de 2^{ème} cycle : Avez-vous été en stage en tant qu'externe en

-Psychiatrie : ☐ Oui ☐ Non (Précisez)

.-En Douleur/Soins Palliatifs : ☐ Oui ☐ Non (Précisez)

10) Formations Universitaires (DU, DIU, DESC, Capacité...) dans le domaine de l'algologie :

11) Formations Universitaires (DESC DU, DIU, Capacité...) dans le domaine de la psychiatrie :

12) Formations Non Universitaires dans les 3 dernières années dans le domaine de l'algologie :

☐ Congrès

☐ Formation médicale continue entre pairs

☐ Auto-formation (Livres, Revues, Internet...)

☐ Autre (Précisez)

13) Formations Non Universitaires dans les 3 dernières années dans le domaine de la psychiatrie et/ou psychologie médicale :

☐ Congrès

☐ Formation médicale continue entre pairs

☐ Autoformation (Livres, Revues, Internet...)

☐ Autre

Précisez :

14) Autres Diplômes validés au cours de l'internat :

II) DOULEUR CHRONIQUE ET INTERNAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

1) Avez-vous rencontré au cours de votre internat des patients douloureux chroniques et dans quel stage (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Majoritairement des douleurs par excès de nociception en

☐ Médecine Interne/Gériatrie ☐ Urgences ☐ Prat Niveau 1
☐ GP libéral ☐ GP Hospitalier ☐ SAS-PAS ☐ Libre Hospitalier

Majoritairement des douleurs neurogènes en

☐ Médecine Interne/Gériatrie ☐ Urgences ☐ Prat Niveau 1 ☐ GP libéral
☐ GP Hospitalier ☐ SAS-PAS ☐ Libre Hospitalier

Plutôt des Douleurs mixtes non cancéreuses en

☐ Médecine Interne/Gériatrie ☐ Urgences ☐ Prat Niveau 1
☐ GP libéral ☐ GP Hospitalier ☐ SAS-PAS
☐ Libre Hospitalier

Majoritairement des Douleurs mixtes cancéreuses en

☐ Médecine Interne/Gériatrie ☐ Urgences ☐ Prat Niveau 1
☐ GP libéral ☐ GP Hospitalier ☐ SAS-PAS ☐ Libre Hospitalier

III) TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET INTERNAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Avez-vous rencontré au cours de votre internat de médecine générale des patients psychiatriques ? : Dans quel stage ? (plusieurs réponses possibles)

❖ Patients ayant des Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (alcool, opiacés, cannabis, cocaïne, hypnotiques...)

☐ Oui ☐ Non

Où ?

☐ Médecine Interne/Gériatrie ☐ Urgences ☐ Prat Niveau 1 ☐ GP libéral
☐ GP Hospitalier ☐ SAS-PAS ☐ Libre Hospitalier

Proportion approximative totale : ☐ Entre 0 et 5 ☐ Entre 5 et 10 ☐ plus de 10

❖ Patients délirants chroniques schizophréniques ou non :

☐ Oui ☐ Non

Où ?

☐ Médecine Interne/Gériatrie ☐ Urgences ☐ Prat Niveau 1
☐ GP libéral ☐ GP Hospitalier ☐ SAS-PAS ☐ Libre Hospitalier

Proportion approximative : ☐ Entre 0 et 2 ☐ Entre 2 et 5 ☐ Plus de 5

❖ Patients présentant des troubles de l'humeur (troubles dépressifs)

☐ Oui ☐ Non

Où ?

☐ Médecine Interne/Gériatrie ☐ Urgences ☐ Prat Niveau 1
☐ GP libéral ☐ GP Hospitalier ☐ SAS-PAS ☐ Libre Hospitalier

Proportion approximative : ☐ Entre 0 et 5 ☐ Entre 5 et 10 ☐ Plus de 10



Patients présentant des troubles de l'humeur (troubles bipolaires)

☐ Oui ☐ Non

Où ?

