



HAL
open science

Prise en charge des céphalées chroniques au CETD du CHU de Bordeaux : étude prospective évaluant l'impact d'une information de groupe réalisée avant la première consultation médicale

Alexandre Cauchie

► To cite this version:

Alexandre Cauchie. Prise en charge des céphalées chroniques au CETD du CHU de Bordeaux : étude prospective évaluant l'impact d'une information de groupe réalisée avant la première consultation médicale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01529446

HAL Id: dumas-01529446

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01529446>

Submitted on 30 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N° 62

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par CAUCHIE Alexandre
Né le 12 Novembre 1988 à Metz
Le 17 Mai 2017

Prise en charge des céphalées chroniques au CETD du CHU de Bordeaux :
étude prospective évaluant l'impact d'une information de groupe réalisée avant
la première consultation médicale.

Directeur de thèse :
Dr DOUSSET Virginie

Jury :

Pr GAY Bernard président
Pr BROCHET Bruno rapporteur
Dr BRUGERE Stéphane juge
Dr ADAM Christophe juge

"La douleur s'élança dans son bras. La sueur perla sur son front. [...] Il se rendit compte qu'il respirait convulsivement et tenta de se maîtriser, mais sans y parvenir.
Souffrance ! Le monde devint vide. Il n'y eu plus que sa main, seule, noyée dans la souffrance, et ce visage ancien, à quelques centimètres.
Ses lèvres étaient sèches, soudées. *Brûlures ! Brûlures !* Il avait l'impression de sentir sa peau se craqueler. Sa chair grillé jusqu'à laisser apparaître les os. Puis ; plus rien !
La souffrance avait cessé, comme si l'on avait appuyé sur un bouton.
[...]
Il lutta pour réprimer un frisson douloureux et ses yeux se fixèrent sur le trou obscur où sa main était encore plongée, comme si elle se refusait à tout mouvement, comme si le souvenir de la souffrance la paralysait. Toute sa raison soufflait à Paul qu'il allait retirer un moignon noirci de cette boîte. [...]
Il regardât sa main, stupéfait. Il ne vit pas une marque, pas la moindre trace de la douleur qu'avait éprouvée sa chair. Il éleva sa main devant lui, la fit tourner, plia les doigts."

Frank Herbert, Dune, 1965

Remerciements

A Mme le Docteur Virginie Dousset. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse et je vous en remercie. J'ai depuis maintenant plusieurs mois la chance d'apprendre et de travailler à vos côtés. Votre humanisme, gentillesse et rigueur scientifique sont pour moi un modèle. C'est avec plaisir que j'espère pouvoir poursuivre au sein de la structure. Soyez assuré de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

A M. le Professeur Bruno Brochet. Vos conseils et orientations m'ont été d'une grande aide dans l'orientation de la formation en douleur chronique. Vous me faites l'honneur d'être rapporteur et membre du jury, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A M. le Professeur Bernard Gay. Vos conseils lors de cours de DES m'ont aidé à mieux entrevoir le travail de portfolio. Vous me faites l'honneur de présider le jury, soyez assuré de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A M. le Docteur Stéphane Brugere. Vos conseils éclairés ont impacté d'une importante manière ce travail, avec un éclairage pertinent. Ce travail aurait été moins pertinent sans ces précieux commentaires. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A M. le Docteur Christophe Adam. J'ai eu la chance de vous croiser à plusieurs reprises lors de cours dans le cadre du DES de médecine générale. Vos remarques m'ont permise de modifier ma pratique. Je suis honoré que vous fassiez ce jour partie de mon jury.

Au Docteur Myriam Cadenne, merci pour tes nombreux et avisés conseils, initialement lors de mon passage dans le service de neurologie, et désormais au sein des consultations et de l'équipe mobile. Ta pratique montre qu'il est possible d'associer humanisme et technicité en médecine. Je te suis reconnaissant pour cela et j'espère pouvoir poursuivre ainsi.

Au Docteur Anne-Sophie Blanchet, tu as joué un rôle important dans ce travail, c'est important à préciser. Merci de tes conseils pour ce travail et pour ceux des autres jours.

Aux Docteur Dechartre, Charmaison, Chelle et Dupau, pour m'avoir fait partager votre expérience de la médecine ambulatoire avec toute sa richesse et votre humanité dans la pratique médicale

Aux Docteur Kharitonoff, Romain et Bourrinet. Vous avez accompagné mes premiers pas en tant qu'interne, ce qui n'était pas forcément facile tous les jours.

A toute l'équipe du service de diabétologie à Dax, merci de m'avoir montré une belle équipe et de nombreuses informations gastronomiques landaises.

Au service de neurologie de Nancy, pour avoir été le premier à me parler de la prise en charge de patient douloureux chronique.

A toute l'équipe de la coordination douleur de Bordeaux. Vous êtes une équipe professionnelle dont je suis fier de faire parti et surtout, plus que des collègues. Merci de votre présence, votre gentillesse et votre humour.

A mes parents, sans qui je ne serais pas là aussi bien physiquement que psychologiquement. Vous êtes toujours là quand le besoin en est et représentez pour moi une référence et un modèle. Merci maman pour la relecture et les corrections orthographiques.

A Emiline et Frédéric, les frères et sœurs sont quand même les premiers amis d'une vie. Merci de m'avoir accompagné et soutenu jusqu'ici. Bon courage avec Clara et Emma !

A toute ma famille, pour tous les repas du dimanche midi et le soutien.

A pépé, qui aurait certainement être là aujourd'hui

A Baptiste et Marthe, vous m'avez accompagné (supporté ?) pendant l'externat, la préparation des ECN et encore maintenant. La prochaine fois c'est pour vous.

A tous les autres Lorrains qui ont fait le choix de la traversée vers le Sud-Ouest, on s'y retrouve pas si mal !

Au tutorat de Nancy, une formidable machine à faire réussir la P1 et aussi surtout à rencontrer des gens formidable

A Guirec, Julie, Julien, Quentin, Pauline, Camille, Arnaud, Angélique. C'est important de se soutenir et de se détendre.

Au CVHM, parce qu'il n'y a pas que la médecine dans la vie, on s'en souvient mieux sur les lacs médocains.

Aux différents clubs d'Aïkido (de différentes fédérations), qui on eut la gentillesse de m'accueillir aux changements de semestre

Sommaire

<u>Remerciements</u>	3
<u>Sommaire</u>	7
<u>Abréviations</u>	10
<u>I. Introduction</u>	11
1. La douleur chronique.....	11
a. Définition.....	11
b. Prévalence	11
c. Contexte légale	12
d. Les structures douleurs	12
i. Définitions	12
ii. Activité	13
iii. Contexte économique	15
2. Les céphalées chroniques	16
a. Définitions	16
b. Prévalence	18
i. En population générale	18
ii. En structure douleur	19
c. Co-morbidités associées	20
d. Impact économique	23
3. Les prises en charge de groupe en douleur chronique	26
a. Principes généraux	26
b. Les différentes techniques	27

c. Les groupes en douleur chronique	29
d. Les groupes dans les céphalées chroniques	30
<u>II. Méthode</u>	35
1. Lieu de déroulement de l'étude	35
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	35
3. Chronologie et modalités d'organisation de déroulement de l'étude	36
4. Déroulement de la séance	37
5. Mesures effectuées	38
a. Echelle de dramatisation : Pain Catastrophizing Scale	38
b. Handicap engendré par la migraine : Migraine Disability Assessment Scale	40
c. Echelle d'anxiété et de dépression : Hospital and Anxiety Depression Scale	40
d. Satisfaction des patients	41
6. Analyse des données	41
<u>III. Résultats</u>	42
1. Population.....	42
2. Chronologie	44
3. Analyse statistique.....	45
<u>IV. Discussion</u>	47
1. Contexte.....	47
2. Limites de l'étude	48
3. Catastrophisme et douleur	49
4. Explications possibles quant à la baisse du catastrophisme	51
5. Satisfaction	54
6. Eléments subjectifs.....	55
7. Applications en médecine ambulatoire	55

8. Dans l'avenir	57
<u>V. Conclusion</u>	59
<u>VI. Bibliographie</u>	61
<u>VII. Annexes</u>	72
1. Auto-questionnaire céphalées	72
2. Hospital and Anxiety Depression Scale	74
3. Courier de convocation	76
4. Formulaire d'évaluation	78
a. Renseignements administratifs	78
b. Pain Catastrophizing Scale	79
c. Migraine Disability Assessment Scale	80
d. Satisfaction	81
5. Serment	82

Abréviations

IASP: International Association of the study of Pain
IHS: International Headache Society
ICHD: International Classification of Headache Disorders
CCQ : Céphalées Chroniques Quotidiennes
CAM : Céphalées par Abus Médicamenteux
MIDAS : Migraine Disability Assesment Scale
CETD : Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
HAD : Hospital Anxiety and Depression
HAS : Haute Autorité de Santé
SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
T2A : Tarification à l'Acte
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
MIG : Mission d'Intérêt Général
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
ETP : Education Thérapeutique du Patient
TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale
MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy
ACT: Acceptance and Commitment Therapy
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
PCS : Pain Catastrophizing Scale
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement
IMMPACT: Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials

I. Introduction :

1- La douleur chronique.

1- Définition

La douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, liée à une lésion tissulaire présente ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion (1) par l'International Association for the Study of Pain (IASP).

Cette définition décrit le caractère subjectif de la douleur, qui est avant tout ce que le patient dit qu'elle est. Elle permet également de rendre compte de la diversité de la sensation douloureuse, qui va regrouper différentes pathologies et syndromes qu'il va falloir par la suite identifier.

La douleur aiguë est un signal d'une atteinte tissulaire, elle possède un rôle actif d'avertissement d'une anomalie.

La douleur est définie comme chronique lorsqu'elle dure plus de trois mois, quel que soient sa topographie ou son intensité (2). Elle correspond à un syndrome multidimensionnel exprimé par le patient. Ce syndrome comprend une douleur dont l'évolution perdure après la guérison de la lésion causale, avec une réponse insuffisante aux traitements adaptés mis en place et une détérioration progressive et significative des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient (2). Elle rentre alors dans le cadre du syndrome douloureux chronique.

2- Prévalence

Sa prévalence varie suivant les études, du fait de différences de définitions et de modes de récupération des données.

Elle est estimée entre 10 et 40% de la population en France. La douleur chronique sévère est évaluée à 11% chez l'adulte (2).

Elle augmente avec l'âge, et touche plus de femmes que d'hommes (3).

Le syndrome douloureux chronique regroupe plusieurs types de pathologies bien différentes. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées, par ordre de fréquence, en population générale sont (3) :

- Rachialgies
- Céphalées
- Arthralgies

3- Contexte légal

Au vu de sa fréquence, la prise en charge de la douleur est un enjeu de santé publique (3). Depuis 2002, le soulagement de la douleur est introduit comme un droit fondamental de toute personne par la loi relative aux droits des malades (4).

La prise en charge de la douleur chronique s'inscrit également dans le développement des différents plans nationaux douleur depuis 1998.

4- Les structures douleurs

Les céphalées chroniques sont des affections fréquentes dans la population générale, responsable d'un handicap pouvant être sévère avec des répercussions sociales et économiques importantes.

Lorsqu'elles se chronicisent, la prise en charge doit être globale, médicamenteuse, comportementale et éducative sur le modèle bio-psycho-social. Dans ce cadre, une consultation dans un centre spécialisé dans la prise en charge de la douleur chronique peut être proposée (2).

a. Définitions

Il existe deux types de structures :

- les consultations d'évaluation et de traitement de la douleur chronique qui proposent un accueil des patients avec une approche bio-psycho-sociale afin de définir un projet thérapeutique et de le diffuser auprès des différents acteurs de la prise en charge
- les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique. Ils ont, en plus des missions de consultations, une offre d'hospitalisation, une action de formation d'enseignement et de recherche. (5)

Le modèle bio-psycho-social (6) :

Décrit dans les années 60 par Engel, il fait suite au modèle utilisé habituellement, le modèle biomédical. Partant du principe que la médecine est une science humaine, Engel propose d'ajouter les composantes psycho-sociales à la démarche diagnostique et thérapeutique. Ces connaissances sur le patient permettent de mieux comprendre le développement de la pathologie et de proposer des thérapeutiques plus adaptées. Ce modèle place le patient au centre de la prise en charge en lui proposant un rôle d'acteur.

La connaissance de l'environnement (professionnel, familial, ...) du patient est aussi importante que les connaissances biomédicales. Le patient fait partie d'un système où ces éléments interagissent entre eux. Il est donc important de prendre en compte tous ces éléments afin de parvenir à un diagnostic pertinent.

b. Activité

Une enquête réalisée par la HAS (Haute Autorité de Santé) (7) montre que l'âge moyen des patients consultants est de 53 ans. Ce sont en majorité des femmes (deux tiers des cas). La moitié des patients ont une activité professionnelle.

Les type de douleurs rencontrés en structure douleur sont présentés dans le tableau I.

Les céphalées représentent le troisième motif de fréquentation d'une structure spécialisée en douleur chronique, environ 16% des consultations, après les lombalgies (19,8%) et les douleurs neuropathiques (16,6%) (7). Il est difficile de préciser la céphalée primaire en jeu dans ces demandes devant la forte proportion de céphalées secondaires par abus médicamenteux.

Tableau I : répartition des patients selon le type de douleur dans les structures de pris en charge de la douleur d'après l'enquête HAS 2009 (7) :

Type de douleur	Effectifs	Pourcentage
Lombalgies/sciatalgies	573	19,8
Douleur neuropathique	481	16,6
Céphalées/migraine	469	16,2
Autres douleurs rhumatologiques	283	9,8
Fibromyalgie	281	9,7
Douleurs multiples	272	9,4
Syndrome douloureux régional complexe	177	6,1
Autre type de douleur	120	4,1
Douleur cancéreuse	107	3,7
Douleurs viscérales	72	2,5
Non précisé	61	2,1
Total	2 896	100

Améliorer la rapidité et la qualité de la prise en charge des patients céphalalgiques représente un enjeu majeur pour les structures douleurs. Sur cette population de patients souffrant de céphalées, la majorité (59.7%) présentent une durée d'évolution supérieure à 3 ans, tandis que seulement 6.1% ont des céphalées depuis moins de trois mois (5).

Devant la fréquence des céphalées dans les demandes de consultations, se pose la question de l'accès aux structures douleurs : le principal problème rencontré concerne les délais d'attente avant la première consultation dans la structure (qu'il s'agisse d'une consultation douleur ou d'un CETD).

Lors des dernières réunions de société savantes, nous avons questionné les associations de patients (association fibromyalgie France, association francophone pour vaincre les douleurs, association d'information sur la névralgie pudendale et les douleurs pelvi-périnéales). Pour

ces trois associations les délais d'attente des structures douleurs représentent une des principales problématiques.

Une enquête de pratique réalisée par la HAS et la SFETD en 2008 montre que 56% des patients avaient un rendez-vous dans un délai inférieur à un mois, et 21% supérieur à 3 mois (7). Ce délai était d'autant plus long que la douleur évoluait depuis longtemps.

Une nouvelle enquête réalisée par la SFETD en 2014 montre l'allongement de ce délai d'attente : il est en moyenne de 12.53 semaine, avec une médiane à 10 semaines (5).

Une des réponses des structures a été de mettre en place des filières d'urgences (elles existent dans 83% des structures) principalement en rapport avec la pathologie dont souffre le patient (8). Cela passe le plus souvent par une ligne téléphonique et par un tri à partir des questionnaires remplis lors de la demande de première consultation, mis en place dans de nombreuses structures.

