



HAL
open science

Apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans l'amélioration de la qualité de vie des patients douloureux chroniques

Rajaa Hachimi

► **To cite this version:**

Rajaa Hachimi. Apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans l'amélioration de la qualité de vie des patients douloureux chroniques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01972589

HAL Id: dumas-01972589

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01972589>

Submitted on 7 Jan 2019

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.

**Apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans l'amélioration
de la qualité de vie des patients douloureux chroniques.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 1er Octobre 2018

Par Madame Rajaa HACHIMI

Née le 24 janvier 1987 à Casablanca (MAROC)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck	Président
Madame le Docteur GRACIA Dominique	Directeur
Monsieur le Professeur ROCHE Pierre-Hugues	Assesseur
Madame le Professeur GUIIS Sandrine	Assesseur
Madame le Docteur COSTO Véronique	Assesseur

**Apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans l'amélioration
de la qualité de vie des patients douloureux chroniques.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 1er Octobre 2018

Par Madame Rajaa HACHIMI

Née le 24 janvier 1987 à Casablanca (MAROC)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck	Président
Madame le Docteur GRACIA Dominique	Directeur
Monsieur le Professeur ROCHE Pierre-Hugues	Assesseur
Madame le Professeur GUISSANDRINE Sandrine	Assesseur
Madame le Docteur COSTO Véronique	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

*A ma directrice de thèse,
Madame le Docteur GRACIA Dominique,
Merci pour votre confiance, votre patience et votre aide précieuse.*

*A mon Président de jury,
Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck,
Je vous remercie infiniment d'avoir accepté sans hésitation de présider ce jury. Vous avez toujours fait preuve d'une bienveillance et d'une générosité sans borne envers les étudiants et cela quelle que soit leur spécialité. Je vous serai toujours très reconnaissante pour cela.*

*Aux membres du jury,
Monsieur le Professeur ROCHE Jean-Hugues,
Madame le Professeur GUISS Sandrine,
Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.*

*Madame le Docteur COSTO Véronique,
Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir prise sous ton aile bienveillante. Tu as été la toute première personne à m'accueillir le premier jour de ma vie professionnelle, et j'ai immédiatement senti que je pouvais te faire confiance. Tu es une personne magnifique dans tous les sens du terme et j'espère que je pourrai continuer à travailler avec toi aussi longtemps que nos vies nous le permettront.*

A Benoit, mon amour. Je te remercie pour ton soutien sans faille. Je t'aime.

A mes parents, Mohammed et Khadija. Vous êtes les meilleurs parents que l'on puisse rêver d'avoir. Merci pour tous vos sacrifices. Merci d'avoir réussi à nous faire passer une si merveilleuse enfance avec si peu de choses. Papa, merci de m'avoir appris à aimer la science, la contemplation, la musique, et la douceur. Maman, merci d'avoir fait de moi une bonne personne, de toujours m'avoir fait confiance, de m'avoir appris la rigueur, le respect et de me faire rire. Je vous aime infiniment, que Dieu vous protège.

A mon frère, Anass. Tu es la personne la plus intègre et la plus intelligente que je connaisse. Je suis extrêmement fière de l'homme que tu es devenu et même si je ne te le dis jamais, je t'aime très fort. Merci d'avoir fait entrer dans ma vie, des personnes aussi douces et merveilleuses qu'Eléonore, Raphaëlle et Louisa.

A mon oncle, Abdellatif, mon deuxième papa. Tu es celui qui m'a donné envie de faire ce métier malgré toi, car tu as toujours été un immense modèle pour moi. Je te remercie pour ton infinie générosité que tout le monde a tendance à prendre pour acquise. Sans toi, je ne serais pas ou j'en suis aujourd'hui car tu es celui qui m'a offert mon premier cartable.

Une pensée pour toute ma famille en France et au Maroc, mes tantes, mes oncles, mes cousins et cousines.

Une pensée pour mon amie d'enfance Marine, tu restes toujours dans mon cœur.

A Naziha, merci pour ta confiance, ton soutien et ta générosité. Merci d'être une si grande amie. Tu sais que tu pourras toujours compter sur moi. Et Lindsay, tmtc la famille, même si je te réponds jamais au téléphone, tu sais que tu vas me manquer.

A mes meilleurs amis, Mathieu, Flore et Charlotte, mes âmes-sœurs, les personnes les plus extraordinaires. Je vous aime profondément et j'ai une chance inouïe de vous avoir à mes côtés.

A mes MMR, Mélodie et Marion. Vous êtes les personnes avec qui j'ai le plus ri durant mes études, vous me manquez tous les jours au travail.

A toute l'équipe du service de pédiatrie et des urgences de l'Hôpital d'Aubagne, merci pour ce semestre génial.

Un Immense merci à toute l'équipe de cardiologie de l'Hôpital Nord et à mes co-internes et chefs chéris : Anne-Sophie, Thomas, Lucie, Manon, Morgane, Chloé, Jenny, et dédicace à Taken.

A toute l'équipe du service de médecine hyperbare de l'Hôpital Sainte Marguerite, merci à tous pour ces 6 mois enrichissants et inoubliables.

A tous les potes, collègues, co-internes qui ont marqué mes études : Marie-Eva, Katia, Judith, Gary, Maxime, David, Eugénie, Antoine, Hugo, Robin, Christelle, Eva, Manon, Sarah, Gabriel, et bien d'autres.

Merci à toute l'équipe des urgences de l'Hôpital Saint Joseph, à mes amis d'enfance que j'ai retrouvé par un beau hasard de la vie : Hakim et Germaine, à tous les infirmiers, AS, ASH, secrétaires, et aux collègues médecins en particulier Karine, Nathalie, Céline, Margaux, Manue et Magali. Un grand merci à Pierre et Olivier de m'avoir accueillie et fait confiance. Ca y est, plus personne n'a le droit de m'embêter, je suis thésée !

A mes grand-mères, Fatima AZIZI et Fatima SAGUINI, qui comptent parmi les femmes les plus fortes que cette terre ait portées. Vous m'avez transmis cette force. Votre héritage a peut-être traversé la Méditerranée mais il reste intact. Je vous porterai toujours avec moi.

Et enfin, je dédie ma thèse à Rose-Marie BOURUT, mon ange gardien, la femme qui a marqué mon enfance, qui m'a appris la philosophie, l'ouverture d'esprit et la liberté. Vous m'avez accompagnée tout au long de ma vie et vous continuerez toujours de le faire. Où que vous soyez, j'espère que vous avez trouvé la paix.

PLAN

I.	INTRODUCTION.....	2
II.	MATERIEL ET METHODES.....	8
	1. Présentation du centre de la douleur.....	8
	a. La consultation douleur.....	8
	b. Composition de l'équipe de la douleur.....	9
	c. Les locaux.....	9
	d. Les activités du centre.....	9
	2. L'étude.....	12
	a. Type d'étude.....	12
	b. Population étudiée.....	12
	c. Critères d'inclusion.....	12
	d. Critères d'exclusion.....	13
	e. Méthodes de recueil.....	13
	f. Données recueillies avant le début du suivi.....	14
	g. Données recueillies en fin de suivi.....	14
	h. Objectif principal.....	14
	i. Qualité de vie : définition.....	15
	j. Analyses secondaires.....	17
	k. Biais attendus.....	19
	l. Ethique et consentement.....	19
III.	RESULTATS.....	20
	1. Synthèse.....	20
	a. Caractéristiques de la population étudiée.....	20
	b. La fibromyalgie, qu'est-ce que c'est ?.....	26
	2. Analyse du résultat principal.....	28
	a. Sur le plan mental.....	28
	b. Sur le plan physique.....	29
	c. La qualité de vie globale.....	29
	d. Evolution en fonction du sexe.....	30
	e. Evolution en fonction de la pathologie.....	31
	3. Analyse des résultats secondaires.....	32
	a. la douleur moyenne.....	32
	b. La fatigue/sommeil.....	33
	c. L'anxiété/dépression.....	33
	d. La kinésiophobie.....	33
	4. Impressions générales à la suite des appels téléphoniques.....	34
IV.	DISCUSSION.....	36
V.	CONCLUSION.....	39
VI.	ABREVIATIONS.....	41
VII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	43
VIII.	ANNEXES ET TABLEAUX.....	47

I. INTRODUCTION

La douleur est un réel problème de santé publique. Le ministère de la Santé a d'ailleurs fait de la lutte contre la douleur une priorité, répondant avant tout à un «objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme» (1). Les répercussions sur la vie des personnes atteintes et de leur famille peuvent être importantes, car la douleur chronique, en particulier, est source d'incapacité et de handicap. Elle affecte l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et la qualité de vie des patients.

D'après la *Haute Autorité de Santé* (HAS), les limitations d'activités professionnelles ou domestiques du fait de la douleur sont importantes chez 6 % des personnes de 25-64 ans, 15 % des 65-84 ans et 33 % des personnes de 85 ans et plus.

Par ailleurs, évaluer de façon précise la prévalence de la douleur chronique dans la population générale est très difficile. En effet, en fonction des études, la définition de la douleur chronique varie d'une étude à l'autre car les populations étudiées et les méthodes utilisées pour collecter les données sont différentes. En se basant sur la littérature, la HAS place la prévalence de la douleur chronique entre 10,1 % à 55,2 % dans la population générale (1).

L'étude STOPNET (*Study of the Prevalence of Neuropathic Pain*) (2) est une grande étude réalisée en 2004 en France concernant la prévalence de la douleur chronique et des douleurs neuropathiques dans la population générale. D'après cette enquête, 31,7 % des Français expriment une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois et sa prévalence varie en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socioprofessionnelle.

En effet, La prévalence de la douleur chronique serait significativement plus élevée chez les femmes (35 % [34,4-35,6]) que chez les hommes (28,2 % [27,6-28,7]). Elle augmenterait également avec l'âge et serait plus importante chez les ouvriers et les agriculteurs que chez les cadres.

Toujours d'après cette étude, la prévalence des douleurs chroniques qui sont d'intensité modérée à sévère est évaluée à 19,9 % [19,5-20,4] (2).

La **définition de la douleur** la plus consensuelle et la plus communément citée est celle de *l'International Association for the Study of Pain (IASP)* : « La douleur est décrite comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes de lésion de ce type. » La douleur est à la fois un phénomène neuropsychologique et une expérience subjective. Elle est sur le plan clinique une entité plurielle qui peut se décliner en :

- **douleur aiguë** survenant en réponse à une atteinte tissulaire mettant en jeu l'intégrité de l'organisme,
- **douleur procédurale** provoquée par les soins médicaux,
- **douleur chronique** considérée en tant que « douleur maladie ».

La **douleur chronique** est définie par la HAS en 2008, comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Elle est définie, quelles que soient sa topographie et son intensité, par plusieurs des caractéristiques suivantes :

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

D'après la *Société française d'étude et de traitement de la douleur* (SFETD), il est possible de distinguer trois types de douleur chronique en fonction des mécanismes à l'origine de cette dernière :

- La **douleur nociceptive**, douleur due à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur.
- La **douleur neuropathique**, liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel.
- La **douleur dysfonctionnelle**, qui est une douleur liée à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur sans lésion identifiée.

La douleur chronique est par ailleurs fréquemment accompagnée :

- de manifestations psychopathologiques,
- d'une demande insistante du patient de recourir à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager, et
- d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

Nous savons aujourd'hui que les répercussions émotionnelles de la douleur sont aussi préjudiciables que les répercussions physiques. D'après l'enquête « *painSTORY* » réalisée en 2009 (4), 44 % des patients déclarent se sentir seuls dans leur combat contre la douleur et 2 patients sur 3 se sentent anxieux ou déprimés en raison d'une douleur chronique. Le retentissement personnel, familial et/ou socio-professionnel de la douleur devient ainsi majeur (3).

C'est pour cela que la douleur chronique, pathologie que l'on sait complexe par son aspect plurifactoriel et ses retentissements physiques mais aussi psychosociaux, doit être appréhendée aujourd'hui selon un modèle bio-psycho-social (5). Ce modèle permet d'intégrer des outils non pharmacologiques à sa prise en charge en se reposant d'abord sur une démarche d'évaluation puis sur un traitement qui sera souvent multi-modal, dont l'objectif est la réadaptation.

Le **modèle bio-psycho-social** est une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie.

L'approche cognitivo-comportementale est basée sur le modèle bio-psycho-social. Elle dérive des théories et des modèles de l'apprentissage. Elle tient compte des facteurs émotionnels, cognitifs et comportementaux et de leurs interactions pour l'explication et le traitement de la pathologie douloureuse, tout en s'intéressant aux facteurs individuels du sujet ainsi qu'aux facteurs environnementaux.

Les thérapies basées sur cette approche, appelées **thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**, sont un ensemble de procédures et de méthodes psychothérapeutiques dérivées de l'application de la psychologie scientifique. Elles sont basées sur des principes et processus issus de la méthodologie expérimentale(6). Les TCC visent à aider le patient à modifier les cognitions inadaptées (erreurs d'attribution des symptômes et de leurs causes par exemple), à réguler ses émotions dysfonctionnelles et à acquérir des comportements plus adaptés. La thérapie vise donc à identifier les facteurs de maintien du comportement et ensuite, par un nouvel apprentissage, à remplacer les comportements inadaptés par celui que souhaite le patient.

Dernièrement, les TCC se sont enrichies par l'introduction de thérapies dites « de troisième vague ». Elles font désormais appel à des méthodes cliniques novatrices comme les thérapies émotionnelles. En effet, une prise en charge multimodale, facilite l'acquisition de comportements bien portants, la diminution des stratégies dysfonctionnelles et la mise en œuvre de différentes techniques appropriées à chaque élément en cause ou à l'ensemble des facteurs et de leurs interactions en jeu dans le cas de la douleur.

L'objectif des thérapies comportementales et cognitives est d'aider le patient souffrant de douleurs chroniques à développer une meilleure maîtrise de ses

difficultés, à gérer son quotidien, à devenir actif, à être autonome dans la prise en charge de son problème de santé.

Elles se distinguent ainsi des autres thérapies par plusieurs caractéristiques :

- l'accent est mis sur les causes actuelles du comportement problématique,
- elles sont structurées,
- limitées dans le temps,
- le changement durable du comportement est évalué à différents moments et considéré comme un critère majeur de réussite de la thérapie,
- les procédures de traitement sont décrites objectivement et sont donc reproductibles par d'autres thérapeutes pour des patients ayant des difficultés similaires.