☐ Médecine Interne/Gériatrie ☐ Urgences ☐ Prat Niveau 1

☐ GP libéral ☐ GP Hospitalier ☐ SAS-PAS ☐ Libre Hospitalier

Proportion approximative : ☐ Entre 0 et 5 ☐ Entre 5 et 10 ☐ Plus de 10



Patients présentant un trouble anxieux et/ou trouble somatoforme :

☐ Oui ☐ Non

Où ?

☐ Médecine Interne/Gériatrie ☐ Urgences ☐ Prat Niveau 1

☐ GP libéral ☐ GP Hospitalier ☐ SAS-PAS ☐ Libre Hospitalier

Proportion approximative : ☐ Entre 0 et 5 ☐ Entre 5 et 10 ☐ Plus de 10

2) Avez-vous rencontré au cours de vos stages des patients psychiatriques présentant des douleurs chroniques ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne se prononce pas

IV) PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES DOULOUREUX CHRONIQUES

1) Trouvez-vous que les patients psychiatriques ont une expression de leur douleur différente de la population générale ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne se prononce pas

Par pathologie (commentaires libres) :

☐ Troubles délirants schizophréniques ou non

☐ Troubles de l'humeur (troubles dépressifs)

☐ Troubles de l'humeur (troubles bipolaires) :

☐ Troubles anxieux et /ou somatoformes :

☐ Troubles liés à des conduites addictives :

2) Faire la part entre la douleur somatique et la douleur morale chez un patient psychiatrique est pour vous ?

☐ Facile avec l'interrogatoire ☐ Facile avec l'interrogatoire et l'examen clinique ☐ Cela dépend de la pathologie psychiatrique ☐ Souvent Difficile ☐ Tout le temps difficile ☐ Ne sait pas ☐ Ne se prononce pas

3) Utilisez-vous des échelles d'évaluation de la douleur pour évaluer le type de douleur chronique présentée par vos patients en général ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquelles :

4) Utilisez-vous des échelles d'autoévaluation de la douleur pour évaluer l'intensité de la Douleur présentée par vos patients :

☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquelles :

À quelle fréquence ? : ☐ Tout le temps ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

Avez-vous déjà utilisé des échelles d'hétéroévaluation au cabinet ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui lesquelles :

5) L'évaluation d'une douleur chronique sera-elle différente si mon patient présente un trouble psychiatrique ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires libres :

6) Utilisez-vous régulièrement pour soulager les douleurs chroniques de vos patients en général :

☐ Antalgiques de palier 1

☐ Antalgiques de palier 2

☐ Antalgiques de palier 3

☐ AINS

☐ Corticoïdes

☐ Antidépresseurs

☐ Antiépileptiques

☐ Benzodiazépines

Si NON lesquels et pourquoi :

7) Votre prescription médicamenteuse change elle si le patient présente ? :

☐ Des troubles schizophrénique et/ou délirant :

☐ Des troubles de l'humeur (trouble dépressif)

☐ Des troubles de l'humeur (trouble bipolaire)

☐ Des troubles anxieux et/ou somatoforme

☐ Des troubles lié à des conduites addictives

8) Avez-vous déjà adressé à des spécialistes des patients psychiatriques douloureux :

☐ Pour de la kinésithérapie ou de l'ostéopathie

☐ Pour de la relaxation : sophrologie, hypnose

☐ Pour de l'acupuncture

☐ Pour de l'homéopathie

☐ Pour du thermalisme

☐ Pour une psychothérapie

☐ Autre :

9) Avez-vous déjà pratiqué une de ces disciplines sur un de vos patients psychiatriques douloureux ?