Ces modalités d'accueil d'urgences ne se montrent efficaces que pour des situations ponctuelles, mais le modèle reste inefficace à permettre des délais de consultation plus court. De plus, lors de la dernière enquête de la SFETD, le recours à la consultation spécialisée était justifié d'après les médecins des structures douleurs dans 93% des cas, ce qui ne permet donc pas de réduire les consultations en aval (8).

L'allongement important du délai de consultation ces dernières années montre l'importance de mettre en place d'autres modalités de prise en charge des patients afin de raccourcir ces délais.

c. Contexte économique

Dans les structures douleurs, le temps moyen de consultation est de 49 minutes (5). En accord avec la tarification à l'acte (T2A), ces consultations seraient cotées à hauteur d'une consultation de spécialité médicale. Cela ne permettrait pas un financement de ces structures satisfaisant car cette tarification ne prend pas tous les actes en considération.

En plus de la longueur des consultations, la prise en charge en structure douleur est basée sur un mode pluri-disciplinaire, qui n'est pas non plus valorisé par la T2A.

C'est pour cela que les structures de prise en charge de la douleur chronique sont financées dans le cadre de MIGAC (Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation).

Le financement des MIG (Mission d'Intérêt Général) est rapporté au nombre de consultations médicales effectuées dans l'année (9), choisi comme moyen d'évaluation de l'activité. Un financement est alloué à partir de 500 consultations médicales réalisées dans l'année, puis majorées toutes les 500 consultations en plus.

Ce financement, basé sur les consultations médicales effectuées, doit permettre aux structures d'organiser son activité médicale et para-médicale ainsi que ses autres missions : réunion de concertation pluri-disciplinaires (RCP), organisation avec la médecine de ville, formation et information, ... (5)

Dans ce système, il apparaît que de nombreuses structures éprouvent des difficultés de financement et de recrutement, aussi bien en personnel médical que para-médical alors que les demandes de consultations augmentent (8). Il existe donc un intérêt à développer d'autres modes de fonctionnement permettant une meilleure adéquation.

Ces nouveaux modes de fonctionnement sont à adapter par rapport aux pathologies concernées, qui ont leurs particularités.

Au sein des pathologies retrouvées dans le syndrome douloureux chronique, nous allons plus précisément nous intéresser aux cas de céphalées chroniques.

2- Les céphalées chroniques

1- Définition

Elles regroupent de nombreuses entités dont les trois plus fréquentes sont : les migraines, les céphalées de tension, et les céphalées par abus médicamenteux (10).

L'International Headache Society (IHS) a produit une classification internationale des céphalées (International Classification of Headache Disorders, ICHD) dont la version 3 bêta a été publiée en 2013 (11).

Concernant les migraines, il s'agit de la répétition d'au moins cinq crises répondant aux critères suivant :

- Durée des crises de 4 à 72 heures sans traitement ou avec un traitement inefficace

- Céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : unilatérale - pulsatile - intensité modérée à sévère - aggravée par les efforts physiques de routine
- Au moins un des deux signes associés : nausées et/ou vomissements - phonophobie ou photophobie.
- Pas d'autre cause

Elles peuvent s'accompagner ou non d'une aura qui est définie par au moins deux crises répondant aux deux critères suivant :

- Au moins un des trois symptômes suivant :
 - o Symptômes visuels (positifs et/ou négatifs) transitoires
 - o Symptômes sensitifs (positifs et/ou négatifs) transitoires
 - o Troubles phasiques (positifs et/ou négatifs) transitoires
- Au moins deux des trois caractéristiques suivantes :
 - o Topographie homonyme ou unilatérale
 - o Apparition progressive en 5 minutes
 - o Durée de chaque symptôme entre 5 et 60 minutes

Pas d'autres causes. (11)

Concernant les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ), il s'agit d'une céphalée présente :

- Plus de quinze jours par mois
- Evoluant depuis plus de trois mois
- D'une durée quotidienne supérieure à 4 heures en absence de traitement
- Sans cause lésionnelle

Les céphalées peuvent être de trois types :

- Elles ont les caractéristiques sémiologiques de la migraine
- Elles ont les caractéristiques sémiologiques de la céphalée de tension
- Sur un fond céphalalgique permanent s'ajoute des crises d'allure migraineuse (11, 12)

Concernant les céphalées par abus médicamenteux (CAM) :

- Céphalées durant plus de quinze jours par mois chez un patient déjà atteint d'une pathologie céphalalgique

- Utilisation fréquente depuis plus de 3 mois d'un ou plusieurs traitements de la crise de la céphalée

Ne correspond pas à une autre définition (11)

Il n'est plus nécessaire actuellement de mettre en évidence une amélioration de l'état du patient après sevrage afin de pouvoir définir le statut de CAM dans la troisième version de l'ICHD.

Il s'agit d'un groupe particulier au sein des céphalées chroniques puisque rassemblant des céphalées secondaires. C'est un groupe de patients divers dont le diagnostic précis n'est pas toujours évident à poser en début de prise en charge (13).

2- Prévalence

a. En population générale

Les céphalées représentent un grand nombre de consultation en médecine de premier recours. Sur des données de l'observatoire de médecine générale en 2009, on retrouve une prévalence de plus de 2% pour le motif céphalées chez une population âgée de 20 à 70 ans (14). La valeur de la fréquence de consultations pour le motif céphalée doit être pondérée par le fait que tous les patients migraineux ne consultent pas (15).

Une étude en France en 2005 a estimé que 28% seulement des patients présentant les critères IHS de migraine qui consultaient leur médecin traitant pour tout motif se voyaient proposer un traitement anti-migraineux (16).

L'étude GRIM 2005 (15), en France, a identifié que 28% des patients migraineux n'avaient jamais consultés pour ce motif au cours de leur vie et 40% n'avaient pas consultés au cours de l'année précédente. Pour 40% des patients, l'absence de consultation était liée à l'auto-médication. Pour 17% d'entre eux elle était liée à l'idée que cela ne servirait à rien.

Concernant les migraines, leur prévalence en France est de 17% (17), avec une nette prédominance féminine (ratio à 3/1).

La Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) développée en 2001 par Stewart et al. (18) permet d'évaluer la perte de productivité liée aux migraines. L'évaluation porte sur les trois derniers mois. Le nombre de jours total permet de classer en quatre grades de sévérité (de 1 : peu sévère à 4 : très sévère).

Les patients migraineux les plus sévères (évalués par rapport au score MIDAS > 2) sont estimés comme devant relever d'une attention médicale plus importante. Par rapport à la population française, cela correspond à 3 millions d'individus (17).

En Europe, la majorité des patients atteints de céphalées sont des femmes entre 20 et 50 ans, donc une population d'actif (19).

Concernant les CCQ, leur prévalence est de 3% (20) dans la population des patients âgés de plus de 15 ans.

Concernant les CAM, il est difficile d'établir clairement leur prévalence, principalement du fait de définitions différentes utilisées par les études voulant voir leur impact (21).

b. En structure douleur

Les céphalées représentent une des trois pathologies les plus fréquentes dans les structure spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique, allant de 13.3% à 35% des demandes de consultation (22, 23, 24). En moyenne, elles représentent 16% des demandes de consultations (7).

Au sein du CETD de Bordeaux, le motif céphalées constitue le premier motif de demande de consultation (2).

La population des patients céphalalgique comprend surtout des actifs (17), en effet, le motif céphalées n'est que peu présent dans une population de patients âgés de plus de 75 ans consultant en structure douleur (25).

Dans cette population spécialisée, les proportions au sein des céphalées chroniques sont très différentes de celles retrouvées en population générale. En effet, sont ici sélectionnés les patients présentant des problèmes diagnostic ou de prise en charge thérapeutique, pour lesquelles des traitements de premières ou deuxièmes lignes ont échoué.

Au sein de la population générale en France, les patients les plus sévères (grade MIDAS > 2 (soit un nombre de jours >10)) correspondent à 12.5% des migraineux (17).

Une étude aux Etats-Unis d'Amérique (26) sur une population de patients de structures spécialisés douleur chronique montre un score moyen de MIDAS en nombre de jours à 53

(soit grade 4). Une autre étude du même pays montre un score moyen de MIDAS à 50 jours, avec 65% des patients présentant un score supérieur à 16 jours (27). Il s'agit d'un groupe plus sévère que la population générale (28).

Dans ce cadre, les CCQ représentent 35 à 45% des patients céphalalgiques consultant (29).

Pour les CAM, les proportions augmentent également. Bien qu'étant toujours confrontées au problème de définition des différentes études, elles correspondent à environ 30% des patients céphalalgiques en Suisse (21). Selon Munksgaard et al. (30), elles représentent 30 à 50% des patients en Europe.

Les CAM sont des céphalées secondaires. Leur prise en charge se fait dans le même temps que celle de la céphalée primaire identifiée par un diagnostic rétrospectif (31). La forte prévalence dans les structures de prise en charge de la douleur chronique incite à mettre en place des stratégies thérapeutiques permettant de débiter rapidement le traitement des CAM afin de pouvoir ensuite établir une prise en charge plus spécifique des céphalées primaires que présente le patient.

3- Co-morbidités associées

Les patients atteints de céphalées chroniques présentent plusieurs co-morbidités (32).

On retrouve comme pathologie la dépression, l'anxiété, les accidents vasculaires, l'hypertension artérielle, l'obésité (33).

Parmi celles-ci, nous allons plus particulièrement nous intéresser aux co-morbidités psychiatriques.

Les co-morbidités psychiatriques sont plus fréquemment présentes que dans la population générale (10). Elles sont principalement à type de dépression, anxiété, trouble de la personnalité (10).

- Anxiété et dépression :

La prévalence vie entière de la dépression chez les patients migraineux est de 40.7% contre 16% pour le groupe contrôle d'après une étude aux Etats-Unis d'Amérique (34).

Il existe pour les patients souffrant de céphalées chroniques un risque plus élevé que pour la population générale de développer un trouble anxieux ou dépressif (35).

Dans la population générale, la présence de céphalées chroniques par des migraines ou des céphalées par abus médicamenteux est significativement associée à la présence d'un trouble anxieux (10), trouble dépisté dans la population à l'aide du questionnaire Hospital Anxiety and Depression (HAD). La même association est retrouvée dans le cadre de pathologie dépressive (10).

D'après Lampl et al. dans le cadre du projet Eurolight (10) on retrouve une prévalence de la dépression de 6.9% dans le cadre des migraines et de 16.9% pour les CAM par rapport à une prévalence de 3.5% en absence de céphalées. Pour les troubles anxieux, la prévalence est de 19.1% dans le cadre des migraines, 38.8% dans les CAM et 6.1% chez les non céphalalgiques. Ces données sont issues de la population générale.

Au sein de la population de patients présentant des CAM il existe une plus forte fréquence des troubles anxieux (30).

Dans une population de patients de consultations orientés céphalées en Chine (36) une étude a montré une importante proportion de trouble anxieux et dépressif. 19.7% de patients présentent un trouble dépressif, et 13.7% un trouble anxieux. Il n'a pas été possible de savoir dans cette étude si la pathologie psychiatrie était antérieure aux céphalées ou l'inverse.

Dans une étude Thaïlandaise en population de structure spécialisée pour les consultations de céphalées, il a été retrouvé 29% de trouble dépressif et 9% d'anxiété (37).

Une étude Suisse a évaluée des patients consultant en structure douleur pour des céphalées chroniques. Il a été retrouvé 46% de dépression et 12% de troubles anxieux (21).

L'évaluation de la prévalence de ces troubles est complexe car les différentes études n'utilisent pas constamment le même questionnaire pour le dépistage de trouble anxieux ou dépressif.

Il existe un lien plus fort que le hasard avec les troubles anxieux et de l'humeur dans une population de migraineux et de céphalées de tension aussi bien en population général en Europe (10) que spécialisée aux Etats-Unis d'Amérique (38). Le dépistage des troubles anxieux et dépressif a été réalisé par le remplissage du questionnaire HAD pour ces deux études. Il existe un lien plus fort entre migraine et anxiété qu'entre migraine et dépression. Il semble également que la présence de troubles anxieux ou dépressif soit un facteur de risque de développement de céphalées par abus médicamenteux chez les céphalalgiques.

Il existerait un lien bidirectionnel surtout entre migraine et dépression (39).

Ceci est un argument pour une modification de la prise en charge dès les soins primaires avec un dépistage plus important des co-morbidités psychiatriques de manière précoce chez les patients souffrant de céphalées se chronicisant.

Les facteurs psychologiques, notamment le stress, jouent un rôle important dans les céphalées. Ils constituent un facteur important dans la genèse et la chronicisation de la pathologie migraineuse en tant que co-morbidité qu'il convient de dépister et de traiter (10). Un trouble de l'humeur à type de dépression a un effet direct sur la diminution de la qualité de vie des patients. Un trouble anxieux quant à lui entraîne un impact plus important des céphalées dans la qualité de vie des patients que chez un patient ne présentant pas de trouble anxieux (40). Prendre en charge ces pathologies lors des séances de groupe est donc un moyen de lutter contre les facteurs favorisant les crises céphalalgiques.

Sur des données recueillies auprès de patients céphalalgiques représentatif de la population générale en France, les principaux facteurs favorisant une crise sont l'anxiété, l'irritabilité, la fatigue, et pour les populations féminines uniquement, les menstruations (17). Le dépistage et la prise en charge d'un trouble anxieux est un élément important de la prise en charge globale des patients céphalalgiques.

- Catastrophisme :

Le catastrophisme est une anticipation anxieuse associée à une hypervigilance vis-à-vis des sensations et une rumination qui joue le rôle d'amorçage ou de préchauffage de la douleur et augmente ou crée la qualité aversive de toute expérience (41).

Il s'agit d'un mécanisme indépendant de la dépression ou de l'anxiété qui agit comme modulateur de la réponse qu'un individu peut avoir devant une situation douloureuse (42). La présence de pensées catastrophiques, également appelé dramatisation, entraîne une majoration du ressenti de la douleur (43, 44), une augmentation de trouble à type de dépression et d'anxiété sévère, une augmentation des comportements douloureux et de l'incapacité (43, 45). D'après une étude de Sullivan et al. il est observé une plus grande incapacité et une moins bonne réponse aux thérapeutiques mises en place chez les patients catastrophistes, indépendamment de l'anxiété et de la dépression (43).

Dans le cadre des céphalées, une étude canadienne a montré auprès de collégiens que les plus catastrophistes avaient des intensités douloureuses plus importantes, mais également une consommation plus importante de traitement antalgiques (46).

La présence de pensées catastrophiques dans le cadre de douleurs neuropathiques entraîne une moins bonne réponse aux traitements proposés (47).

Les comportements douloureux d'un individu peuvent être modifiés par une peur importante, qui entraîne une hypervigilance, des évitements, et une détresse émotionnelle entre autre (48). L'existence d'un sentiment de peur important joue un rôle dans l'adoption par l'individu d'un comportement d'évitement ou d'exposition. Ce sentiment de peur peut être augmenté par les pensées catastrophistes. Il s'agit par exemple de la peur de l'apparition de nouvelles lésions et d'une diminution des capacités suite à la réalisation d'un effort physique.

De nombreuses études ont évalué l'impact du catastrophisme sur les patients douloureux chroniques. Sullivan et al. ont décrit des mécanismes existants (42, 49) :

Une première explication est celle de la gestion de l'état de stress. Dans un cadre aigu il peut être avantageux pour un individu d'être catastrophiste. Cela permet une meilleure considération de la société et une plus grande aide. Dans le cas d'une douleur chronique, ce mécanisme est source d'épuisement et d'isolement par la société, ce qui augmente le retentissement de la douleur chronique chez les individus catastrophiste.

