

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2010

n°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LACOSTE Chloé

Née le 22 août 1981 à New Haven, CT, Etats-Unis

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 2010

***Prévalence et prise en compte de la douleur en
psychiatrie ambulatoire***

Président : Professeur Philippe VINCENEUX

Directeur : Docteur Jean-Pierre AUBERT

DES de médecine générale

Thèse pour le doctorat en médecine

DES de médecine générale

Table des Matières

I. Introduction.....	6
II. Objectifs	7
III. Méthode.....	8
1. Enquête au CMP	8
1.1. Mise au point du questionnaire.....	8
1.2. Sites de recrutement des patients	9
1.3. Critères d'inclusion/ exclusion.....	9
2. Enquête en population générale.....	10
2.1. Mise au point du questionnaire.....	10
2.2. Sites de recrutement des patients	11
2.3. Critères d'inclusion/exclusion.....	11
3. Aspects légaux, éthiques et confidentialité.....	11
4. Analyse et saisie des résultats	12
5. Traitement statistique des données.....	12
IV. Résultats	15
1. Taux de réponse et causes de refus	15
1.1. Taux de réponse	15
1.2. Causes de refus de l'enquête en CMP.....	15
2. Caractéristiques des répondants.....	16
2.1. Age.....	16
2.2. Sexe.....	18
2.3. Temps de suivi en CMP	19
2.4. Patients suivis en CMP dans le groupe « population générale »	19
2.5. Couverture santé des répondants du groupe « population générale »	19
3. Prévalence de la douleur au cours des 6 derniers mois	20
3.1. Chez les consultants CMP.....	20
3.2. Comparaison avec la population générale.....	21
4. Douleur Psychique.....	22
5. Localisation de la douleur.....	24
5.1. Douleurs multisites.....	24
5.2. Sites douloureux	25
5.3. Comparaison des principales localisations de la douleur entre les consultants CMP et la population générale et selon la présence d'une douleur psychique.....	27
6. Retentissement de la douleur.....	32
6.1. Chez les consultants CMP.....	32
6.2. Comparaison avec la population générale.....	33
6.3. Retentissement de la douleur selon la présence d'une douleur psychique ...	35
7. Parler de sa douleur.....	36
7.1. Chez les consultants CMP.....	36
7.2. Comparaison avec la population générale.....	37
8. Place du CMP dans la prise en charge de la douleur	38

9. Suggestions pour améliorer la prise en charge de la douleur à Maison Blanche	41
10. Couverture médicale et douleur en population générale.....	42
V. Discussion	43
1. Recueil des données et échantillonnage	43
2. Prévalence de la douleur.....	44
3. Parler de sa douleur.....	48
4. Douleur psychique.....	49
5. Localisation de la douleur.....	52
6. Couverture médicale.....	53
7. Place du CMP dans la prise en charge de la douleur	54
VI. Conclusion	57
Annexes.....	59
<i>Bibliographie</i>	<i>68</i>

Remerciements

Au Professeur Vinceneux, pour avoir accepté sans hésiter de présider cette thèse et pour avoir suivi chaque étape de son évolution avec beaucoup d'intérêt, d'investissement et de disponibilité.

Aux Professeurs Lejeune et Bourrillon, pour leur participation au jury.

A Jean-Pierre Aubert, pour m'avoir soutenue et guidée tout le long de cette aventure.

A Audrey Sieurin, pour ta très précieuse aide avec les statistiques. Sans toi, adieu les Chi 2 de tendance et autres outils sophistiqués. Merci de ta patience et générosité.

A tous les usagers de l'hôpital Maison Blanche et particulièrement aux « Emiliens » pour leur implication dans ce travail.

A tous les clients de La Poste qui patientent encore...

Au Docteurs Seif, Mangeot, Bousquet, Tyrode et Hess pour m'avoir guidée dans mes premiers pas de médecin généraliste et m'avoir appris à aimer ce fabuleux et exigeant métier.

Au Professeur Hanslik, pour sa gentillesse et son humanisme.

A Richard Handschuh pour son sympathique tutorat.

A toute l'équipe d'ARES 92 pour leur dévouement auprès des plus démunis et leur accueil pendant six mois.

A toute la jeune et sympathique équipe d'AGK qui fait un merveilleux travail et sans qui beaucoup resteraient à l'écart et isolés à domicile.

A tous les professionnels de l'EPS Maison Blanche et particulièrement à l'équipe du Département d'Information Médicale du Dr Caire.

Et surtout à tous les membres du Laboratoire de recherche de Maison Blanche pour leur accueil, gentillesse et bonne humeur et tout spécialement à Tim Greacen pour son sympathique encadrement et ses précieux conseils.

I. Introduction

Négligée pendant des décennies, la lutte contre la douleur est devenue depuis quelques années un véritable enjeu de Santé Publique.

Mais il s'agit avant tout d'un enjeu profondément humain, d'éthique et de dignité. C'est ce que rappelle la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,¹ en reconnaissant le soulagement de la douleur comme un droit fondamental pour toute personne. C'est dans cet esprit que le Ministère de la santé a établi un plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur pour la période 2006-2010.²

Dans le monde de la santé mentale en France, des réflexions sur la douleur émergent. La tenue d'un colloque annuel « Douleur et Santé Mentale » depuis 2006 en est une parfaite illustration. Une étude permettant un état des lieux de la perception des soignants de la prise en charge de la douleur dans le milieu psychiatrique pointe le manque de formation et de sensibilisation des professionnels de santé à cet égard. Ainsi 62% des chefs des services de psychiatrie et de pharmacie français ayant répondu à l'enquête estiment ne pas être formés au problème de la douleur et 75% que leur service n'y est pas formé.³

Constat alarmant quand on sait que moins d'un tiers des patients en milieu psychiatrique a un médecin traitant !³⁻⁵ D'autant plus qu'il s'agit d'une population fragilisée, dans laquelle de nombreuses études internationales soulignent les surmorbidity⁶⁻¹⁰ et surmortalité¹¹⁻¹³ importantes.

C'est face à cette double nécessité, améliorer la prise en charge de la douleur et des soins somatiques en psychiatrie, que s'inscrit cette première enquête auprès

d'usagers sur la prévalence et la prise en compte de la douleur dans le milieu psychiatrique.

II. Objectifs

Objectif principal :

- Evaluer la prévalence de la douleur dans la population des consultants des Centres Médicaux Psychologiques, CMP.

Objectifs secondaires :

- Identifier les principales caractéristiques de la douleur (localisation, retentissement...).
- Evaluer la place du CMP dans la prise en compte de la douleur.
- Evaluer l'importance et le retentissement de cette douleur physique par rapport à la souffrance psychique.

III. Méthode

Il s'agit d'une enquête portant sur la population des consultants des CMP du secteur de l'hôpital Maison Blanche. La population témoin était constituée de personnes de la population générale appariées au groupe CMP selon l'âge et le sexe.

1. Enquête au CMP

1.1. Mise au point du questionnaire

L'évaluation de la prévalence de la douleur, de son retentissement et sa prise en compte, a été faite par un questionnaire dont la mise au point a nécessité plusieurs étapes.

Un premier groupe de travail constitué de certains membres du Comité de lutte contre la douleur (CLUD), et du laboratoire de recherche de Maison Blanche a défini les objectifs de l'enquête et à partir de ceux-ci a élaboré une première ébauche de questionnaire.

Cette ébauche, retravaillée après analyse de la littérature et relecture des objectifs, est devenue une première version du questionnaire qui a été soumise à une dizaine d'usagers de l'hôpital. Leurs remarques de fond et de forme ont été recueillies. La principale modification demandée a été d'augmenter la période de prise en compte de la douleur. Initialement la période d'analyse rétrospective proposée était de trois mois, ce qui nous semblait suffisant pour que la majorité des personnes rapporte une douleur en minimisant le biais de mémoire. Mais les usagers ont préféré que cette période soit portée à 6 mois : ils jugeaient que ce délai permettait

d'augmenter la probabilité d'une expérience douloureuse. Après cette modification, le questionnaire a été à nouveau soumis aux membres du CLUD et du laboratoire de recherche. Enfin, une dernière passation test a été organisée sur un groupe d'environ 25 usagers de l'hôpital.

Le questionnaire final utilisé en CMP est reproduit en annexe 1.

1.2. Sites de recrutement des patients

L'enquête a été réalisée dans les 11 CMP adultes de l'établissement public de santé Maison Blanche, ce qui correspond aux secteurs du Nord-Est parisien regroupant les 9ème, 10ème, 18ème, 19ème et 20ème arrondissements. Elle s'est déroulée en une journée par CMP du 28 janvier au 15 février 2008.

Les consultants acceptant de participer à l'enquête remplissaient le questionnaire seuls ou avec l'aide de l'enquêteur, directement dans la salle d'attente ou dans une salle attenante selon leurs préférences.

L'enquête était annoncée quelques jours ou quelques semaines auparavant par un affichage dans les salles d'attente des CMP (annexe 3).

1.3. Critères d'inclusion/ exclusion

Le questionnaire était proposé à tous les consultants de la journée.

Etaient exclues les personnes consultant pour la première fois puisqu'elles n'auraient pu répondre à la partie du questionnaire portant sur la place du CMP dans la prise en charge de la douleur.

2. Enquête en population générale

2.1. Mise au point du questionnaire

Le questionnaire de l'enquête en population générale a été construit à partir de la version CMP en conservant autant que possible les mêmes questions.

Les questions concernant le temps de suivi au CMP puis la place du CMP dans la prise en charge de la douleur ont été retirées. Une autre modification apportée concerne la question relative à la personne à qui le sujet a parlé de sa douleur ; les propositions du questionnaire à choix multiple du CMP : un médecin du CMP, un infirmier du CMP, un autre membre de l'équipe du CMP, mon médecin généraliste, une autre personne, sont devenues : mon médecin généraliste, un autre médecin, un infirmier, kinésithérapeute ou un autre paramédical, une autre personne.

Nous avons également inclus dans le questionnaire population générale une question relative au suivi en CMP, afin d'examiner les résultats des analyses statistiques en excluant les personnes de la population générale suivies en CMP. A noter que nous avons donc fait le choix de ne pas exclure ces personnes de l'enquête puisque nous voulions que notre groupe témoin soit représentatif de la population générale – qui inclut des personnes suivies en CMP – et non des personnes ne consultant pas en CMP.

Enfin, une question portant sur la couverture médicale des personnes interrogées a été rajoutée puisque nous pensions initialement pouvoir recouper ces données avec celles de la file active des CMP adultes de Maison Blanche.

Le questionnaire final utilisé en « population générale » est reproduit en annexe 2.

2.2. Sites de recrutement des patients

Nous voulions que le groupe « population générale » soit le plus proche possible de la population générale résidant dans les quartiers des CMP de Maison Blanche. Nous avons donc choisi de faire l'enquête dans des bureaux de poste des quartiers concernés les samedis matins, puisque « tout le monde » est amené à se rendre à la poste un samedi, quelque soient son sexe, son âge ou son niveau socioculturel et économique, et parce que les bureaux de poste sont un lieu où les personnes font la queue et ont donc le temps de remplir un questionnaire.

L'enquête a ainsi été réalisée un samedi dans un bureau de poste du 18ème, du 19ème et du 20ème, les trois arrondissements principaux dont sont issus les patients de l'enquête en CMP.

2.3. Critères d'inclusion/exclusion

Le questionnaire était proposé à toutes les personnes franchissant la porte du bureau de poste le samedi de l'enquête. Les répondants étaient ensuite appariés par sexe et par tranche d'âge de 5 ans aux personnes du groupe « CMP ».

3. Aspects légaux, éthiques et confidentialité

Aucune identification directe ou indirecte des personnes répondantes n'a été faite, et l'enquête, tant en CMP qu'en population générale, était donc totalement

anonyme. Aucune déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, CNIL, n'était donc requise.

L'enquête n'a entraîné aucune modification de la prise en charge des personnes suivies en CMP, ni aucune modification significative de la vie ou de l'activité des personnes rencontrées dans les bureaux de poste. L'avis d'un Comité de Protection des Personnes, CPP, n'était donc pas nécessaire, le travail n'entrait pas dans le cadre de la loi Huriet.

4. Analyse et saisie des résultats

Les réponses qualitatives ont été catégorisées par plusieurs enquêteurs afin de diminuer les biais de catégorisation. Lorsqu'une réponse avait été catégorisée différemment par deux enquêteurs, chacun argumentait son choix en essayant de convaincre l'autre ; et si, à l'issue de cette confrontation, le désaccord persistait un troisième enquêteur tranchait.

Toutes les réponses quantitatives et qualitatives ont ensuite été saisies dans un tableau Excel.

5. Traitement statistique des données

Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel R et du logiciel SPSS, Statistical Package for the Social Sciences.

Outre les analyses descriptives, des tests statistiques ont été effectués pour étudier les relations entre 2 variables :

- Entre deux variables qualitatives, après avoir calculé l'Odds ratio et son intervalle de confiance, un test du Chi-2 ou un test exact de Fisher si les conditions de validité n'étaient pas vérifiées (effectif espéré > 5), était réalisé.
- Le test de Student a été utilisé pour tester la liaison entre une variable quantitative et une variable qualitative. Les conditions de validité de ce test étaient vérifiées à chaque fois, graphiquement : égalité des variance (box plot), et $n_1, n_2 > 30$ ou distribution normale (histogramme).
- Le test du Chi2 de tendance a permis d'étudier la relation entre une variable qualitative ordonnée et une variable binaire (questions sur le retentissement de la douleur).

Un modèle multivarié a été utilisé pour étudier les relations entre 3 variables et plus :

Une régression logistique a été effectuée pour la question de la localisation de la douleur en fonction du type de population et de la présence ou l'absence d'une douleur psychique. La robustesse du modèle a été testée et validée.

Les données manquantes ont été notifiées lorsqu'il y en avait.