(Précisez) :

10) Concernant votre prescription chez le patient psychiatrique douloureux :

Elle vous pose des difficultés :

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Souvent ☐ Tout le temps

Car

- a) Vous avez peur de la iatrogénie médicamenteuse
- b) Vous avez déjà été confronté à des effets indésirables graves
- c) Vous avez peur de la dépendance de vos patients aux antalgiques notamment aux opiacés
- d) Vous pensez manquer de connaissances théoriques
- e) Vous pensez manquer d'expérience pratique
- f) Vous pensez manquer de temps au cours de vos consultations
- g) Vous n'êtes pas à l'aise avec les patients psychiatriques qu'ils soient douloureux ou non
- h) autres

Merci de classer ces propositions par ordre d'importance pour vous

11) Quels sont vos besoins pour mieux gérer la douleur de vos patients psychiatriques :

- ☐ Une meilleure formation initiale
- ☐ De la formation continue dédiée à ce thème
- ☐ Une meilleure communication de la part des algologues
- ☐ Une meilleure communication de la part des psychiatres
- ☐ Autres :

12) Avez-vous déjà été confronté avec un de vos maîtres de stage à gérer une situation de douleur chronique chez un patient psychiatrique ?

☐ Oui ☐ Non

*Pour quelle pathologie psychiatrique citée précédemment ?

13) Est ce qu'une situation de douleur chronique chez un patient psychiatrique a déjà fait l'objet d'un travail pédagogique ?

☐ AEP ☐ RSCA ☐ Autres

Commentaires libres :

Annexe 3 : Échelle GED-DI

GED-DI

Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficiences Intellectuelles

Nom: _____

Date : _____ (jj/mm/aa)

INSTRUCTIONS

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants.
Veuillez encrer le chiffre correspondant à chacun des comportements.

- | | |
|--|--|
| <p>0 = Ne se présente pas du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».</p> <p>1 = Est vu ou entend rarement (à peine), mais présent.</p> | <p>2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue.</p> <p>3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observateur noterait facilement l'action.</p> <p>NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action</p> |
|--|--|

0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS	
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:					0 + . . . 0 =

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

Version 01.2011 © 2011 Zabala M., Breau L.M., Wood C., Lévêque C., Hennequin M., Villeneuve E., Fall E., Vallet L., Grégoire M.-C. Et Breau G. (2011) Validation francophone de la grille d'évaluation de la douleur - déficiences intellectuelles - version post-opératoire. Canadian Journal of Anesthesia / Journal canadien d'anesthésie, published online 2 september 2011. DOI 10.1007/s12630-011-9582-7

Accessible sur : http://www.pediadol.org/IMG/pdf/GEDDI_2011.pdf

Annexe 4 : Questionnaire POMI

Repérage d'un comportement addictif débutant

D'après **Knisely JS et al.** Prescription Opioid Misuse Index: a brief questionnaire to assess misuse. *J Subst Abuse Treat* 2008, 35:380-6

- 1) Vous arrive-t-il de prendre plus de médicaments (c'est à dire une dose plus importante) que ce qui vous est prescrit?
- 2) Vous arrive-t-il de prendre plus souvent vos médicaments (c'est-à-dire de raccourcir le temps entre deux prises) que ce qui vous est prescrit ?
- 3) Vous arrive-t-il de faire renouveler votre traitement contre la douleur plus tôt que prévu ?
- 4) Vous arrive-t-il de vous sentir bien ou de « planer » après avoir pris votre médicament antalgique ?
- 5) Vous arrive-t-il de prendre votre médicament antalgique pour vous aider à faire face ou à surmonter des problèmes autres que la douleur ?
- 6) Vous est-il arrivé de consulter plusieurs médecins y compris les services d'urgence pour obtenir vos médicaments antalgiques ?

Dépistage du risque addictif avant traitement antalgique en 5 questions

D'après **Serra E.** Les outils de repérage d'un risque d'addiction chez les patients douloureux traités par opioïdes. *Douleur Analg* 2012 ; 25 :67-71.