L'attention joue également un rôle important. Les patients avec de hauts scores de rumination, en prêtant une attention plus importante à leur douleur, présentent des scores plus élevés d'intensité douloureuse.

Peu d'études ont étudié l'impact du catastrophisme dans le cadre des céphalées chroniques, ni l'impact que des prises en charge de groupe peuvent avoir dans ce contexte pathologique.

4- Impact économique

Les patients douloureux chroniques dans leur ensemble, correspondent à un coût de prise en charge élevé pour la société, qui justifie la recherche de modèles de prise en charge moins coûteuse. En effet, les patients douloureux consultent deux fois plus de professionnels de santé que les non douloureux, tout en estimant que leur douleur est insuffisamment soulagée

(50, 51). Ils réalisent en général au cours d'une année 10 consultations auprès de leur médecin généraliste et 4 auprès de spécialistes et sont également plus souvent hospitalisés.

L'impact économique des douleurs chroniques est d'autant plus important que 75% des patients présentant des douleurs modérées à sévères ont entre 18 et 65 ans. Cela correspond à une population active au niveau professionnel, avec un retentissement important des douleurs sur le travail par la baisse de la productivité et l'absentéisme (52).

Il existe donc un enjeu majeur de société au niveau de la prise en charge des douleurs chroniques devant l'impact que celle-ci a sur le financement du système de santé, dans les pays développés en général et en particulier en France (53).

Cela s'adapte également au niveau plus précis des céphalées, qui correspondent à un budget public important dans tous les pays développés.

L'étude Eurolight (54), en 2012, évaluant le coût des céphalées en Europe (dont la France) a estimé à 173 milliards d'euros par an le coût total des céphalées.

Les migraines correspondaient à 64% de cette somme (soit 111 milliards d'euros), les CAM à 21 % (soit 37 milliards d'euros), les céphalées de tension à 12% (soit 21 milliards d'euros), et les autres céphalées à 2% (soit 3 milliards d'euros) (tableau II).

Le coût annuel par habitant des migraines était évalué à 1222 euros, celui des CAM à 3561 euros (tableau III).

C'est la baisse de productivité sur le lieu de travail qui représente une part importante du budget.

Tableau II : coût annuel par habitants par rapport au diagnostic de céphalée en Europe d'après Linde M et al dans l'étude Eurolight (54)

Diagnostic	Valeur en euros
CAM	3561
Migraines	1222
Céphalées de tension	303
Autres céphalées	253

Tableau III : coût annuel global par rapport au diagnostic de céphalée en Europe d'après Linde M et al dans l'étude Eurolight (54)

Diagnostic	Valeur en milliards d'euros	Pourcentage
CAM	37	21
Migraines	111	64
Céphalées de tension	21	12
Autres céphalées	3	2

Une nouvelle étude réalisée en 2016 aux Etats-Unis d'Amérique comparait les coûts des céphalées chroniques par rapport aux céphalées épisodiques. Les céphalées chroniques représentaient près de trois fois le coût annuel des céphalées épisodiques. La majeure partie de ce coût correspondait au traitement médicamenteux (55).

Les CAM représentent un enjeu majeur car leur coût est trois fois supérieur à celui des migraines et 10 fois supérieur à celui des céphalées de tension (54).

Concernant la France seule, ce coût est estimé à 20 millions d'euros par an, uniquement pour les céphalées. Le calcul du coût est délicat, car il comprend une part directe et une part indirecte. La part directe correspond aux consultations médicales (de premier recours et autres), aux traitements (médicamenteux ou non), aux hospitalisations. La part indirecte correspond aux arrêts de travail ainsi qu'à la baisse de productivité des patients atteints de céphalées.

Concernant la population générale, la consommation médicamenteuse de crise est un motif important de dépense. Plus de 80% de cette consommation concerne des traitements non spécifiques de la migraine. La majorité des consultations se font auprès des médecins généralistes, c'est donc dès les soins primaires que la prise en charge des céphalées doit être la plus efficace possible. Ceci d'autant plus que de nombreux patients céphalalgiques ne consultent plus leurs médecins, étant persuadés qu'il n'existe pas de moyens pour résoudre efficacement leur douleur (15).

Concernant l'absentéisme et la baisse de productivité, ils sont surtout le fait des patients les plus lourds. Au sein des céphalées, les dépenses les plus importantes sont relatives aux

migraines (3). Il est intéressant de cibler cette population de patients céphalalgique afin de pouvoir leur apporter une prise en charge spécifique plus adapté.

Il y existe un intérêt à mettre en place des thérapeutiques qui permettent de traiter la pathologie dans le moment, mais également avec un effet persistant à long terme.

Afin de pouvoir répondre à la double problématique des délais d'attente et des difficultés de financement, les prises en charge de groupe, en permettant à un ou deux praticiens de rencontrer en un même temps plusieurs patients apparaît comme une solution pertinente.

3- Les prises en charge de groupe en douleur chronique

1. Principes généraux

La douleur chronique non cancéreuse représente une part importante des douleurs chroniques en Europe. Les prises en charges sont moins orientées que dans le cadre des douleurs cancéreuses. Il en résulte que malgré une médication importante des patients, nombreux sont ceux qui déclarent que leur douleur est insuffisamment soulagée (51). Il existe donc un réel intérêt à mettre en place des types de prises en charges, non médicamenteuses, afin d'améliorer la prise en charge de ces patients. Parmi les techniques non médicamenteuses, nous allons nous intéresser plus particulièrement aux thérapies en groupe.

On attend du groupe plusieurs avantages :

Par rapport à l'organisation, le groupe permet de réunir plusieurs patients devant un (ou plusieurs) thérapeutes. Cela permet un contact facilité avec un effet de planning permettant de voir plus rapidement les patients.

Il existe également des traits intrinsèques au groupe. Au sein de celui-ci, il existe un partage des connaissances et des ressentis entre les patients, cela permet de rompre l'isolement souvent vécu par le patient douloureux chronique (56).

C'est un moyen pour les patients de rencontrer d'autres individus se trouvant dans la même situation que lui, avec un échange des compétences entre les patients qui prennent alors une part active à leur prise en charge.

Le rapport aux soignants est également modifié. En effet, l'habituel colloque soignant/soigné est ici rompu. Les soignants acquièrent alors un autre rôle, ce qui permet de relancer une nouvelle dynamique, plus positive pour les entretiens individuels qui auront lieu par la suite. En plus de ces principes communs à la création d'un groupe se rajoutent les avantages spécifiques des différentes techniques utilisées dans les groupes et qui ont varié au cours du temps (57).

Par rapport à l'information délivrée aux patients.

Il existe, légitimement, une forte demande d'information de la part des patients.

D'après les résultats des états généraux de la douleur, un français sur trois estime avoir été insuffisamment informé sur sa pathologie, deux français sur trois demandent des informations supplémentaires. Chez les patients confrontés à la douleur 96% estiment que des progrès conséquents restent à faire. Les demandes prioritaires de progrès sont notamment une meilleure information (58).

La création d'un groupe afin de délivrer une information sur un autre mode permet de palier à cette insuffisance.

2. Les différentes techniques

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) :

Elle vise à aider les patients à acquérir et/ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Cela comprend un soutien psychosocial, des informations sur la physiopathologie des pathologies, le fonctionnement et la bonne utilisation des médicaments, les comportements liés à la santé... (59).

L'ETP ne correspond pas à une simple information, orale ou écrite, distribuée au patient. Elle a pour but l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins, ainsi que la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (59).

La première étape d'une ETP correspond à l'élaboration du diagnostic éducatif (60). Il s'agit d'un recueil d'informations spécifiques sur le patient, ses attentes, ses représentations et ses connaissances, son entourage. C'est également le moment d'un accord et d'un engagement mutuel avec les patients.

L'éducation thérapeutique peut être proposée aux patients et également aux proches de ceux-ci s'ils souhaitent les impliquer.

Dans le cadre des céphalées chroniques, il existe un manque d'information sur le rôle de la surconsommation de traitements de crises dans la chronicisation des céphalées. Informer les patients sur l'existence de ce lien et donc sur l'importance de diminuer la consommation de ces traitements permet déjà une réduction du nombre de crises (30). Cela est d'autant plus utile que ceci permet plus facilement l'identification de la céphalée primaire lors de la consultation médicale qui suivra.

Transmettre une information est déjà une mesure thérapeutique permettant une amélioration des patients souffrant de céphalées (61).

L'éducation des patients sur les céphalées dont ils souffrent a un impact positif sur l'évolution des douleurs selon deux études réalisées aux Etats-Unis d'Amérique (62, 63). Cela permet de diminuer le nombre de crises et le retentissement de la pathologie (62). L'apport d'information sur la physiopathologie des migraines et leur traitement permet de diminuer le nombre de crise et de diminuer les jours d'incapacité du aux céphalées(63).

Thérapie cognitive et comportementale (TCC) :

Elles se sont développées en plusieurs vagues, faisant évoluer les concepts de thérapie (41).

Les premiers modèles considèrent que les comportements douloureux résultent de mécanismes d'apprentissage opérants et répondants. L'objectif est donc de modifier les comportements des patients en valorisant ceux considéré comme « bien portants » et en limitant ceux « douloureux ».

La deuxième vague correspond à des modèles comportementaux et cognitifs qui ont pour but de favoriser l'adaptation et de limiter les émotions désagréables liées à la douleur. Cette vague comprend également le modèle de peur-évitement. Cela décrit le comportement comme résultant d'une peur de la douleur avec des sentiments de catastrophisme et d'hypervigilance. Cela entraîne des comportements d'évitement par peur de développer ou de majorer la douleur.

Enfin la troisième vague comprend à la mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) qui permet de modifier la relation du patient à la douleur, ainsi que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) (48).

Les thérapies de pleine conscience (ou mindfulness) proposent au patient de porter volontairement son attention sur lui-même. Plutôt que d'éviter ou de contrôler la douleur, il est proposé de porter son attention sur la douleur, avec bienveillance et distance.

Il s'agit donc principalement de techniques visant les comportements douloureux des patients, mis en place par des mécanismes d'apprentissage.

Dans ce cadre, les TCC mettent l'accent sur l'adaptation, la diminution des émotions désagréables liées à la douleur. Il faut donc approcher les sentiments de catastrophisme, les croyances dysfonctionnelles et la détresse émotionnelle des patients (64).

La principale limite de la méthode MBCT, efficace, est la durée et l'implication demandée afin de la réaliser. Il s'agit le plus souvent de cycles de 8 à 10 semaines avec une à deux séances par semaine. Il existe un impact important sur le planning des patients, qui n'ont pas toujours autant de temps à consacrer à leur prise en charge, et aussi pour les structures dont les demandes de prise en charge augmentent constamment.

Les thérapies ACT, quant à elle, s'incluent dans la consultation mais nécessitent un suivi.

3. Les groupes en douleur chronique

Les prises en charges de groupe ont commencé dès les années 80 en douleur chronique, notamment pour les lombalgies chroniques (65).

Le but est de permettre au patient d'acquérir des connaissances sur sa pathologie, sur la compréhension des mécanismes de la douleur, des moyens de lutte dans les épisodes douloureux aigus. C'est aussi le moment d'apprentissage d'exercices à réaliser soi-même afin de poursuivre la prise en charge au domicile. Ainsi le patient est remis dans une place active de la prise en charge de sa douleur (7).

On attend de ces groupes les bénéfices de la force du collectif, l'aide apportée par l'échange entre les patients, un changement de rapport avec les personnels soignants, ... (56, 57) Les différentes études (56, 57) montrent que ces séances ne diminuent que peu la valeur de l'intensité de la douleur ressentie par les patients, mais ont un bénéfice sur le ressenti et la qualité de vie des patients, sur leur rapport à la douleur.

Les informations données aux patients permettent de mieux lui laisser le choix de ses thérapeutiques. Donner les moyens aux patients de choisir leur traitement, en les guidant, permet d'obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques (66).

Les approches comportementales sont utilisées dans la prise en charge des lombalgies chroniques. Cela permet d'observer une diminution de l'intensité de la douleur et des comorbidités dépressives, de manière statistiquement significative, sans que l'effet groupe ait vraiment été démontré (67).

Dans un cadre de douleur chronique, une prise en charge de groupe, sur plusieurs séances, d'un cycle MBCT a permis de mettre en évidence une baisse des symptômes dépressifs et une tendance à la diminution du catastrophisme (68).

Les différentes techniques sont utilisables en douleur chronique, sans classification existante entre elles. Les séances sont souvent organisées sur plusieurs semaines avec un rythme hebdomadaire. Cela permet d'obtenir de meilleurs résultats fonctionnels notamment dans les lombalgies chroniques (67)

4. Les groupes dans les céphalées chroniques

Même si les groupes thérapeutiques sont mis en place au sein d'une structure hospitalière, il convient de rappeler que la prise en charge se fait au sein d'un parcours de soins coordonnés, dont le médecin traitant est l'interlocuteur principal du patient. C'est lui qui reste le contact le plus approprié et le plus accessible pour suivre le patient tout le long de la prise en charge (2).

Concernant les céphalées chroniques en soins primaires, on retrouve principalement le diagnostic de migraine comme prépondérant, suivi par les céphalées de tension. Dans la quasi-totalité des cas, un traitement médicamenteux est mis en place. On note que moins d'un quart des patients se voient proposer une prise en charge non médicamenteuse (69).

D'après les recommandations de prise en charge de la migraine chez l'adulte produite en 2013 par la SFETD, les thérapies non médicamenteuses telles que les TCC ont fait la preuve de leur efficacité (28). Ces thérapies non médicamenteuses pourraient donc être mise en place dès les soins primaires.

Un lien efficace doit être mis au point entre le patient et son médecin, sans banalisation des céphalées. Le recours à la consultation spécialisée est fait dans un deuxième temps devant des situations de doute diagnostique ou thérapeutique (2).

Une étude aux Etats-Unis d'Amérique proposant une éducation aux patients, sur plusieurs séances, concernant leurs céphalées et les implications émotionnelles, en soins primaires, a permis une diminution de la fréquence des crises et une amélioration du ressenti des patients (62). Il apparaît alors légitime de tester la mise en place de ces techniques en milieu spécialisé.

La mise en place de prise en charge de groupe, en association avec un traitement médicamenteux, permet une meilleure réponse avec un effet prolongé dans le temps par rapport à une prise en charge uniquement médicamenteuse, ou par rapport à une prise en charge uniquement psychologique (70).

Dans le cas plus précis des céphalées de tension chronique, il semblerait exister un bénéfice à l'association des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses (dont des techniques comportementales) afin de réduire l'intensité des douleurs et l'impact sur la qualité de vie (49)

Délivrer une information en groupe permet d'avoir un impact sur la consommation du système de santé. Il est attendu une baisse de la consommation médicamenteuse ainsi qu'une baisse du nombre de consultations médicales en rapport avec les céphalées (26, 72)

Les prises en charges de groupe ont surtout été évaluées par le biais de thérapies tel que les TCC et MBCT. Deux études américaines en population spécialisée ont montré un avantage sur le catastrophisme et les symptômes dépressifs de patients douloureux chronique dont les migraineux (72, 73).

Une prise en charge en TCC avec séances de rappel dans l'année permet une diminution de la fréquence des crises et du sentiment de catastrophisme chez des patients souffrant de migraines et/ou céphalées de tension en soins primaires (74).

Les groupes sont également le moment d'aborder des points de composantes émotionnels de la douleur, tels que les éléments de catastrophisme (49).