Pour les questions présentes uniquement dans le questionnaire CMP (la question 3 portant sur le temps de suivi au CMP et les questions 5, 6, 7 et 8 concernant la place du CMP dans la prise en charge de la douleur), les analyses statistiques ont été réalisées sur l'ensemble des 328 questionnaires CMP remplis grâce au logiciel SPSS. La population étudiée était alors composée de $n = 328$ sujets du groupe « CMP ».

Dans les questions communes aux 2 questionnaires, les résultats de l'enquête ont été établis pour les 322 consultants CMP appariés par sexe et âge aux enquêtés de la population générale ; les analyses statistiques ont alors été réalisées grâce au logiciel « R ». La population étudiée était alors composée de $n_1 = 322$ sujets dans le groupe « CMP », et de $n_2 = 322$ sujets dans le groupe issu de la population générale.

Pour les questions 3.2 à 3.10 dans le questionnaire population générale et 4.2 à 4.10 dans le questionnaire CMP, les analyses ont été réalisées parmi les participants ayant déclaré avoir une douleur physique, puisque les questions concernaient les caractéristiques de la douleur physique (localisation, retentissement, comparaison avec la douleur psychique, le fait d'en parler à un professionnel de santé...), soit $n_1 = 216$ en CMP et $n_2 = 272$ en population générale.

La question sur la couverture médicale, ne concerne que le groupe issu de la population générale.

Pour les questions portant sur la douleur psychique, ont été considérées comme ayant rapporté une douleur psychique les personnes ayant comparé leur douleur physique et psychique en cochant une des 5 premières cases de la question (beaucoup moins invalidante que votre douleur psychique, un peu moins invalidante que votre douleur psychique, aussi invalidante que votre douleur psychique ou un peu plus invalidante que votre douleur psychique). Le groupe « pas de douleur psychique » était constitué des personnes ayant coché la case 6 « Vous ne ressentez pas de douleur psychique ». Les enquêtés ayant coché « Ne sais pas » ou n'ayant pas répondu à la question ont été exclus de l'analyse des résultats.

IV. Résultats

1. Taux de réponse et causes de refus

1.1. Taux de réponse

L'enquête a porté sur 501 consultants dans les 11 CMP adultes de Maison Blanche, soit une moyenne de 45,5 enquêtés par CMP et une médiane de 44. Sur les 501 enquêtés, 23 étaient des primo-consultants et ont donc été exclus de l'enquête, et 150 personnes ont refusé d'y participer.

Sur les 501 personnes interrogées, nous avons donc obtenus 328 questionnaires remplis, soit un taux de réponse de 65%. L'âge n'était pas renseigné dans 2 de ces 328 questionnaires et le sexe dans 4.

Les répondants de la population générale étaient appariés par sexe et par tranche d'âge de 5 ans aux personnes du groupe « CMP ». Nous avons ainsi obtenu 322 questionnaires remplis correspondants aux 322 questionnaires mentionnant le sexe et l'âge du groupe « CMP ».

1.2. Causes de refus de l'enquête en CMP

A chaque refus, l'enquêteur notait son motif en fonction des justifications du patient mais aussi en fonction de sa propre impression. Ainsi, pendant l'enquête, plusieurs enquêteurs ont remarqué l'existence d'une sorte de phénomène de contagion parfois positif mais souvent négatif, puisque le questionnaire était proposé individuellement à chaque consultant dans la salle d'attente et que tous les autres

patients étaient donc témoins d'un refus du questionnaire. Une fois l'enquête terminée, les motifs de refus ont été catégorisés (Tableau 1).

Refus non motivé ou raison incomprise	45%
Pas envie, pas concerné, pas intéressé	19%
Indisponibilité, absence de contact	7%
Absence de douleur physique	6%
Absence de douleur	5%
Manque de temps	5%
Se sent agressé - Veut préserver son intimité	5%
Difficultés cognitives	4%
Problème linguistique	3%
Phénomène de "Contagion"	2%
Autre	4%

Tableau 1 : Motifs de refus de l'enquête par les consultants CMP.

2. Caractéristiques des répondants

2.1. Age

2.1.1. Des consultants CMP

L'âge des consultants CMP interrogés était compris entre 15 et 81ans, avec une moyenne et une médiane de 44 ans (Tableau 2, Figure 1). Ainsi 88% des répondants avaient entre 25 et 64 ans.

L'âge moyen de la file active des CMP adultes était identique.

2.1.2. De la population générale

L'âge des personnes de la population générale interrogées était compris entre 16 et 82 ans avec un âge moyen de 44 ans et une médiane de 43 ans (Tableau 2, Figure 1).

	Moyenne	Ecart type	Minimal	Q1	Médiane	Q3	Maximal
Age (CMP) (DM=2)	44.02	13.4	15	33	44	54	81
Age(Pop Gen) (DM=0)	43.97	13.34	16	33	43	53	82

Tableau 2 : *Distribution de l'âge des deux populations.*

CMP : centre médico-psychologique ; Pop Gen : population générale ; Q1 : 1er quartile ; Q3 : 3ème quartile ; DM : données manquantes.

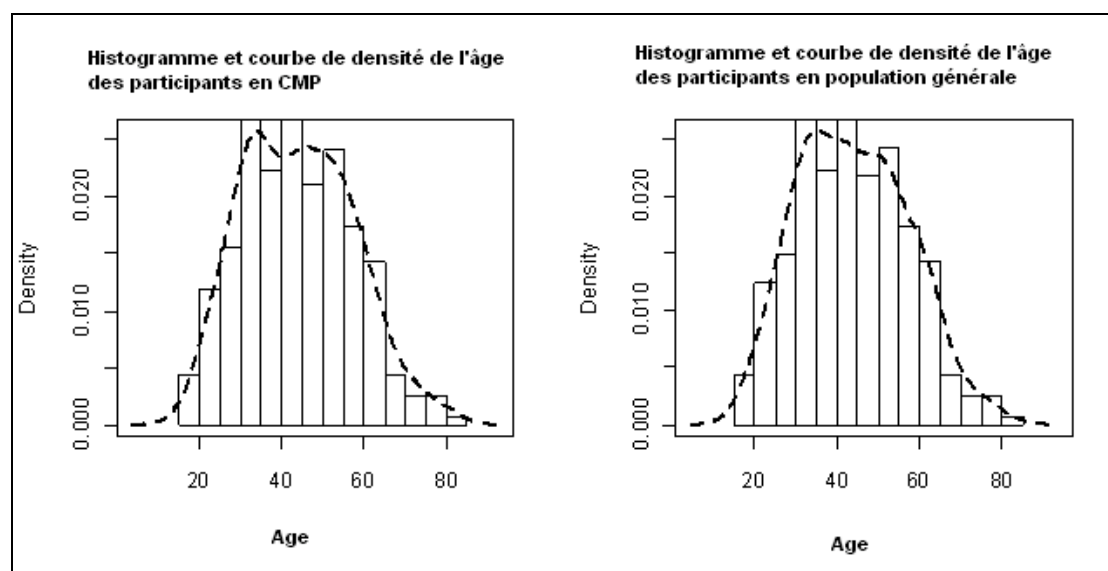


Figure 1 : *Histogrammes et courbes de densité de l'âge des participants.*

2.1.3. Comparaison des deux populations

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative de moyenne d'âge entre les deux populations (t-test, $p=0,3535$) (Figure 2).

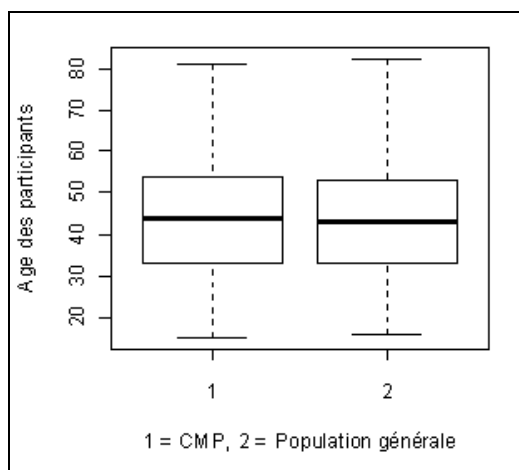


Figure 2 : Boîte à moustaches de l'âge dans les deux groupes étudiés.

2.2. Sexe

Les deux groupes ayant été appariés, on a retrouvé dans les deux populations le même pourcentage d'hommes et de femmes sans différence significative mise en évidence (X^2 , $p=1$) : 54% d'hommes et 46% de femmes (Tableau 3).

	CMP (322) (DM=4)	Population générale (322) (DM=0)
Hommes (350)	54,3% (175)	54,3% (175)
Femmes (294)	45,7% (147)	45,7% (147)

Tableau 3 : Distribution de sexe des deux populations.

CMP : centre médico-psychologique ; (x) : nombre de personnes ; DM : données manquantes.

Les caractéristiques d'âge et de sexe étaient donc comparables entre les deux populations.

2.3. Temps de suivi en CMP

Le temps de suivi en CMP des consultants CMP était en moyenne de 70 mois, soit presque 6 ans, avec une médiane de 48 mois, un minimum de 8 jours et un maximum de 43 ans. Les $\frac{3}{4}$ des patients étaient suivis depuis plus d'un an. Il s'agissait donc de patients ayant une certaine expérience du CMP et de son fonctionnement.

2.4. Patients suivis en CMP dans le groupe « population générale »

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre Méthodologie, nous avons fait le choix d'inclure dans notre groupe témoin en population générale les quelques personnes consultant en CMP.

Ainsi 15 des 322 répondants, soit 4,7%, ont déclaré être suivis en CMP.

Pour les questions clés de l'enquête nous avons à chaque fois réalisé les analyses statistiques en incluant et en excluant ce groupe.

2.5. Couverture santé des répondants du groupe « population générale »

La majorité des répondants de la population générale, soit 80%, avait une couverture médicale complète que ce soit grâce à la sécurité sociale et à une complémentaire santé ou grâce à la couverture médicale universelle complémentaire, CMUc. Environ 18% d'entre eux avaient une couverture partielle par la sécurité

sociale seule ou la CMU. 2% environ n'ont déclaré aucune couverture médicale (Tableau 4).

Couverture médicale	Population Générale (322) (DM=0)
SS + Complémentaire Santé	75,2% (242)
SS Seule	12,7% (41)
CMU	5,0% (16)
CMUc	5,0% (16)
Aucune	2,2% (7)
AME	0% (0)

Tableau 4 : Couverture médicale du groupe « population générale ».

SS : Sécurité sociale ; CMU : couverture médicale universelle; CMUc : CMU complémentaire; AME : Aide médicale universelle ; DM : données manquantes.

Nous ne disposons malheureusement pas de ces chiffres pour le groupe « CMP » puisque la question n'était pas incluse dans la version CMP du questionnaire et que le Département d'information médicale de Maison Blanche n'est pas en mesure de nous fournir les chiffres de couverture santé de la file active des consultants des CMP adultes de Maison Blanche.

3. Prévalence de la douleur au cours des 6 derniers mois

3.1. Chez les consultants CMP

67% des consultants CMP ont rapporté une douleur physique (Figure 3), les femmes étant majoritaires: 74% contre 62% des hommes. (χ^2 , $p=0.024$). La prévalence de la douleur n'était pas liée à l'âge (t-test), l'âge moyen des personnes ayant rapporté une douleur étant de 44,5 ans contre 43 pour les personnes n'ayant pas rapporté de douleur. Enfin, nous n'avons pas observé de différence significative de

durée moyenne de suivi en CMP entre les personnes ayant rapporté une douleur physique et celles n'en ayant pas rapporté (t-test).

3.2. Comparaison avec la population générale

Le pourcentage de personnes de la population générale ayant déclaré une douleur dans les 6 derniers mois était significativement supérieur à celui des consultants CMP (Tableau 5 et Figure 3). A noter que l'on obtenait le même résultat en retirant les consultants CMP de la population générale.

	Douleur (488)	Absence de douleur (156)
CMP (322) (DM=0)	67.1% (216)	32.9% (106)
Population générale (322) (DM=0)	84.5% (272)	15.5% (50)

(OR=0.4, IC95% = [0.3; 0.6], χ^2 , p=3e-07)

Tableau 5 : *Prévalence de la douleur physique en CMP et en population générale.*

DM : données manquantes.

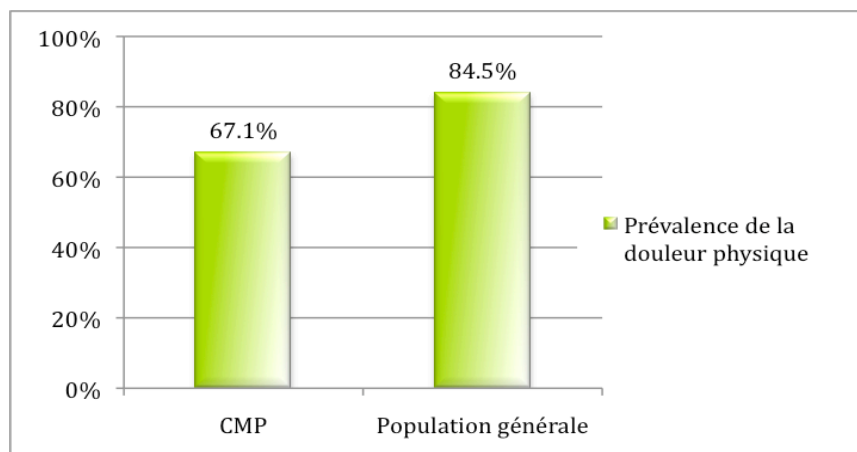


Figure 3 : *Prévalence de la douleur physique dans les deux groupes étudiés.*

En prenant en compte l'ensemble des deux populations, nous avons observé que :

- Les femmes n'ont pas rapporté plus de douleur que les hommes.
- Les personnes ayant rapporté une douleur n'étaient pas plus âgées que celles n'en ayant pas rapporté.