La prise en charge du patient souffrant d'une douleur chronique doit s'intégrer dans une démarche de qualité des soins permettant la prise en compte de ces multiples facteurs. Beaucoup de structures spécialisées dans la douleur font aujourd'hui appel aux TCC.

Elles sont utilisées actuellement avec succès dans le traitement de la douleur chronique (7)(8) :

- en thérapie isolée ou en combinaison avec des traitements pharmacologiques,
- en séance isolée ou en groupe (9)(10),
- s'intéressant à la douleur chronique dans le cadre de la fibromyalgie (11)(12)
- ou encore associées à des exercices physiques (13)(14).

Les études montrant l'efficacité de la TCC sur la douleur sont nombreuses, mais peu d'études explorent son efficacité sur la qualité de vie des patients. En effet, la TCC a en réalité pour but non pas de faire disparaître la douleur mais plutôt d'aider les patients à mieux la gérer ainsi que ses conséquences négatives.

Il est donc intéressant d'observer le retentissement réel de la TCC sur la qualité de vie globale des patients, en analysant la composante physique aussi bien que la composante psychologique.

Nous avons donc réalisé une étude dans cette dynamique, en prenant comme hypothèse : **si la TCC a un retentissement positif sur la douleur et sa gestion, elle doit également améliorer la qualité de vie des patients douloureux chroniques.**

Cette étude, réalisée au centre de la douleur de l'Hôpital de Salon de Provence, cherche à montrer l'efficacité de la TCC sur l'amélioration de la qualité de vie des patients douloureux chroniques. **L'objectif principal** de l'étude est d'évaluer l'amélioration de la qualité de vie globale après 12 mois de suivi en TCC.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Présentation du centre de la douleur

a. La consultation douleur

Le service se trouve au sein du Centre Hospitalier de Salon de Provence. L'unité douleur est commune avec le Centre Hospitalier d'Arles (avec une consultation avancée) et le personnel médical est partagé entre le centre de la douleur et l'unité de soins palliatifs.

C'est une structure qui a été labellisée par l'ARS en 2011 avec un renouvellement de la labellisation en 2017.

La consultation douleur a été créée en 1996. Il s'agit d'une consultation d'évaluation et de traitement de la douleur. C'est une structure à part entière qui est individualisée du service de soins palliatifs. Il n'existe pas d'hospitalisation de semaine (pas de lit dédié à la douleur) mais une possibilité d'hospitalisation complète en médecine ainsi qu'une possibilité de prise en charge en hôpital de jour.

Le nombre de consultations douleur en 2017 a été de 1031, ce qui correspond à une file active de 421 patients.

Les patients y sont obligatoirement adressés par un médecin pour la prise en charge d'une douleur persistante et rebelle évoluant depuis au moins 3 mois. Ils sont orientés et sélectionnés à l'aide d'un questionnaire à remplir avant leur premier rendez-vous. (Cf. Annexe 1)

b. Composition de l'équipe de la douleur

L'équipe se compose de deux médecins (Dr Gracia et Dr Tobianah), deux infirmiers diplômés d'état (IDE), une psychologue et une secrétaire. Le personnel médical est composé de 0,7 équivalent temps plein (ETP) dont 0,2 à l'Hôpital d'Arles et 0,5 à l'Hôpital de Salon. Le personnel paramédical est composé des IDE qui sont 0,5 ETP à l'Hôpital de Salon et 0,5 à l'Hôpital d'Arles. La psychologue représente 0,5 ETP et la secrétaire représente 0,2 ETP.

La totalité du personnel est formée à la douleur, est titulaire du diplôme universitaire de *formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur* et a donc la capacité d'évaluation et de traitement la douleur chronique.

c. Les locaux

Ils se composent de 2 bureaux de consultations, d'un bureau médical, d'un bureau IDE, d'un bureau pour la psychologue qui est partagé avec l'équipe mobile des soins palliatifs ainsi que d'un secrétariat commun à l'unité douleur et à l'unité de soins palliatifs. Les locaux sont situés au premier étage, accessibles en ascenseur avec possibilité de recevoir des brancards et des personnes à mobilité réduite.

d. Les activités du centre

La consultation douleur a lieu sur rendez-vous après étude et acceptation du dossier du patient. La première consultation dure environ 1 heure, on y établit un projet thérapeutique pluridisciplinaire avec le médecin, le kinésithérapeute, l'IDE, et la psychologue.

Les dossiers des patients dont les prises en charge sont complexes sont discutés une fois par mois en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) afin d'aboutir à une offre de soins adaptée.

Des **soins divers** peuvent être proposés à l'issue de cette évaluation comme :

- la mésothérapie par IDE à domicile,
- le traitement par patch de Qutenza® en hôpital de jour tous les 3 mois,
- le traitement par Kétamine® en hôpital de jour,
- la pose de cathéter de bloc par un anesthésiste,
- le traitement par Aredia® en hospitalisation complète en service de rhumatologie,
- la pose de TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) qui est une thérapie antalgique non médicamenteuse par neurostimulation électrique transcutanée.

Certaines **méthodes plus invasives** sont utilisées depuis peu comme :

- la pose de neurostimulateurs internes pour stimulation médullaire,
- la pose de pompes intrathécales.

Leur indication est discutée en RCP et la réalisation de la pose par les neurochirurgiens de l'Hôpital de Clairval. Cet appareillage requiert une hospitalisation d'une semaine. Le personnel hospitalier est formé et encadré par le prestataire de service pour le réglage.

D'autres techniques non médicamenteuses sont également proposées comme :

- la sophrologie en groupe,
- la manupuncture coréenne,
- la réflexologie plantaire,
- l'aromathérapie, ou bien
- la relaxation.

Enfin, des **séances de TCC de groupe** sont organisées en complément des autres thérapeutiques. Elles ont été débutées en Mai 2017 à la suite de l'arrivée d'une psychologue formée à cette discipline dans le service. Les séances ont lieu en groupe de 8 à 10 patients à raison d'une séance de 2 heures, 1 fois par semaine. Elles sont réalisées en présence du médecin, de l'IDE et de la psychologue.

La thérapie s'organise autour d'une approche éducative, cognitive et comportementale.

Durant la **séance éducative**, différents cours sont dispensés, pour une meilleure compréhension de la pathologie douloureuse :

- physiologie de la douleur,
- psychologie de la douleur,
- importance de l'activité physique,
- représentation sociale de la douleur,
- gestion du sommeil,
- présentation des traitements médicamenteux et non-médicamenteux.

La **séance cognitive** s'articule autour de la restructuration des pensées et du traitement de l'information. On cherche à modifier les pensées automatiques négatives en trouvant des pensées alternatives qui permettront en conséquence, une amélioration des émotions et des comportements. L'idée est d'assouplir la manière de réagir aux situations négatives en favorisant d'autres pensées. Cette restructuration cognitive vise à remplacer des pensées dysfonctionnelles par des pensées plus adaptées et positives.

La **séance comportementale** est basée sur des exercices destinés à modifier les conditionnements liés à l'apprentissage. Les comportements réflexes inadaptés qui ont été « appris » au cours de l'enfance et renforcés par l'expérience quotidienne peuvent être « désappris ».

2. L'étude

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée sur 1 an.

b. Population étudiée

Les patients étudiés sont ceux qui ont participé aux séances de TCC pendant un an (entre Mai 2017 et Mai 2018), ce qui correspond à 29 patients au total, dont 23 patients à Salon et 6 patients à Arles. Ils étaient initialement 30 mais une patiente a été exclue du recueil de données, ne pouvant pas participer aux séances de TCC à la suite d'une fracture de la jambe.

c. Critères d'inclusion

Les patients inclus dans l'étude sont des patients de plus de 18 ans, douloureux chroniques (qui ont une douleur persistante et rebelle depuis au moins 3 mois).

Ils ont été évalués en consultation douleur dans les Hôpitaux de Salon de Provence et d'Arles. Ils ont tous été adressés par un médecin, et se sont vus proposer la TCC en complément d'une thérapeutique pharmacologique, après discussion de leur dossier en RCP.

Tous les patients ont été suivis pendant 1 an.

d. Critères d'exclusion

Ont été exclus les patients :

- dont l'âge est inférieur à 18 ans,
- ne présentant pas une pathologie relevant de la consultation douleur (par exemple : syndrome dépressif sans composante physique),
- ne présentant pas les caractéristiques d'une douleur chronique (douleur < 3mois d'évolution),
- pour lesquels l'indication de TCC n'a pas été retenue (refus du patient, prise en charge psychologique déjà en cours dans un autre centre).

e. Méthodes de recueil

Le recueil de données a été essentiellement réalisé par des questionnaires standardisés sur papier remplis par les patients, ainsi que par entretien téléphonique pour les informations manquantes.

Plusieurs questionnaires ont été distribués sur une période d'un an, le recueil réalisé concerne ceux qui ont été remplis avant le début du traitement (M0) et à 12 mois de traitement (M12).

Les entretiens individuels téléphoniques ont eu lieu après la fin de l'année de suivi et ont duré chacun entre 15 minutes et 1 heure 30.

Les patients y ont décrit leur expérience globale à l'issue d'un an de TCC.

f. Données recueillies avant le début du suivi

- Age
- Sexe
- Délai de consultation au centre de la douleur
- Médecin adresseur
- Activité professionnelle
- Traitement en cours
- Type de pathologie
- Qualité de vie (questionnaire SF-36, cf. Annexe 2)
- Douleur (échelle numérique cf. Annexe 3)
- Fatigue/sommeil (questionnaire EFSMG, cf. Annexe 4)
- Anxiété/dépression (questionnaire HAD, cf. Annexe 5)
- Kinésiophobie (questionnaire TAMPA, cf. Annexe 6)

g. Données recueillies en fin de suivi

- Qualité de vie (questionnaire SF-36, cf. Annexe 2)
- Douleur (échelle numérique cf. Annexe 3)
- Fatigue/sommeil (questionnaire EFSMG, cf. Annexe 4)
- Anxiété/dépression (questionnaire HAD, cf. Annexe 5)
- Kinésiophobie (questionnaire TAMPA, cf. Annexe 6)
- Impressions globales sur le suivi à 1 an de TCC

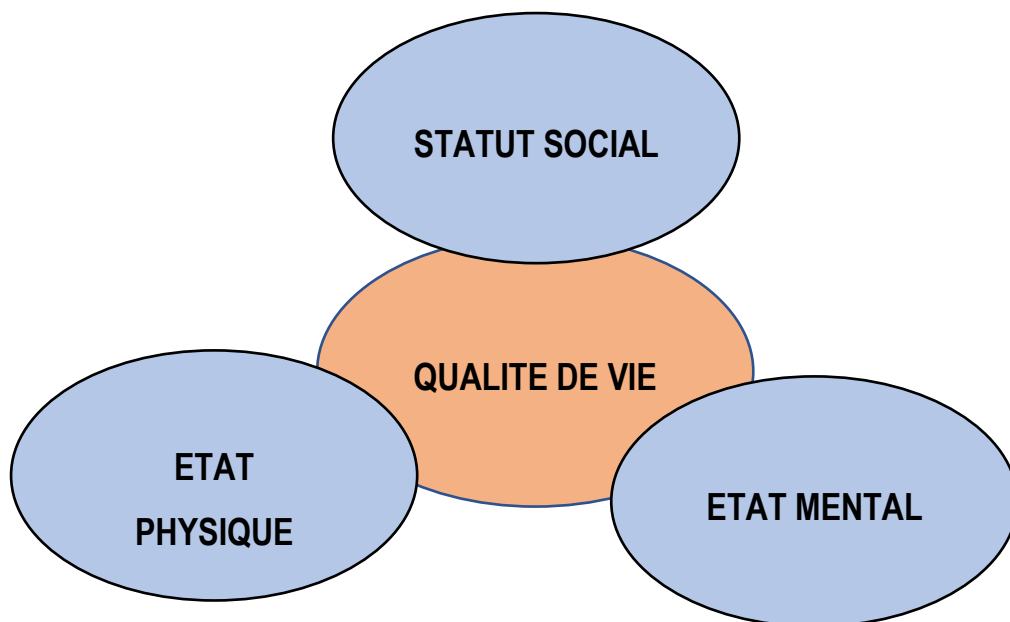
h. Objectif principal

L'objectif principal est l'évaluation de l'amélioration de la qualité de vie globale des patients à 12 mois de suivi par TCC.

i. Qualité de vie : définition

Le concept de qualité de vie est très large et complexe, et jusqu'à aujourd'hui, il n'y a pas de consensus quant à sa définition. En général, elle est décrite comme un fonctionnement optimum des individus dans les divers domaines de leur vie.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en 1994 la qualité de la vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ». Une bonne qualité de vie est le résultat d'un équilibre entre un bon état somatique, un bon état psychologique, et une bonne vie sociale.



Le domaine fonctionnel ou physique comprend la santé physique (l'énergie, la vitalité, le repos, la qualité du sommeil, la fatigue, la douleur, la raideur musculaire, les symptômes et les indicateurs biologiques) et les capacités fonctionnelles (la symptomatologie clinique, les possibilités de déplacement, le statut fonctionnel, les activités quotidiennes).

Le domaine émotionnel ou mental se réfère au sentiment de bien-être, aux performances cognitives (mémoire, concentration), neuropsychologiques, psychomotrices du sujet et à une absence d'affects négatifs ainsi qu'aux altérations et troubles du fonctionnement psychologique (attention, mémoire, concentration, fatigabilité, dépressivité, état anxieux).

Le domaine social comprend, d'une part : la qualité des relations amicales, familiales, professionnelles et sociales, le réseau social en général ; d'autre part : les activités sociales, définies par la participation et l'intérêt pour la famille, les amis, les loisirs, la vie professionnelle, la vie amoureuse ; et enfin comment le sujet évalue lui-même ses activités sociales : estime de soi sociale, sentiment de réalisation de soi, échecs et réussites.