Le catastrophisme peut être défini comme une anticipation anxieuse associée à une hypervigilance vis-à-vis des sensations et à une rumination qui joue le rôle d'amorçage ou de préchauffage de la douleur, et augmente ou crée la qualité aversive de toute expérience (41).

Le catastrophisme est associé à un sur-risque de dépression dans les mois qui suivent. Il influence le ressenti de la douleur et impact négativement la réponse aux traitements qui vont être mis en place (38).

Il existe une association entre catastrophisme et dépression chez les patients souffrant d'un syndrome douloureux chronique. Il est donc utile d'apprendre à ces patients à reconnaître et à lutter contre les pensées catastrophiques. Ceci constitue une première partie de prise en charge et permet également de lutter contre la mise en place d'un syndrome dépressif (38).

Il est donc important de dépister le catastrophisme dans la prise en charge des patients afin de pouvoir mieux évaluer la réponse possible au traitement.

Ces groupes peuvent être inclus dans un programme de soins, qui apporte un bénéfice en termes de consultation et de consommation médicamenteuse dans le cadre de céphalées chroniques (72).

Dans le cadre des CAM :

La première étape du traitement est le diagnostic et son annonce au patient. Une fois le patient informé du rôle de la surconsommation médicamenteuse la mise en place du sevrage peut débuter (75). Si la nécessité du sevrage fait l'unanimité, sa mise en place n'est pas encore codifiée.

L'aide au sevrage par une thérapie médicamenteuse (introduction d'un traitement de fond) est efficace (76), mais sans consensus sur la molécule et son mode d'administration (77).

L'introduction d'un traitement de fond est efficace pour la réduction des céphalées, plus que le simple sevrage (78), mais la place et l'impact de l'information et du suivi précis du patient ne sont pas encore correctement établis.

On peut définir deux types de patients atteints de CAM (79).

Celles dites simples, ou type I, sans co-morbidité autre que la céphalée primaire associée.

Celles dites compliquées, ou type II, qui présentent d'autres pathologies, souvent à type de trouble anxieux ou dépressif, ou bien une surconsommation d'opioïdes ou de benzodiazépines ou la prise de plusieurs traitements de crise en association (80).

Dans le type I, l'apport de conseils permet une réduction de la consommation médicamenteuse (80, 81). Dans le type II, la prise en charge sera plus complexe et nécessitera

des interventions plus lourdes car ils répondent moins efficacement uniquement aux conseils (81, 82).

Il n'en reste pas moins qu'une information bien conduite sur la pathologie facilite la prise en charge et permet d'initier chez les patients leur rôle actif dans la prise en charge (61).

Délivrer une information en individuel sur le mécanisme des CAM, la nécessité et la mise en place du sevrage permet de mettre en place une diminution de la consommation médicamenteuse (29). Ce type de prise en charge peut être mis en place dès les soins primaires (58). Dans la suite il doit surtout être mis en place au sein d'un parcours de soins coordonnés (81). Cela permet de mieux choisir les patients pouvant bénéficier d'un traitement médicamenteux de fond et ainsi de limiter l'apparition d'effets secondaires (82).

Il existe peu d'études évaluant l'impact des prises en charges de groupes au sein de population de structures spécialisées douleur.

En pratique sur la population de patients consultant en structures spécialisés, la mise en place d'un traitement de fond sera nécessaire pour améliorer l'état de santé des patients (78), en complément de l'information (82).

De plus, il existe un intérêt à associer les types de prises en charge, c'est-à-dire de mettre en place une thérapie non médicamenteuse en plus du traitement pharmacologique (70).

Dans le cadre des migraines :

Harpole et al (63) ont évalué 155 patients migraineux de structures spécialisées aux Etats-Unis d'Amérique avec un programme d'éducation thérapeutique. Ils ont montré une diminution significative du score MIDAS.

Ces résultats sont concordant avec ceux de Rothrock et al (26) qui sur un suivi de six mois avec plusieurs séances d'information et d'éducation, a montré une diminution des scores du questionnaire MIDAS dans le groupe avec éducation par rapport au groupe témoin. Il s'agissait de plusieurs séances d'informations réalisées en groupe. Les résultats ont été obtenus à partir de patients migraineux de centre spécialisé.

Lemstra et al (83) ont proposé à 19 patients des prises en charges multidisciplinaires associant plusieurs types de groupe (apprentissage de la relaxation, massage, information sur les migraines, diététique). Ce protocole a permis une diminution de la fréquence et de l'intensité

des épisodes douloureux avec une amélioration de la qualité de vie. Ces prises en charge sont cependant consommatrice de temps et de praticiens, ce qui augmente leur coût et la prise de temps.

La majorité des prises en charges proposées jusque-là sont faites sur des petits échantillons de patients, avec des séances répétées sur plusieurs semaines (63, 83). Il existe peu de données sur des prises en charge brèves s'incluant dans le parcours de soins des patients atteints de céphalées chroniques.

Un protocole d'étude portant sur des patients migraineux de structures spécialisés a étudié l'impact d'un traitement associant une session d'éducation (individuelle ou en groupe) et un suivi dans une structure douleur. A six mois, les scores de MIDAS étaient diminués (26). Ceci a été confirmé par Matchar et al (27) sur un plus grand nombre de patients. Les scores étaient significativement diminués à six mois mais non à douze mois.

Ainsi les prises en charge de groupe sont efficaces sur la baisse de productivité et la consommation du système de soin chez les patients atteints de céphalées chroniques. Leur principale limite est de prendre beaucoup de temps, les séances étant souvent organisées sur plusieurs semaines.

L'impact de ces prises en charge sur le catastrophisme n'a pas été étudié.

Dans le contexte des délais d'attente des structures douleur, nous avons cherché à mettre à profit cette période. Une réunion de groupe en amont de la première consultation médicale a été mise en place. Une étude pilote évoluant l'impact sur la perte de productivité et sur le catastrophisme a été réalisée.

II. Méthode :

1- Lieu de déroulement de l'étude

Cette étude pilote, prospective, non comparative, descriptive s'est déroulée au sein du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Bordeaux.

Le CETD du CHU de Bordeaux est un centre de référence régional, labellisé structure de prise en charge de la douleur chronique. Il assure une activité de soins (consultations, hospitalisation, RCP) en parallèle de missions d'enseignements et de recherche.

Il s'agit d'une structure tertiaire spécialisée dans la prise en charge de la douleur chronique proposant une approche bio-psycho-sociale du patient douloureux chronique avec des prises en charges pluri-disciplinaires (médecins généraliste, neurologue, rhumatologue, psychiatres, infirmières, psychologue, masseur-kinésithérapeutes, acupuncteur, assistante sociale..) pour les adultes et les enfants.

Au sein de cette structure, la prise en charge des céphalées a été historiquement un des premiers axes de soins développé et reste aujourd'hui une des principales thématiques d'activité. En effet, sur les 5000 consultations effectuées par an, 50% sont motivées par des céphalées.

2- Critères d'inclusion et d'exclusion

Le recrutement des patients a été fait à partir des demandes de première consultation auprès du CETD du CHU de Bordeaux à partir du dossier douleur rempli par tous les patients.

Critères d'inclusion :

- Diagnostic présomptif de migraine à l'autoquestionnaire validé (84)
- Diagnostic présomptif de CAM à l'autoquestionnaire validé (85)

Critères d'exclusion :

- Autre diagnostic douloureux
- Patients ne maîtrisant pas la langue française

3- Chronologie et modalités d'organisation du déroulement de l'étude

Le recueil des données a eu lieu d'avril 2015 à juin 2016.

Démarche à suivre pour une demande de consultation :

- 1- Demande par écrit ou téléphonique du patient au secrétariat du CETD
- 2- Envoi par le secrétariat au patient d'un dossier à remplir. Ce dossier contient des renseignements administratifs, l'évaluation de l'intensité de la douleur, les examens complémentaires déjà réalisés, les traitements en cours et antérieurs ainsi que leurs effets, un schéma des localisations douloureuses et les questionnaires de diagnostic présomptif de migraine et de CAM (annexe 1) ainsi que le questionnaire HAD (annexe 2). Il est demandé de joindre à ce dossier un courrier du médecin orientant le patient.
- 3- Réception du dossier au CETD et lecture par le médecin coordinateur de la structure.
- 4- Proposition de rendez-vous pour la séance d'information en groupe si le patient correspond aux critères d'inclusions par le biais d'une convocation écrite (annexe 3).

Les patients étaient convoqués pour une séance d'information en groupe dans la limite de 25 patients. Les demandes suivantes étaient affectées au groupe suivant. Il était proposé à chaque patient de venir accompagné d'un proche à la séance.

Une semaine avant la date de la réunion, les patients étaient tous contactés par téléphone afin de confirmer leur venue.

A la fin de la séance d'information en groupe, la convocation pour la consultation médicale et un agenda des céphalées étaient remis aux patients.

La présence à cette séance d'information n'était pas obligatoire mais recommandée. Si un patient ne pouvait se rendre à la séance, la convocation pour la consultation avec le médecin lui était envoyée à son domicile.

Le schéma du parcours de soins du patient est représenté dans la figure 1.

Chronologie des évaluations :

- A la fin de la séance groupale il était demandé aux patients de remplir les questionnaire MIDAS et PCS (Pain Catastrophizing Scale) ainsi qu'une échelle de satisfaction et des renseignements administratif (annexe 4a).
- Lors de la première consultation médicale, il était demandé aux patients de remplir à nouveaux les questionnaires MIDAS et PCS.

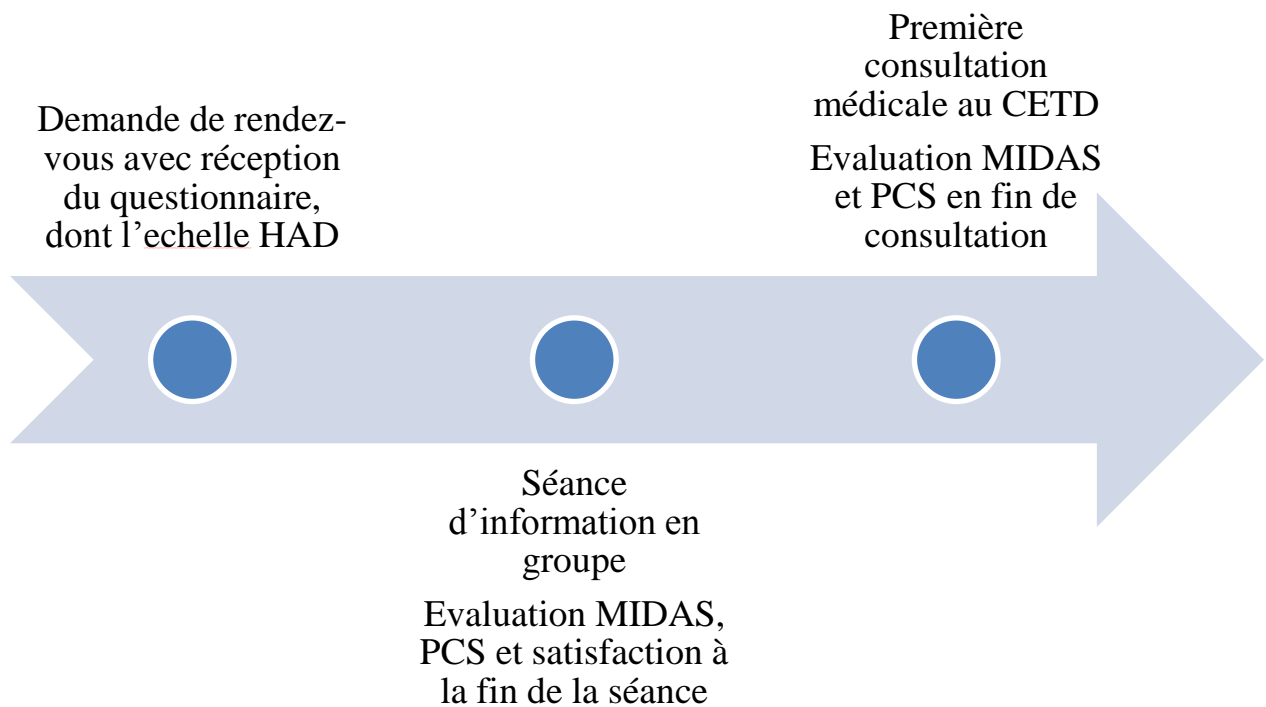


Figure 1 : parcours du patient lors d'une première demande de consultation pour le motif migraine ou CAM au CETD

4- Déroulement de la séance

Les séances se sont déroulées à un rythme de une tous les mois ou tous les deux mois. Elles avaient lieux sur le site de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux, en amphithéâtre. Elles ont réuni à chaque fois entre 20 et 40 personnes, chaque patient pouvant venir accompagner d'un proche s'il le souhaitait.

Les séances étaient basées sur une co-animation par deux médecins algologues (soit neurologue, soit assistant spécialiste) dont un psychiatre, tous deux exerçant au CETD. La séance s'appuyait sur un support Powerpoint, identique à chacune des séances, qui a été co-construit entre psychologue et médecin de la douleur au sein de la structure.

Les patients y recevaient des informations concernant :

- Le mode de fonctionnement d'une structure douleur
- La définition de la douleur chronique maladie, avec l'impact de ses retentissements, nécessitant eux aussi une évaluation et une prise en charge
- Les définitions des différentes céphalées (migraine, céphalées de tension, CAM), les différentes thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses proposées dans le cadre de la structure douleur
- Les liens entre émotions et douleur
- Le bénéfice apporté par l'évaluation par un psychologue ou un psychiatre

Les patients et les accompagnants étaient libres de poser des questions en cours de présentation. Il était cependant demandé de ne poser que des questions générales et non directement personnelles. En fin de présentation une partie question-réponse était organisée. Les séances duraient entre 1h30 et 2h00.

A la fin de la séance deux questionnaires étaient distribués à tous les patients présents : MIDAS et PCS. Ces deux questionnaires étaient remplis sur place puis directement remis aux présentateurs. Un questionnaire de satisfaction par une échelle de Lickert à 4 points était distribué et rempli dans le même temps.

5- Mesures effectuées :

a. Echelle de dramatisation : Pain Catastrophizing Scale (PCS) (annexe 4b)

Auto-questionnaire élaboré par Sullivan et al. en 1995, le temps de passation est évalué à 5 minutes (86). Le résultat se décompose en trois sous-catégories : rumination, amplification, impuissance.

Les intitulés des sous-catégories sont définis comme les pensées suivantes de la part du patient :

- Rumination : « je ne peux m'empêcher de penser à quel point ça fait mal »
- Amplification : « je me demande si quelque chose de grave va se produire »
- Impuissance : « c'est terrible et je sens que c'est plus fort que moi »

Ces trois catégories représentent des éléments de la pensée catastrophiste. La catégorie de la rumination correspond au blocage du patient sur lui-même et sa douleur, l'amplification à une anticipation limitant la réalisation d'activité et l'impuissance entraîne un immobilisme. Ils sont pertinents à évaluer indépendamment les uns des autres (43). Ils correspondent à des mécanismes d'actions dans l'environnement par rapport à la douleur de la part des patients. Ces éléments sont pourvoyeurs d'un retentissement plus important de la douleur (42). Dépister ces trois axes en plus de la présence de pensées catastrophiques permet de pouvoir orienter la prise en charge à la situation spécifique du patient (83).

Le score total est composé de 13 items, côté chacun de 0 à 4. Il varie donc de 0 à 52.