4. Douleur Psychique

La répartition des réponses à la question comparant le caractère invalidant de la douleur physique par rapport à la douleur psychique est rapportée dans le tableau 6.

« Vous diriez de cette douleur physique qu'elle était : »	CMP (197) (DM=19)	Population Générale (272) (DM=0)
« Beaucoup moins invalidante que votre douleur psychique »	30.5% (60)	17.3% (47)
« Un peu moins invalidante que votre douleur psychique »	16.8% (33)	9.6% (26)
« Aussi invalidante que votre douleur psychique »	23.9% (47)	13.6% (37)
« Un peu plus invalidante que votre douleur psychique »	5.6% (11)	10.3% (28)
« Beaucoup plus invalidante que votre douleur psychique »	12.2% (24)	9.6% (26)
« Vous ne ressentez pas de douleur psychique »	2.5% (5)	29.4% (80)
« Ne sais pas »	8.6% (17)	10.3% (28)

Tableau 6 : Comparaison des douleurs physique et psychique en CMP et en population générale.

La majorité des personnes interrogées ayant déclaré une douleur physique ont également rapporté une douleur psychique et ont su la quantifier (Tableau 6 et 7).

Le pourcentage de personnes ayant rapporté une douleur psychique était plus important en CMP qu'en population générale (Tableau 7 et Figure 4). A noter que le

résultat était le même en retirant les personnes suivies en CMP de la population générale.

	Douleur psychique	Pas de douleur psychique
CMP (180)	97.2% (175)	2.8% (5)
Population générale (244)	67.2% (164)	32.8% (80)

(OR=17.1, IC95% = [6.7; 43.3], χ^2 , p=2e-14)

Tableau 7 : Prévalence de la douleur psychique en CMP et en population générale.

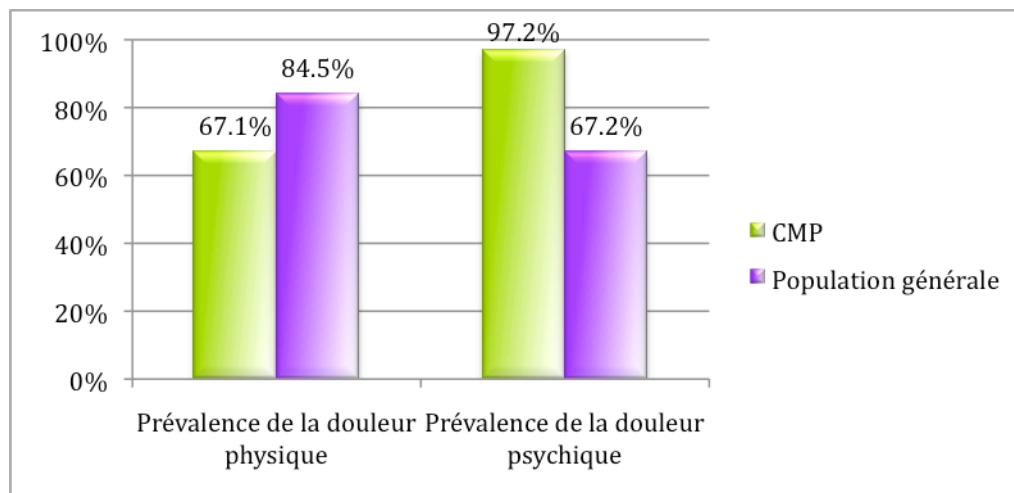


Figure 4 : Prévalence de la douleur physique et psychique dans les deux groupes étudiés.

Le pourcentage de personnes ayant une douleur psychique plus invalidante que leur douleur physique n'est pas significativement différent en CMP et en population générale.

5. Localisation de la douleur

5.1. Douleurs multisites

Bien que le questionnaire demandait de prendre en compte, pour les questions concernant la localisation de la douleur et son retentissement, uniquement la douleur la plus importante des 6 derniers mois, la majorité, 54.6%, des consultants CMP ont déclaré plusieurs sites douloureux. Ce pourcentage était significativement plus important que celui de la population générale (Tableau 8).

Ce nombre important de consultants CMP ayant déclaré plusieurs sites douloureux explique que le pourcentage de personnes ayant rapporté une douleur à une localisation particulière était toujours plus important dans la population des consultants CMP, hormis pour les douleurs pelviennes que 5.9% de la population générale a rapporté contre 3.2% en CMP.

	Douleur multiple (201)	Douleur unique (287)
CMP (216) (DM=0)	54.6% (118)	45.4% (98)
Population générale (272) (DM=0)	30.5% (83)	69.5% (189)

(OR=2.7, IC95% = [1.9; 4.0], χ^2 , p=8e-08)

Tableau 8 : *Douleurs multiples en CMP et en population générale.*

DM : données manquantes.

Les personnes ayant déclaré une douleur psychique ont rapporté plus de douleurs multiples (Tableau 9).

	Douleur multiple (167)	Douleur unique (257)
Douleur psychique (339) (DM=0)	45.7% (155)	54.3% (184)
Pas de douleur psychique (85) (DM=0)	14.1% (12)	85.9% (73)

(OR=5.1, IC95% = [2.7; 9.8], χ^2 , p=10e-08)

Tableau 9 : Douleurs multiples selon la présence ou l'absence d'une douleur psychique.

DM : données manquantes.

5.2. Sites douloureux

Les localisations des douleurs physiques de chaque population sont rapportées dans le tableau 10 et la figure 5.

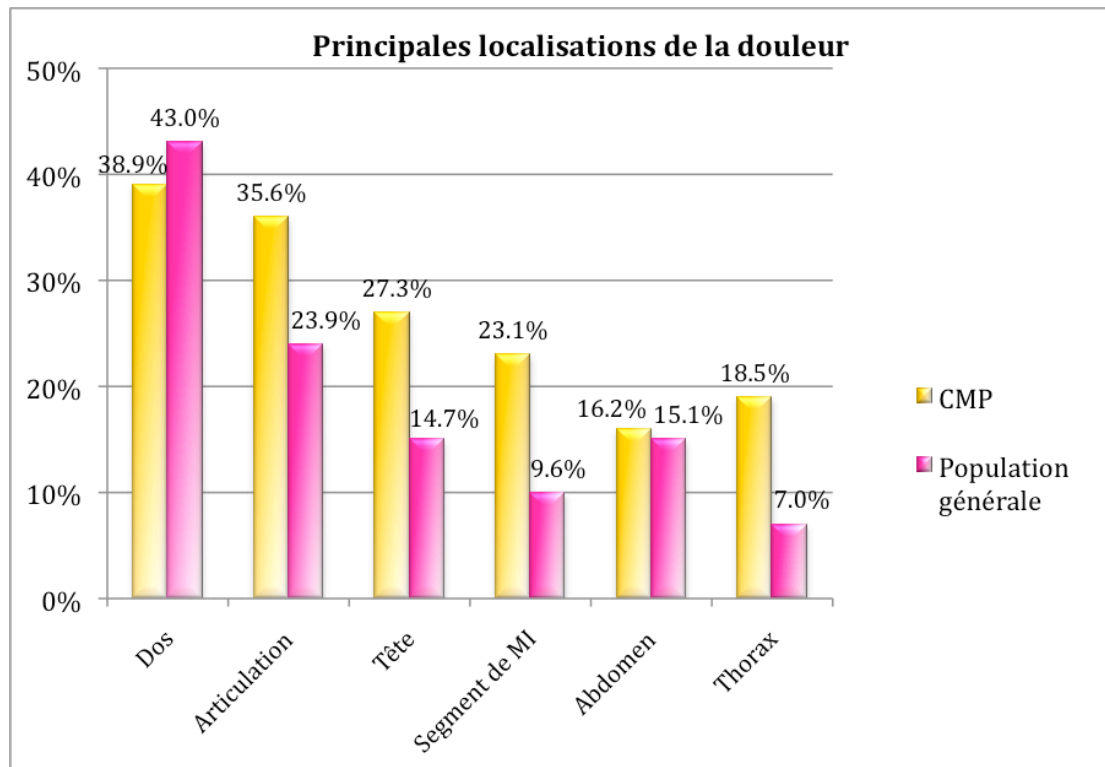


Figure 5 : Principales localisations de la douleur dans les deux groupes étudiés.
MI : Membre inférieur .

Localisation de la douleur	CMP (216)	Population générale (272)	OR	p
Dos	38.9% (84)	43.0% (117)	0.9	0.769
Dont lombaire	13,4% (29)	24.3% (66)		
Articulation	35.6% (77)	23.9% (65)	1.8	0.005
Tête	27.3% (59)	14.7% (40)	2.1	0.0009
Segment de MI	23,1% (50)	9.6 (26)	2.9	4e-05*
Abdomen	16,2% (35)	15.1% (41)		
Thorax	18.5% (40)	7.0% (19)	2.8	0.0003
Dont en regard du coeur	6,0% (13)	0% (0)		
ORL et dentaire	11,1% (24)	10.3% (28)		
Segment de MS	9,3% (20)	4.4% (12)		
Yeux	4,6% (10)	0% (0)		
Pelvien	3,2% (7)	5.9% (16)		
Globale	2,3% (5)	2.2% (6)		
OGE	1,9% (4)	1.1% (3)		
Autres	6,9% (15)	3.7% (10)		

Tableau 10 : Localisation de la douleur physique dans chaque population.

OR : Odd Ratio ; MI : Membre inférieur ; MS : Membre supérieur ; ORL : oto-rhino-laryngée ; OGE : organes génitaux externes. *e : exponentiel.

5.3. Comparaison des principales localisations de la douleur entre les consultants CMP et la population générale et selon la présence d'une douleur psychique

5.3.1. Douleur du dos

Les consultants CMP n'ont pas rapporté significativement plus de douleur du dos que la population générale (Tableau 11).

	Douleur du dos (182)	Absence de douleur du dos (306)
CMP (216) (DM=0)	36.6% (79)	63.4% (137)
Population générale (272) (DM=0)	37.9% (103)	62.1% (169)

(OR=0,9, IC95% = [0.7; 1.4], χ^2 , p=0.769)

Tableau 11 : *Douleur du dos en CMP et en population générale.*

DM : données manquantes.

Les personnes ayant déclaré une douleur psychique n'ont pas rapporté plus de douleur du dos (Tableau 12).

	Douleur du dos (162)	Absence de douleur du dos (262)
Douleur psychique (339) (DM=0)	39.2% (133)	60.8% (206)
Pas de douleur psychique (85) (DM=0)	34.1% (29)	65.9% (56)

(χ^2 , p=0.386)

Tableau 12 : *Douleur du dos selon la présence ou l'absence d'une douleur psychique.*

DM : données manquantes.

En étudiant la douleur du dos en fonction du type de population et de la présence ou l'absence d'une douleur psychique par une régression logistique, on a observé les mêmes résultats (à savoir une absence de lien significatif entre mal de dos et type de population d'une part et mal de dos et douleur psychique d'autre part).

Nous n'avons donc pas mis en évidence de lien statistique entre douleur du dos et type de population ni entre douleur du dos et douleur psychique.

5.3.2. Douleur articulaire

Les consultants CMP ont rapporté plus de douleur articulaire que la population générale (Tableau 13).

	Douleur articulaire (142)	Absence de douleur articulaire (346)
CMP (216) (DM=0)	35.6% (77)	64.4% (139)
Population générale (272) (DM=0)	23.9% (65)	76.1% (207)

(OR=1.8, IC95% = [1.2; 2.6], χ^2 , p=0.005)

Tableau 13 : *Douleur articulaire en CMP et en population générale.*

DM : données manquantes.

Les personnes ayant déclaré une douleur psychique ont rapporté plus de douleurs articulaires que celles n'ayant pas rapporté de douleur psychique (Tableau 14).

	Douleur articulaire (127)	Absence de douleur articulaire (297)
Douleur psychique (339) (DM=0)	32.5% (110)	67.6% (229)
Pas de douleur psychique (85) (DM=0)	20% (17)	80% (68)

(OR=1.9, IC95% = [1.1; 3.4], χ^2 , p=0.025)

Tableau 14 : *Douleur articulaire selon la présence ou l'absence d'une douleur psychique.*

DM : données manquantes.

En étudiant la douleur articulaire en fonction du type de population et de la présence ou l'absence d'une douleur psychique par une régression logistique, nous

n'avons pas observé de lien significatif entre douleur articulaire et type de population d'une part et douleur articulaire et douleur psychique d'autre part.

Nous n'avons donc pas mis en évidence de lien statistique entre douleur articulaire et type de population ni entre douleur articulaire et douleur psychique.

5.3.3. Céphalées

Les consultants CMP ont rapporté plus de céphalées que la population générale (Tableau 15).

	Céphalées (98)	Absence de céphalées (390)
CMP (216) (DM=0)	26.9% (58)	73.1% (158)
Population générale (272) (DM=0)	14.7% (40)	85.3% (232)

(OR=2.1, IC95% = [1.4; 3.3], χ^2 , p=0.0009)

Tableau 15 : *Céphalées en CMP et en population générale.*

DM : données manquantes.

Les personnes ayant déclaré une douleur psychique ont rapporté plus de céphalées que celles n'ayant pas rapporté de douleur psychique (Tableau 16).

	Céphalées (89)	Absence de céphalées (335)
Douleur psychique (339) (DM=0)	23.3% (79)	76.7% (260)
Pas de douleur psychique (85) (DM=0)	11.8% (10)	88.2% (75)

(OR=2.3, IC95% = [1.1; 4.6], χ^2 , p=0.020)

Tableau 16 : *Céphalées selon la présence ou l'absence d'une douleur psychique.*

DM : données manquantes.

En étudiant les céphalées en fonction du type de population et de la présence ou l'absence d'une douleur psychique par une régression logistique, on a observé un lien statistique significatif entre les céphalées et le type de population ($p=0.030$) mais pas de lien significatif entre céphalées et douleur psychique.