Pour mesurer la qualité de vie, nous avons utilisé le **test SF-36** (cf. Annexe 2) (*The Short Form (36) Health Survey*). C'est un questionnaire court d'étude de santé standardisé, reproductible et validé par la *Medical outcome study* qui mesure la qualité de vie globale. Il est souvent utilisé dans les études, notamment d'économie de la santé pour déterminer le rapport coût-efficacité d'une intervention de santé.

Il comprend 36 items organisés en 11 questions et est destiné à obtenir une mesure générique de l'état de santé perceptuelle. Ce questionnaire n'est donc pas spécifique d'une maladie, il peut en outre aussi être appliqué à des populations générales. Il a été traduit en français, et dans d'autres langues, dans le cadre d'une collaboration internationale (IQOLA - *International Quality of Life Assessment Project*). La version française du questionnaire a été mise au point par l'Unité 292 de l'INSERM.

Les 36 items sont répartis en 8 dimensions :

- fonctionnement physique,
- limitations du rôle liées à la santé physique,
- douleurs physiques,
- santé générale,
- vitalité [énergie/fatigue],
- fonctionnement ou bien-être social,
- limitations du rôle liées à la santé mentale,
- santé mentale.

Ces 8 dimensions s'organisent pour aboutir à 2 scores synthétiques :

- Un score physique (*Physical Component Score, PCS*) qui regroupe les dimensions selon une pondération qui favorise la composante physique qui est sur 100 points.
- Un score mental (*Mental Component Score, MCS*) qui résume la part mentale qui est également sur 100 points (15).

Le calcul du score total nécessite l'utilisation d'un logiciel spécifique qui additionne les points en considérant les pondérations de chaque item.

Le total obtenu (score mental + score physique) donne une note qui se situe entre 0 et 200. Un score qui se rapproche de 0 représente une qualité de vie médiocre alors qu'un score à 200, marque une absence totale de limitation des capacités et correspond donc une excellente qualité de vie.

j. Analyses secondaires

Ont été également étudiés à titre informatif et descriptif, les taux d'amélioration à 12 mois de la douleur moyenne, de la kinésiophobie, de l'anxiété/dépression, et la fatigue/sommeil.

- **La douleur :**

Pour évaluer la douleur moyenne l'**Echelle Numérique (EN)** a été utilisée (cf. Annexe 3). C'est une échelle d'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique.

- **La kinésiophobie :**

On utilise le terme kinésiophobie pour définir la peur ou appréhension du mouvement. Elle représente les peurs et craintes reliées à la douleur entraînant souvent un évitement des activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur, ou pouvant aggraver une lésion.

Pour la mesurer nous avons choisi l'**échelle TAMPA** (cf. Annexe 4). Il s'agit d'un questionnaire dont les points s'additionnent pour donner un total sur 68. Plus le score est élevé plus la kinésiophobie est importante. Un score supérieur à 40 est considéré comme une kinésiophobie significative et nécessite un renforcement de la thérapie comportementale (16).

- **La fatigue/sommeil :**

L'**échelle EFSMG** (*Echelle de Fatigue Sommeil et Médecine Générale*) a été utilisée (cf. Annexe 5) pour évaluer la fatigue et les troubles du sommeil. Chaque item est associé à des points qui s'additionnent pour donner un total sur 24. Un score supérieur à 8 indique une fatigue importante et doit inciter le patient à consulter son médecin.

- **L'anxiété /dépression :**

L'**échelle HAD** (*Hospital Anxiety and Depression scale*) qui est une échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression, a été choisie (cf. Annexe 6). Le questionnaire est composé de 14 questions dont 7 pour l'anxiété et 7 pour la dépression. Le total des points s'additionne et donne 2 scores sur 21 ce qui fait un total sur 42. Plus l'anxiété et la dépression sont élevées, plus le score augmente.

k. Biais attendus

Les biais de cette étude peuvent être nombreux étant donné le faible échantillonnage (29 patients) et le mode de recueil des informations.

En effet, même s'il a été demandé aux patients de répondre aux questions en considérant leur état de santé global moyen durant l'année en cours, leurs réponses ont pu être influencées par leur état de santé au moment précis du recueil des données (acutisation récente de la douleur, évènement intercurrent dans la vie personnelle...).

Le mode de recueil par questionnaire implique également un biais lié à la subjectivité des sensations rapportées par les patients. En effet, même si les éléments recueillis sont de nature quantitative, ils restent uniquement le fruit d'une évaluation perceptuelle.

D'autre part, considérant que l'étude concerne une thérapie non médicamenteuse et que les patients ont tous une thérapie antalgique pharmacologique qui s'est adaptée en fonction de l'évolution de leur maladie, les traitements en cours n'ont pas été utilisés dans l'étude.

En raison tous ces éléments, il n'a pas été possible de réaliser une étude quantitative statistiquement significative mais plutôt de dégager des tendances.

I. Ethique et consentement

Les patients ont tous été informés par courrier qu'une étude était réalisée.

Ils ont tous consentis verbalement lors de l'entretien téléphonique à l'utilisation rétrospective de leurs données.

Les questionnaires ont été utilisés de manière totalement anonyme pour la réalisation des analyses statistiques.

III. RESULTATS

1. Synthèse

Les 29 patients ont tous répondu à l'ensemble des questionnaires et ont fait part de leurs impressions globales pendant un entretien téléphonique individuel. En raison de la faiblesse de l'effectif, n'ont pu être calculés que des moyennes de delta et des pourcentages d'évolution.

Pour les mêmes raisons, les écart-types n'ont pas pu être réalisés, du fait de l'hétérogénéité des caractéristiques démographiques.

a. Caractéristiques de la population étudiée :

- **Délai de la première consultation et médecin adresseur**

Le délai entre le début d'installation de la douleur et la première consultation dans une structure spécialisée est souvent très important.

Dans cette étude, pour 16 patients, soit 55,1% de l'effectif, il y a eu un délai compris entre 1 à 5 ans avant qu'ils soient pris en charge au centre de la douleur.

Sept patients ont dû attendre plus de 10 ans avant d'avoir une prise en charge spécifique, ce qui représente 24,1% de l'effectif.

Les patients qui ont été orientés dans une structure spécialisée après plus de 5 ans sont 2 en tout (soit 6,8%).

Enfin, seulement 4 patients ont été pris en charge au centre de la douleur après moins d'un an d'évolution de leur pathologie, ce qui représente qui 13,7% de l'effectif total. (cf. Tableau 1)

Les médecins qui ont adressé le plus souvent des patients au centre de la douleur sont les médecins généralistes dans 68,9% des cas, soit pour 20 patients.

Neuf patients ont été adressés quant à eux à la consultation douleur par leur rhumatologue, ce qui représente 31% de l'effectif. (cf. Tableau 1)

Tableau 1 : Délai de prise en charge au centre de la douleur et médecin adresseur

Délai	Effectifs	Pourcentage (%)
Moins d'un an	4	13,7
Entre 1 et 5 ans	16	55,1
Plus de 5 ans	2	6,8
Plus de 10 ans	7	24,1
TOTAL	29	100%
Médecin adresseur		
Médecin traitant	20	68,9
Rhumatologue	9	31
TOTAL	29	100%

- **Répartition en fonction du sexe**

La majorité des patients sont des femmes (24 patients) ce qui représente 82,7% de l'effectif total. Les hommes sont quant à eux 5 en tout, c'est-à-dire 17,2% des patients (cf. Graphique 1 et Tableau 2).

Graphique 1 : Répartition des patients en fonction du sexe

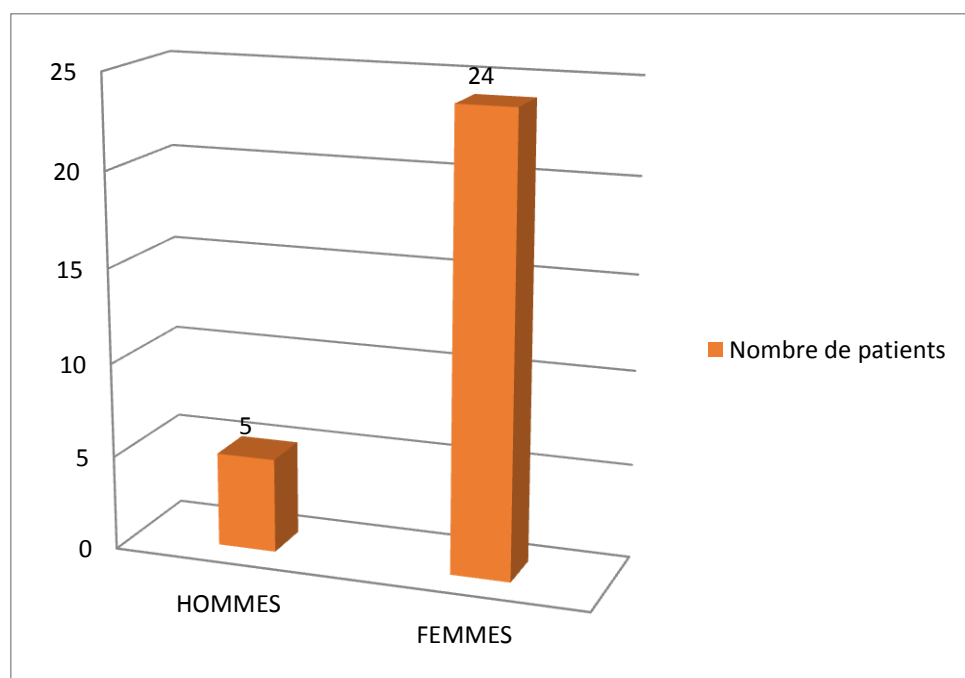


Tableau 2 : Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Femmes	24	82,7
Hommes	5	17,2
Total	29	100%

- **Répartition des patients en fonction de l'âge**

Les patients âgés entre 40 et 60 ans représentent la majorité de l'effectif (21 patients). Onze patients sont âgés de 40 à 50 ans (37,9%), et 10 patients ont entre 50 et 60 ans (34.4%).

Les trentenaires et les soixantenaires qui sont respectivement 3 dans leur catégorie représentent chacun 10.3 % de l'effectif. Enfin, les tranches d'âge extrêmes (plus de 70 ans, et moins de 30 ans) sont peu représentées (un patient pour chaque catégorie, soit 3.4% de l'effectif).

L'âge moyen des patients est de 48,4 ans, avec une écart type de 10,5 (cf. Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction de l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage (%)
Entre 20 et 30 ans	1	3,4
Entre 30 et 40 ans	3	10,3
Entre 40 et 50 ans	11	37,9
Entre 50 et 60 ans	10	34,4
Entre 60 et 70 ans	3	10,3
Plus de 70 ans	1	3,4
Total	29	100%
Moyenne des âges		48,4
Ecart type des âges		10,5

- **Répartition des patients en fonction de la catégorie socioprofessionnelle**

La majorité des patients (13 d'entre eux) sont sans emploi ou la recherche d'un emploi soit 44,8% de l'effectif.

Les patients en activité sont 6 en tout et représentent 20,7% de l'effectif.

Il y a un retraité, et neuf patients en arrêt maladie ou invalidité soit respectivement 3,4% et 31%. (cf. Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des patients en fonction de leur situation professionnelle

Situation socioprofessionnelle	Effectif	Pourcentage (%)
En activité professionnelle	6	20,7
Sans emploi	13	44,8
En arrêt maladie ou invalidité	9	31,0
Retraité	1	3,4
Total	29	100%

- **Répartition des patients selon le type de douleur**

Les douleurs les plus souvent identifiées sont liée à **une fibromyalgie dans 75,8%** des cas, chez 22 patients.

Les autres pathologies, représentées chacune par un patient (soit 3.4% de l'effectif) sont :

- l'arthrose,
- la neuropathie,
- la polyarthrite rhumatoïde,
- le rhumatisme psoriasique,
- l'endométriose,
- la céphalée de tension,
- la scoliose sévère, liée à une maladie de Scheuermann. (cf. Tableau 5)

Tableau 5 : Répartition des patients selon leur type de douleur

Type de douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
Arthrose	1	3,4
Céphalée	1	3,4
Scoliose	1	3,4
Neuropathie	1	3,4
Endométriose	1	3,4
Fibromyalgie	22	75,8
Polyarthrite rhumatoïde	1	3,4
Rhumatisme psoriasique	1	3,4
Total	29	100%

b. La fibromyalgie, qu'est-ce que c'est ?

La majorité des patients étudiés est atteinte de fibromyalgie. Il était important de s'attarder sur cette pathologie encore peu reconnue dont l'étiologie reste incertaine et pour laquelle le diagnostic reste un diagnostic d'élimination.

Le syndrome fibromyalgique se définit par l'existence d'une douleur chronique (persistante plus de trois mois), étendue et diffuse, permanente, fluctuante, majorée notamment par les efforts. Cette douleur s'accompagne notamment de fatigue, de perturbations du sommeil, de troubles dépressifs et anxieux. Le syndrome fibromyalgique concerne principalement les femmes (dans plus de 80% des cas), et près de 90% des patients atteints ont moins de 60 ans. La proportion de patients entre 45 et 55 ans est la plus importante (17).

Son retentissement sur la qualité de vie se manifeste surtout au niveau des capacités fonctionnelles qui se détériorent progressivement, avec des répercussions importantes dans le domaine psychosocial. D'autre part, pour les malades la situation peut apparaître péjorative car il n'existe pas encore de traitement médical curatif spécifique.

La subjectivité des signes fonctionnels rendent sa reconnaissance très difficile et entraîne une souffrance psychologique liée à l'errance diagnostique (18). Le diagnostic est d'ailleurs essentiellement clinique car il n'existe pas de lésion anatomique, d'anomalie biologique ou anatomo-pathologique pouvant rendre compte des symptômes déclarés.

Le diagnostic a une grande importance chez le patient fibromyalgique, car il donne une cohérence aux symptômes, un statut à la pathologie et il légitime la plainte et la souffrance. Il repose sur un examen minutieux, basé sur la recherche de critères de classification (19), tout en considérant les autres symptômes associés, permettant d'éliminer d'autres pathologies douloureuses (20).

Même s'il n'y a pas de consensus médical et scientifique pour parvenir à ce diagnostic qui reste toujours controversé, la communauté scientifique et le corps médical s'accordent pour prendre comme référence les critères de L'ACR (*American College of Rheumatology*) qui ont été actualisés en 2010. (cf. Annexe 14)

Par ailleurs, l'intérêt pour la fibromyalgie s'est accru durant les 25 dernières années. La demande conjointe des patients (individuellement ou organisés en associations), des médecins et des chercheurs, des entités scientifiques et des organismes de santé publique, s'est orientée sur la fibromyalgie pour essayer de lui donner un statut à la fois médical et social.