Le score de rumination varie de 0 à 16, celui d'amplification de 0 à 12 et celui d'impuissance de 0 à 24.

Un score total supérieur à 30, correspondant au 75^{ème} percentile, est considéré comme un niveau significatif de catastrophisme (49).

Pour les sous-scores les valeurs seuils sont de 11 pour la rumination, 5 pour l'amplification et 13 pour l'impuissance.

Il possède une forte cohérence interne avec un indice de Cronbach à 0,87 pour le score globale, 0,87 pour le score de rumination, 0,66 pour le score d'amplification et 0,78 pour le score d'impuissance (86). Il existe une version française validée de ce test produite par Sullivan (86). Elle est utilisée dans plusieurs études afin de mesurer le catastrophisme (44, 68, 73) dans le cadre des céphalées chroniques.

Il s'agit de la seule échelle validée et largement utilisée dans la littérature permettant une évaluation uniquement du catastrophisme. D'autres échelles évaluant la dépression, le coping ou l'anxiété intègrent parfois le catastrophisme mais ne permettent pas d'évaluer l'impact seul du catastrophisme.

b. Handicap engendré par la migraine : Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) (annexe 4c)

Auto-questionnaire multidimensionnel décrit en 2001 (18). Il permet de mesurer les répercussions des migraines dans les domaines de l'activité professionnelle, domestique et non professionnelle. Il permet une évaluation de la perte de productivité due aux migraines. Il est composé de 5 questions, portant sur les trois derniers mois de vie du patient. Le score total correspond à un nombre de jours de perte de productivité qui est classé en 4 grades, de peu sévère à extrêmement sévère.

- Grade 1 : de 0 à 5 jours
- Grade 2 : de 6 à 10 jours
- Grade 3 : de 11 à 20 jours
- Grade 4 : plus de 21 jours

Il s'agit d'un test fiable, largement utilisé dans la littérature. Il existe en version française validée de ce test (87).

Il est utilisé dans différentes études évaluant l'intérêt des prises en charge de groupe dans les céphalées (26, 27, 63).

c. Echelle d'anxiété et de dépression : Hospital and Anxiety Depression Scale (HAD) (annexe 2)

Auto-questionnaire décrit en 1983 par Zigmond et Snaith (88), il est composé de 14 items, 7 traitant de l'anxiété, et 7 de la dépression. Chaque item est coté de 0 à 3 points. Le score total est obtenu en additionnant les scores pour chacun des 7 items traitant de l'anxiété d'une part et chacun des 7 items traitant de la dépression d'autre part.

Les scores varient de 0 à 21 points pour les deux évaluations.

Un score entre 8 et 10 révèle un trouble anxieux ou dépressif probable. Un score supérieur à 10 révèle un trouble anxieux ou dépressif certain.

Le temps de passation est compris entre 2 et 6 minutes.

Il possède une cohérence interne forte avec un indice de Cronbach pour l'anxiété entre 0.80 et 0.93 et pour la dépression entre 0.81 et 0.90 (89). Il existe une version française validée par Lépine de ce test (90).

Il s'agit d'un test court permettant le dépistage des deux co-morbidités psychiatriques qui sont la dépression et l'anxiété.

d. Satisfaction des patients (annexe 4d)

Par une échelle de Likert à 4 points variant de 1 : pas du tout satisfait(e) à 4 : complètement satisfait(e).

6- Analyse des données

La récupération des données a été faite sur tableur Excel.

Le traitement des données du questionnaire de satisfaction a été réalisé par tableur Excel.

L'analyse des données des scores MIDAS et PCS a été réalisée par le biais du site internet biostatgv (91) réalisant les calculs à l'aide du logiciel de statistique R. Le site a été développé conjointement par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'université Pierre et Marie Curie.

Le nombre d'individus évalués par l'échelle MIDAS était inférieur à trente. Cette population ne pouvait pas être considérée comme suivant une distribution normale. Les analyses ont été réalisées par un test non paramétrique, le test des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons appariés. Le test a porté à la fois sur le nombre de jours d'invalidité et sur le grade de sévérité.

Pour les scores de la PCS, le test t de Student pour séries appariées a été utilisé.

Le choix des tests et les analyses ont été réalisés avec l'aide de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED).

III. Résultats :

1- Population

D'Avril 2015 à Juin 2016 213 patients ont été convoqués pour participer aux groupes mis en place concernant les céphalées chroniques.

196 patients sont venus. Les patients qui ne sont pas venus ont déclaré des problèmes quant à la distance à parcourir et préféraient ne faire le trajet que pour la première consultation médicale.

153 PCS correctement rempli ainsi que 111 MIDAS correctement rempli ont été récupéré lors des 9 séances.

187 questionnaires de satisfaction ont été récupérés.

Lors des premières consultations médicales, 52 questionnaires PCS ont été récupéré. Parmi ceux-là, 3 n'avaient pas d'évaluation lors de la réunion groupale. L'analyse a donc portée sur 49 patients.

Concernant les MIDAS, 54 ont été récupérés lors des premières consultations médicales. Parmi ceux-là 30 n'avaient pas d'évaluation lors de la réunion groupale. L'analyse a donc portée sur 24 patients.

Les données sont résumées dans le tableau IV.

Tableau IV : description du nombre de sujets et du nombre de questionnaires récupérés aux différentes étapes

	Nombre
Patients convoqués	213
Patients venus	196
MIDAS rempli à la réunion groupale	114
PCS rempli à la réunion groupale	153
MIDAS rempli à l'issue de la première consultation médicale	46
PCS rempli à l'issue de la première consultation médicale	54
MIDAS rempli aux deux étapes	24
PCS rempli aux deux étapes	49

Il y avait 84% (165 patients) de femmes et 16% (31 patients) d'hommes parmi les venus. L'âge moyen était de 42 ans, avec une médiane à 43 ans.

25 patients (12%) présentaient un score HAD supérieur à 10 pour la dépression, et 57 (29%) un score HAD supérieur à 10 pour l'anxiété.

Sur les 111 patients ayant rempli le questionnaire MIDAS initialement, 62 soit 54% étaient classés dans le grade 4 correspondant à la sévérité maximale (données du tableau V).

Le tableau VI montre la sévérité des patients par rapport au grade MIDAS.

Tableau V : description des caractéristiques de la population ayant participé aux séances d'information en groupe

	Nombre de patients
Femmes	165
Hommes	31
Age	42 (min : 18 ; max : 78)
Midas > 4	62 (55%)
HAD dépression > 10	25 (12%)
HAS anxiété >10	57 (29%)

Tableau VI : répartition des patients par rapport au grade de sévérité lors de l'évaluation à la séance d'information en groupe

Grade MIDAS	Nombre de patients
I	21
II	6
III	25
IV	62

2- Chronologie

Le délai entre la réception du questionnaire et la participation au groupe était en moyenne de 60 jours avec un délai minimum de 14 jours et un délai maximum de 181 jours.

La consultation médicale intervenait dans un délai de 83 jours en moyenne avec un délai minimum de 4 jours et maximum de 218 jours.

La chronologie est résumée dans la figure 2.

Délai moyen entre chaque étape

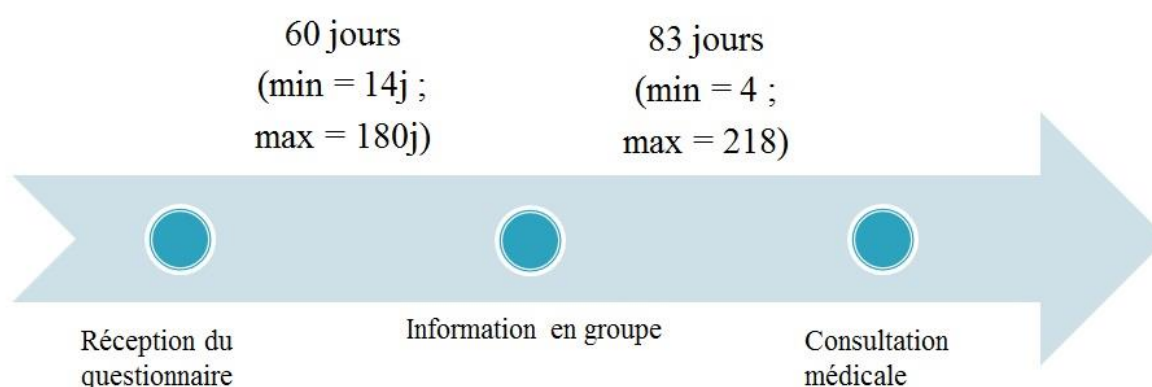


Figure 2 : délais moyen en jours des étapes du parcours du patient

3- Analyste statistique

a. Satisfaction des patients

La moyenne de satisfaction est de 3.48 avec une médiane à 3.5 sur une échelle de Lickert à 4 points de minimum à 1 et maximum à 4.

b. Perte de productivité

24 patients ont remplis les questionnaires au moment du groupe puis lors de la consultation médicale.

Deux analyses ont été réalisées, en fonction du nombre de jours d'invalidité et en fonction du grade de sévérité :

- En considérant le nombre de jours d'invalidité, $p : 0.9$

Le résultat n'est pas significatif. 14 patients ont eu une diminution du nombre de jours d'invalidité, 6 patients une augmentation, et 4 patients n'ont pas eu de changement.

- En considérant le grade de sévérité, $p : 0.66$.

5 patients ont eu une amélioration du grade de sévérité, 3 ont eu une augmentation et 16 n'ont pas changé de grade.

c. Catastrophisme

Dans le groupe de patient convoqués à la séance et ayant correctement rempli la première évaluation par la PCS, il y avait 119 patients sur 153 (77%) qui présentaient un score significatif (supérieur à 20) pour le catastrophisme.

Dans le groupe de patients ayant deux évaluations complètes, 40 patients sur 49 (81%) présentaient un score significatif de catastrophisme défini par une valeur totale supérieure à 20 au moment du groupe.

Les résultats sont présentés dans le tableau VII.

Concernant le score global :

Il a été retrouvé une baisse statistiquement significative du score global. Il a diminué d'en moyenne 2,69 points sur un total possible de 52.

Concernant les sous scores :

Il a été retrouvé une baisse significative du sous-score d'impuissance. Il a diminué d'en moyenne 2,10 points sur un total possible de 24.

Les autres scores n'ont pas variés significativement.

Tableau VII : analyse à l'aide d'un test t de Student pour série appariés avec un seuil de 5% sur les résultats du score PCS

	Moyenne de la variation / score maximum	p	IC 95 % †
Global	-2,69/52	0,04*	0,18 ; 5,21
Rumination	-0,63/16	0,272	-0,51 ; 1,77
Amplification	+0,04/12	0,930	-0,97 ; 0,89
Impuissance	-2,10/24	0,0014*	0,85 ; 3,34

* : $p < 0,05$

† : Intervalle de Confiance à 95%

IV. Discussion :

1. Contexte

Actuellement les structures de prise en charge de la douleur chronique en France présentent des délais d'attentes de 13 (+/-13) semaines (5). Une des réponses a été de mettre en place des filières d'urgences. D'après une enquête de la SFETD en 2014, 83% des structures douleurs ont mis en place une filière d'accès aux soins plus rapide. Les moyens d'accès aux soins plus rapide étaient, par ordre de fréquence : le filtrage par pathologie, selon la demande du médecin adresseur orientant le patient, par un numéro de téléphone spécialement dédié. Cela concernait surtout les patients atteints de douleurs d'origine cancéreuse, le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de moins de 6 mois, les âges extrêmes, les situations sociales préoccupantes (8). Cette méthode peut être pertinente pour quelques pathologies mais ne concerne qu'une faible proportion des demandes de consultation auprès d'une structure douleur. Afin d'améliorer les délais d'attente il faut trouver d'autres solutions.

Il paraît possible de tirer bénéfice de ce temps d'attente pour y intégrer un premier échange informatif avec le patient et de l'intégrer dans la prise en charge des patients douloureux chronique, en particulier dans le cadre des céphalées chroniques.

Dans cette étude pilote, nous avons voulu étudier l'impact sur le catastrophisme et sur la perte de productivité d'une séance d'information en groupe, chez des patients migraineux consultant dans une structure douleur.

On constate que la population étudiée diffère de la population générale. En effet 55% des patients ont un grade MIDAS de 4. Dans la population générale en France, 12% seulement ont un grade de 3 ou 4 (17). La population évaluée dans cette étude est sévère, ce qui correspond à la réalité d'autres centres (26, 27, 63).

2. Limites de l'étude

Une des limites est l'absence de groupe contrôle. Pour des raisons logistiques il a été décidé de proposer les réunions de groupe à tous les patients dont le diagnostic avait été validé par les auto-questionnaires.

L'absence de groupe contrôle constitue un biais qui pourra être corrigé lors de nouvelles investigations. Cependant, l'évaluation de l'impact d'une technique non médicamenteuse ne répond pas aux mêmes exigences que celles d'une technique médicamenteuse. Il existe d'autres paramètres à évaluer, tels que ceux correspondant aux acteurs de la technique, sa mise en place pratique, les informations réellement transmises et sur quel mode.

La description des compétences des intervenants et du contenu précis de leurs interventions sont plus particulièrement des éléments clefs.

Des paramètres qualitatifs d'évaluation doivent également être mis en place. Ces paramètres permettent d'évaluer plus précisément les mécanismes en jeu dans les modifications observées.

Dans le cadre de l'évaluation d'une intervention non médicamenteuse la seule modification du critère de jugement principal n'est pas suffisante. Dans un but de compréhension et de reproductibilité, les interactions et les mécanismes en jeu au cours de l'intervention doivent pouvoir être expliqués.

Pour ces raisons le modèle de l'étude randomisée contrôlée en aveugle n'est pas le modèle le plus performant. Des protocoles suivant les recommandations Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) permettent d'harmoniser les recherches entre les différentes équipes (92) et devront être appliquées à de futures recherches.

Le remplissage des questionnaires en fin de séances constitue une autre limite. Dans cette étude pilote les questionnaires étaient remplis par les patients à la fin de la séance d'information groupale puis à la fin de la consultation médicale individuelle. Il est possible que les informations données à ces moments aient déjà modifié les évaluations faites par les patients. Cette organisation permet de ne pas retarder le début de la séance. Elle représente un biais de méthode. Dans une future étude prospective comparative, les évaluations devraient être réalisées toujours au même moment, avant le groupe et avant la consultation médicale individuelle.

Les résultats de l'échelle MIDAS sont statistiquement non significatifs, que ce soit en analysant les grades de sévérité ou le nombre de jours. Un élément explicatif est que le nombre de sujets ayant correctement rempli les questionnaires aux deux moments d'évaluation soit insuffisant. Il est statistiquement plus facile de mettre en évidence une différence qui existe avec un nombre de sujet plus important. Il est possible qu'une différence existe mais qu'elle n'ait pas été mise en évidence ici.