Les consultants CMP ont donc rapporté plus de céphalées (OR= 1.7; IC95%= [1.1; 2.9]) mais il n'y avait par contre pas de lien statistique entre douleur psychique rapportée et céphalées.

5.3.4. Douleur d'un segment de membre inférieur

Les consultants CMP ont rapporté plus de douleur des membres inférieurs que la population générale (Tableau 17).

	Douleur des membres inférieurs (76)	Absence de douleur des membres inférieurs (412)
CMP (216) (DM=0)	23.1% (50)	76.9% (166)
Population générale (272) (DM=0)	9.6% (26)	90.4% (246)

(OR=2.9, IC95% = [1.7; 4.8], χ^2 , $p=4e-05$)

Tableau 17 : *Douleur des membres inférieurs en CMP et en population générale.*

DM : données manquantes.

Les personnes ayant déclaré une douleur psychique n'ont pas rapporté plus de douleur des membres inférieurs que celles n'ayant pas rapporté de douleur psychique (Tableau 18).

	Douleur des membres inférieurs (64)	Absence de douleur des membres inférieurs (360)
Douleur psychique (339) (DM=0)	14.2% (48)	85.8% (291)
Pas de douleur psychique (85) (DM=0)	18.8% (16)	81.2% (69)

(χ^2 , p=0.283)

Tableau 18 : Douleur des membres inférieurs selon la présence ou l'absence d'une douleur psychique.

DM : données manquantes.

En étudiant la douleur des membres inférieurs en fonction du type de population et de la présence ou l'absence d'une douleur psychique par une régression logistique, on a observé un lien statistique significatif entre la douleur des membres inférieurs et le type de population ($p=8e-06$) d'une part et la douleur des membres inférieurs et la douleur psychique d'autre part ($p=0.003$). A noter que nous n'avons pas retrouvé d'interaction significative entre douleur psychique et type de population.

Les consultants CMP (OR= 3.6; IC95%= [1.9; 7.1]) et les personnes n'ayant pas déclaré de douleur psychique (OR= 2.9 ; IC95%= [1.3; 6.1]) ont donc rapporté plus de douleur des membres inférieurs.

5.3.5. Douleur thoracique

Les consultants CMP ont déclaré plus de douleurs thoraciques que la population générale (Tableau 19).

	Douleur Thoracique (57)	Absence de douleur thoracique (431)
CMP (216) (DM=0)	17.6% (38)	82.4% (178)
Population générale (272) (DM=0)	7.0% (19)	93.0% (253)

(OR=2.8, IC95% = [1.6; 5.1], χ^2 , p=0.0003)

Tableau 19 : Douleur thoracique en CMP et en population générale.

DM : données manquantes.

Les personnes ayant déclaré une douleur psychique ont rapporté plus de douleurs thoraciques que celles n'ayant pas rapporté de douleur psychique (Tableau 20).

	Douleur Thoracique (40)	Absence de douleur thoracique (384)
Douleur psychique (339) (DM=0)	11.8% (40)	88.2% (299)
Pas de douleur psychique (85) (DM=0)	0% (0)	100% (85)

(χ^2 , p=0.0009)

Tableau 20 : Douleur thoracique selon la présence ou l'absence d'une douleur psychique.

DM : données manquantes.

Une régression logistique pour étudier la douleur thoracique en fonction du type de population et de la présence ou l'absence d'une douleur psychique n'a pu être effectuée dans ce cas car il y avait moins de 10 événements pour une des variables à intégrer au modèle.

6. Retentissement de la douleur

6.1. Chez les consultants CMP

Plus des $\frac{3}{4}$ des consultants CMP ont déclaré un retentissement de leur douleur sur leur travail ou leur activité principale de la journée, sur leurs loisirs, sur leurs déplacements ou activités physiques et sur leur sommeil. Plus des $\frac{2}{3}$ ont rapporté un retentissement sur les actes de leur vie quotidienne ou leur vie sociale. Quelque soit le type de retentissement de la douleur, plus de 30% des consultants ont déclaré que cette douleur les gênait beaucoup (Tableau 21 et Figure 6).

	Actes de la vie quotidienne	Travail ou activité principale	Loisirs	Vie sociale	Déplacements ou activités physiques	Sommeil
Nombre de sujets (DM)	212 (4)	204 (12)	211 (5)	209 (7)	211 (5)	209 (7)
Pas du tout	25.9%	16.7%	18.5%	28.7%	19.4%	21.5%
Un peu	24.5%	27.0%	27.0%	22.5%	21.8%	20.6%
Moyennement	18.9%	19.6%	19.4%	15.8%	21.3%	20.1%
Beaucoup	30.7%	36.8%	35.1%	33.0%	37.4%	37.8%

Tableau 21 : Répartition des consultants CMP selon le retentissement de leur douleur dans les différents registres.

DM : données manquantes.

6.2. Comparaison avec la population générale

La répartition des sujets de la population générale selon le retentissement de leur douleur physique dans les différents domaines est rapportée dans le tableau 22 et dans la figure 6.

	Actes de la vie quotidienne	Travail ou activité principale	Loisirs	Vie sociale	Déplacements ou activités physiques	Sommeil
Nombre de sujets (DM)	272 (0)	272 (0)	272 (0)	272 (0)	272 (0)	272 (0)
Pas du tout	26.8%	25.7%	21.0%	35.7%	18.4%	30.9%
Un peu	29.0%	30.5%	28.7%	36.4%	33.1%	32.4%
Moyennement	26.5%	23.5%	24.6%	18.0%	24.3%	22.1%
Beaucoup	17.6%	20.2%	25.7%	9.9%	24.3%	14.7%

Tableau 22 : Répartition des sujets de la population générale selon le retentissement de leur douleur dans les différents registres.

DM : données manquantes.

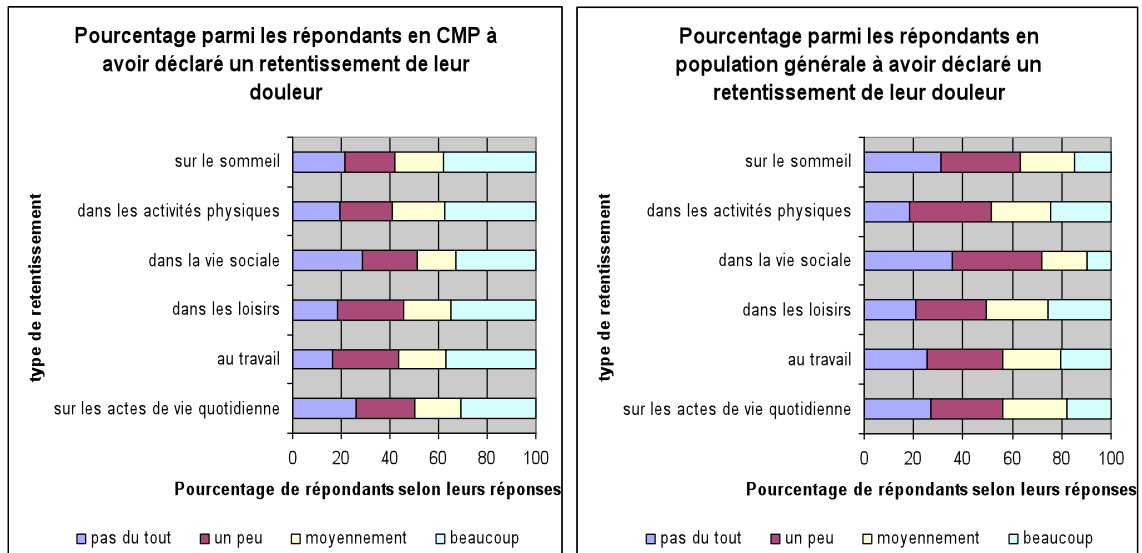


Figure 6 : Répartition des sujets des deux populations selon le retentissement de leur douleur dans les différents registres.

Pour regarder l'effet du type de population sur le retentissement de la douleur, on a réalisé un Chi2 de tendance. Les consultants CMP ont déclaré un retentissement plus important de la douleur sur leur travail ou activité principale de la journée ($p=0,0002$), leur vie sociale ($p=6e-07$), leurs déplacements ou activités physiques ($p=0,026$) et sur leur sommeil ($p=6e-07$). On n'a, par contre, pas mis en évidence de différence de répartition des réponses concernant le retentissement sur les actes de la vie quotidienne et les loisirs.

Quelque soit le domaine de retentissement de la douleur, statistiquement plus de consultants CMP ont déclaré avoir été beaucoup gêné par leur douleur (χ^2 , $p<0.05$).

La population CMP a donc eu moins souvent des douleurs mais celles-ci ont eu un retentissement plus important.

6.3. Retentissement de la douleur selon la présence d'une douleur psychique

La répartition des sujets ayant déclaré une douleur psychique selon le retentissement de leur douleur physique dans les différents registres est rapportée dans le tableau 23. Celle des personnes n'ayant pas déclaré de douleur psychique est inscrite dans le tableau 24.

	Actes de la vie quotidienne	Travail ou activité principale	Loisirs	Vie sociale	Déplacements ou activités physiques	Sommeil
Nombre de sujets (DM)	337 (2)	330 (9)	336 (3)	336 (3)	338 (1)	338 (1)
Pas du tout	26.4%	22.4%	19.0%	28.9%	15.1%	23.4%
Un peu	21.4%	23.0%	26.8%	29.5%	26.3%	25.7%
Moyennement	26.1%	23.0%	22.3%	16.1%	26.9%	21.3%
Beaucoup	26.1%	31.5%	31.8%	25.6%	31.7%	29.6%

Tableau 23 : Répartition des sujets ayant déclaré une douleur psychique selon le retentissement de leur douleur physique dans les différents registres.

DM : données manquantes.

	Actes de la vie quotidienne	Travail ou activité principale	Loisirs	Vie sociale	Déplacements ou activités physiques	Sommeil
Nombre de sujets (DM)	85 (0)	84 (0)	85 (0)	85 (0)	85 (0)	85 (0)
Pas du tout	23.5%	22.6%	25.9%	42.4%	28.2%	32.9%
Un peu	38.8%	34.5%	22.4%	36.5%	27.1%	34.1%
Moyennement	20.0%	27.4%	27.1%	17.6%	15.3%	27.1%
Beaucoup	17.6%	15.5%	24.7%	3.5%	29.4%	5.9%

Tableau 24 : Répartition des sujets ayant déclaré ne pas ressentir de douleur psychique selon le retentissement de leur douleur physique dans les différents registres.

DM : données manquantes.

Pour regarder l'effet de la douleur psychique sur le retentissement de la douleur, on a réalisé un Chi2 de tendance. Les personnes rapportant une douleur

psychique ont déclaré un retentissement globalement plus important sur les actes de la vie quotidienne ($p=0.011$), le travail ou activité principale de la journée ($p=0.008$), la vie sociale ($p=2e-05$), les déplacements ou activités physiques ($p=0.0008$), et sur le sommeil ($p=8e-05$). On n'a, par contre, pas mis en évidence de différence de répartition des réponses concernant le retentissement sur les loisirs ($p=0.146$).

7. Parler de sa douleur

7.1. Chez les consultants CMP

81% des consultants CMP ayant rapporté une douleur physique ont parlé de leur douleur à un professionnel de santé, l'interlocuteur privilégié étant le médecin généraliste, suivi de près par le médecin du CMP (Tableau 25).

Interlocuteur	Consultants CMP ayant parlé de leur douleur à un professionnel de santé (170) (DM=0)
Médecin du CMP	57.6% (98)
Infirmier du CMP	21.2% (36)
Autre membre du CMP	4.1% (7)
Médecin généraliste	67.1% (114)
Autre personne	37.6% (64)
Dont un autre médecin	18.8% (32)
Dont l'entourage	8.2% (14)
Dont un kinésithérapeute ou un ostéopathe	2.9% (5)

Tableau 25 : Professionnels de santé à qui les consultants CMP ont parlé de leur douleur physique.

DM : données manquantes.

19% des consultants CMP n'ont pas parlé de leur douleur à un professionnel de santé. Les raisons en sont variables, la plus fréquente étant que la douleur était jugée banale ou insignifiante (Tableau 26).

Causes	Consultants CMP n'ayant pas parlé de leur douleur à un professionnel de santé (38) (DM=3)
Douleur banale, insignifiante	34.2% (13)
Pas eu l'occasion	13.2% (5)
Isolement psycho-social	10.5% (4)
Cause de la douleur connue	10.5% (4)
Raison incompréhensible	10.5% (4)
Autre	21.1% (8)

Tableau 26 : Raisons pour lesquelles les consultants CMP n'ont pas parlé de leur douleur physique à un professionnel de santé.

DM : données manquantes.

7.2. Comparaison avec la population générale

Les consultants CMP ont significativement plus parlé de leur douleur physique à un professionnel de santé (Tableau 27) et à leur généraliste (Tableau 28) que la population générale (Figure 7). A noter que l'on a obtenu les mêmes résultats en retirant les personnes suivies en CMP de la population générale.

	Ont parlé de leur douleur	N'en ont pas parlé
CMP (211) (DM=5)	80.6% (170)	19.4% (41)
Population générale (272) (DM=0)	67.6% (184)	32.4% (88)

(OR=2.0, IC95% = [1.3; 3.0], χ^2 , p=0.001)

Tableau 27 : Personnes ayant parlé de leur douleur à un professionnel de santé en CMP et en population générale.

DM : données manquantes.

	Ont parlé de leur douleur à leur généraliste	N'en ont pas parlé à leur généraliste
CMP (211) (DM=5)	54.0% (114)	46.0% (97)
Population générale (272) (DM=0)	34.6% (94)	65.4% (178)

(OR=2.1, IC95% = [1.5; 3.1], χ^2 , p=5e-05)

Tableau 28 : Personnes ayant parlé de leur douleur à leur généraliste en CMP et en population générale.