L'association de patients souffrant de fibromyalgie, *Union Française des Adhérents Fibromyalgiques* (UFAF), a écrit au président de la république en janvier 2007, pour lui demander « une meilleure prise en considération du syndrome fibromyalgique, une démarche claire pour en établir le diagnostic, en mesurer l'impact sur la vie quotidienne, sociale et professionnelle, une reconnaissance de son caractère invalidant, un accompagnement psychosocial permettant d'éviter l'isolement, une meilleure formation des professionnels de santé, et un recensement des personnes fibromyalgiques ».

En France, en 2007, *l'Académie Nationale de Médecine* a adopté à l'unanimité le texte du rapport d'un groupe de travail sur la fibromyalgie contenant d'importantes recommandations (21).

Ainsi en 2010, à la demande du ministre de la santé, la Haute Autorité de la Santé a publié un rapport d'orientation consacré à la fibromyalgie et des recommandations sur sa prise en charge médicale (17).

2. Analyse du résultat principal

Nous avons étudié séparément pour chaque patient, l'évolution de la dimension mentale et physique de la qualité de vie à l'aide du questionnaire SF36.

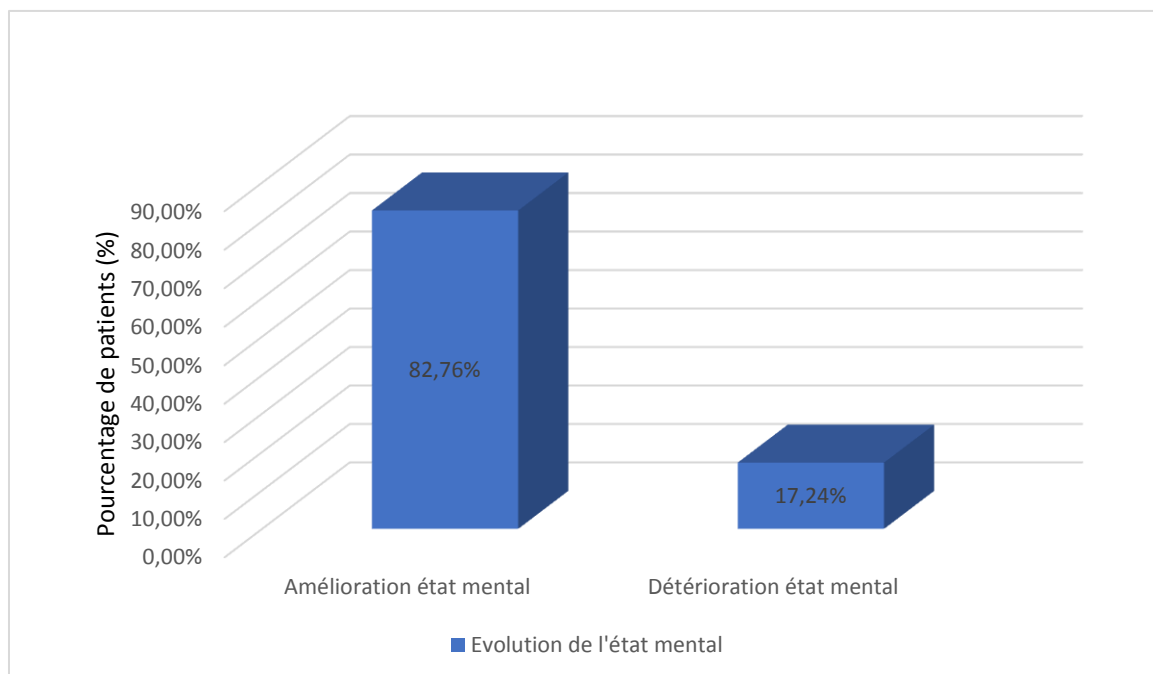
Les patients ont répondu au test avant le début de la TCC (à M0) ainsi qu'à la fin de l'année de suivi (à M12).

a. Sur le plan mental

Nous avons observé une amélioration du score mental chez 24 patients et une détérioration chez 5 patients (cf. Annexe 7).

Il y a donc 82,76% des patients qui ont rapporté une amélioration de leur état mental entre M0 et M12 contre 17,24% qui ont vu leur état mental se détériorer. (cf. Graphique 2)

Graphique 2 : Evolution de l'état mental

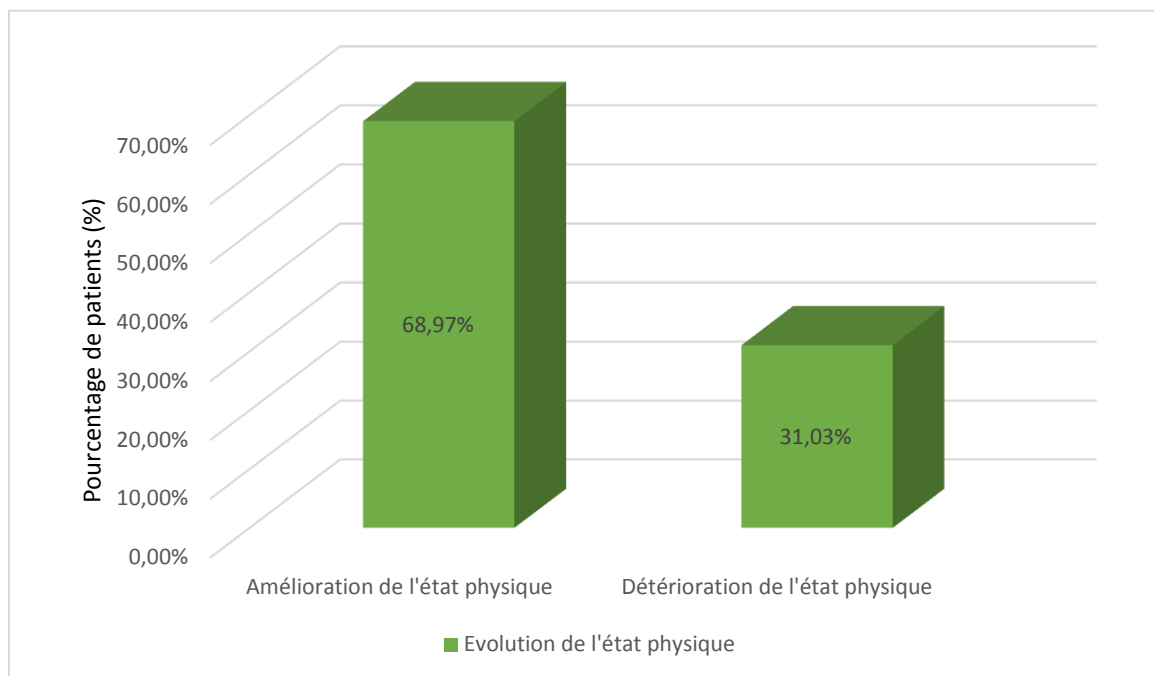


b. Sur le plan physique

Vingt patients ont un score physique qui s'améliore contre 9 patients dont le score se dégrade à M12 (cf. Annexe 8).

Cela représente une amélioration physique chez 68,97% des patients. A l'inverse, on observe une dégradation de l'état physique chez 31,03 % des patients à un an de TCC. (cf. Graphique 3)

Graphique 3 : Evolution de l'état physique



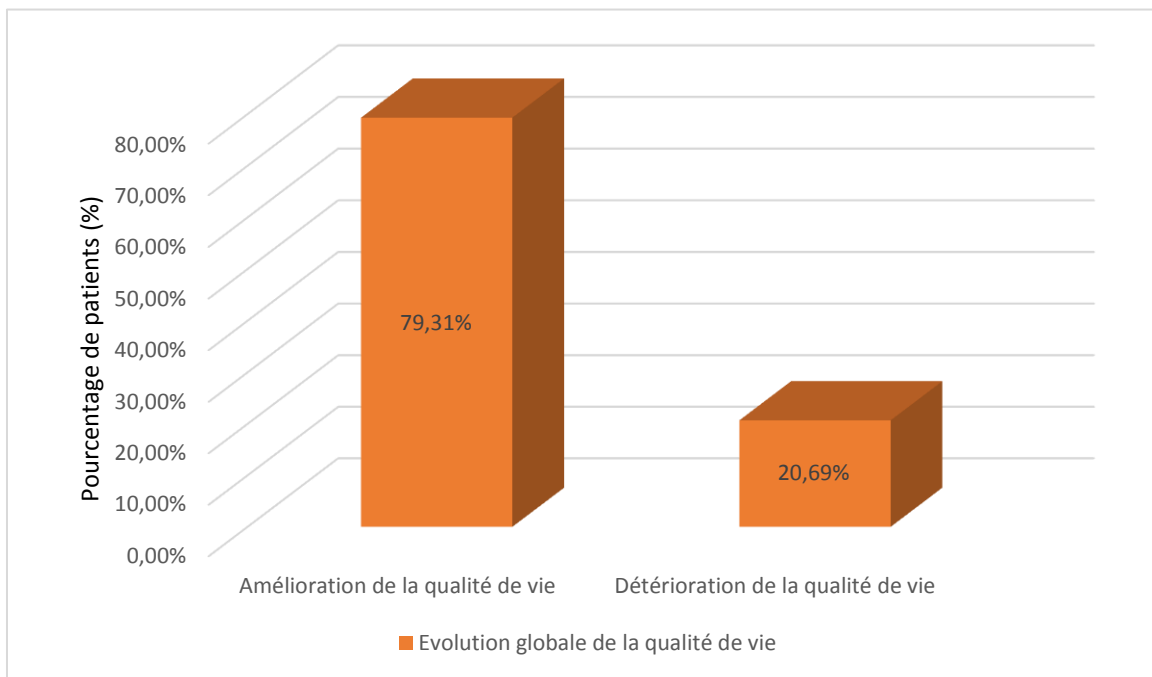
c. La qualité de vie globale

Elle est obtenue en additionnant le score mental et le score physique. On note qu'elle est très mauvaise chez la majorité des patients étudiés, avec un score moyen de **65.9 sur 200 à M0**. D'ailleurs, on voit que seulement 3 patients sur 29 ont un score de qualité de vie globale supérieure à la moyenne (soit supérieur à 100 sur 200) à M0.

La **qualité de vie globale a été améliorée de 47.3% en moyenne entre M0 et M12**, avec un score moyen de **97.1 sur 100 à M12** (cf. Annexe 9).

Ainsi, la qualité de vie pour améliorée pour 23 patients à M12 ce qui représente 79,31% de l'effectif. Six patients (20,69%) rapportent au contraire une dégradation de leur qualité de vie à la fin de l'étude (cf. Graphique 4).

Graphique 4 : Evolution globale de la qualité de vie



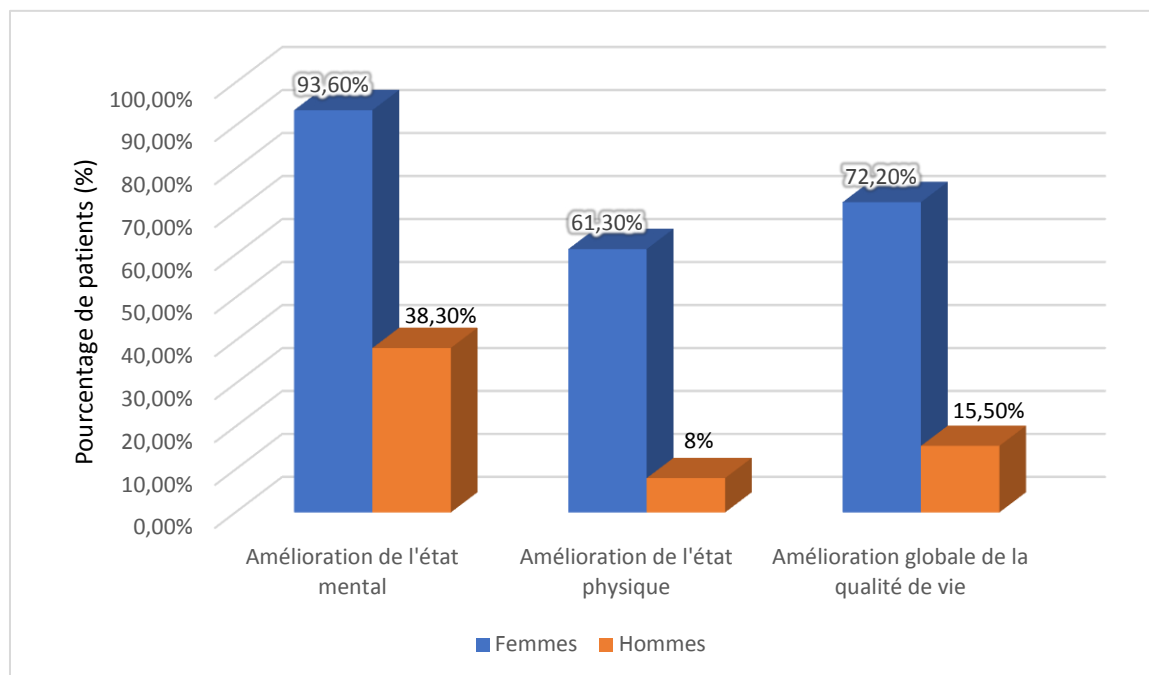
d. Evolution en fonction du sexe

Nous avons analysé l'évolution de chaque score en fonction du sexe. Nous observons une nette amélioration en faveur des femmes.

En effet, 93,6% des femmes ont une amélioration de leur état mental contre 38,3% des hommes ; 61,3% des femmes voient leur score physique s'améliorer contre 8% des hommes et enfin la qualité de vie globale est meilleure après 1 an de TCC chez 72,2% des femmes contre 15,5% des hommes. (cf. Graphique 5)

Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec précaution car l'effectif étudié est faible (29 patients) et non homogène (24 femmes et 5 hommes).