3. Catastrophisme et douleur

Il existe 4 composantes à la douleur (93) :

- Sensori-discriminative
- Emotionnelle
- Cognitive
- Comportementale

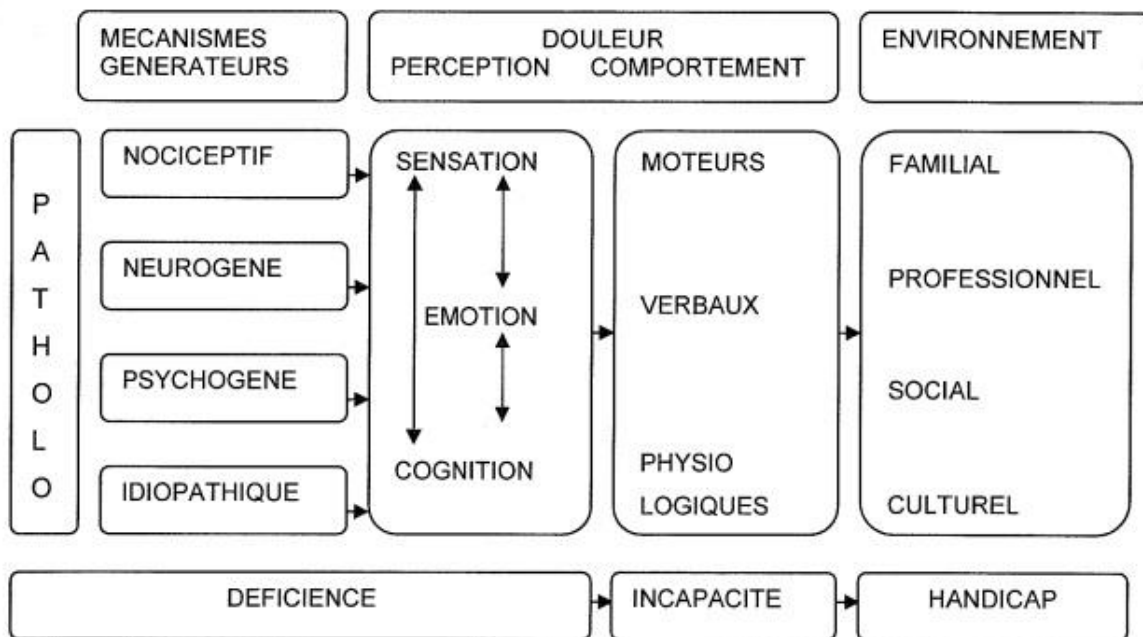
Ces quatre éléments ne sont pas distincts mais interagissent entre eux. La dimension affective de la douleur résulte de sentiments de déplaisir et d'émotions associés à la douleur.

Le modèle multidimensionnel de la douleur, décrit en France par Boureau (94) décrit les interactions entre ces composantes (figure 3).

La pensée catastrophique est définie comme « un ensemble de pensées négatives amenées à l'esprit durant l'expérience actuelle ou anticipée de la douleur » (49). Elle peut être pré-existante chez le patient, avant son vécu douloureux.

Plusieurs études (43, 46, 47) montrent qu'un tel mécanisme entraîne une majoration du ressenti de la douleur, une plus grande résistance aux traitements médicaux, et une consommation plus importante du système de soins (49).

Figure 3 : modèle multidimensionnel de la douleur d'après Bourreau (94)



Le catastrophisme agit au niveau des émotions, des cognitions et des sensations. C'est un facteur indépendant de l'anxiété ou la dépression (42, 43). Il peut notamment modifier le ressenti de la douleur et représente un axe à dépister et à prendre en charge dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique (43, 44, 46, 47).

Il en résulte que le patient catastrophiste répond moins bien aux traitements mis en place (43, 47). Prendre en charge le catastrophisme en association avec la douleur est un moyen d'optimiser la réponse aux traitements qui seront proposés lors des consultations médicales.

La prise en charge du catastrophisme peut se faire par l'aide de différentes techniques (49). Les TCC en modifiant les comportements des patients par rapport au stimulus douloureux sont une option. Les thérapies telles que la méditation en pleine conscience et ACT permettent de lutter contre les pensées catastrophistes.

La reconnaissance de ces pensées par le praticien permet de mieux les cibler. Inclure les patients dans un programme de prise en charge pluri-disciplinaire, notamment avec des prises en charge de groupe, améliore les capacités de coping et permet de rompre l'isolement des patients. Ces éléments permettent de faire diminuer le catastrophisme (49, 95).

Dans notre étude, l'analyse de la variation des scores de la PCS montre une baisse statistiquement significative de ce score. Cela s'interprète comme une baisse du catastrophisme dans les suites de la séance d'information en groupe.

La baisse du score est surtout le fait d'une diminution du sous-score d'impuissance, les deux autres sous scores ne variant pas significativement.

Le sentiment d'impuissance est une part importante des pensées catastrophistes qui immobilise le patient dans l'évolution de sa maladie.

Lors de la séance de groupe, le patient est mis en contact avec d'autres individus dans la même situation que lui. Une des bénéfices d'une telle démarche est de rompre l'isolement du patient et favoriser la part active du patient (56, 57).

Un des apports du groupe est de favoriser le sentiment et la capacité de contrôle de la douleur.

Il paraît alors intéressant de diminuer le catastrophisme des patients afin pouvoir faire évoluer leur comportement par rapport à la douleur chronique.

4. Explications possibles quant à la baisse du catastrophisme

Plusieurs mécanismes peuvent expliquer la baisse du catastrophisme observée chez les patients dans cette étude. Ils découlent d'éléments présentés lors de la réunion qui concerne la présentation de la structure, le modèle bio-psycho-social et les avantages d'un échange vers un groupe.

- Travail sur les représentations :

Chaque patient conçoit le CETD d'une certaine manière que ce soit sur l'aspect physique ou sur le mode de prise en charge qui va être mis en place. Ces représentations, créées par le patient, lui sont personnelles et sont plus ou moins proches de la réalité. Ceci permet au patient de construire des attentes par rapport à sa prise en charge future.

Au moment de la première consultation médicale, ces représentations sont confrontées à la réalité de la structure. Un écart trop grand entre les attentes et la réalité peut être à l'origine d'une souffrance, même si la prise en charge est considérée comme de bonne qualité.

L'information délivrée lors de la réunion de groupe sur le schéma de prise en charge, sur le fonctionnement du CETD, sur les soignants présents dans la structure permet de réduire l'écart entre les représentations et la réalité.

Le schéma de prise en charge devient alors un objet concret pour le patient dans lequel il pourra se projeter comme acteur.

- Changement de paradigme :

Le modèle de la douleur aiguë diffère de celui utilisé pour la prise en charge de la douleur chronique. Il est important que patients et soignants partagent le même modèle afin de pouvoir se comprendre et occuper chacun sa place au sein du parcours de soins.

La douleur aiguë est un signal d'alerte pour l'organisme. Elle correspond à un danger, réel ou potentiel, pour l'organisme. Elle est le plus souvent prise en charge et interprétée sur un modèle biomédical de causalité linéaire, dit modèle pasteurien, à la fois par les patients et les soignants. L'origine de la douleur est souvent unique, rapidement identifiée et traitée par une méthode médicamenteuse. Ce modèle comprend une cause unique à un problème et une solution également unique.

La douleur chronique a perdu ce rôle d'avertissement. Elle évolue sans rapport avec la pathologie causale initiale parfois retrouvée. Ses implications ne sont pas seulement douloureuses mais touchent de nombreux domaines de la vie des patients. La prise en charge du syndrome douloureux chronique fait appel au modèle bio-psycho-social. Cela implique que les thérapeutiques à mettre en place pour une douleur chronique ne sont pas celles d'une douleur aiguë.

Le modèle bio-psycho-social doit être présenté aux patients afin de pouvoir en comprendre les avantages et la pertinence de son application au syndrome douloureux chronique.

La réunion de groupe permet de présenter ce modèle aux patients ainsi qu'aux proches présents. Le changement de modèle de prise en charge entraîne une meilleure implication des patients dans leur prise en charge. Soignants et patients partagent le même modèle de soins ce qui renforce leur relation.

La présentation de ce modèle permet une meilleure compréhension du patient de la thérapeutique qui va être mise en place.

Il est primordiale pour le patient de comprendre le modèle de prise en charge afin de pouvoir adhérer au projet thérapeutique qui lui sera proposé.

- Aspect pédagogique :

La forme de la réunion a une importance. Les patients et les proches constituent un groupe qui fait face aux deux médecins animant la séance. Des questions-réponses existent mais le mode principal est celui d'une transmission de connaissances des médecins vers les patients et leurs proches présents.

Comme dans de nombreuses pathologies chroniques il est efficace de placer le patient dans un rôle d'acteur. Ce rôle ne peut être efficace qu'avec l'apport de connaissances suffisantes sur la pathologie et sur les thérapeutiques en place pour le patient (60).

La pédagogie est importante dans ce cadre et permet de répondre à une demande des patients douloureux chronique (58).

Les connaissances à propos du retentissement du syndrome douloureux chronique, des effets délétères de la surconsommation de traitement de crise, de l'intérêt d'une évaluation psychologique est réalisé au cours de la séance.

- Transfert d'informations à un groupe :

Lors d'une consultation classique, l'échange se fait entre un médecin et un patient. Les phrases prononcées par le médecin ont pour unique destinataire le patient, et inversement.

Dans cet échange duel les notions tels que l'abord émotionnel de la douleur peuvent être à l'origine de mécanismes de rejets de la part des patients. Le risque est alors de nuire à la qualité de la conversation, le patient pouvant se sentir personnellement visé par certaines paroles.

Certaines paroles sont plus facilement énonçables à un groupe qu'un individu isolé puisque que prononcé sur un mode pédagogique sur la base de généralités qui ne ciblent pas un patient.

Devant le groupe les informations ne sont pas à destination d'un individu. Le patient est donc moins à risque de se sentir visé et met en place moins de mécanismes de défenses. Les éléments difficilement énonçables en individuel sont alors plus facilement acceptés par le patient.

Les patients rencontrent lors de la séance d'autres individus présentant les mêmes symptômes et confrontés aux mêmes problématiques qu'eux. Ils peuvent alors sortir de l'isolement dont ils souffraient auparavant. Les questions posées par un individu sont souvent présentes dans l'esprit d'autres patients. Il est alors possible pour les patients de s'identifier à d'autres individus et donc de remobiliser des capacités d'adaptation.

5. Satisfaction

Le recueil des questionnaires de satisfaction des patients montre un résultat de 3,48 en moyenne, avec une médiane à 3,5.

Le retour, subjectif, des patients lors de la consultation médicale qui suit est également positif.

Parmi les remarques des patients on retrouve :

" Ça a répondu à plusieurs de mes questions "

" C'est un premier contact intéressant "

" J'ai enfin rencontré des gens qui parlent le même langage que moi "

Les patients adhèrent à ce type de premier contact, conscient des efforts mis en place pour initier une prise en charge avant même la première consultation. Cela permet de renforcer l'alliance thérapeutique lors des consultations qui suivent. Ce d'autant plus qu'une relation médecin-patient satisfaisante est primordial dans le contexte de pathologie chronique.

La demande d'information fait partie des points d'amélioration demandés par les patients (58).

Le partage des connaissances permet d'améliorer la relation de confiance avec des patients souvent perdu dans une errance médicale, avec peu de points de repère. Ils prennent conscience lors de la séance des efforts réalisés par les soignants de la structure pour améliorer leur prise en charge.

La satisfaction est également présente du côté des soignants. Le lien créé facilite la ou les consultations médicales qui suivent. Les aspects d'organisation, l'explication de l'abord émotionnel de la douleur étant déjà acquis, du temps d'évaluation d'autres domaines est libéré au moment de la consultation.

6. Éléments subjectifs

Ils sont partagés par l'ensemble des médecins participants à la prise en charge.

Il est remarqué que la place du psychiatre au sein de la prise en charge est mieux acceptée par les patients.

L'abord émotionnel de la douleur chronique est plus facilement abordé par les patients. Sur ce point, certains patients ont déjà débuté un travail d'élaboration et arrivent avec des attentes particulières par rapport à la consultation avec le psychiatre. Ils mettent également en place moins de mécanismes de défense, ce qui facilite la rencontre avec le psychiatre.

Les psychiatres de l'équipe notent une diminution de l'absentéisme à leur consultation.

L'apprentissage du mode de fonctionnement permet une meilleure coordination du travail et une meilleure acceptation de l'abord psychologique de la douleur. Le parcours de soins, au sein du CETD et en dehors, est mieux compris par les patients qui y adhèrent mieux. La prise en charge avec les différents intervenants en est fluidifiée.

Il existe aussi une satisfaction du côté des soignants. La première consultation est facilitée, de nouveaux domaines peuvent être évalués puisque les aspects d'organisation, du retentissement émotionnel, l'évaluation globale, la surconsommation médicamenteuse et son effet délétère sont déjà au moins en partie intégrés par le patient.

7. Application en médecine ambulatoire

Un des premiers points d'information délivrée lors de la séance est la clarification de la place du CETD au sein du parcours de soin du patient.

Le médecin traitant reste le pivot central de ce parcours de soins et est l'interlocuteur principal du patient. C'est lui qui connaît le mieux les antécédents et les différents événements de vie du patient et qui est donc le plus à même d'orienter, de conseiller et de traiter le patient.

Les thérapeutiques proposées au sein du CETD ne se substituent pas à la prise en charge par le médecin traitant mais s'intègre dans une prise en charge globale et pluri-disciplinaire. Le CETD a un rôle d'évaluation par rapport à une situation complexe nécessitant l'intervention de différents intervenants.

Il est donc important de continuer à développer les liens existant entre les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients.

Il est également important de préciser au patient le mode de fonctionnement, qui peut paraître complexe à un œil extérieur.

La prise en charge des céphalées chroniques ne repose pas uniquement sur une prise en charge hospitalière. Par exemple, le sevrage en traitement de crise (quand une surconsommation existe) ne nécessite que peu fréquemment une hospitalisation. La prise en charge ambulatoire, pour une efficacité comparable, est souvent moins coûteuse (96).

D'après Smith et al. plusieurs séances d'informations sont efficaces sur la fréquence des crises et sur le retentissement émotionnel en soins primaires (62). Il est alors important de pouvoir adapter la prise en charge des patients le plus précocement possible.

L'information des patients sur leurs pathologies et leurs prises en charge fait désormais partie du cadre légal de la prise en charge médicale (4) et correspond à une demande légitime de la part des patients.

La concrétisation de cette demande est chronophage pour le praticien. Ce temps peut alors être pris au dépend d'autres consultations dans des plannings de consultations déjà chargé. Il y a donc intérêt à développer d'autres méthodes d'informations en dehors du binôme médecin-patient.

L'avantage des réunions de groupe est qu'elles permettent de toucher un grand nombre d'individus dans un même temps.

Dans ce contexte, des réunions d'information en groupe, sur le même type que celles présentées précédemment, au sein d'une maison de santé dans le cadre de soins primaires pourraient être opportunes.

Cela permettrait de toucher un grand nombre de patients en impliquant un nombre plus limité de soignants. Il existe de plus une certaine proportion de patients migraineux qui ne consultent plus leur médecin généraliste au sujet des migraines, étant persuadés qu'il n'existe pas de thérapeutique efficace (15). La présence de ce type de présentation pourrait permettre de leur redonner confiance dans une amélioration de leur état clinique et peut les rediriger vers le système de soins.

Cela permet également de prendre en charge ces patients migraineux plus précocement, avant l'installation de retentissements que peuvent avoir les patients atteints de douleurs chroniques

8. Dans l'avenir

De nouvelles études doivent être réalisées afin de mieux préciser les mécanismes d'action et préciser l'efficacité, c'est-à-dire l'effet du groupe sur la pathologie présentée par le patient, et l'efficience, c'est-à-dire son impact rapporté au contexte économique, d'une telle prise en charge.

Evaluer l'efficacité impose l'existence d'un groupe contrôle qui devra être mis en place. Lors de ces évaluations un changement d'échelle pour le retentissement sur les activités pourrait être bénéfique. En effet le MIDAS, s'il est largement utilisé dans la littérature, est une échelle complexe à remplir pour le patient de manière précise, d'autant plus dans le contexte long d'une séance d'information en groupe. Les nombreuses évaluations manquantes lors de cette étude reflètent cela. Un changement d'échelle peut alors permettre de diminuer le nombre de perdus de vues et donc d'augmenter la puissance de l'étude.