DM : données manquantes.

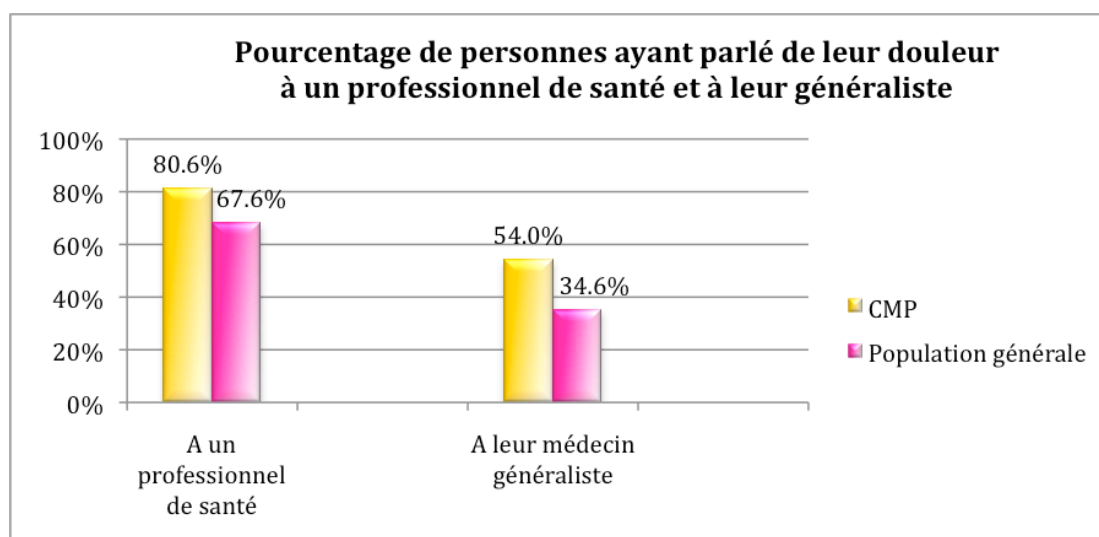


Figure 7 : Pourcentage de personnes ayant parlé de leur douleur à un professionnel de santé et à leur généraliste dans les deux groupes.

Les personnes ayant déclaré une douleur psychique n'ont pas significativement plus parlé de leur douleur physique.

8. Place du CMP dans la prise en charge de la douleur

86% des personnes suivies en CMP ont déclaré se sentir autorisées à parler de leur douleur physique au CMP (Tableau 29). Et 61% que le CMP était un lieu adéquat pour parler de leur douleur physique (Tableau 30). Nous n'avons pas noté de

différence significative dans ces résultats selon que les personnes rapportaient une douleur ou non (χ^2) et selon leur temps moyen de suivi au CMP (t-test).

Vous sentez-vous autorisé à parler de votre douleur physique au CMP ?	Consultants CMP (312) (DM=16)
Oui	85.9% (268)
Non	14.1% (44)

Tableau 29 : Réponses des consultants CMP à la question « Vous sentez-vous autorisé à parler de votre douleur physique au CMP ? ».

DM : données manquantes.

Pensez-vous que le CMP soit un lieu adéquat pour parler de votre douleur physique ?	Consultants CMP (316) (DM=12)
Oui	61.1% (193)
Non	23.4% (74)
Sans opinion	15.5% (49)

Tableau 30 : Réponses des consultants CMP à la question « Pensez-vous que le CMP soit un lieu adéquat pour parler de votre douleur physique ? ».

DM : données manquantes.

Seulement 38% des consultants CMP ont déclaré qu'un professionnel du CMP leur a déjà demandé s'ils avaient mal physiquement. Ce pourcentage était significativement supérieur : 45% (χ^2 , $p < 0.05$) chez les consultants ayant rapporté une douleur (Tableau 31). Nous n'avons par contre pas noté de différence significative dans ce résultat selon le temps moyen de suivi des patients (t-test).

Quelqu'un du CMP vous a-t-il déjà demandé si vous aviez mal physiquement ?	Consultants CMP (317) (DM=11)	Consultants CMP (316) (DM=12)	
		Ayant rapporté une douleur physique (216) (DM=0)	N'ayant pas rapporté de douleur physique (100) (DM=12)
Oui	38.5% (122)	45.4% (98)	24.0% (24)
Non	61.5% (195)	54.6% (118)	76.0% (76)

Tableau 31 : Réponses des consultants CMP à la question « Quelqu'un du CMP vous a-t-il déjà demandé si vous aviez mal physiquement ? ».

DM : données manquantes.

Les circonstances dans lesquelles les personnes suivies en CMP ont déclaré avoir été interrogées sur leur douleur physique sont rapportées dans le tableau 32.

Qui ?	43.0% (49)
Psychiatre	49.0% (24)
Infirmier	26.5% (13)
Psychothérapeute	18.4% (9)
Psychologue	12.2% (6)
Quand ?	54.4% (62)
Pendant un entretien ou une consultation	88.7% (55)
Dès la première visite	12.9% (8)
Systématiquement	6.5% (4)
Lors d'un soin ou d'une injection	6.5% (4)
Lors d'un renouvellement ordonnance	1.6% (1)
Pourquoi ?	24.6% (28)
Lors d'un problème physique	50.0% (16)
Lors d'un problème psychique	25.0% (8)
Antécédent de douleur connu de l'interlocuteur	21.4% (6)
Trouble de sommeil	7.1% (2)
Réponse inadaptée ou incompréhensible	9.6% (11)

Données Manquantes : 8.

Tableau 32 : Circonstances dans lesquelles les consultants du CMP ont été interrogés sur leur douleur physique.

9. Suggestions pour améliorer la prise en charge de la douleur à Maison Blanche

Sur les 328 personnes interrogées, 128 n'ont pas répondu, 102 ont répondu qu'ils n'avaient pas de suggestions et 98 personnes ont fait des propositions (Tableau 33). Sur les 200 répondants, 4% ont déclaré être satisfaits de la prise en charge actuelle et 3.5% insatisfaits.

Suggestions	
Amélioration des relations usagers-personnel (plus d'écoute d'attention et de compréhension)	37.8% (37)
Amélioration des prescriptions médicamenteuses (limiter les effets secondaires, prescription d'antalgiques)	19.4% (19)
Prise en charge de la douleur physique :	
• A Maison Blanche par le personnel actuel	18.4% (18)
• Par des somaticiens dans le CMP	11.2% (11)
• Orientation vers des somaticiens à l'extérieur	7.1% (7)
• Ce n'est pas la place du CMP	2.0% (2)
Promouvoir des moyens non-médicamenteux de lutte contre la douleur :	13.3% (13)
Par des règles hygiéno-diététiques	6.1% (6)
Kinésithérapie / Massages	5.1% (5)
Confort des lieux	2.0% (2)
Agir sur la douleur psychique	8.2% (8)
Davantage de moyens financiers personnels ou pour les services	6.1% (6)
Plus de personnel	5.1% (5)
Trouver l'origine des douleurs	5.1% (5)

Tableau 33 : Suggestions pour améliorer la prise en charge de la douleur à Maison Blanche.

10. Couverture médicale et douleur en population générale

Les personnes du groupe « population générale » ayant une couverture médicale n'ont pas significativement plus parlé de leur douleur que celles n'ayant pas de couverture médicale (Tableau 34).

	Ont parlé de leur douleur physique (DM=0)	N'en ont pas parlé (DM=0)
Pas de couverture médicale	100.0% (7)	0.0% (0)
Couverture médicale (CMU, CMUc, AME, SS seule, SS + Complémentaire santé)	66.8% (177)	33.2% (88)

(Fisher, $p=0.100$)

Tableau 34 : Pourcentage de personnes ayant parlé de leur douleur à un professionnel de santé selon la présence d'une couverture médicale.

SS : Sécurité sociale ; CMU : couverture médicale universelle; CMUc : CMU complémentaire; AME : Aide médicale d'Etat ; DM : données manquantes.

Les personnes ayant une couverture médicale « complète » n'ont pas parlé significativement plus de leur douleur que les autres (Tableau 35).

	Ont parlé de leur douleur physique	N'en ont pas parlé
Pas de couverture médicale complète (CMU, AME, SS seule, pas de couverture médicale)	63.0% (29)	37.0% (17)
Couverture médicale complète (CMUc, AME, SS + Complémentaire santé)	68.6% (155)	31.4% (71)

(χ^2 , $p=0.464$)

Tableau 35 : Pourcentage de personnes ayant parlé de leur douleur à un professionnel de santé selon que leur couverture médicale soit complète ou non.

SS : Sécurité sociale ; CMU : couverture médicale universelle; CMUc : CMU complémentaire; AME : Aide médicale universelle ; DM : données manquantes.

V. Discussion

1. Recueil des données et échantillonnage

La méthode d'échantillonnage utilisée pour l'enquête en CMP a pour avantage de diminuer les biais de sélection puisqu'il s'agissait d'interroger tous les consultants un jour donné, en excluant seulement les primo-consultants n'ayant aucune expérience du centre. Mais il demeure cependant un probable biais de réponse puisque le taux de réponse est de seulement 65% et que les causes des refus étaient difficiles à percevoir puis interpréter. Néanmoins, 5% des consultants ayant refusé l'enquête motivaient leur refus par une absence de douleur et 5% par une absence de douleur physique, ce qui induit un probable biais de sélection et une possible surestimation de la prévalence de la douleur. Bien que nous n'ayons pas recueilli les motifs de refus pendant l'enquête à la Poste, nous pouvons supposer que l'absence de douleur a aussi motivé un certain nombre de refus dans cette population.

Pour mieux s'assurer de la représentativité de l'échantillon sélectionné, il aurait été intéressant de recueillir des données socio-professionnelles, de couverture médicale et de pathologie mentale. Ces données n'auraient cependant pas pu être comparées à celle de la file active des CMP de Maison Blanche qui ne sont pas disponibles, mais auraient pu être comparées à celles retrouvées dans d'autres études.

Le choix du lieu de l'enquête en population générale semble pertinent puisqu'il y a peu de raisons démographiques ou socio-professionnelles qui font qu'une personne n'aille pas à la poste un samedi matin. Mais ce lieu présente un certain désavantage qui crée sans doute un biais de sélection, déjà remarqué au moment de l'enquête : le cadre se prêtait beaucoup moins bien que le CMP à un échange discret et confidentiel et donc à une aide au remplissage du questionnaire pour les personnes parlant mal le français, illettrées,

marginalisées... C'est ce que semble refléter l'absence de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, AME, dans notre échantillon, alors que plus de 2,8% de la population parisienne en bénéficie.¹⁴

2. Prévalence de la douleur

85% des personnes issues du groupe « population générale » rapportent une douleur dans les six derniers mois contre 67% des consultants CMP. Pourquoi une telle différence ? La population générale souffre t'elle réellement plus ?

De nombreuses études sur la perception douloureuse selon la pathologie psychiatrique ont été faites, retrouvant des seuils de perception douloureuse variables selon le diagnostic mental. Ces seuils de perception différents de ceux de la population générale pourraient expliquer en partie la différence de prévalence de la douleur que nous retrouvons dans notre étude entre la population des consultants CMP et la population générale. Mais cette analyse selon les pathologies psychiatriques nécessite de connaître leur représentation respective dans la file active des CMP.

Nous ne disposons pas de ces chiffres pour la file active des CMP de Maison Blanche mais nous avons retrouvé dans la littérature deux études françaises rapportant les diagnostics psychiatriques des consultants de psychiatrie publique. La première¹⁵ réalisée dans le sud des Yvelines retrouve, parmi les patients inclus par les psychiatres publics, 38% de troubles anxieux ou de l'humeur, 30% de troubles psychotiques, 8% de troubles addictifs et 23% d'autres troubles. La catégorie « autres » regroupe tentative de suicide ou crise suicidaire, troubles des conduites alimentaires et autres dans le questionnaire soumis aux médecins. La deuxième étude⁴ a pour sujets les consultants d'un CMP du 18^{ème} arrondissement, un de ceux dans lesquels nous avons réalisé notre enquête. Elle retrouve

60% de troubles psychotiques dont 70% de schizophrénie, 26% de troubles anxieux et de l'humeur, 7% de troubles addictifs, et 7% d'autres troubles – troubles de la personnalité, anorexie, syndrome de stress post-traumatique et personnalités paranoïdes –. Mais ces deux études comportent des biais d'inclusion qui rendent les pourcentages difficilement extrapolables à l'ensemble de la file active de nos CMP. Notons par ailleurs l'importante différence de prévalence des troubles psychotiques entre les deux études. Une explication pourrait être le pourcentage important de diagnostics peut-être non établis dans la première étude où l'item « autres troubles » paraît surreprésenté. Une autre explication serait la différence de secteur géographique. Dans ce cas la proportion des différentes pathologies psychiatriques de nos consultants CMP se rapprocherait donc plus de l'étude de Bohn⁴. Quels que soient les chiffres retenus, les personnes souffrant de troubles psychotiques ou de schizophrénie sont probablement très représentées dans notre groupe de consultants CMP. Il paraît donc intéressant, pour comprendre un peu mieux la différence de prévalence de la douleur entre la population CMP et la population générale, d'étudier la littérature sur la perception douloureuse chez les patients psychotiques.