Graphique 5 : Evolution de la qualité de vie fonction du sexe

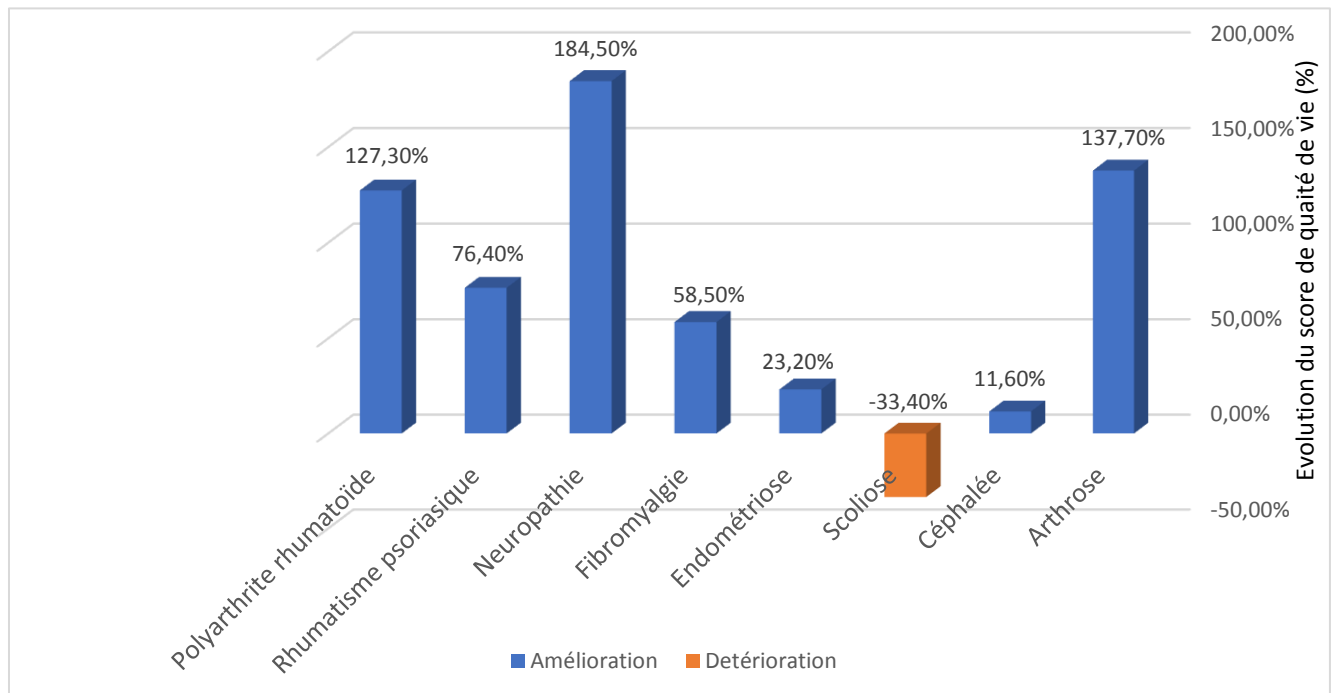


e. Evolution en fonction de la pathologie

L'analyse précise de l'évolution par pathologie n'a pu être réalisée car le groupe est très hétérogène. Les catégories sont très faibles, avec souvent un seul patient par item (22 fibromyalgiques et 7 autres pathologies représentées par 7 patients différents).

Nous observons cependant (sans y accorder une valeur statistique significative) une amélioration globale de la qualité de vie globale à M12 pour toutes les pathologies étudiées à l'exception de la scoliose (cf. Graphique 6).

Graphique 6 : Evolution de la qualité de vie globale à M12 par pathologie



3. Analyse des résultats secondaires

Pendant leur suivi en TCC, les patients étudiés ont également répondu à des questionnaires concernant d'autres paramètres de leur santé à M0 puis à M12 (cf. Graphique 7).

a. La douleur moyenne

Il a été demandé aux patients d'évaluer leur douleur avant et après TCC en considérant, non pas leur douleur au moment du recueil des données mais leur douleur moyenne au cours des derniers mois. La douleur a connu une amélioration de 13% à M12. Six patients ont décrit une douleur stable, 7 patients ont ressenti une aggravation, et 16 patients ont rapporté une diminution de leur douleur moyenne (cf. Annexe 10).

b. La fatigue/sommeil

A l'issue de l'année de suivi en TCC, le paramètre fatigue/sommeil a connu une amélioration moyenne de 3,7%. Seize patients ont ressenti une amélioration contre 13 qui ont ressenti une aggravation (cf. Annexe 11).

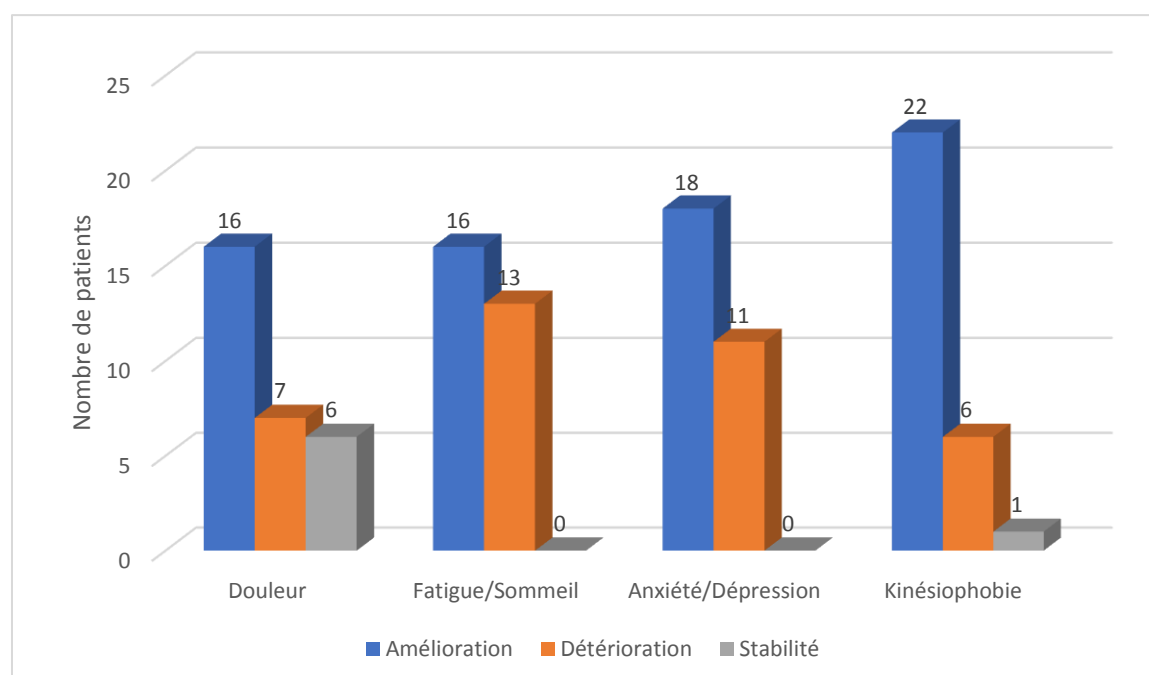
c. L'anxiété/dépression

Les symptômes liés à l'anxiété et la dépression se sont atténués de 4,4% en moyenne entre M0 et M12. L'amélioration a concerné 18 patients alors que 11 patients ont vu leur état s'aggraver (cf. Annexe 12).

d. La kinésiophobie

La kinésiophobie a diminué chez 22 patients et s'est accentuée chez 6 patients à la fin des 12 mois de suivi. Un seul patient a rapporté une stabilité de sa kinésiophobie. En moyenne, on note une amélioration totale de 25,6% à M12 (cf. Annexe 13).

Graphique 7 : Evolution des critères secondaires par nombre de patients



4. Impressions générales à la suite des entretiens téléphoniques

Lors des entretiens téléphoniques, j'ai posé des questions ouvertes aux patients telles que : « Comment vivez-vous votre maladie ? », « Que vous a apporté la TCC pendant cette année de suivi ? »

Après plusieurs heures d'entretiens téléphoniques avec les 29 patients suivis au centre de la douleur, j'ai pu noter qu'ils partagent quelques similitudes, notamment une grande curiosité quant à leur maladie. Ils sont en effet globalement très impliqués dans la prise en charge de leur pathologie. D'ailleurs, de nombreux patients ont entendu parler du centre de la douleur en effectuant des recherches personnelles et y ont été adressés par leur médecin à leur propre demande.

Ils font tous preuve d'un grand réalisme, sont très cultivés et instruits sur leur maladie, capables d'en décrire avec éloquence tous les aspects avec des termes médicaux précis.

La grande majorité est à la recherche de thérapies non médicamenteuses, car ils sont lassés de l'inefficacité ou des effets secondaires de certains traitements antalgiques.

Certains patients ont trouvé la TCC « plus efficace que les médicaments ». D'ailleurs, leur attente principale n'était pas la guérison ou la diminution de la douleur mais une recherche de soutien.

Plusieurs points mis en évidence lors de ces entretiens sont à souligner :

- **L'effet de groupe** a été globalement un plus pour beaucoup d'entre eux. Ils ont été soulagés de ne « pas être les seuls à être malade ».
- **La reconnaissance** de leur douleur a été un point très important dans l'amélioration de leur état de santé. (« On me croit enfin » ; « Ce n'est pas parce que mon bilan sanguin est normal que je ne souffre pas » ; « Ma maladie est bien réelle puisque d'autres personnes l'ont »).

- Le fait d'être dans un **groupe hétérogène** avec des pathologies différentes, à des stades d'évolution différents, a permis aux patients de comparer leur état de santé, parfois de relativiser la gravité de leur pathologie ou d'aider les autres à anticiper les suites éventuelles d'une maladie dont ils ont déjà connu l'évolution.
- **Les cours de physiopathologie de la douleur** ont été unanimement appréciés. Ils ont permis aux patients de comprendre tous les aspects de leur douleur et ont contribué à la diminution de leurs craintes. Cela leur a fait également comprendre que la douleur aussi intense soit-elle, n'est pas toujours synonyme de gravité.
- Concernant **l'acceptation de la douleur**, un grand nombre de patients rapporte un **sentiment de « déclic »** pendant la TCC. Ils ont compris qu'il ne s'agissait pas de faire disparaître totalement leur douleur mais plutôt d'apprendre à l'accepter et la gérer à l'aide de différents outils.

En revanche, les hommes m'ont paru globalement moins motivés que les femmes sur le fait de partager collectivement leurs impressions. Ils se sont sentis moins à l'aise dans les groupes de parole et ont parfois été gênés par le format de thérapie de groupe. Leur évolution a été globalement moins spectaculaire que celle des femmes.

Le bilan global est donc plutôt positif. De nombreux patients font part d'une amélioration importante dès la première séance. Ils ont, dans l'ensemble, ressenti une amélioration de leur qualité de vie même si souvent leur douleur s'est peu atténuée.

Au pire, les séances ont été « appréciées mais sans plus », certains « n'y croyaient pas » mais ont été « très agréablement surpris par l'effet positif immédiat » et au mieux elles ont « carrément changé leur vie ».

IV. DISCUSSION

Ce travail a été réalisé sur un faible échantillon de 29 patients, plutôt hétérogène en terme de répartition par âge, par sexe et par pathologie. Les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison du faible effectif de l'étude qui n'a pas permis de réaliser une analyse statistiquement significative. Néanmoins, quelques tendances importantes peuvent en être extraites. Elles s'efforcent de confirmer les données de la littérature et servent à témoigner de la faisabilité de la prise en charge systématique en psychothérapie des patients douloureux chroniques, tout en pointant les avantages et les limites de sa réalisation.

Dans notre étude, la thérapie cognitivo-comportementale a permis une amélioration de la qualité de vie globale pour 79,3% des patients suivis entre Mai 2017 et Mai 2018 au centre de la douleur de l'Hôpital de Salon (cf. Graphique 4). Cette tendance confirme certaines données actuelles de la littérature concernant l'efficacité de la TCC dans l'amélioration de la qualité de vie, à travers des paramètres comme l'acceptation et la gestion de la douleur (22) (23).

D'autre part, la population de patients douloureux chroniques étudiée est composée majoritairement de femmes à 82,7% (cf. Tableau 1), ce qui est également retrouvé dans la littérature. En effet, dans la grande majorité des études sur la douleur, la prévalence de la douleur chronique est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (1).

Par ailleurs, d'après la HAS, la prévalence augmente avec l'âge surtout au-delà de 65 ans. Dans notre étude, la majorité des patients, soit 37,9%, ont un âge compris entre 40 et 50 ans. Cette différence est probablement liée à la faiblesse de l'effectif qui est peu représentatif de la population générale.

De plus, pour les mêmes raisons, dans notre étude la pathologie la plus représentée est la fibromyalgie à 75,8%, alors qu'elle ne représente que 9,7% des douleurs chroniques dans la population générale (après les douleurs neuropathiques, rhumatologiques et les céphalées) (1). Cette différence est liée non seulement à la

faiblesse de l'échantillon, mais également à l'orientation des patients fibromyalgiques pour lesquels la TCC est plus facilement proposée, car plus indiquée dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. En effet, la HAS place la fibromyalgie comme étant la pathologie douloureuse qui requiert le plus une prise en charge pluridisciplinaire, dans 89,6% des cas (avant les douleurs cancéreuses [78,6%], rhumatologiques [67,3%] et neuropathiques [63,2%]).

C'est la complexité de la fibromyalgie qui impose cette prise en charge pluridisciplinaire, comprenant une psychothérapie. L'efficacité des TCC pour le traitement de la fibromyalgie a été démontrée par de nombreuses études et méta-analyses (24) (25). Les TCC dans la fibromyalgie font également partie des recommandations de la *Ligue Européenne contre le Rhumatisme* (EULAR) (20).

Concernant les aspects secondaires étudiés, l'effet positif de la TCC sur la douleur chronique qui est bien connu et bien décrit dans la littérature (26) a été retrouvé dans l'étude. L'amélioration de la douleur moyenne (même si elle est très faible) est observée chez 16 patients sur 29 (cf. Graphique 7). Un biais important lié à l'interprétation de la douleur ne doit néanmoins pas être négligé : il s'agit de l'effet des traitements antalgiques. En effet, durant l'année de suivi, les patients ont eu des changements très fréquents de molécules, de doses, de fréquence et de mode d'administration ce qui a rendu impossible le traitement des données. Cependant, ils étaient tenus de donner un chiffre (entre 0 et 10) qui illustre leur douleur moyenne (pendant les derniers mois) et globale (incluant douleur physique et morale).