Il paraît également utile d'évaluer le coût financier de ces prises en charge. La réalisation du support visuel de la séance a été réalisée en coopération entre médecin de la douleur et psychologue. Une fois le support réalisé, le temps médical consacré correspond au temps de présence et d'animation de la séance. Ce temps de présence, de deux médecins à la fois, a un coût. Ce coût existe également dans le cadre d'une consultation classique.

Cependant, afin de toucher les 20 patients que peut compter une séance d'information groupale décrite dans cette étude, il suffit de deux médecins pendant deux heures.

Délivrer la même information au cours de consultations classique mobilisera ces deux médecins pendant 20 fois la durée de leurs consultations respectives.

Il existe à ce niveau une baisse de la consommation de temps de présence soignant. Du point de vue de la société, cela correspond à une économie financière. En effet le financement du temps médical est plus faible ou peut être orienté vers d'autres actions.

De plus certaines études ont montrées une diminution du nombre de consultations médicales suite à des prises en charges de groupe dans le cadre de céphalées chroniques (26, 72). Il est possible que la réalisation d'une séance d'information groupale permette de diminuer le nombre de consultation, au sein du CETD et auprès du médecin généraliste, pour le motif céphalée. Cela correspond à une deuxième source potentielle d'économie pour le système de santé.

L'évaluation économique des prises en charge de groupe est importante à évaluer au niveau du patient, de la structure qui les réalise et au niveau de la société.

La mission de soins médicale se comprend désormais dans un modèle économique de plus en plus contraignant. D'un élément à prendre en compte dans la prise de décision, la question économique pourrait tendre à devenir vecteur quasi unique de choix, parfois en contre sens de la pertinence médicale. Ce changement du mode de prise de décision peut être source d'incompréhension et d'inconfort pour les soignants.

Dans ce contexte il est important de considérer les enjeux économiques d'une prise en charge de groupe sur le plan sociétal. A cette échelle, il peut être bénéfique de proposer une prise en charge plus intensive dans un premier temps si elle est suivie d'une diminution des dépenses à moyen ou long terme.

C'est une possibilité apportée par l'ajout d'une prise en charge de groupe en amont de la première consultation médicale. Elle permet au patient de tirer un bénéfice plus grand de sa prise en charge au CETD. Il est espéré une baisse des consultations médicales après la première consultation médicale pour le motif céphalée ainsi qu'une baisse de la consommation médicamenteuse.

Ces éléments doivent être évalués plus précisément afin de mieux connaître les impacts économiques réels pour la société et le système de soins qu'elle finance. Le niveau sociétal doit être évalué en plus du niveau local hospitalier pour permettre une vision globale. Ils devront donc faire l'objet de points d'analyse de prochaines études.

Ces études évaluant des interventions non médicamenteuses demandent des protocoles d'évaluation particuliers respectant les recommandations IMMPACT (92).

V. Conclusion :

Les délais d'attente des structures douleurs représentent un élément important à améliorer, comme le signale les associations de patients.

Les douleurs chroniques regroupent plusieurs pathologies au sein desquelles les céphalées sont le troisième motif de consultation (7) et historiquement une thématique très développée au CHU de Bordeaux.

Dans cette étude pilote, prospective, descriptive, non contrôlée nous avons voulu étudier l'impact d'un nouveau schéma de prise en charge des patients atteints de céphalées chroniques. Cela a permis de montrer qu'il est possible d'initier la prise en charge des patients pendant les délais d'attente des structures douleur par le biais de séances d'information en groupe.

Ces séances permettent une meilleure coopération entre médecins et patients et rendent son rôle d'acteur à part entière au patient au sein de sa prise en charge.

L'information des patients ne concerne pas uniquement le dialogue duel au moment de la consultation. Cela est vrai pour les structures douleurs mais peut également se transposer dans le cadre des soins primaires.

Le médecin généraliste est le pivot central de la prise en charge des patients au sein d'un parcours de soins coordonné. Il est le premier contact des patients. C'est au sein de ces cabinets que le contact pourra être rétabli avec des patients en perte de confiance par rapport à la médecine. C'est également dans ce cadre qu'un suivi rapproché peut être mis en place, en association avec les évaluations proposées par une structure douleur proche. La prise en charge de ces patients chroniques doit se faire de manière globale et pluridisciplinaire en partenariat entre le patient, le médecin généraliste et la structure douleur.

De nombreux mécanismes psychologiques influencent la perception de la douleur, son retentissement et son évolution dans le temps.

L'implication du catastrophisme est actuellement reconnue comme un élément important à identifier et à prendre en charge. La diminution du score global de la PCS dans cette étude, surtout le fait de l'amélioration du sous-score d'impuissance, montre qu'il est possible de mobiliser les patients. Ils ont débuté des modifications dans leur rapport à la douleur et à son

évolution. Ils ont une meilleure confiance de leur rôle d'acteur au sein d'un parcours de soins afin de permettre une amélioration de leur état.

Il est possible de modifier le schéma de prise en charge habituel par le biais d'une séance d'information groupale en amont de la première consultation médicale. Ceci a des conséquences positives sur le catastrophisme et améliore la satisfaction des patients et des soignants.

VI. Bibliographie

- 1- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms, second edition. Task force on taxonomy of the international association for the study of pain. IASP press. Seattle, 1994.
- 2- Haute autorité de santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et l'orienter. 2008.
- 3- L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011, objectif 32 : douleurs chroniques ; 212-213
- 4- Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 5- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre blanc structures douleur en France. Prise en charge de la douleur chronique en France, 2015. Disponible sur : <http://www.sfetd-douleur.org/autres-productions>
- 6- Engel. The clinical application of the biopsychosocial model. J. Med. Philo. 1981;6(2):101-123
- 7- Haute Autorité de Santé. Douleurs chroniques : les aspects organisationnels. Le point de vue de structures spécialisées. 2009
- 8- SFETD. Les structures d'évaluation de la douleur en 2014 : points forts, points faibles et perspectives. Résultats de l'enquête. Accessible en ligne : <http://www.sfetd-douleur.org/enquetes-sfetd>
- 9- Direction générale de l'offre de soins. Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général d'avril 2013, les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique, 205-207.

- 10- Lampl C, Thomas H, Tassorelli C, Katsarava Z, Miguel J et al. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2016;17:59
- 11- Headache Classification Committee of the International Headache Society, the international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33:629-808
- 12- Haute Autorité de Santé, recommandations pour la pratique clinique - CCQ (Céphalées Chronique Quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge, Septembre 2004, www.has-sante.fr
- 13- Ferrari A, Coccia C, Sternieri E. Past, present and future prospects of medication overuse headache classification. *Headache*. 2008; 48(7):1096-102
- 14- SFMG, société française de médecine générale. OMC, observatoire de la médecine générale. Données en consultation pour : céphalées, prévalence par tranche d'âge. [en ligne]
- 15- Lantéri-Minet M, Massiou H, Nachit-Ouinekh F, Lucas C, Pradalier A, Radat F, et al. The GRIM2005 study of migraine consultation in France. Determinants of consultation for migraine headache in France. *Cephalalgia*. 2007;27(12):1386-97
- 16- De Diego EV, Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). *Cephalalgia*. 2005;25(3):184-90
- 17- Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lantéri-Minet M, et al. Prevalence and clinical characteristic of migraine in France. *Neurology*. 2002;59(2):232-237
- 18- Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 2001;56(6):20–28

- 19- Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2010;11:289-299
- 20- Lantéri-Minet M, Auray JP, El Hasnaoui A, Dartigues JF, Duru G, Henry P, et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain*. 2003;102(1-2):143-149
- 21- Wanner Schmid C, Maurer K, Schimid D, Alon E, Spahn D, Gantenbein A, et al. Prevalence of medication overuse headache in an interdisciplinary pain clinic. *J Headache Pain*. 2013;14(1):4
- 22- Begon M, Navez M, Cathebras P. Représentations et attentes des patients et médecins dans une consultation anti-douleur au CHU de Saint -Etienne. *Douleurs*. 2005 ; 6 : 63-71
- 23- Tiberghien-Chatelain F, Havet C, Piccand V, Balp L, Dovico C, Delacour JL, et al. Comment un réseau douleur régional peut-il améliorer la prise en charge des patients atteints de douleur chronique ? Discussion à partir des résultats d'une étude réalisée chez 166 patients pris en charge dans les structures douleur de Franche-Comté. *Douleurs*. 2008;9; 118-126
- 24- Données recueillis à partir des consultations au CETD du CHU de Bordeaux, année 2015.
- 25- Grandmottet B, Caussé C, Lestrade C, Cantagrel N. Epidémiologie de la douleur chez les sujets de plus de 75 ans vus dans un CETD. *Douleurs*. 2006;7(2):85-85
- 26- Rothrock JF, Parada VA, Sims C, Key K, Walters NS, Zweifer RM. The impact of intensive patient education on clinical outcome in a clinic-based migraine population. *Headache*. 2006;46(5):726-731
- 27- Matchar DB, Harpole L, Samsa GP, Jurgelski A, Lipton RB, Silberstein SD, et al. The headache management trial: a randomized study of coordinated care. *Headache*. 2008;48(9):1294-1310

- 28- Lanteri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant. *Rev Neurol.* 2013;169:14-29
- 29- Kristoffersen ES, Straand J, Ketvik KG, Benth JS, Russel MB, Lundpvist C. Brief intervention for medication overuse headache in primary care. The BIMOH study: a double blind pragmatic cluster randomized parallel controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2015;86(5):505-512
- 30- Munksgaard S., Jensen R. Medication overuse headache. *Headache.* 2014:1251-1257
- 31- Evers S, Jensen R. Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol.* 2011;18:1115-1121
- 32- Atasoy HT, Atasoy N, Unal AE, Emre U, Sumer M. Psychiatric comorbidity in medication overuse headache patients with pre-existing headache type of episodic tension type headache. *Eur J Pain.* 2005;9(3):285-91
- 33- Rigmor J, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol.* 2008;7:354-61
- 34- Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology.* 2000;54(2):308-313
- 35- Radat F, Henry P. Psychopathologie et céphalées. *Douleur analg.* 2000;13(3):143-147
- 36- Wei CB, Jia JP, Wang F, Zhou AH, Zuo XM, Chu CB. Overlap between headache, depression and anxiety in general neurological clinics; a cross-sectional study. *Chin med J.* 2016;129(12):1394-1399
- 37- Nimnuan C, Asawavichienjienda T, Srikiatkachorn A. Potential risk factors for psychiatric disorders in patients with headache. *Headache.* 2012;52:90-98

- 38- Turner J, Jensen M, Romano J. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*. 2000;85(1-2):115-125
- 39- Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology*. 2003;60(8):1308-1312
- 40- Penacoba-Puente C, Fernandez-de-las-Penas C, Gonzalez-Gutierrez JL, Miangolarra-Page JC, Pareja JA. Interaction between anxiety, depression, quality of life and clinical parameters in chronic tension type headache. *Eur J Pain*. 2008;12(7):886-894
- 41- Laroche F, Roussel P. Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives : fondements, efficacité, cas cliniques. Edition In Press, 2012
- 42- Sullivan JL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001;17(1):52-64
- 43- Sullivan JL, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp A. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*. 1998;77(3):253-260
- 44- Bond DS, Buse DC, Lipton RB, Thomas JG, Rathier L, Roth J et al. Clinical pain catastrophizing in women with migraine and obesity. *Headache*. 2015;55(7):923-933
- 45- Tripp DA, Stanish WD, Readon G, Coady C, Sullivan JL. Comparing postoperative pain experiences of the adolescent and adult athlete after anterior cruciate ligament surgery. *J Athl Train*. 2003;38(2):154-157
- 46- Bédard GB, Reid GJ, McGrath PJ, Chambers CT. Coping and self-medication in a community sample of junior high school students. *Pain Res Managem*. 1997;2(3):151-156

- 47- Mankovsky T, Lynch ME, Clark AJ, Sawynok J, Sullivan JL. Pain catastrophizing predicts poor response to topical analgesics in patients with neuropathic pain. *Pain Res Managem.* 2012;17(1):10-14
- 48- Masselin-Dubois A. Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness, un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique. *Douleurs.* 2016;17(5):233-251
- 49- Sullivan JL. PCS, l'échelle des pensées catastrophiques, manuel de l'utilisateur. Accessible à l'adresse : sullivan-painresearch.mcgill.ca Accès vérifié en Janvier 2017
- 50- Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, et al. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15000 personnes adultes. *Douleurs.* 2013;14(2):57-66
- 51- Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin.* 2011;27(2):449-462
- 52- Pradalier A, Auray JP, El Hasnaoui A, Alzahouri K, Dartigues JF, Duru G, et al. Economic impact of migraine and other episodic headaches in France: data from the grim 2000 study. *Pharmacoeconomics.* 2004;22(15):985-999
- 53- Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Douleurs.* 2014;15(3):106-114
- 54- Linde M, Gustavsson A, Stavener LJ, Steiner T, Barre J, Katsarava Z et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol.* 2012;19(5):703-711
- 55- Messali A., Sanderson JC, Blumenfeld AM, Goadsby PJ, Busc DC, Varon SF, et al. Direct and indirect costs of chronic and episodic migraine in the United States: a web-based survey. *Headache.* 2016;56(2):306-322

- 56- Doulens C, Régnier V. Les groupes thérapeutiques dans la prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs*. 2015;16(6):298-305
- 57- Thorn BE, Kuhajda MC. Group cognitive therapy for chronic pain. *J Clin Psychol*. 2006;60(11):1355-1366
- 58- Erra E, Collin E, Queneau P, Serrie A. Etats généraux de la douleur. Synthèse des résultats des enquêtes nationales. *Douleurs*. 2007;8(2):108-111
- 59- Haute Autorité de Santé, recommandations en santé publique, l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : analyses économique et organisationnelle. Novembre 2007, www.has-sante.fr
- 60- Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique. Prévention et maladies chroniques. Deuxième édition. Paris. Masson 2009
- 61- Grande RB, Aaseth K, Benth JS, Lundqvist C, Russel MB. Reduction in medication overuse headache after short information. *Eur J Neurol*. 2011;18:129-137
- 62- Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. *Headache*. 2010;50(4):600-612
- 63- Harpole LH, Samsa GP, Jurgelski AE, Shipley JL, Bernstein A, Matchar DB. Headache management program improves outcomes for chronic headache. *Headache*. 2003;43(7):715-24
- 64- McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J. Pain*. 2014;15:221-234
- 65- Cohen MJ, Heinrich RL, Naliboff BD, Collins GA, Bonebakker AD. Group outpatient physical and behavioral therapy for chronic low back pain. *J. Clin Psychol*. 1983;39(3):326-333