Depuis quelques décennies de nombreuses études rapportent une augmentation du seuil douloureux chez les personnes schizophrènes^{16, 17} et même dans leurs familles.¹⁸ L'origine de ce seuil de douleur élevé, sans doute plurifactorielle, reste incertaine. Les propriétés analgésiques des neuroleptiques, notamment sur les douleurs neuropathiques,¹⁹ sont connues mais le rôle des antipsychotiques ne semble pas prépondérant puisque des expériences faites avant l'avènement des neuroleptiques retrouvaient le même phénomène chez des patients qui ne prenaient donc pas de traitement médicamenteux. De plus certaines études ont montré des seuils de perception de la douleur thermique similaires chez les schizophrènes avec et sans neuroleptiques.²⁰

Mais des études plus récentes observant les réponses neurovégétatives ou le réflexe de retrait nociceptif RIII – réponse motrice réflexe de la face postérieure de la cuisse suite à une stimulation électrique appliquée à l'aide d'une électrode cutanée au niveau du nerf sural – semblent plaider en faveur d'une diminution de la réactivité comportementale à la douleur plutôt qu'une réelle hypoalgésie.^{21, 22} Selon cette hypothèse, les psychotiques de notre population CMP ne souffriraient donc pas moins mais manifesteraient moins leur douleur.

Mais qu'en est-il des autres pathologies psychiatriques ? Les quelques études sur la perception de la douleur chez les personnes souffrant de troubles anxieux montrent des résultats variables et contradictoires.²³ Les premières études faites à ce sujet montraient une tendance à l'hyperalgésie,²³ alors que deux études plus récentes^{24, 25} étudiant le seuil de douleur suite à une stimulation électrique retrouvent un seuil similaire chez les personnes anxieuses et les témoins. Les études observant la perception de la douleur chez les personnes souffrant de dépression ou de troubles bipolaires sont également contradictoires.²⁶⁻²⁸

Il a été démontré que les personnes souffrant de troubles anxieux^{29, 30} et de dépression^{23, 31} rapportent plus de douleurs chroniques que la population générale ce qui devrait donc se traduire dans notre étude par une prévalence de douleur rapportée plus importante qu'en population générale.

On peut aussi penser que, pouvant participer à cette prévalence plus basse une sorte de biais de mémoire ou d'attention chez les personnes présentant une pathologie psychiatrique puisqu'elles sont sans doute envahies, préoccupées par d'autres problématiques et font donc moins attention à des symptômes mineurs. Cette hypothèse est corroborée par le fait que les douleurs rapportées par la population CMP avaient globalement un retentissement plus important que celles de la population générale.

Il est dommage que l'on n'ait pas l'éclairage du diagnostic psychiatrique des répondants pour réaliser une étude différentielle des réponses apportées, et notamment de la prévalence de la douleur, selon la pathologie. Puisque beaucoup de patients ne connaissent pas leur diagnostic, pour avoir cette information nous aurions dû lever l'anonymat afin de chercher dans les dossiers médicaux ce complément d'information ou interroger les équipes des CMP. Or nous avons délibérément fait le choix, lors de la construction de l'enquête, de ne pas lever l'anonymat, même si cela signifiait faire l'impasse sur des données intéressantes pour l'analyse des résultats. Nous voulions en effet que cette enquête s'adresse vraiment et uniquement aux usagers et qu'ils se sentent tout à fait libres de leurs réponses. Il serait donc intéressant de compléter notre enquête et les études existantes par une étude de la prévalence de la douleur – et pas uniquement chronique - selon la pathologie psychiatrique.

Pour comparer les prévalences de la douleur de notre enquête avec d'autres études, nous avons fait une revue de la littérature. Nous avons ainsi trouvé plusieurs études internationales depuis 2000, portant sur la population générale adulte en ambulatoire. Mais des différences méthodologiques, de population étudiée et de durée rétrospective de prise en compte de la douleur, induisant un biais de mémoire variable, rendent la comparaison avec nos résultats difficiles. Ainsi la prévalence de la douleur au cours du dernier mois varie de 37% dans une enquête téléphonique auprès de résidents adultes du Mississippi,³² à 72% pour les plus de 50 ans répondant à une enquête postale.³³ Un questionnaire envoyé à un échantillon d'une population de plus de 30 ans aux Etats-Unis, ayant consulté un médecin dans les 3 ans, retrouve une prévalence de 81% dans les trois mois précédents l'enquête.³⁴ Une étude téléphonique espagnole retrouve 30% de douleur la veille de l'enquête et 43% la semaine précédente.³⁵ Enfin, dans la population adulte française,

d'après une enquête téléphonique TNS / Sofres de 2003,³⁶ 54% des interrogés rapportent une douleur au cours des deux dernières années.

Pour ce qui est de la population psychiatrique, nous n'avons retrouvé qu'une étude, en Allemagne, qui s'adresse à des patients hospitalisés ; elle retrouve une prévalence de la douleur au cours des 6 derniers mois de 75.5%. Ici aussi, il semble difficile de comparer nos résultats avec ceux de cette enquête puisque la population incluse est évidemment différente.³⁷

3. Parler de sa douleur

Les consultants CMP parlent plus de leur douleur à un professionnel de santé et à leur médecin généraliste que la population générale ! Résultat surprenant dans cette population où le taux de médecins traitants est bas³⁻⁵ et où le recours aux soins somatiques est réputé faible puisque ceux-ci sont souvent perçus par les patients mais aussi par leur entourage comme accessoires par rapport à la pathologie psychiatrique et aux autres soucis de la vie quotidienne.³⁸ Néanmoins, la façon massive dont ces usagers parlent de leur douleur aux professionnels du système de soins semble indiquer que, parmi les hypothèses qui expliqueraient leur moindre recours global au système de santé, celle qui envisage un manque de confiance envers les professionnels est sans doute fausse.

Mais il ne faut pas perdre de vue que nous avons effectué cette étude en région parisienne où la démographie médicale est plus dense ; ces résultats ne sont peut-être donc pas à extrapoler à l'ensemble des consultants des CMP français pour lesquels il serait utile de réaliser une étude similaire afin de réduire les probables biais géographiques.

Il serait également intéressant de compléter cette étude par une autre pour connaître la réponse des différents professionnels au symptôme douloureux. La douleur a-t-elle été entendue ? Soulagée ? Un diagnostic causal a-t-il été fait ? Si non, le patient a-t-il été orienté vers une consultation adaptée ? Des examens ont-ils été prescrits ? Les patients ont-ils suivi l'orientation proposée et effectué les examens prescrits ; et si non pourquoi ? Les patients sont-ils satisfaits de la réponse apportée ?

Et ceux qui ne parlent pas de leur douleur, quelle analyse ? 45% des consultants CMP justifient ne pas avoir parlé de leur douleur par un motif qui semble légitime et témoigner d'une bonne connaissance du système de santé : douleur jugée banale ou insignifiante et cause de la douleur connue. Il faut se méfier cependant de ces réponses parce que la douleur peut bien sûr être jugée insignifiante, ou rattachée à une cause connue à tort. 24% des réponses témoignent cependant d'un probable isolement ou d'une difficulté d'utilisation du système de santé. En tout cas, la raison économique ne ressort étonnement pas.

4. Douleur psychique

La notion de douleur psychique a soulevé peu d'interrogations de la part des enquêtés de la population générale et des consultants CMP, alors que cette expression était utilisée telle quelle dans le questionnaire sans aucune explication. De plus la majorité des personnes interrogées ayant déclaré une douleur physique ont également rapporté une douleur psychique et ont su la quantifier !

Nous sommes moins étonnés de retrouver une souffrance psychique chez les consultants CMP puisque celle-ci peut faire partie ou être secondaire à leur pathologie mentale. De plus cette question de la douleur morale revenait souvent pendant nos

entretiens avec les usagers lors des différentes étapes de la construction du questionnaire et ils tenaient à ce que cette douleur psychique soit abordée au même titre que la douleur physique. Ainsi, il n'est pas étonnant que le pourcentage de personnes ayant rapporté une douleur psychique soit plus important en CMP qu'en population générale. Par contre que le pourcentage de personnes ayant une douleur psychique plus invalidante que leur douleur physique ne soit pas significativement différent en CMP et en population générale est surprenant. Devant de tels chiffres de douleur psychique en population générale, on ne peut s'empêcher de penser à cette étude européenne sur le bonheur dans laquelle les français sont moins heureux.

Cette douleur psychique est beaucoup théorisée, quasi exclusivement dans le contexte du suicide. Principalement avec Shneidman dans les années 90 en Californie qui considère que la douleur psychique ou « psychological pain », qu'il appelle « psychache » (en anglais) est secondaire à la frustration des besoins essentiels et que quand cette douleur dépasse le seuil de tolérance elle mène à des conduites suicidaires ; le suicide permettant d'échapper à cette douleur psychique insupportable. Shneidman a proposé dans son modèle de « psychache » une échelle de mesure mais sans la tester ni l'évaluer.³⁹⁻⁴¹

Holden,⁴² au Canada, en 2001, a proposé une échelle de douleur psychique simplifiée par rapport à celle de Shneidman (13 items au lieu de 31) qu'il a évaluée et validée sur quelques centaines d'étudiants en la comparant à diverses échelles de suicide ou de « hopelessness ». Les items à côté de 1 à 5 sont : "I feel psychological pain", "I seem to ache inside", "My psychological pain seems worse than any physical pain", "My pain makes me want to scream", "My pain makes my life seem dark", "I can't understand why I suffer", "Psychologically, I feel terrible", "I hurt because I feel empty", "My soul aches", "I can't take my pain anymore", "Because of my pain, my situation is impossible", "My pain is making me fall apart" et "My psychological pain affects everything I do" (que

l'on pourrait traduire par "Je ressens une douleur psychique", "Je ressens comme une douleur à l'intérieur de moi", "Ma douleur psychique semble plus forte que toute douleur physique", "Ma douleur me donne envie de crier", "Ma douleur assombrit ma vie", "Je n'arrive pas à comprendre pourquoi je souffre", "Je me sens très mal psychologiquement", "J'ai mal parce que je me sens vide", "Mon âme est en souffrance", "Je ne peux plus supporter ma douleur", "A cause de ma douleur ma situation est impossible", "Ma douleur m'effondre", "Ma souffrance psychique affecte tout ce que je fais").⁴²

Un autre théoricien de cette souffrance psychique est Orbach, en Israël, en 2003 qui propose une échelle de « Mental Pain » construite à partir des expressions les plus souvent rapportées par des personnes à qui il a été demandé de décrire leur éventuelle douleur psychique. Cette échelle comporte 44 items regroupés en 9 grands thèmes : "irreversibility", "loss of control", "narcissist wounds", "emotional flooding", "freezing", "self-estrangement", "confusion", "social distancing" et "emptiness" (que l'on pourrait traduire par irréversibilité, perte de contrôle, blessures narcissiques, trop-plein émotionnel, paralysie, impression d'être étranger à soi-même, confusion, repli social et sensation de vide intérieur).⁴³⁻⁴⁵ Toutes ces échelles sont assez compliquées et semblent donc peu applicables en pratique courante. Il serait intéressant de compléter ces études et la nôtre par une analyse comparée de ce que la population générale et les patients suivis en psychiatrie entendent par douleur psychique, notion qui semble étonnamment aller de soi pour beaucoup !

Concernant le croisement entre retentissement de la douleur physique et douleur psychique, il est intéressant de noter que les personnes déclarant une douleur psychique rapportent un retentissement plus important de leur douleur. On peut se demander alors si ce qui explique le retentissement de la douleur plus important dans la population CMP n'est pas le surplus de douleur psychique. Ou est-ce que les consultants CMP ont

réellement des douleurs plus invalidantes ? Comme nous l'avons dit précédemment, ce résultat pourrait également être dû à un biais de mémoire, les consultants CMP se rappelant mieux des douleurs invalidantes.

5. Localisation de la douleur

Il est difficile d'interpréter la prévalence des douleurs multisites dans chaque population puisque la consigne, qui a été dans l'ensemble mal comprise, demandait de ne prendre en compte que *la* douleur la plus invalidante des 6 derniers mois. Donc est-ce que la population CMP a réellement plus de douleurs multiples ou est-ce qu'ils sont simplement plus nombreux à ne pas avoir compris la consigne ? Les résultats statistiques montrent cependant un lien entre douleur psychique et douleur multisite qu'on a du mal à expliquer par un taux d'incompréhension de la consigne plus élevé chez les personnes souffrant de douleur psychique ! Ce lien entre douleur psychique et douleur multisite fait penser à la fibromyalgie puisqu'il existe une importante comorbidité entre pathologies mentales, notamment anxiété et dépression, et cette pathologie, qui se définit par une douleur chronique diffuse associée à des points douloureux spécifiques.⁴⁶

Il n'a pas été mis en évidence de lien statistique entre le type de population, la présence d'une douleur psychique et une douleur articulaire ou du dos. Par contre les consultants CMP rapportent plus de céphalées, de douleurs thoraciques et des membres inférieurs que la population générale. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser le surplus de céphalées dans cette population n'est pas en lien avec une douleur psychique ; il en est de même pour les douleurs des membres inférieurs pour lesquelles on note au contraire un lien avec l'absence de douleur psychique. Seul le surplus de douleur thoracique dans la population CMP semble pouvoir s'expliquer par une souffrance psychique, bien que nous

n'ayons pas pu étudier de manière plus fine l'existence d'un lien par une régression logistique, le nombre d'événements étant trop faible.

A noter que quelle que soit la population étudiée on retrouve le même trio de tête des localisations douloureuses que dans l'étude TNS/Sofres³⁶ : dos, articulations et tête.

6. Couverture médicale

En population générale la qualité de la couverture médicale ne semble pas avoir d'influence sur le fait de parler ou non de sa douleur et donc de consulter. On aurait effectivement pu penser que les personnes n'ayant pas de couverture médicale ou une couverture incomplète auraient tendance à consulter moins fréquemment puisqu'il leur faudrait payer intégralement ou en partie la consultation médicale. D'ailleurs dans l'étude de Bohn,⁴ 18% des patients justifiaient leur absence de médecin somaticien par leur incapacité à payer la consultation. Il serait intéressant d'effectuer une étude pour évaluer si cette difficulté financière est réelle ou factice, si elle émane d'une absence d'ouverture de droits et donc d'un besoin de suivi social, ou d'une méconnaissance du fonctionnement du système de soins et des modalités de remboursement ou d'absence d'avance de frais. A noter que dans les motifs donnés par les patients pour expliquer qu'ils n'ont pas parlé de leur douleur à un professionnel de santé, la raison économique ne ressort pas.