- 1) Les causes et mécanismes sont-ils établis ?
- 2) Le patient comprend-il bien la place des opioïdes dans son traitement ?
- 3) Le patient fume-t-il sa première cigarette dès le matin, boit-il régulièrement de l'alcool ?
- 4) Le patient est-il anxieux ou dépressif ?
- 5) Le patient prend-il des anxiolytiques ou hypnotiques comme les benzodiazépines ?

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des principaux traitements neuro-psychiatriques avec indication en douleur chronique (hors traitement des migraines)

MÉDICAMENT	CLASSES	INDICATIONS NEURO- PSYCHIATRIQUES	INDICATIONS EN DOULEUR CHRONIQUE	POSOLOGIE HABITUELLE ANALGÉSIQUE	POSOLOGIE MAXIMALE	FORME GALÉNIQUE
AMITRIPTYLINE <i>LAROXYL</i>	ADT	Épisodes dépressifs majeurs	1 ère ligne DN périphériques et centrales Migraines 2 ^{ème} ligne Douleurs du membre fantôme	10-25 mg au coucher par jour jusqu'au soulagement de la douleur ou effets indésirables jusqu'à 50-150 mg en moyenne	300 mg	Cp 25-50 mg Buvable 40 mg/ml Injectable 50 mg/2ml
IMIPRAMINE <i>TOFRANIL</i>	ADT	Épisodes dépressifs majeurs	DN Algies rebelles	10 à 25 mg toutes les semaines jusqu'à 25-75 mg en moyenne	300 mg	Cp 10-25 mg

CLOMIPRAMINE <i>ANAFRANIL</i>	ADT	Épisodes dépressifs majeurs Troubles obsessionnels compulsifs. Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie. ☐ Certains états dépressifs apparaissant lors des schizophrénies, en association avec un traitement neuroleptique	DN	10 à 25 mg toutes les semaines jusqu'à 150 mg en moyenne	250 mg	Cp 10-25-75 mg Injectable 25 mg/2ml
DULOXETINE <i>CYMBALTA</i>	IRSNA	Trouble dépressif majeur Trouble anxiété généralisée	DN périphérique diabétique Fibromyalgie	30 à 60 mg en 1 à 2 semaines jusqu'à 60-120 mg en moyenne	120mg	Gel 30-60 mg
VENLAFAXINE <i>EFFEXOR</i>	IRSNA	Traitement et prévention des récurrences des épisodes dépressifs majeurs. Trouble anxiété généralisée et sociale Traitement du trouble panique, avec ou sans agoraphobie.	DN périphérique diabétique	37,5mg toutes les semaines jusqu'à 150-225 mg en moyenne	300 mg	Gel LP 37,5-75 mg

GABAPENTINE <i>NEURONTIN</i>	AE	Crises d'épilepsies partielles avec ou sans généralisation secondaire	DN périphérique diabétique et DN post zostérienne DN centrale, cancéreuse et consécutive à une lésion de la moelle épinière, prévention de la DN post - opératoire	100 mg 3 fois par jour tous les 3 à 5 jours. Titration en 3 à 8 semaines puis 4 semaines à doses max	3600 mg	Gel ou Cp 100-300-400-600-800 mg
PREGABALINE <i>LYRICA</i>	AE	Crises d'épilepsies partielles avec ou sans généralisation secondaire. Trouble anxieux généralisé :	DN périphérique diabétique, DN post zostériennes, DN centrale et modeste dans fibromyalgie	75 mg 2 fois par jour puis 150 mg/jour par semaine Titration en 4 semaines	600 mg	Gel 25-50-75-100-150-200-300 mg