- 66- Ezra Y, Gotkine M, Goldman S, Adahan HM, Ben-hur T. Hypnotic relaxation vs amitriptyline for tension-type headache: let the patient choose. *Headache*. 2012;52(2):785-791
- 67- Rose MJ, Reilly JP, Bowen-Jones K, Stanley IM, Slade PD. Chronic low back pain rehabilitation programs: a study of the optimum duration of treatment and a comparison of group and individual therapy. *Spine*. 1997;22(19):2246-2251
- 68- De Jong M, Lazar SW, Hug K, Mehling WE, Hölzel BK, Sack AT, et al. Effects of mindfulness based cognitive therapy on body awareness in patients with chronic pain and comorbid depression. *Front Psychol*. 2016;7:967
- 69- Fabre N, Nachit-Ouinekh F, Becq JP, Chastan G, Sénard JM, El Hasnaoui A. Prise en charge de la migraine en médecine générale. Une étude multicentrique française. *Rev Neurol*. 2005;161(10):949-956
- 70- Holroyd KA, Cottrell CK, O'Donnell FJ, Cordingley GE, Drew JB, Carlson BW, et al. Effect of preventive (beta blocker) treatment, behavioral migraine management, or their combination on outcomes of optimized acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;341:1-12
- 71- Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley G, Carlson BW. Management of chronic tension type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;285:2208-2215
- 72- Maizels M, Saenz V, Wirjo J. Impact of a group-based model of disease management for headache. *Headache*. 2003;43(6):621-627
- 73- Thorn BE, Pence LB, Ward LC, Kilgo G, Clements KL, Cross TH, et al. A randomized clinical trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *J Pain*. 2007;8(12):938-949

- 74- Christansen S, Jürgens TP, Klinger R. Outpatient combined group and individual cognitive-behavioral treatment for patients with migraine and tension-type headache in a routine clinical setting. *Headache*. 2005;55(8):1072-1091
- 75- Bigal ME, Rapoport AM, Sheftell FD, Tepper SJ, Lipton RB. Transformed migraine and medication overuse in a tertiary headache center - clinical characteristics and outcomes. *Cephalalgia*. 2004;24:483-490
- 76- Trucco M, Meineri P, Ruiz L, Gionco M. Medication overuse headache: withdrawal and prophylactic therapeutic regimen. *Headache*. 2010;50(6):989-997
- 77- SFETD. Cahiers de la SFETD n°3. Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) - Prise en charge d'une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique. 2014
- 78- Hagen K, Albertsen C, Vilming ST, Salversen R, Gronning M, Helde G, et al. Management of medication overuse headache 1 year randomized multicenter open-label trial. *Cephalalgia*. 2006;29:221-232
- 79- Saper JR, Lake AE 3rd. Medication overuse headache: type I and type II. *Cephalalgia*. 2006;26:1262
- 80- Rossi P, Di Lorenzo C, Faroni J, Cesarino F, Nappi G. Advice alone vs structured detoxification programmes for medication overuse headache : a prospective, randomized, open-label trial in transforms migraine patients with low medical needs. *Cephalalgia*. 2006;26:1097-1105
- 81- Rossi P, Faroni J, Tassorelli C, Nappi G. Advice alone versus structured detoxification programmes for complicated medication overuse headache (MOH): a prospective, randomized, open-label trial. *J Headache Pain*. 2013;8:14:10
- 82- Altieri M, Di Giambattista R, Di Clemente L, Fagiolo D, Tarolla E, Mercurio A, et al. Combined pharmacological and short-term psychodynamic psychotherapy for probable medication overuse headache: a pilot study. *Cephalalgia*. 2008;29:293-299

- 83- Lemstra M, Stewart B, Olszynski WP. Effectiveness of multidisciplinary intervention in the treatment of migraine: a randomized clinical trial. *Headache*. 2002;42(9):845-854
- 84- Michel P, Henry P, Letenneur L, Jogeix M, Corson A, Dartigues JF. Diagnostic for assessment of the IHS criteria for migraine by general practioners. *Cephalalgia*. 1993;13(12):54-9
- 85- Dousset V, Martial M, Legoff M, Radat F, Brochet B, Dartigues JF, et al. Probable medications overuse headaches: validation of a brief easy-to-use screening tool in a headache center. *J Headache Pain*. 2013;14(1):81
- 86- Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*. 1995;7(4):524
- 87- Lanteri-Minet M, Alchaar H, Besson G. The migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire: reliability of the French version. *Cephalalgia*. 2003;23:750
- 88- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70
- 89- Hermann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*. 1997;42(1):17-24
- 90- Lepine JP, Godchau M, Brun P. Anxiety and depression in impatient. *Lancet*. 185;2(8469-70):1425-6
- 91- Site internet accessible à l'adresse : <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv> [en ligne]
Accès vérifié en Janvier 2017

- 92- Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP et al.
Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations.
Pain. 2005;113(1-2):9-19
- 93- Perrot S. Douleur, soins palliatifs et accompagnement. Editions Med-Line. 2014
- 94- Boureau F. Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs. Editions Med-Line.
2004
- 95- Scott X, Wideman TH, Sullivan JL. Clinically meaningful scores on pain
catastrophizing before and after multidisciplinary rehabilitation: a prospective study of
individuals with subacute pain after whiplash injury. Clin J Pain. 2014;30(3):183-190
- 96- Rowan AB, Andrasik F. Efficacy and cost effectiveness of minimal therapist contact
treatments of chronic headaches: a review. Behav ther. 1996;21:207-234

VII. Annexes

1. Auto-questionnaire céphalées

Si VOTRE CONSULTATION est motivée par des maux de tête,

merci de compléter cette partie du questionnaire

➤ **Souffrez-vous de la tête tous les jours ?**

- 1 : oui 2 : non

➤ **Vos maux de tête surviennent-ils :**

- 1 : Moins d'une fois tous les trois mois ?
 2 : Une fois tous les trois mois ou plus, mais moins d'une fois par mois ?
 3 : Une fois par mois ou plus souvent, mais moins d'une fois par semaine ?
 4 : Une fois par semaine ou plus souvent ?

➤ **Durée moyenne de vos crises sans médicaments :**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 : Moins de 30 minutes | <input type="checkbox"/> 6 : Environ 2 jours |
| <input type="checkbox"/> 2 : De 30 minutes à (au moins) 2 heures | <input type="checkbox"/> 7 : Environ 3 jours |
| <input type="checkbox"/> 3 : De 2 heures à (moins de) 4 heures | <input type="checkbox"/> 8 : Entre 3 et 7 jours |
| <input type="checkbox"/> 4 : De 4 heures à 12 heures | <input type="checkbox"/> 9 : Plus de 7 jours |
| <input type="checkbox"/> 5 : Environ 1 jour | <input type="checkbox"/> 10 : Ne sait pas |

➤ **Quand vous avez mal à la tête, avez-vous habituellement mal, particulièrement en début de crise :**

- 1 : uniquement dans la moitié droite de votre tête
 2 : uniquement dans la moitié gauche de votre tête
 3 : tantôt dans la moitié gauche, tantôt dans la moitié droite de votre tête
 4 : tantôt unilatérale (dans une seule moitié de la tête), tantôt bilatérale des deux côtés de la tête)
 5 : toujours bilatérale (des deux côtés de la tête)
 6 : ne sait pas

➤ **Quand vous avez mal à la tête, ressentez-vous habituellement :**
(choisir une modalité de réponse)

- 1 : des battements qui résonnent dans votre tête ou avez-vous l'impression que cela tape dans votre tête ?
- 2 : une sensation de pression, de bandeau serré autour de la tête
- 3 : des décharges électriques, des coups d'aiguille
- 4 : autre sensation
- 5 : ne sait pas

➤ **Quand vous avez mal à la tête, avez-vous :**

- 1 : un larmoiement 2 : un œil rouge
- 3 : une narine bouchée ou qui coule 4 : la paupière supérieure enflée

➤ **Vos maux de tête augmentent-ils en montant ou descendant des escaliers ?**

- 1 : oui 2 : non 3 : ne sait pas

➤ **Quand vous avez mal à la tête, avez-vous envie de vomir ou avez-vous des vomissements ? :**

- 1 : oui 2 : non 3 : ne sait pas

➤ **Quand vous avez mal à la tête, êtes-vous gêné par la lumière et/ou par le bruit ?**

- 1 : oui 2 : non 3 : ne sait pas

➤ **Vos maux de tête ont-ils un retentissement sur votre vie sexuelle ?**

- 1 : oui 2 : non

➤ **Prenez-vous actuellement plus de 2 jours par semaine un traitement de crise ?**

- 1 : oui 2 : non

Si oui, lequel ?

.....Depuis

S'agit-il d'un médicament prescrit par un médecin

1 : oui 2 non

En vente libre

1 : oui 2 non

2. Hospital and Anxiety Depression scale

RETENTISSEMENT EMOTIONNEL

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

- | | |
|---|--|
| | Je me sens tendu ou énervé : |
| 3 | la plupart du temps |
| 2 | souvent |
| 1 | de temps en temps |
| 0 | jamais |
| | Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : |
| 0 | oui, tout autant |
| 1 | pas autant |
| 2 | un peu seulement |
| 3 | presque plus |
| | J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : |
| 3 | oui, très nettement |
| 2 | oui, mais ce n'est pas grave |
| 1 | un peu, mais cela ne m'inquiète pas |
| 0 | pas du tout |
| | Je ris facilement et vois le bon côté des choses : |
| 0 | Autant que par le passé |
| 1 | Plus autant qu'avant |
| 2 | Vraiment moins qu'avant |
| 3 | Vraiment moins qu'avant |
| | Je me fais du souci : |
| 3 | Très souvent |
| 2 | Assez souvent |
| 1 | Occasionnellement |
| 0 | Très occasionnellement |
| | Je suis de bonne humeur : |
| 3 | Jamais |
| 2 | Rarement |
| 1 | Assez souvent |
| 0 | La plupart du temps |
| | Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : |

	0	Oui, quoi qu'il arrive
	1	Oui, en général
	2	Rarement
	3	Jamais
		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
	3	Presque toujours
	2	Très souvent
	1	Parfois
	0	Jamais
		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0	Jamais
	1	Parfois
	2	Assez souvent
	3	Très souvent
		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
	3	Plus du tout
	2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrai
	1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
	0	J'y prête autant d'attention que par le passé
		J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
	3	Oui, c'est tout à fait le cas
	2	Un peu
	1	Pas tellement
	0	Pas du tout
		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
	0	Autant qu'avant
	1	Un peu moins qu'avant
	2	Bien moins qu'avant
	3	Presque jamais
		J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3	Vraiment très souvent
	2	Assez souvent
	1	Pas très souvent
	0	Jamais
		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
	0	Souvent
	1	Parfois
	2	Rarement
	3	Très rarement

3. Courrier de convocation

Madame, Monsieur,

Merci de vous présenter :

Le LUNDI 6 JUIN 2016 à 18 H 00,

Pour la 1^{ère} étape de votre prise en charge **MIGRAINE**

En la présence du Docteur Virginie DOUSSET

ou du Docteur Anne Sophie BLANCHET

Chef de Service du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

1- Lieu : *A l'amphithéâtre Joseph COLIN*

2- Centre François-Xavier MICHELET Hôpital PELLEGRIN

Avant de vous rendre au Centre François-Xavier Michelet, vous devez prendre une feuille de soins externes au rez-de-chaussée de ce bâtiment et prévoir à cet effet d'arriver au moins 30 minutes avant (vous munir de votre carte d'assuré social).

Accès par l'accueil principal du centre François-Xavier Michelet, aller tout droit jusqu'au relais H, entrer dans le bâtiment Ophtalmologie. Puis à droite, accéder aux escaliers et monter au 2nd étage afin d'accéder à l'amphithéâtre Joseph Colin.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur Virginie DOUSSET

Pour toute demande d'information complémentaire, notre mail : centre.douleur@chu-bordeaux.fr

4. Formulaire d'évaluation

a. Renseignements administratifs

Evaluation d'une séance d'information en groupe
en douleur chronique

Date du jour :

NOM :

PRENOM :

SEXE :

Date de naissance :

Adresse postale :

Adresse email :

Téléphone/ Portable :

b. Pain catastrophizing scale

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez de la douleur.

0 – pas du tout **1** – quelque peu **2** – de façon modéré **3** – beaucoup **4** – tout le temps

Quand j'ai de la douleur ...

- 1 j'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur.
 - 2 je sens que je ne peux pas continuer.
 - 3 c'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.
 - 4 c'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.
 - 5 je sens que je ne peux plus supporter la douleur.
 - 6 j'ai peur que la douleur s'empire.
 - 7 je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses.
 - 8 avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse.
 - 9 je ne peux m'empêcher d'y penser.
 - 10 je ne fais que penser à quel point ça fait mal.
 - 11 je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.
 - 12 il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.
 - 13 je me demande si quelque chose de grave va se produire.
-

c. Migraine Disability Assessment Scale

QUESTIONNAIRE MIDAS

Durant les 3 derniers mois, en raison de vos céphalées/migraines :

		JOURS
1	Combien de jours avez-vous manqué le travail (ou l'école) ?	
2	Pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de plus de 50% ?	
3	Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?	
4	Pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de plus de 50% ?	
5	Pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?	

d. Echelle de satisfaction

Questionnaire de satisfaction (anonyme) :

- Etes-vous satisfait(e) du déroulement de cette soirée d'information ?

Entourez le chiffre correspondant à votre avis :

Pas du tout satisfait(e) 1 – 2 – 3 – 4 Complètement satisfait(e)

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé :

Introduction : d'après le livre blanc des structures douleur en France de Juin 2015 le délai d'attentes moyens est de 13 (+/-13) semaines avant la première consultation médicale. Il est possible de tirer bénéfice de ce temps pour délivrer une information aux patients et réaliser un premier contact.

Méthode : dans cette étude pilote prospective, non comparative, descriptive, tous les patients demandant une consultation au CETD avec un diagnostic présomptif, réalisé sur auto-questionnaire, de migraine ou de céphalées par abus médicamenteux ont eu la possibilité de participer à une réunion de groupe avant la première consultation médicale. Les séances regroupaient environ 20 patients et étaient co-animés par deux médecins dont un psychiatre. Les patients étaient évalués au moment du groupe puis lors de la consultation médicale par les échelles Migraine Disability Assessment Scale et Pain Catastrophizing Scale.

Résultats : 196 patients ont bénéficiés des groupes entre Avril 2015 et Juin 2016. 49 patients ont été évalués pour le score PCS : baisse de 2,69 points du score global ($p = 0,04$), baisse de 2,10 points du sous-score d'impuissance ($p = 0,0014$).

Pas de différence significative pour le score de la Migraine Disability Assessment Scale.

Discussion : La réalisation de séances d'information en groupe en amont de la première consultation médicale peut permettre une réduction des délais d'attente et une diminution des pensées catastrophistes chez les patients souffrant de céphalées chroniques

Title:

Chronic headaches at the Bordeaux university hospital, pain clinic: a prospective study assessing a group educational session's impact before the initial medical appointment.

Abstract :

Introduction: according to the pain clinics white book from 2015 in France, the mean waiting delay is 13 weeks before the first medical appointment. During this period a meeting is available to the patients in order to inform them about the pathology and treatments.

Methods: in this pilot prospective, non comparative, descriptive study every patients asking for a consultation in the CETD with suspicion of migraine or medication overuse headache were invited to a group session before the first medical appointment. There were 20 patients per group. The group was lead by two doctors, one of them was a psychiatrist.

Patients were evaluated by the Migraine Disability Assessment Scale questionnaire and the Pain Catastrophizing Scale questionnaire. These two questionnaires were done by patients following the group meeting and following the medical appointment.

Results: 196 patients were in the group between April 2015 and June 2016. 49 had complete evaluation with the PCS. We observed a significant decrease of the total result of 2,69 points ($p = 0.04$) and of the magnification score of 2,10 ($p = 0,0014$).

Midas result did not change.

Discussion: Information session with a group of patient before the first medical appointment may help to reduce catastrophizing in chronic headache's patients.

Mots clefs : migraine, CAM, prise en charge de groupe, catastrophisme, céphalées chroniques

Spécialité : médecine générale

Université de Bordeaux UFR des sciences médicales