Notre échantillon de population générale semble un peu moins bien couvert que la population générale française puisque seulement 75.0% ont une complémentaire santé et 5.0% une couverture maladie universelle complémentaire contre 84.9% et 7.4% de la population générale selon l'IRDES⁴⁷ en 2006. Ainsi 12.7% de notre échantillon déclare n'avoir qu'une sécurité sociale et 5.0% qu'une CMU de base contre 7.7% de sécurité sociale ou CMU seule toujours selon l'IRDES.⁴⁷ On s'étonne tout de même du nombre

important de CMU de base sans complémentaire et on peut se demander si les personnes couvertes par une CMUc connaissent la nuance entre CMU et CMUc et n'ont donc pas coché à tort CMU seule. Dans ce cas là, le taux de couverture CMUc se rapprocherait plutôt des 10% et donc du taux parisien plus proche des 8% que des 7%. L'absence d'AME dans notre échantillon est très étonnant, d'autant plus que Paris est un des départements où son taux est le plus important : 2.8% contre 0.3% en France.¹⁴ Comme nous l'avons dit précédemment, cette absence s'explique probablement par un biais de sélection des répondants dû au cadre peu intimiste de la poste qui se prêtait mal à une aide au remplissage du questionnaire pour les personnes parlant mal le français ou illettrées. Le taux de personnes déclarant n'avoir aucune couverture médicale, 2.2%, paraît étonnement élevé ; nous n'avons pas trouvé cette donnée pour la population générale française et ne pouvons donc la comparer.

Il est dommage que nous n'ayons pas recueilli la couverture médicale des consultants CMP d'autant plus que nous n'avons finalement pas pu obtenir celle de la file active des CMP de Maison Blanche. Malgré des biais d'inclusion, l'étude de Bohn dans un des CMP où nous avons réalisé notre enquête, nous permet d'avoir une idée approximative de ces chiffres. Elle retrouve 53% de mutuelle, 17% de CMU ou d'AME soit une couverture complète pour 70% des consultants⁴ ; ce qui est inférieur à nos 80% en population générale.

7. Place du CMP dans la prise en charge de la douleur

La majorité des consultants CMP se sent autorisée à parler de sa douleur au CMP et semble penser que le CMP est un lieu adéquat pour le faire. Par contre, le sujet semble peu abordé par les professionnels puisque seulement 38% des usagers disent avoir été

interrogés sur leur douleur par un membre de l'équipe du CMP. A noter que les questionnaires ont été remplis de manière indépendante de la consultation (en général avant celle-ci) et sans lien avec le personnel des CMP (les enquêteurs n'étant pas des soignants) qui n'a donc pas pu influencer de manière directe sur les résultats. Mais on peut se demander s'il n'y a pas une sensibilité particulière des soignants de Maison Blanche sur les questions de douleur étant donné qu'il s'agit d'un des rares établissements disposant d'un Comité de Lutte contre la Douleur, CLUD.³

Face à ces résultats, se pose la question de la place du CMP dans la prise en charge somatique, et notamment de la douleur, de ses consultants. Dans son étude sur la coordination des soins entre médecins généralistes et psychiatres du CMP, Bohn a retrouvé que dans 56% des cas les médecins somaticiens désignés par le patient ignorent la pathologie psychiatrique de leur patient et qu'inversement la pathologie somatique est méconnue des psychiatres dans 61% des cas.⁴ Ce manque de dialogue amène aussi à une prescription, au moins occasionnelle, de psychotrope par les médecins traitants chez 35 % des consultants du CMP inclus dans son étude.⁴

Mais comment établir une meilleure communication entre équipe psychiatrique et somatique ? Ne faudrait-il pas baliser plus ce lien entre personnel du CMP, qui est le 1^{er} interlocuteur de cette population, et le médecin traitant ? Faudrait-il comme le suggèrent 11% des usagers qu'il y ait un médecin généraliste dans les CMP qui serait donc probablement le médecin traitant de beaucoup ? On imagine évidemment les avantages d'un tel dispositif puisque la proximité physique et l'interlocuteur unique permettraient de créer un lien plus direct et systématique entre l'équipe psychiatrique et le somaticien d'une part et le patient et le somaticien d'autre part. Actuellement les médecins généralistes rattachés aux secteurs psychiatriques sont en général uniquement positionnés sur les patients hospitalisés, et sont trop peu nombreux pour s'occuper du suivi ambulatoire.

Mais est-ce la bonne piste ? Les personnes suivies en psychiatrie ne sont-elles pas déjà suffisamment exclues ? Faut-il de surcroît leur créer un parcours de soin différent et cloisonné du reste de la population ? Ne faudrait-il pas au contraire apprendre à les réinsérer dans le dispositif actuel auquel il devrait avoir accès et droit au même titre que le reste de la population ?

Un dépistage et un traitement plus systématique de la douleur par les équipes des CMP, et notamment par les psychiatres qui sont avant tout des médecins, seraient souhaitables. Une meilleure formation du personnel de psychiatrie serait alors à prévoir puisque 62% estiment ne pas être suffisamment formés à la douleur et 65% des psychiatres ne s'estiment carrément pas formés à cette question.³ Selon cette même étude, 16% des psychiatres ignorent ce qu'est l'Echelle Visuelle Analogique, EVA, et seulement 16% déclarent l'utiliser.

Il serait souhaitable que les équipes des CMP, qui sont en général le premier interlocuteur de ces patients, identifient mieux et plus systématiquement l'interlocuteur somaticien quand il y en a un, et sinon qu'elles orientent les patients vers un médecin traitant et les incitent à un suivi plus régulier.

VI. Conclusion

Cette première étude sur la prévalence et la prise en compte de la douleur en psychiatrie ambulatoire montre des différences dans l'expérience douloureuse et son vécu entre les patients suivis en psychiatrie et la population générale.

L'importance globale de l'expérience douloureuse peut sembler moins importante chez les consultants des CMP qu'en population générale (67% de douleurs physiques rapportées au cours des six derniers mois, contre 85%). Toutefois ces chiffres sont à confronter à la proportion de douleurs décrites comme très invalidantes, qui est globalement plus importante en milieu psychiatrique qu'en population générale.

Cette contradiction entre une expérience douloureuse à la fois moins fréquente et plus intense serait cohérente avec l'hypothèse que, chez les personnes souffrant de troubles psychiques, la conjonction d'autres préoccupations – qu'elles soient d'ordre psychologique ou social – conduit le patient à minimiser ses douleurs physiques mineures.

Cependant face à l'expérience douloureuse, les consultants des CMP ne s'estiment apparemment pas seuls puisque 81% d'entre eux ont fait part de leur douleur à un professionnel de santé et notamment à leur médecin généraliste (54%). Ces pourcentages sont supérieurs à ceux de l'échantillon de population générale étudié. Or les données de la littérature indiquent que les personnes souffrant de troubles psychiques sont globalement moins prises en charge d'un point de vue somatique, notamment en médecine générale. Notre étude montre pourtant que les plaintes somatiques, ou tout du moins douloureuses, sont effectivement rapportées par les patients aux professionnels de soins et ce même davantage qu'en population générale. Le défaut de prise en charge somatique de cette

population soulève donc l'hypothèse d'une écoute moindre ou d'une réponse différente des professionnels de santé face à un symptôme identique.

La place du CMP dans la prise en charge de la douleur physique reste aussi à définir puisque bien que la majorité des consultants se sentent autorisés à y parler de leur douleur et estiment que c'est un lieu adéquat pour le faire, seulement 39% ont déjà été interrogés sur leur douleur par un des professionnels du CMP.

Mais comment mieux répondre à cette douleur exprimée qui n'est peut-être pas toujours bien prise en compte ? Faut-il comme le suggèrent certains usagers qu'il y ait un médecin généraliste au sein du CMP qui soit le médecin traitant des consultants ? Mais cela ne reviendrait-il pas à séparer encore un peu plus les personnes souffrant de troubles psychiques qui sont déjà tant mis à l'écart de notre société ? Ne faudrait-il pas plutôt chercher à mieux comprendre les obstacles à leur prise en charge somatique et les raisons de leur surmorbidity et mortalité, en analysant, entre autres, la réponse apportée par les professionnels de santé consultés et sensibiliser les intervenants médicaux des CMP pour mieux les accueillir au sein du système de santé existant ?

Enfin on retiendra l'apparente aisance des personnes interrogées face à l'expression « douleur psychique » qui semble aller de soi, et surtout la prévalence de cette souffrance psychique dans nos deux populations – 97% chez les consultants CMP et 67% en population générale – douleur qui pourrait mener, selon les auteurs qui ont tenté de mieux la définir et lorsque son intensité devient insupportable, à des conduites suicidaires.

Annexes

Annexe 1 :

Questionnaire de l'enquête en Centre Médico-Psychologique

Annexe 2 :

Questionnaire de l'enquête en population générale

Annexe 3 :

Un exemple d'affiche annonçant l'enquête en Centre Médico-Psychologique

Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête en Centre Médico-Psychologique

Objet : Prise en compte de la douleur à Maison Blanche

Madame, Monsieur,

Vous êtes suivi à l'Etablissement public de santé Maison Blanche pour vos problèmes psychologiques et la souffrance ou douleur psychique qui en résulte. Maison Blanche a également pour mission de s'occuper de votre santé en général et de vos éventuelles douleurs.

Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) de Maison Blanche souhaite mieux prendre en compte vos besoins quant à la prise en charge de la douleur physique. Le questionnaire qui suit vise à faire un état des lieux et à avoir votre point de vue sur ce sujet. En le remplissant, vous allez nous aider à améliorer les soins pour tous les usagers de l'établissement.

Si vous rencontrez des problèmes pour répondre à une question, n'hésitez pas à demander à l'enquêteur.

Le questionnaire est entièrement **anonyme**. Si vous n'avez pas envie d'y répondre, vous n'y êtes pas obligé.

En vous remerciant d'avance de votre aide précieuse.

Dr. N. Hallouche,
Président du Comité de Lutte contre la Douleur, EPS Maison Blanche

Date.....

Enquêteur.....

Questionnaire du CLUD sur la douleur

1. Votre sexe : Homme Femme
2. Votre âge : ans.
3. Depuis combien de temps êtes-vous suivi(e) par votre CMP actuel ? :

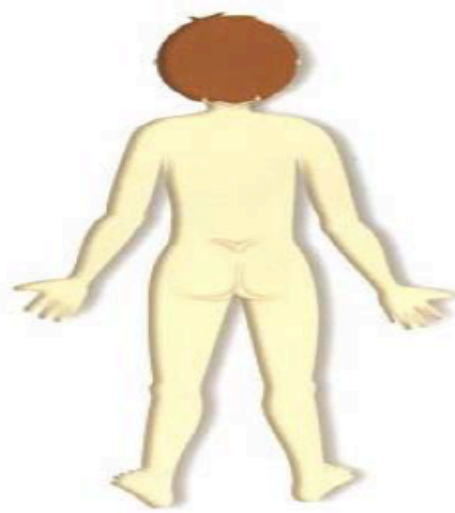
4.1 : Dans les 6 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir mal *physiquement*, même juste un peu ?

OUI NON

Si vous avez répondu NON, passez directement à la question 5.

Si OUI, pensez au moment où vous avez eu le plus mal physiquement dans les 6 derniers mois. C'est cette douleur que nous vous demandons de prendre en compte dans les questions qui suivent.

4.2 : Où avez-vous eu mal (indiquez sur le schéma suivant la localisation précise de votre douleur) ?



4.3 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans vos actes de la vie quotidienne (c'est-à-dire faire votre toilette, manger, cuisiner...) ?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

4.4 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans votre travail ou dans votre activité principale de la journée ?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

4.5 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans vos loisirs ?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

4.6 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans votre vie sociale (c'est-à-dire dans vos relations avec votre famille, vos amis...)?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

4.7 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans vos déplacements ou dans vos activités physiques ?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

4.8 : Cette douleur physique a-t-elle perturbé votre sommeil ?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

4.9 : Vous diriez de cette douleur physique qu'elle était :

- beaucoup moins invalidante que votre douleur psychique
- un peu moins invalidante que votre douleur psychique
- qu'elle est aussi invalidante que votre douleur psychique
- un peu plus invalidante que votre douleur psychique
- beaucoup plus invalidante que votre douleur psychique
- Vous ne ressentez pas de douleur psychique
- Ne sais pas

4.10 : Avez-vous parlé de cette douleur physique avec un professionnel de santé ?

OUI NON

4.10.a : Si NON, pourquoi ?

.....

4.10.b : Si OUI, à qui (vous pouvez cocher plusieurs cases) ?

- un médecin du CMP
- un infirmier du CMP
- un autre membre de l'équipe du CMP (*préciser*) :
- mon médecin généraliste
- une autre personne (*préciser*) :

5 : Pensez-vous que le CMP soit un lieu adéquat pour parler de votre douleur physique ?

OUI

NON

SANS OPINION

6 : Vous sentez-vous autorisé à parler de votre douleur physique au CMP ?

OUI

NON

7 : Quelqu'un du CMP vous a-t-il déjà demandé si vous aviez mal physiquement ?

OUI

NON

Si OUI, dans quelles circonstances ?

.....
.....
.....
.....

8 : Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge de la douleur physique à Maison Blanche ?

.....
.....
.....
.....

9 : Qui a rempli le questionnaire ?

Je l'ai rempli moi-même

Je l'ai rempli avec l'aide d'un proche

Un proche l'a rempli

Je l'ai rempli avec l'aide de l'enquêteur

Merci de votre aide !

Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête en population générale

Objet : Thèse de médecine générale sur la douleur

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale et dans le cadre de ma thèse de médecine j'effectue une enquête sur la prévalence, la perception et la prise en compte de la douleur chez les personnes suivies pour des troubles psychiques.

Pour réaliser cette étude, j'ai besoin de comparer les résultats avec ceux d'un groupe témoin auquel je vous demande de participer en remplissant le questionnaire qui suit.

Faites attention, le questionnaire est **recto-verso**. Si vous rencontrez des problèmes pour répondre à une question, n'hésitez pas à demander à l'enquêteur.

Le questionnaire est entièrement **anonyme**. Si vous n'avez pas envie d'y répondre, vous n'y êtes pas obligé.

En vous remerciant d'avance de votre aide précieuse.

Chloé Lacoste,
Interne en Médecine générale,
Faculté de Médecine Paris 7 - Denis-Diderot

Date.....

Questionnaire sur la douleur en population générale

1. Votre sexe : Homme Femme

2. Votre âge : ans.

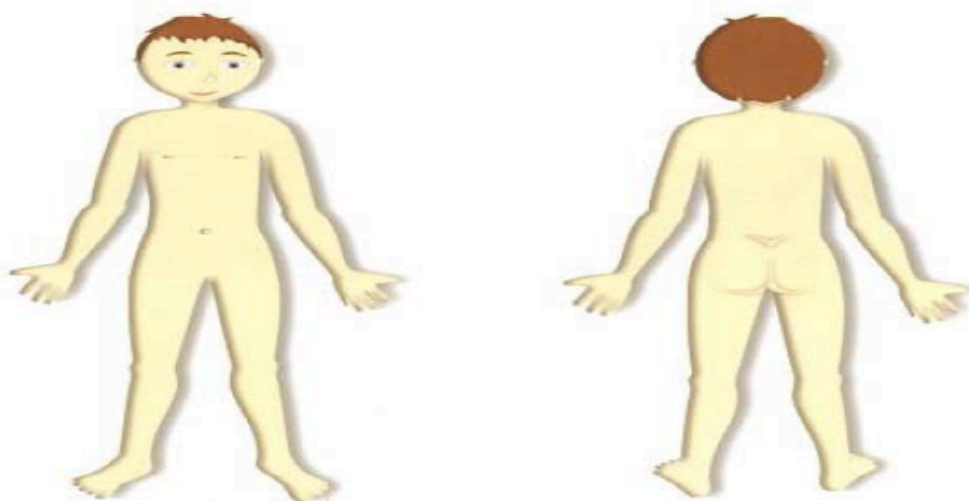
3.1 : Dans les 6 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir mal *physiquement*, même juste un peu ?

OUI NON

Si vous avez répondu NON, passez directement à la question 4.

Si OUI, pensez au moment où vous avez eu le plus mal physiquement dans les 6 derniers mois. C'est cette douleur que nous vous demandons de prendre en compte dans les questions qui suivent.

3.2 : Où avez-vous eu mal (indiquez sur le schéma suivant la localisation précise de votre douleur) ?



3.3 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans vos actes de la vie quotidienne (c'est-à-dire faire votre toilette, manger, cuisiner...) ?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

3.4 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans votre travail ou dans votre activité principale de la journée ?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

3.5 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans vos loisirs ?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

3.6 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans votre vie sociale (c'est-à-dire dans vos relations avec votre famille, vos amis...) ?

PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

3.7 : Cette douleur physique vous a-t-elle gêné dans vos déplacements ou dans vos activités physiques ?

- PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

3.8 : Cette douleur physique a-t-elle perturbé votre sommeil ?

- PAS DU TOUT UN PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

3.9 : Vous diriez de cette douleur physique qu'elle était :

- beaucoup moins invalidante que votre douleur psychique
 un peu moins invalidante que votre douleur psychique
 qu'elle est aussi invalidante que votre douleur psychique
 un peu plus invalidante que votre douleur psychique
 beaucoup plus invalidante que votre douleur psychique
 Vous ne ressentez pas de douleur psychique
 Ne sais pas

3.10 : Avez-vous parlé de cette douleur physique avec un professionnel de santé ?

- OUI NON

3.10.a : Si NON, pourquoi ?

.....

3.10.b : Si OUI, à qui (vous pouvez cocher plusieurs cases) ?

- mon médecin généraliste
 un autre médecin (*préciser*) :.....
 un infirmier, kinésithérapeute ou un autre paramédical (*préciser*) :
 une autre personne (*préciser*) :.....

4. Quelle est votre couverture médicale ?

- Pas de couverture médicale AME (Aide Médicale d'Etat)
 CMU Sécurité sociale seule
 CMU complémentaire Sécurité sociale et complémentaire santé

5. Etes-vous suivi en CMP, Centre Médico-Psychologique ?

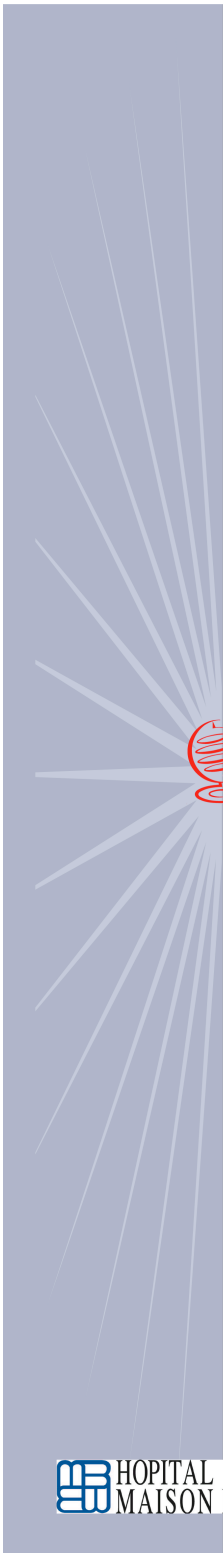
- OUI NON

6. Qui a rempli le questionnaire ?

- Je l'ai rempli moi-même
 Je l'ai rempli avec l'aide d'un proche
 Un proche l'a rempli
 Je l'ai rempli avec l'aide de l'enquêteur

Merci de votre aide !

Annexe 3 : Un exemple d'affiche annonçant l'enquête en Centre Médico-Psychologique



**Information à l'attention
des usagers
de l'EPS Maison Blanche**

* * * * *

**LE COMITÉ DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)
SOUHAITE AVOIR VOTRE AVIS,
AFIN D'AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
DANS CET ÉTABLISSEMENT.**


**C'est pourquoi
nous vous solliciterons,**

LE LUNDI 28 JANVIER 2008

Merci d'avance pour votre participation

Le Comité de Lutte contre la Douleur

Contacts :
Laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche
Tim Greacen : tgreacen@ch-maison-blanche.fr - Tél : 01 45 63 00 00
Nabil Hallouche : nabil.hallouche@ch-maison-blanche.fr
Chloé Lacoste : chloelacoste@yahoo.fr
Sylvain Trotel : trotel.sylvain@hotmail.fr

 **HOPITAL
MAISON BLANCHE**

Bibliographie

1. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0EEC1763926A64E4F512B5C775E7E6D3.tpdjo06v_1?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id.
2. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 2006.
3. Serra E. La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. *Douleur et Analgésie* 2007;1-6.
4. Bohn I, Guegan M, Guillard M, et al. Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins? *Rev Prat Med Gen* 2007;21:511-4.
5. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *L'Information psychiatrique* 2006;82:793-800.
6. Goff DC, Cather C, Evins AE, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry* 2005;66:183-94; quiz 47, 273-4.
7. Davidson M. Risk of cardiovascular disease and sudden death in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002;63 Suppl 9:5-11.
8. Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med* 2005;118 Suppl 2:15S-22S.
9. Taylor V, MacQueen G. Associations between bipolar disorder and metabolic syndrome: A review. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1034-41.
10. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:208-25.
11. Casadebaig F. Morbidité et mortalité chez des patients schizophrènes. Suivi d'une cohorte de patients 1993-2001. *Pour la Recherche* 2004;40.
12. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.
13. Roshanaei-Moghaddam B, Katon W. Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatr Serv* 2009;60:147-56.
14. Inspection generale des finances. Inspection generale des affaires sociales. Rapport sur la gestion de l'Aide Médicale d'Etat. 2006-M-085-02. RM 2007-026P. In; 2007.
15. Younes N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, et al. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health* 2005;5:104.
16. Dworkin RH. Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull* 1994;20:235-48.
17. Singh MK, Giles LL, Nasrallah HA. Pain insensitivity in schizophrenia: trait or state marker? *J Psychiatr Pract* 2006;12:90-102.
18. Hooley JM, Delgado ML. Pain insensitivity in the relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2001;47:265-73.

19. Dong XW, Jia Y, Lu SX, et al. The antipsychotic drug, fluphenazine, effectively reverses mechanical allodynia in rat models of neuropathic pain. *Psychopharmacology (Berl)* 2008;195:559-68.
20. Jochum T, Letzsch A, Greiner W, et al. Influence of antipsychotic medication on pain perception in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006;142:151-6.
21. Bonnot O, Anderson GM, Cohen D, et al. Are patients with schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question. *Clin J Pain* 2009;25:244-52.
22. Bonnot O, Tordjman S. Schizophrénies et réactivité à la douleur. *Presse Med* 2008;37:1561-8.
23. Lautenbacher S, Krieg JC. Pain perception in psychiatric disorders: a review of the literature. *J Psychiatr Res* 1994;28:109-22.
24. Kopp M, Gruzelier J. Electrodermally differentiated subgroups of anxiety patients and controls. II: Relationships with auditory, somatosensory and pain thresholds, agoraphobic fear, depression and cerebral laterality. *Int J Psychophysiol* 1989;7:65-75.
25. Roy-Byrne P, Uhde TW, Post RM, et al. Normal pain sensitivity in patients with panic disorder. *Psychiatry Res* 1985;14:77-84.
26. Klauenberg S, Maier C, Assion HJ, et al. Depression and changed pain perception: hints for a central disinhibition mechanism. *Pain* 2008;140:332-43.
27. Dworkin RH, Clark WC, Lipsitz JD. Pain responsivity in major depression and bipolar disorder. *Psychiatry Res* 1995;56:173-81.
28. Adler G, Gattaz WF. Pain perception threshold in major depression. *Biol Psychiatry* 1993;34:687-9.
29. Asmundson GJ, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depress Anxiety* 2009;26:888-901.
30. Gureje O. Comorbidity of pain and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2008;10:318-22.
31. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433-45.
32. Cosby AG, Hitt HC, Thornton-Neaves T, et al. Profiles of pain in Mississippi: results from the Southern Pain Prevalence Study. *J Miss State Med Assoc* 2005;46:301-9.
33. Thomas E, Peat G, Harris L, et al. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain* 2004;110:361-8.
34. Watkins EA, Wollan PC, Melton LJ, 3rd, Yawn BP. A population in pain: report from the Olmsted County health study. *Pain Med* 2008;9:166-74.
35. Catala E, Reig E, Artes M, et al. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002;6:133-40.
36. TNS SOFRES. Etats généraux de la douleur. Prise en charge de la douleur en France. 2003.
37. Baune MB, Aljeesh Y. Is pain a clinically relevant problem in general adult psychiatry? A clinical epidemiological cross-sectional study in patients with psychiatric disorders. *Schmerz* 2004;18:28-37.
38. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med* 1999;29:697-701.
39. Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:145-7.
40. Shneidman ES. Perspectives on suicidology. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28:245-50.

41. Shneidman ES. The psychological pain assessment scale. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29:287-94.
42. Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, Mcleod LD. Development and Preliminary Validation of a Scale of Psychache. *Can J Behav Sci* 2001;33:224-32.
43. Orbach I. Mental pain and suicide. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003;40:191-201.
44. Orbach I, Mikulincer M, Gilboa-Schechtman E, Sirota P. Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33:231-41.
45. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33:219-30.
46. Arnold LM. Management of fibromyalgia and comorbid psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2008;69 Suppl 2:14-9.
47. IRDES [en ligne]. Disponible sur
<<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DonneesCadrage.htm>.>

Résumé

Objectifs : Cette étude a pour objectif de déterminer la prévalence de la douleur et ses caractéristiques chez les consultants des centres médico-psychologiques (CMP) par rapport à la population générale, le pourcentage de personnes rapportant leur douleur à un professionnel de santé et la place du CMP dans la prise en charge de la douleur.

Méthode : L'enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire dans les 11 CMP adultes de l'hôpital Maison Blanche, auprès de toutes les personnes consultant un jour donné et acceptant de participer à l'enquête. Pour le groupe « population générale », étaient interrogées toutes les personnes se rendant dans un des bureaux de poste le samedi de l'enquête. Les personnes étaient ensuite appariées par sexe et par âge aux consultants des CMP.

Résultats : Nous avons ainsi obtenu 328 répondants dans le groupe « CMP » et 322 appariés. La population générale a rapporté plus de douleurs au cours des 6 derniers mois, 85%, contre 67% chez les consultants CMP. Mais ces derniers sont plus nombreux à rapporter des douleurs très invalidantes. Les personnes suivies en CMP parlent plus volontiers de leur douleur que la population générale à un professionnel de santé, 81% contre 68%, et à leur généraliste, 54% contre 35%. Les consultants des CMP rapportent plus de douleurs psychiques. Enfin le CMP semble être un lieu adéquat pour parler de sa douleur puisque les consultants s'y sentent autorisés. Mais seulement 39% y aurait été interrogé sur la présence de douleur.

Conclusion : Cette première étude sur la prévalence et la prise en compte de la douleur en psychiatrie ambulatoire montre l'importance de rechercher et traiter la douleur physique dans cette population puisque la majorité rapporte des douleurs et près d'un tiers une douleur très invalidante. La place du CMP dans cette prise en charge reste à définir.

Mots-clés : Douleur, Psychiatrie, Troubles mentaux, Soins ambulatoires.