De même, l'amélioration de la kinésiophobie, de l'anxiété/dépression, et l'effet positif sur la fatigue et le sommeil qui sont mis en évidence dans notre étude (cf. Graphique 7) se doivent d'être interprétés avec précaution, même si quelques études ponctuelles ont également observé un effet positif de la TCC sur ces paramètres et confirment ces tendances (27) (28) (29).

Sur un plan plus subjectif, la TCC de groupe a été globalement très appréciée par les patients, parmi les thérapeutiques non médicamenteuses qui leur ont été proposées.

Ils ont rapporté un grand soulagement de leur sensation de solitude et d'incompréhension, une satisfaction de leur curiosité quant au fonctionnement des mécanismes physiopathologiques de la douleur, et un apaisement dans leur besoin de reconnaissance. Ils se sont sentis écoutés et considérés par le corps médical, certains pour la première fois dans leur prise en charge.

En effet, l'errance des patients douloureux chroniques peut être très longue avant d'être enfin pris en charge dans une structure spécialisée (18% des patients ont une douleur > 3 ans avant la première consultation d'après la HAS (1), or dans notre étude 24,1% d'entre eux ont une douleur > 10 ans d'évolution). Quand leur douleur n'est pas due à une pathologie grave, les patients se voient souvent proposer des traitements symptomatiques parfois peu efficaces ou responsables d'effets indésirables très contraignants.

On se rend d'ailleurs compte à travers l'étude, que la qualité de vie globale des patients douloureux chroniques est médiocre (leur score de qualité de vie moyen est 65,9 sur 200 à M0) (cf. Annexe 9). Cette constatation confirme l'importance de la réalisation d'études basées sur la qualité de vie et l'intérêt de s'attarder sur ces patients fragiles dans le cadre de la santé publique.

D'ailleurs, de nombreuses études sont actuellement en cours concernant l'optimisation de la prise en charge en TCC des patients douloureux chroniques. Elles explorent de nombreux axes d'amélioration possibles comme (30) :

- Uniformiser les méthodes de réalisation des séances de TCC en recherchant le contenu, la durée et la fréquence de suivi qui sont les plus optimaux.
- Favoriser l'implication des patients dans leur thérapie grâce à la mise en place d'outils permettant une meilleure autogestion des symptômes.
- Former plus de psychologues et de médecins à la prise en charge de la douleur chronique.

V. CONCLUSION

Les avancées actuelles de la médecine permettent aujourd'hui de guérir et prolonger la durée de la vie des patients atteints de maladies graves ainsi que de stabiliser l'état de santé de ceux qui souffrent de pathologies chroniques.

Ces succès ne sont toutefois pas obtenus sans en payer le prix. Les traitements multi-modaux se sont intensifiés, engendrant de fortes contraintes pour les patients. Nombre de ces traitements sont efficaces mais s'accompagnent d'une toxicité aiguë, chronique ou retardée rendant indispensable l'intégration de la mesure de la qualité de vie dans l'évaluation de leurs effets à court et long terme.

Chercher à améliorer la qualité de vie du patient porteur de pathologie chronique est en effet indispensable. Cette amélioration qui est le principal objectif recherché en soins palliatifs, passe parfois au second plan lorsqu'on est dans une démarche curative. En effet, les limites de la prise en charge curative se font ressentir lorsque la pathologie s'avère être bénigne ou lorsque qu'elle se chronicise. C'est pourquoi, dans les pathologies chroniques (dont la douleur chronique), il apparaît indispensable de remettre la qualité de vie au premier plan, la considérant comme le marqueur principal de succès ou d'échec des traitements proposés.

D'autre part, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, le choix des thérapies non médicamenteuses doit être plus fréquemment envisagé et les patients plus rapidement orientés vers des structures de soins spécialisées dès que cela est nécessaire.

L'objectif principal de l'étude, qui était de prouver l'amélioration de la qualité de la vie chez les patients douloureux chroniques traités par TCC, n'a pas été démontré de manière statistiquement significative. Malgré tout, ce travail tend à confirmer les recommandations actuelles de bonne pratique. En effet, depuis son introduction dans les années 70, le suivi en TCC pour la douleur chronique est devenu un traitement de première intention. Il est aujourd'hui bien établi que cette thérapeutique est efficace dans la réduction de la souffrance des patients douloureux chroniques.

Par ailleurs, cette prise en charge présente des avantages non négligeables car elle est facilement réalisable et rentable sur le plan économique. En effet, le suivi en thérapie de groupe est peu coûteux en termes de moyens humains et matériels. De plus, étant donné que la TCC diminue les symptômes douloureux, elle réduit l'errance thérapeutique et donc indirectement les coûts liés aux traitements médicamenteux, aux diverses consultations et hospitalisations.

Malgré ces nombreuses réussites, des améliorations restent indispensables. Elles concernent principalement, une optimisation du contenu des séances de TCC, un développement d'outils permettant une plus grande participation des patients à leur thérapie ainsi qu'une formation plus spécifique des professionnels de santé à la douleur chronique.

En tenant compte de ces remarques, les tendances tirées de ce travail seront confirmées et développées dans une étude de plus grande ampleur qui sera menée prochainement au centre de la douleur de Salon.

VI. ABREVIATIONS

ACR : American College of Rheumatology

ARS: Agence régionale de santé

EFSMG : Échelle de Fatigue et Sommeil en Médecine Générale

EN : Echelle Numérique

ETP : Equivalent Temps Plein

EULAR : European League Against Rheumatism

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IQOLA: International Quality of Life Assessment Project

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

painSTORY : Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

SF36 : Short Form 36

SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

STOPNET: Study of the Prevalence of Neuropathic Pain

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

UFAF : Union Française des Adhérents Fibromyalgiques

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf
2. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. [Internet]. PAIN. 2008 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00326893>
3. O'Brien T, Breivik H. The impact of chronic pain-European patients' perspective over 12 months. Scand J Pain. 29 déc 2017;3(1):23- 9.
4. resultats_painstory_france.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: https://www.mundipharma.fr/userfiles/resultats_painstory_france.pdf
5. La douleur chronique | SFETD [Internet]. [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique>
6. Mirabel-Sarron C. Les thérapies comportementales et cognitives: bases théoriques et indications. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. juill 2011 [cité 24 août 2018];169(6):398. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00771589>
7. Linton SJ, Boersma K, Jansson M, Svärd L, Botvalde M. The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial. Clin J Pain. avr 2005;21(2):109- 19.
8. Knoerl R, Lavoie Smith EM, Weisberg J. Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy: An Integrative Review. West J Nurs Res. mai 2016;38(5):596- 628.

9. Thorn BE, Kuhajda MC. Group cognitive therapy for chronic pain. *J Clin Psychol.* nov 2006;62(11):1355- 66.
10. Turner-Stokes L, Erkeller-Yuksel F, Miles A, Pincus T, Shipley M, Pearce S. Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model. *Arch Phys Med Rehabil.* juin 2003;84(6):781 - 8.
11. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA.* 17 nov 2004;292(19):2388 - 95.
12. Arnold LM. Biology and therapy of fibromyalgia. New therapies in fibromyalgia. *Arthritis Res Ther.* 2006;8(4):212.
13. Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti E, Baumgartner E, Cohen P, Finckh A, et al. Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. *Ann Rheum Dis.* mars 2004;63(3):290- 6.
14. Vlaeyen JWS, Morley S. Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? *Clin J Pain.* févr 2005;21(1):1 - 8.
15. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care.* mars 1993;31(3):247 - 63.
16. Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management.* 1990;3:35-43.
17. syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf

18. syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf [Internet]. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf
19. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* mai 2010;62(5):600- 10.
20. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 4 juill 2016 [cité 24 juill 2018];annrheumdis-2016-209724. Disponible sur: <https://ard.bmj.com/content/early/2016/07/04/annrheumdis-2016-209724>
21. RAPPORT-ACADEMIE-MEDEICINE-JANV-07.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <https://fibromyalgiesos.fr/rdv2/wp-content/uploads/2012/03/RAPPORT-ACADEMIE-MEDEICINE-JANV-07.pdf>
22. Netgen. La psychothérapie cognitive dans le traitement de la douleur chronique [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2443/23093>
23. Thérapie cognitivo-comportementale de groupe et douleur chronique : attentes et satisfactions - *Revue Médicale Suisse* [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-208/Therapie-cognitivo-comportementale-de-groupe-et-douleur-chronique-attentes-et-satisfactions>
24. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EHS, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 10 sept 2013;(9):CD009796.

25. Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol.* oct 2010;37(10):1991 - 2005.
26. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain.* mars 1999;80(1- 2):1- 13.
27. Monticone M, Ambrosini E, Vernon H, Rocca B, Finco G, Foti C, et al. Efficacy of two brief cognitive-behavioural rehabilitation programmes for chronic neck pain: results of a randomized controlled pilot study. *Eur J Phys Rehabil Med.* 6 juill 2018;
28. Nash VR, Ponto J, Townsend C, Nelson P, Bretz MN. Cognitive behavioral therapy, self-efficacy, and depression in persons with chronic pain. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses.* déc 2013;14(4):e236- 43.
29. Blake C, Cunningham J, Power CK, Horan S, Spencer O, Fullen BM. The Impact of a Cognitive Behavioral Pain Management Program on Sleep in Patients with Chronic Pain: Results of a Pilot Study. *Pain Med Malden Mass.* févr 2016;17(2):360- 9.
30. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol.* mars 2014;69(2):153- 66.

VIII. ANNEXES ET TABLEAUX

Annexe 1 : Questionnaire de première consultation

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Médecin traitant : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

Sexe : F M Date de naissance: / / / / / / / / / / Age : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : _____ Portable/travail : _____

Situation de famille : Marié(e) Célibataire
 Séparé(e) (date) Union Libre
 Veuf (ve) (date) Divorcé(e) (date)

Nombre d'enfants : _____ Age des enfants : _____

Situation professionnelle : En activité Chômage Retraité(e)
 Handicapé Union Libre
 Accident de travail (date de l'AT) : _____
 Autres à préciser : _____

Profession actuelle (ou avant cessation d'activité) : _____

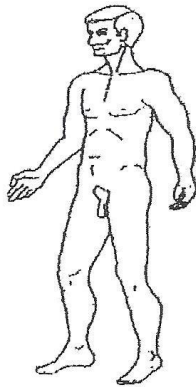
Profession du conjoint : _____

VOTRE DOULEUR

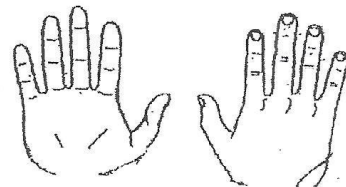
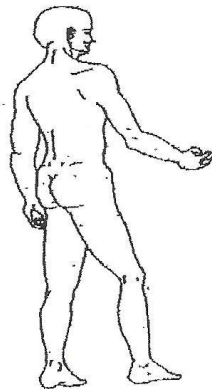
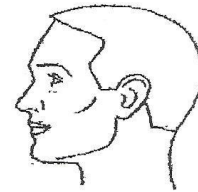
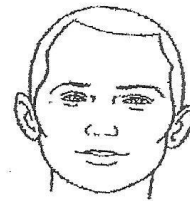
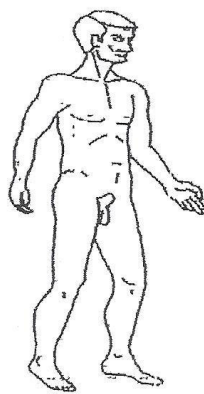
Merci d'utiliser une encre autre que noire.

Indiquez sur les schémas qui suivent la localisation de votre douleur

Côté gauche



Côté droit



Depuis quand ressentez-vous cette douleur (*mois et année du début des douleurs*) ?

Connaissez-vous la cause de votre douleur ? (*si oui, quelle est-telle ?*)

Est-elle apparue à la suite : d'un accident ? d'un accident du travail ?
 d'une maladie ? d'un effort
 d'une opération ? autres

Plusieurs réponses possibles

RETENTISSEMENT PROFESSIONNEL

Existe-t-il des litiges ou des conflits au niveau professionnel : Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Envisagez-vous un reclassement professionnel ? Oui Non

Percevez-vous une pension du fait de la douleur ou de sa cause ? Oui Non

Si oui, pensez-vous qu'elle doit être réévaluée ? _____

Etes-vous en litige avec la sécurité sociale (ou autre organisme social) ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Devez-vous avoir une expertise prochainement ? (*sécurité sociale, COTOREP*) Oui Non

Si oui, quand ? _____

COTATION DE LA DOULEUR

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

1/ Douleur habituelle

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

2/ Douleur aux moments les plus douloureux

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

3/ Douleur aux moments les moins douloureux

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

La douleur est apparue : Progressivement Brutalement

Depuis le début, la douleur : a-t-elle augmenté ? _____

a-t-elle diminué ? _____

est restée stable ? _____

Quelle est la fréquence de vos douleurs : Permanente

Plusieurs fois par jour

Plusieurs fois par semaine

Une fois par semaine environ

Une fois par mois environ

Variable

Citer ce qui peut augmenter vos douleurs : _____

Citer ce qui peut calmer vos douleurs : _____

TRAITEMENT ACTUEL

Médicaments contre la douleur	Moyens non médicamenteux contre la douleur	Autres médicaments

Quels sont les médicaments ou moyens médicamenteux que vous avez déjà pris contre votre douleur, quel a été leur effet sur votre douleur ?

Médicaments	Effets ?

Moyens non médicamenteux	Effets ?

Quels sont les examens complémentaires (radiographie, scanner, IRM ...) que vous aviez réalisé, avec leurs dates approximatives ?

Examens	Dates	Résultats

Intervention(s) chirurgicale(s) en rapport avec vos douleurs :

Laquelle : _____ Laquelle : _____
Date : _____ Date : _____
Lieu : _____ Lieu : _____
Chirurgien : _____ Chirurgien : _____

Laquelle : _____ Laquelle : _____
Date : _____ Date : _____
Lieu : _____ Lieu : _____
Chirurgien : _____ Chirurgien : _____

A diminué ou stoppé la douleur ? Oui Non

Infiltration(s) :

Type d'infiltration : _____
Date : _____
Lieu : _____
Médecin : _____

Acte répété ? Oui Non

Si oui, précisez les dates : _____

A diminué ou stoppé la douleur ? Oui Non

De quels traitements avez-vous déjà bénéficié pour vos douleurs ?

Médicaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Relaxation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Infiltration	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Chirurgie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médecine douce	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ostéopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Centre de rééducation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sophrologie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Acupuncture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Magnétiseur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stimulation électrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : _____	
Cure thermale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

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 au médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Entourez les chiffres imprimés à gauche du questionnaire, correspondants à votre réponse.

Lisez chaque série de question 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 | Pas du tout |
| | 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 assez à ne rien faire et me sentir décontracté :

- 0 Oui, quoiqu'il m'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 attention que par le passé

J'ai la bougeotte et je 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

**Si vous souffrez de 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 au 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 avez-vous 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 2 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 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 Autres sensations
 5 Ne sait pas

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

- 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 les 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

➤ **Prenez-vous actuellement tous les jours un médicament contre les maux de tête ?**

1 Oui 2 Non

Si oui, lequel ? _____

Depuis combien de temps ? _____

Annexe 2 : SF-36

Questionnaire de santé SF36

Comment répondre

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? (entourez la réponse de votre choix)

Bien meilleur que l'an dernier	1
Plutôt meilleur	2
À peu près pareil	3
Plutôt moins bon	4
Beaucoup moins bon	5

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances (entourez la réponse de votre choix)

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

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ? (entourez la réponse de votre choix)

Nulle	1
Très faible	2
Faible	3
Moyenne	4
Grande	5
Très grande	6

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? (entourez la réponse de votre choix)

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

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? (entourez la réponse de votre choix)

En permanence	1
Une bonne partie du temps	2
De temps en temps	3
Rarement	4
Jamais	5

9. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel. (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e) 1	Oui, un peu limité(e) 2	Non, pas du tout limité(e) 3
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

10. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où : (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence 1	Très souvent 2	Souvent 3	Quelque fois 4	Rarement 5	Jamais 6
a. vous vous êtes senti(e) dynamique?	1	2	3	4	5	6
b. vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)?	1	2	3	4	5	6
c. vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	1	2	3	4	5	6
d. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)?	1	2	3	4	5	6
e. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie?	1	2	3	4	5	6
f. vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)?	1	2	3	4	5	6
g. vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?	1	2	3	4	5	6
h. vous vous êtes senti(e) heureux(se)?	1	2	3	4	5	6
i. vous vous êtes senti(e) fatigué(e)?	1	2	3	4	5	6

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas : (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Totalement vrai 1	Plutôt vrai 2	Je ne sais pas 3	Plutôt fausse 4	Totalement fausse 5
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Veuillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions. Merci de votre collaboration.
copyright © New England Medical Center Hospitals, Inc., 1993 All rights reserved. (IQOLA SF-36 French (France) Version 1.3)

Annexe 3 : Échelle numérique



Quel type d'échelle ?

C'est une échelle d'autoévaluation.

Pour quel patient ?

Pour tous les patients adultes.

Pour quelle douleur ?

Pour tout type de douleur.

Comment l'utiliser ?

Le soignant demande au patient **d'évaluer l'intensité de la douleur** au moment présent selon ces consignes ci-dessous. Il peut aussi lui demander la douleur habituelle depuis les 8 derniers jours et la douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours.

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

EN : échelle numérique

PAS DE DOULEUR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DOULEUR MAXIMALE IMAGINABLE
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Références bibliographiques

ANAES. Services des recommandations et références professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.

Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press; 1992. p. 135-51.

Annexe 4 : Échelle EFSMG

Échelle de Fatigue Sommeil et Médecine Générale

EFSMG, pour une évaluation de la fatigue (ProSmg, Dr G Pérémarty, 2009).

Prénom :	Nom :	Age :
Date du test :	Traitement en cours	

La fatigue est une sensation d'affaiblissement physique, ou psychique, qui impose la mise au repos. On estime que c'est un état pathologique lorsque la personne se sent durablement pénalisée par rapport à son niveau de forme habituel.

Cette échelle est un outil (non validé) destinée à en chiffrer l'importance.

Affectez les 8 propositions suivantes d'une note de 0 à 3 :

0 = Pas du tout exact

1 = Parfois exact

2 = Souvent exact

3 = Tout à fait exact

- J'ai dû limiter mes **loisirs** à cause de la fatigue; 0 / 1 / 2 / 3
- Dans la journée, j'ai besoin de **m'allonger** même si je ne m'endors pas, 0 / 1 / 2 / 3
- J'ai beaucoup de mal à me **concentrer**; 0 / 1 / 2 / 3
- Je redoute des moments de **défaillance** de mon corps; 0 / 1 / 2 / 3
- J'ai souvent des **douleurs** ou des malaises (vertiges) inexplicables; 0 / 1 / 2 / 3
- J'ai **brutalement** des coups de fatigue extrême; 0 / 1 / 2 / 3
- C'est en **fin d'après midi**, que je me sent le plus fatigué; 0 / 1 / 2 / 3
- Lorsque je suis réveillé le matin j'ai du mal à me mettre **debout**. 0 / 1 / 2 / 3

Calculez le total: /24

Un score supérieur à 8 peut indiquer une fatigue excessive et vous devez discuter de ce résultat avec votre médecin.

En l'absence de cause connue, on peut envisager l'hypothèse d'un problème d'efficacité de votre sommeil en rapport avec des perturbation de vos horloges biologiques.

L'établissement d'un Agenda-Veille-Sommeil pendant quelques semaines vous aidera à observer votre rythme de sommeil et d'activité. (<http://www.sommeil-mg.net/spip/Agenda-du-sommeil>)

Attention, vous devrez garder à l'esprit que la *privation* de sommeil provoque la somnolence diurne, mais que paradoxalement, l'*excès* de sommeil peut, au contraire, aggraver la fatigue.

NB. Consulter aussi l'échelle d'Epworth pour l'évaluation de la somnolence (<http://www.sommeil-mg.net/spip/Echelle-d-Epworth>), et pour mieux comprendre la différence entre la fatigue et la somnolence voir l'article : « Fatigue ou Somnolence? » (<http://www.sommeil-mg.net/spip/Fatigue-ou-Somnolence>).

<http://www.sommeil-mg.net>

<http://www.sommeil-mg.info>

Annexe 5 : Échelle HAD

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

<p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0 	<p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
<p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3 	<p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
<p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0 	<p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
<p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3 	<p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
<p>5. Je me fais du souci</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 	<p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
<p>6. Je suis de bonne humeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0 	<p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
<p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 	
<p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0 	

Annexe 6 : Échelle TAMPA

Evaluation de l'indice de kinésiophobie

ÉCHELLE TAMPA (TSK-CF)

(Kori et al., 1990, traduite par GRISART & MASQUELIER, Cliniques Universitaires Saint-Luc, 1200 Bruxelles)

Même à cette époque de haute technologie, il ne faut pas négliger une des plus importantes sources d'information à votre sujet : il s'agit de vos sentiments ou de vos intuitions à propos de ce qui arrive à votre corps.

Répondez aux questions suivantes en utilisant l'échelle de droite. Répondez vraiment en fonction de votre impression et pas en fonction de ce que les autres pensent que vous devriez croire. Il ne s'agit pas d'un test de connaissance médicale. Nous voulons savoir comment vous voyez les choses.

	Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.	Fortement en désaccord	Légèrement en désaccord	Légèrement en accord	Fortement en accord
1.	J'ai peur qu'en faisant de l'exercice, cela ne me blesse.	1	2	3	4
2.	Si je vais au-delà de mes limites pour dépasser la douleur, elle pourrait augmenter.	1	2	3	4
3.	Mon corps me dit que quelque chose ne va pas et que cela constitue un danger pour lui.	1	2	3	4
4.	Ma douleur serait probablement diminuée si je faisais de l'exercice. *	1	2	3	4
5.	Les gens ne prennent pas mon état de santé suffisamment au sérieux.	1	2	3	4
6.	Mon accident a fragilisé mon corps pour le reste de ma vie.	1	2	3	4
7.	La douleur signifie qu'il y a toujours une lésion.	1	2	3	4
8.	Ce n'est parce que quelque chose aggrave ma douleur que cela signifie que c'est dangereux. *	1	2	3	4
9.	J'ai peur de me faire mal ou de me blesser par mégarde.	1	2	3	4
10.	En étant attentif à ne faire que des gestes adéquats, je peux éviter d'augmenter la douleur.	1	2	3	4
11.	Le maintien d'une telle douleur signifie que j'ai probablement quelque chose de grave.	1	2	3	4
12.	Malgré ma douleur, je serais mieux si j'avais plus d'activités physiques. *	1	2	3	4
13.	La douleur me fait savoir quand je dois arrêter mes exercices afin de ne pas entraîner des dommages corporels.	1	2	3	4
14.	Ce n'est pas vraiment très bon pour une personne dans un état comme le mien d'être physiquement active.	1	2	3	4
15.	Je ne peux pas tout faire comme les autres, sinon cela pourrait causer des lésions dans mon organisme.	1	2	3	4
16.	Même si certaines choses entraînent une douleur, je ne pense pas qu'elles soient réellement dangereuses. *	1	2	3	4
17.	Personne ne devrait faire de l'exercice lorsqu'il(elle) a mal.	1	2	3	4

Annexe 7 : Evolution de l'état mental des patients entre M0 et M12

Patients	Pathologie	Score Mental M0 (sur 100)	Score Mental M12 (sur 100)	Evolution (en %)	Evolution score mental
PATIENT1	fibromyalgie	28,6	44,7	56,3%	amélioration
PATIENT2	fibromyalgie	28,8	61,0	111,8%	amélioration
PATIENT3	fibromyalgie	67,5	62,6	-7,3%	détérioration
PATIENT4	rhumatisme psoriasique	36,8	46,5	26,4%	amélioration
PATIENT5	fibromyalgie	53,1	82,5	55,4%	amélioration
PATIENT6	fibromyalgie	16,7	50,2	200,6%	amélioration
PATIENT7	fibromyalgie	11,7	21,1	80,3%	amélioration
PATIENT8	fibromyalgie	40,5	27,1	-33,1%	détérioration
PATIENT9	fibromyalgie	22,1	46,1	108,6%	amélioration
PATIENT10	endométriose	25,6	43,3	69,1%	amélioration
PATIENT11	arthrose	31,3	70,6	125,6%	amélioration
PATIENT12	fibromyalgie	11,6	43,1	271,6%	amélioration
PATIENT13	fibromyalgie	50,2	33,5	-33,3%	détérioration
PATIENT14	fibromyalgie	47,1	59,5	26,3%	amélioration
PATIENT15	fibromyalgie	40,5	20,1	-50,4%	détérioration
PATIENT16	céphalée	78,8	80,8	2,5%	amélioration
PATIENT17	fibromyalgie	42,7	72,1	68,9%	amélioration
PATIENT18	fibromyalgie	33,7	50,7	50,4%	amélioration
PATIENT19	scoliose	10,4	6,0	-42,3%	détérioration
PATIENT20	fibromyalgie	29,2	34,2	17,1%	amélioration
PATIENT21	fibromyalgie	44,4	92,1	107,4%	amélioration
PATIENT22	fibromyalgie	39,7	46,5	17,1%	amélioration
PATIENT23	fibromyalgie	63,1	69,5	10,1%	amélioration
PATIENT24	fibromyalgie	14,7	72,5	393,2%	amélioration
PATIENT25	polyarthrite rhumatoïde	28,9	70,6	144,3%	amélioration
PATIENT26	neuropathie	28,3	76,5	170,3%	amélioration
PATIENT27	fibromyalgie	17,0	46,6	174,1%	amélioration
PATIENT28	fibromyalgie	24,7	37,1	50,2%	amélioration
PATIENT29	fibromyalgie	10,7	39,2	266,4%	amélioration

Annexe 8 : Evolution de l'état physique des patients entre M0 et M12

Patients	Pathologie	Score Physique M0 (sur 100)	Score Physique M12 (Sur 100)	Evolution en %	Evolution score physique
PATIENT1	fibromyalgie	19,5	22,7	16,4%	amélioration
PATIENT2	fibromyalgie	23,9	32,0	33,9%	amélioration
PATIENT3	fibromyalgie	42,7	36,2	-15,2%	détérioration
PATIENT4	rhumatisme psoriasique	33,5	77,5	131,3%	amélioration
PATIENT5	fibromyalgie	43,3	87,0	100,9%	amélioration
PATIENT6	fibromyalgie	16,6	32,5	95,8%	amélioration
PATIENT7	fibromyalgie	16,4	10,0	-39,0%	détérioration
PATIENT8	fibromyalgie	35,4	16,6	-53,1%	détérioration
PATIENT9	fibromyalgie	23,5	46,6	98,3%	amélioration
PATIENT10	endométriose	29,1	24,1	-17,2%	détérioration
PATIENT11	arthrose	25,2	63,7	152,8%	amélioration
PATIENT12	fibromyalgie	28,7	57,0	98,6%	amélioration
PATIENT13	fibromyalgie	40,4	39,5	-2,2%	détérioration
PATIENT14	fibromyalgie	33,5	56,0	67,2%	amélioration
PATIENT15	fibromyalgie	58,5	22,5	-61,5%	détérioration
PATIENT16	céphalée	66,4	81,2	22,3%	amélioration
PATIENT17	fibromyalgie	30,4	68,5	125,3%	amélioration
PATIENT18	fibromyalgie	35,8	34,1	-4,7%	détérioration
PATIENT19	scoliose	21,9	15,2	-30,6%	détérioration
PATIENT20	fibromyalgie	33,5	16,0	-52,2%	détérioration
PATIENT21	fibromyalgie	25,8	75,0	190,7%	amélioration
PATIENT22	fibromyalgie	43,1	49,7	15,3%	amélioration
PATIENT23	fibromyalgie	55,0	61,2	11,3%	amélioration
PATIENT24	fibromyalgie	19,1	58,1	204,2%	amélioration
PATIENT25	polyarthrite rhumatoïde	23,5	48,5	106,4%	amélioration
PATIENT26	neuropathie	18,7	57,2	205,9%	amélioration
PATIENT27	fibromyalgie	30,0	41,6	38,7%	amélioration
PATIENT28	fibromyalgie	26,6	37,5	41,0%	amélioration
PATIENT29	fibromyalgie	32,9	43,3	31,6%	amélioration