CARBAMAZEPINE <i>TEGRETOL</i>	AE	Crises d'épilepsies partielles, avec ou sans généralisation secondaire. Crises d'épilepsies généralisées tonico-cloniques. Prévention des rechutes dans le cadre des troubles bipolaires, notamment chez les patients présentant une résistance relative, des contre-indications ou une intolérance au lithium. Traitement des états d'excitation maniaque ou hypomaniaque	Névralgies du Trijumeau et du Glossopharyngien DN	50-150 mg aux 2-4 semaines jusqu'à 200-1200mg	1600 mg	Cp 200 mg Cp LP 200-400 mg Buvable 20 mg/ml
OXCARBAMAZEPINE TRILEPTAL	AE	Crises d'épilepsie partielles avec ou sans généralisation secondaire	Névralgies faciales essentielles	150 mg/jour par semaine jusqu'à 900-1200 mg	3000 mg	Cp 150-300-600 mg Gouttes 60 mg/ml

DN : Douleur neuropathique

ADT : Antidépresseur tricyclique

IRSNA inhibiteur spécifiques de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

AE : Antiépileptique

Hors AMM

DOUMERC Célia

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES : ENQUÊTE DE PRATIQUE EN MIDI-PYRÉNÉES

Toulouse, le 02 octobre 2014

Longtemps méconnue de la communauté médicale, la douleur chez le patient psychiatrique est devenue sujet d'intérêt; ceci concerne aussi bien ses aspects diagnostiques que thérapeutiques.

Entre janvier et mai 2014, nous avons mené par questionnaire une enquête descriptive transversale auprès de 258 maîtres de stage généralistes et 156 internes en médecine générale de la région Midi-Pyrénées, avec un taux de réponse satisfaisant permettant de dégager un certain nombre d'idées forces.

Notre étude est un constat éclairé qui fait apparaître les interrelations fortes entre la douleur chronique et la pathologie psychiatrique, et le fait que cette douleur se manifeste avec des modalités différentes selon la pathologie psychiatrique existante. Les échelles d'évaluation de la douleur chronique sont peu utilisées car peu adaptées au contexte psychiatrique. Les principales difficultés thérapeutiques relevées sont éventuellement la peur du risque de dépendance aux antalgiques opioïdes et les problèmes d'interactions médicamenteuses, en dépit de l'utilisation possible de tous les médicaments, en particulier des psychotropes avec indication douleur.

Les thérapeutiques non médicamenteuses sont un recours pour assurer une prise en charge globale.

Enfin, une meilleure collaboration pluridisciplinaire entre médecins généralistes, algologues et praticiens en santé mentale apparaît également souhaitable. L'introduction récente de ce thème dans la formation initiale devrait permettre aux médecins d'être plus à l'aise avec les patients psychiatriques souffrant de douleurs chroniques.

PRIMARY CARE MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN IN PSYCHIATRIC PATIENTS: CROSS CUTTING DESCRIPTION STUDY IN MIDI-PYRENEES

Long overlooked in the medical community, pain for the psychiatric patient has become a topic of interest, both in terms of diagnostics and therapeutics. Between January and May 2014, we have conducted, through questionnaire, a cross cutting description study from 258 general practitioner and 156 interns in general medicine, with a satisfying response rate, allowing us to describe a certain amount of ideas. Our study shows the comorbidity chronic pain -psychiatric patient, and this pain is manifested with different terms according to the existing pathology. The tools for evaluating chronic pain are not widely used because they are not properly adapted to the psychiatric context. The main therapeutic difficulties encountered are the fear of addiction to opioid analgesics and drug interactions issues, despite the possible use of all drugs, and especially psychotropic substances for pain relief. Non-medicated therapeutics is a way to ensure global care for the patients. Finally, a better multidisciplinary cooperation between general practitioners, algologists and mental health practitioners could be desirable. The recent introduction of that topic in the initial formation should help doctors to be more at ease with psychiatric patients that are under chronic pains.

Discipline administrative: MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés: Douleur chronique- Médecine générale- Psychiatrie

Key-Words: Chronic pain- Primary care- Mental health

UFR TOULOUSE III- 118 Route de Narbonne- 31062 TOULOUSE Cedex 04- France

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas SAFFON