Annexe 9 : Evolution de la qualité de vie globale des patients entre M0 et M12

Patients	Pathologie	TOTAL M0 (sur 200)	TOTAL M12 (sur 200)	Evolution (en %)	Evolution globale Qualité de vie
PATIENT1	fibromyalgie	48,1	67,4	40,1%	amélioration
PATIENT2	fibromyalgie	52,7	93,0	76,5%	amélioration
PATIENT3	fibromyalgie	110,2	98,8	-10,3%	détérioration
PATIENT4	rhumatisme psoriasique	70,3	124,0	76,4%	amélioration
PATIENT5	fibromyalgie	96,4	169,5	75,8%	amélioration
PATIENT6	fibromyalgie	33,3	82,7	148,3%	amélioration
PATIENT7	fibromyalgie	28,1	31,1	10,7%	amélioration
PATIENT8	fibromyalgie	75,9	43,7	-42,4%	détérioration
PATIENT9	fibromyalgie	45,6	92,7	103,3%	amélioration
PATIENT10	endométriose	54,7	67,4	23,2%	amélioration
PATIENT11	arthrose	56,5	134,3	137,7%	amélioration
PATIENT12	fibromyalgie	40,3	100,1	148,4%	amélioration
PATIENT13	fibromyalgie	90,6	73,0	-19,4%	détérioration
PATIENT14	fibromyalgie	80,6	115,5	43,3%	amélioration
PATIENT15	fibromyalgie	99,0	42,6	-57,0%	détérioration
PATIENT16	céphalée	145,2	162,0	11,6%	amélioration
PATIENT17	fibromyalgie	73,1	140,6	92,3%	amélioration
PATIENT18	fibromyalgie	69,5	84,8	22,0%	amélioration
PATIENT19	scoliose	32,3	21,2	-34,4%	détérioration
PATIENT20	fibromyalgie	62,7	50,2	-19,9%	détérioration
PATIENT21	fibromyalgie	70,2	167,1	138,0%	amélioration
PATIENT22	fibromyalgie	82,8	96,2	16,2%	amélioration
PATIENT23	fibromyalgie	118,1	130,7	10,7%	amélioration
PATIENT24	fibromyalgie	33,8	130,6	286,4%	amélioration
PATIENT25	rhumatoïde	52,4	119,1	127,3%	amélioration
PATIENT26	neuropathie	47,0	133,7	184,5%	amélioration
PATIENT27	fibromyalgie	47,0	88,2	87,7%	amélioration
PATIENT28	fibromyalgie	51,3	74,6	45,4%	amélioration
PATIENT29	fibromyalgie	43,4	82,5	90,1%	amélioration
Moyenne totale		65,9	97,1	47.3%	amélioration

Annexe 10 : Evolution de la douleur moyenne entre M0 et M12

Patients	Pathologie	DOULEUR moyenne à M0 (sur 10)	DOULEUR moyenne à M12 (sur 10)	Evolution (en %)	Evolution douleur moyenne
PATIENT1	fibromyalgie	7	5	-28,57%	amélioration
PATIENT2	fibromyalgie	7	5	-28,57%	amélioration
PATIENT3	fibromyalgie	7	8	14,29%	aggravation
PATIENT4	rhumatisme psoriasique	8	3	-62,50%	amélioration
PATIENT5	fibromyalgie	8	3	-62,50%	amélioration
PATIENT6	fibromyalgie	8	9	12,50%	aggravation
PATIENT7	fibromyalgie	7	5	-28,57%	amélioration
PATIENT8	fibromyalgie	8	8	0,00%	stabilité
PATIENT9	fibromyalgie	9	9	0,00%	stabilité
PATIENT10	endométriose	7	5	-28,57%	amélioration
PATIENT11	arthrose	8	7	-12,50%	amélioration
PATIENT12	fibromyalgie	8	7	-12,50%	amélioration
PATIENT13	fibromyalgie	6	7	16,67%	aggravation
PATIENT14	fibromyalgie	7	8	14,29%	aggravation
PATIENT15	fibromyalgie	6	6	0,00%	stabilité
PATIENT16	céphalée	4	2	-50,00%	amélioration
PATIENT17	fibromyalgie	4	2	-50,00%	amélioration
PATIENT18	fibromyalgie	5	9	80,00%	aggravation
PATIENT19	scoliose	6	4	-33,33%	amélioration
PATIENT20	fibromyalgie	8	9	12,50%	aggravation
PATIENT21	fibromyalgie	5	2	-60,00%	amélioration
PATIENT22	fibromyalgie	9	8	-11,11%	amélioration
PATIENT23	fibromyalgie	6	6	0,00%	stabilité
PATIENT24	fibromyalgie	4	5	25,00%	aggravation
PATIENT25	polyarthrite rhumatoïde	7	6	-14,29%	amélioration
PATIENT26	neuropathie	6	4	-33,33%	amélioration
PATIENT27	fibromyalgie	9	9	0,00%	stabilité
PATIENT28	fibromyalgie	8	8	0,00%	stabilité
PATIENT29	fibromyalgie	7	5	-28,57%	amélioration
Moyenne totale		6,9	6	-13%	amélioration

Annexe 11 : Evolution de la fatigue/sommeil entre M0 et M12

Patients	Pathologie	FATIGUE à M0 (sur 24)	FATIGUE à M12 (sur 24)	Evolution (en %)	Evolution de la fatigue
PATIENT1	fibromyalgie	21	22	4,76%	amélioration
PATIENT2	fibromyalgie	13	14	7,69%	amélioration
PATIENT3	fibromyalgie	17	13	-23,53%	détérioration
PATIENT4	rhumatisme psoriasique	13	15	15,38%	amélioration
PATIENT5	fibromyalgie	12	13	8,33%	amélioration
PATIENT6	fibromyalgie	19	20	5,26%	amélioration
PATIENT7	fibromyalgie	18	12	-33,33%	détérioration
PATIENT8	fibromyalgie	15	19	26,67%	amélioration
PATIENT9	fibromyalgie	18	16	-11,11%	détérioration
PATIENT10	endométriose	21	24	14,29%	amélioration
PATIENT11	arthrose	17	10	-41,18%	détérioration
PATIENT12	fibromyalgie	21	19	-9,52%	détérioration
PATIENT13	fibromyalgie	22	13	-40,91%	détérioration
PATIENT14	fibromyalgie	17	19	11,76%	amélioration
PATIENT15	fibromyalgie	20	22	10,00%	amélioration
PATIENT16	céphalée	6	5	-16,67%	détérioration
PATIENT17	fibromyalgie	18	16	-11,11%	détérioration
PATIENT18	fibromyalgie	10	11	10,00%	amélioration
PATIENT19	scoliose	20	22	10,00%	amélioration
PATIENT20	fibromyalgie	18	15	-16,67%	détérioration
PATIENT21	fibromyalgie	14	8	-42,86%	détérioration
PATIENT22	fibromyalgie	17	18	5,88%	amélioration
PATIENT23	fibromyalgie	11	10	-9,09%	détérioration
PATIENT24	fibromyalgie	16	22	37,50%	amélioration
PATIENT25	polyarthrite rhumatoïde	13	16	23,08%	amélioration
PATIENT26	neuropathie	21	17	-19,05%	détérioration
PATIENT27	fibromyalgie	24	20	-16,67%	détérioration
PATIENT28	fibromyalgie	20	22	10,00%	amélioration
PATIENT29	fibromyalgie	19	22	15,79%	amélioration
Moyenne totale		16,3	16,9	3,7%	amélioration

Annexe 12 : Evolution de l'anxiété/dépression entre M0 et M12

Patients	Pathologie	ANXIETE à M0 (sur 42)	ANXIETE à M12 (sur 42)	Evolution (en %)	Evolution de l'anxiété
PATIENT1	fibromyalgie	15	23	53,33%	aggravation
PATIENT2	fibromyalgie	12	8	-33,33%	amélioration
PATIENT3	fibromyalgie	14	12	-14,29%	amélioration
PATIENT4	rhumatisme psoriasique	9	2	-77,78%	amélioration
PATIENT5	fibromyalgie	9	5	-44,44%	amélioration
PATIENT6	fibromyalgie	20	33	65,00%	aggravation
PATIENT7	fibromyalgie	19	22	15,79%	aggravation
PATIENT8	fibromyalgie	17	16	-5,88%	amélioration
PATIENT9	fibromyalgie	20	22	10,00%	aggravation
PATIENT10	endométriose	31	38	22,58%	aggravation
PATIENT11	arthrose	24	12	-50,00%	amélioration
PATIENT12	fibromyalgie	29	25	-13,79%	amélioration
PATIENT13	fibromyalgie	13	14	7,69%	aggravation
PATIENT14	fibromyalgie	26	27	3,85%	aggravation
PATIENT15	fibromyalgie	26	38	46,15%	aggravation
PATIENT16	céphalée	13	11	-15,38%	amélioration
PATIENT17	fibromyalgie	16	12	-25,00%	amélioration
PATIENT18	fibromyalgie	18	11	-38,89%	amélioration
PATIENT19	scoliose	15	18	20,00%	aggravation
PATIENT20	fibromyalgie	15	20	33,33%	aggravation
PATIENT21	fibromyalgie	8	4	-50,00%	amélioration
PATIENT22	fibromyalgie	10	6	-40,00%	amélioration
PATIENT23	fibromyalgie	21	20	-4,76%	amélioration
PATIENT24	fibromyalgie	16	36	125,00%	aggravation
PATIENT25	polyarthrite rhumatoïde	8	7	-12,50%	amélioration
PATIENT26	neuropathie	18	15	-16,67%	amélioration
PATIENT27	fibromyalgie	30	22	-26,67%	amélioration
PATIENT28	fibromyalgie	24	21	-12,50%	amélioration
PATIENT29	fibromyalgie	27	20	-25,93%	amélioration
Moyenne totale		18	17,2	-4,4%	amélioration

Annexe 13 : Evolution de la kinésiophobie entre M0 et M12

Patients	Pathologie	KINESIPHOBIE à M0 (sur 68)	KINESIOPHOBIE à M12 (sur 68)	Evolution (en %)	Evolution de la kinésiophobie
PATIENT1	fibromyalgie	44	60	36,36%	aggravation
PATIENT2	fibromyalgie	41	10	-75,61%	amélioration
PATIENT3	fibromyalgie	38	35	-7,89%	amélioration
PATIENT4	rhumatisme psoriasique	48	10	-79,17%	amélioration
PATIENT5	fibromyalgie	30	8	-73,33%	amélioration
PATIENT6	fibromyalgie	47	30	-36,17%	amélioration
PATIENT7	fibromyalgie	39	60	53,85%	aggravation
PATIENT8	fibromyalgie	33	21	-36,36%	amélioration
PATIENT9	fibromyalgie	42	45	7,14%	aggravation
PATIENT10	endométriose	39	20	-48,72%	amélioration
PATIENT11	arthrose	50	34	-32,00%	amélioration
PATIENT12	fibromyalgie	44	38	-13,64%	amélioration
PATIENT13	fibromyalgie	18	18	0,00%	stabilité
PATIENT14	fibromyalgie	33	38	15,15%	aggravation
PATIENT15	fibromyalgie	45	52	15,56%	aggravation
PATIENT16	céphalée	23	20	-13,04%	amélioration
PATIENT17	fibromyalgie	40	20	-50,00%	amélioration
PATIENT18	fibromyalgie	36	34	-5,56%	amélioration
PATIENT19	scoliose	48	52	8,33%	aggravation
PATIENT20	fibromyalgie	42	20	-52,38%	amélioration
PATIENT21	fibromyalgie	35	20	-42,86%	amélioration
PATIENT22	fibromyalgie	32	20	-37,50%	amélioration
PATIENT23	fibromyalgie	45	39	-13,33%	amélioration
PATIENT24	fibromyalgie	24	11	-54,17%	amélioration
PATIENT25	polyarthrite rhumatoïde	35	10	-71,43%	amélioration
PATIENT26	neuropathie	41	37	-9,76%	amélioration
PATIENT27	fibromyalgie	40	12	-70,00%	amélioration
PATIENT28	fibromyalgie	48	41	-14,58%	amélioration
PATIENT29	fibromyalgie	49	30	-38,78%	amélioration
Moyenne totale		39	29	-25,6%	amélioration

Annexe 14 : Critères diagnostiques de la fibromyalgie

La fibromyalgie

Critères diagnostiques - WPI et score à l'échelle SS

Critère ACR 2010 : WPI* Présence de douleur au cours de la semaine précédente ¹	Critères ACR 2010 : ¹ Échelle SS**	Échelle	
Ceinture scapulaire (droite et gauche) Partie supérieure du bras (droit et gauche) Partie inférieure du bras (droit et gauche) Hanche (fesse, trochanter) (droite et gauche) Mâchoire (côtés droit et gauche) Partie supérieure de la jambe (droite et gauche) Partie inférieure de la jambe (droite et gauche) Thorax Abdomen Haut du dos Bas du dos Cou	Fatigue	0 =	Aucun problème
	Sommeil non réparateur	1 =	Problèmes légers/modérés, généralement légers ou intermittents
	Symptômes cognitifs	2 =	Problèmes modérés, considérables, souvent présents et/ou à un niveau modéré
		3 =	Problèmes sévères, prépondérants, continus, gênant la vie quotidienne
Symptômes somatiques	0 =	Aucun symptôme	
	1 =	Quelques symptômes	
	2 =	Nombre modéré de symptômes	
	3 =	Nombreux symptômes	

* L'index WPI se situera entre 0 et 19

** Un score à l'échelle SS représente la somme de la sévérité des 3 symptômes plus l'importance des symptômes somatiques. Score final entre 0 et 12

Un patient satisfait aux critères diagnostiques de la fibromyalgie si les trois conditions suivantes sont remplies :

- Index de douleur généralisée (WPI) ≥ 7 ET score à l'échelle de sévérité des symptômes (SS) ≥ 5 ou bien, score WPI entre 3 et 6 ET score SS ≥ 9
- Les symptômes sont présents à une intensité similaire depuis au moins 3 mois
- Le patient n'a pas d'autre atteinte pouvant expliquer la douleur

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.